

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves



A Representação Social
do
Cancro

Conhecer para (re)pensar a intervenção educativa

Porto 2002

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO**

Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

A Representação Social
do
Cancro

Conhecer para (re)pensar a intervenção educativa

Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre
em Ciências de Enfermagem, apresentada ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar, sob a orientação do Mestre Henrique
Lopes Pereira

Porto 2002

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar desejo manifestar o meu agradecimento ao Mestre Henrique Lopes Pereira pelo entusiasmo com que nos acompanhou, orientação e disponibilidade no desenvolvimento desta dissertação.

Aos Professores de Mestrado na pessoa do seu Coordenador Professor Doutor Nuno Grande.

À Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto na pessoa da sua Presidente do Conselho Directivo, Professora Delmina dos Anjos Moreira, pelo apoio e incentivos proporcionados.

Às Professoras Marília Simões e Teresa Tanqueiro pela cedência de bibliografia, por terem acedido a serem 'juizes' relativamente à nossa análise de conteúdo, terem colaborado na aplicação do instrumento de colheita de dados e sobretudo pela amizade.

À Professora Clarinda Cruzeiro pela cedência de bibliografia relevante.

Às Professoras e amigas Isabel Moreira e Cristina Veríssimo por terem colaborado na aplicação do instrumento de colheita de dados e pelo apoio e incentivo constantes.

Ao Rui, meu marido, pelo apoio constante durante todo o percurso do Mestrado e ao meu filho Henrique pela ajuda nas questões informáticas.

A todos os amigos que de diversas formas estiveram presentes.

A todos sem excepção: Bem-hajam !

RESUMO

O cancro, como doença, fixou-se no imaginário social. Cada indivíduo constrói uma lógica própria sobre ele, que utiliza quase espontaneamente, dificultando a sua prevenção. A intervenção educativa tem evidenciado uma tendência para se centrar na difusão de informação sobre esta doença, alheia às suas conotações sociais.

“A Representação Social do cancro: conhecer para (re)pensar a intervenção educativa” é um estudo exploratório que procura efectuar uma análise interpretativa desta doença, numa perspectiva qualitativa, recorrendo-se à triangulação como estratégia metodológica. Tem como preocupação central identificar como o cancro é objectivado e ancorado, tendo em vista uma posterior reflexão sobre as nossas práticas educativas em oncologia.

A população acessível foi constituída por 85 participantes; a análise dos dados que nos proporcionaram evidenciou uma Representação Social autónoma, coerente, organizada em volta de um só núcleo central assente na ideia de doença mortal, com sofrimento e dor. É uma doença objectivada e conceituada de forma negativa, cuja ancoragem é feita através de uma rede que entrelaça uma especificidade terapêutica, crenças e emoções.

Este trabalho reflecte a importância da intervenção educativa como estratégia para desmistificar esta imagem do cancro, apoiada no conhecimento científico mas também na compreensão deste ‘senso comum’.

ABSTRACT

Cancer, as a disease, has settled in social imagery. Every one built an own logic about him, who uses almost spontaneously, making difficult the prevention. The educational intervention has show tendency to privilege the information diffusion about this disease, abstracted yours social meanings.

“Social Representation of cancer: to know in order to (re)consider the educational intervention” is an exploratory study which tries to make an interpretative analysis of this disease in a qualitative perspective, employing methodological triangulation strategy. It’s primary objective is to identify the way in which cancer is objectified and linked, with the aim to subsequently think over our educational practices in oncology.

85 participants constituted the sample; the analysis of this data has shown an autonomic, coherent, Social Representation organized around a single central nucleus settled in the idea of a deadly disease, with suffering and pain. It’s objectivity and conception is done with negativism and the linkage is done through a net that interlaces the specific therapeutics, beliefs and emotions.

This study wishes to call attention to the contribution of the educational intervention as strategy to demystify this image of cancer, supported in the scientific knowledge but also taking into account this ‘common sense’.

ÍNDICE

	pág
INTRODUÇÃO	11
<i>CAPÍTULO UM – DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS AOS COMPORTAMENTOS EM SAÚDE</i>	
1 – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	16
1.1 - O ACTO DE REPRESENTAR E A CONSTRUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	19
1.2 - ESTRUTURA E DINÂMICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ...	28
1.3 - AS FUNÇÕES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	34
2 – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA	37
2.1 - CONCEPÇÕES DE SAÚDE / DOENÇA	40
3 – ATITUDES, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS EM SAÚDE	49
<i>CAPÍTULO DOIS – DAS CONCEPTUALIZAÇÕES DE CANCRO A UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA</i>	
1 – O CANCRO: CONCEITOS E REPRESENTAÇÕES.....	63
2 – PREVENÇÃO EM ONCOLOGIA: OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS	75
3 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – UMA ESTRATÉGIA PREVENTIVA	88
<i>CAPÍTULO TRÊS - CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: DA PROBLEMÁTICA À RECOLHA DOS DADOS</i>	
1 – PROBLEMÁTICA, OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	104
2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS	108

3 –	ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS	111
4 –	TRATAMENTO DE DADOS	117
5 –	PARTICIPANTES NO ESTUDO	119

CAPÍTULO QUATRO – REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CANCRO: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

1 –	O CANCRO: OBJECTIVAÇÃO ATRAVÉS DO CONCEITO	126
2 –	CONHECIMENTO DO SENSO COMUM: O QUE SABEM AS PESSOAS SOBRE O CANCRO?	137
3 –	ATITUDES, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS QUE ENVOLVEM O CANCRO	151
4 –	O CAMPO DE REPRESENTAÇÃO: UMA ANCORAGEM ENTRE O RACIONAL E O EMOCIONAL	166
5 –	A REPRESENTAÇÃO DO CANCRO E AS ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS: PERSPECTIVANDO A INTERVENÇÃO EDUCATIVA	173
	CONCLUSÃO	179

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Anexo I – Questionário

Anexo II – Matriz de redução de dados do conceito de cancro

Anexo III – Matriz de redução de dados da etiogénese do cancro

Anexo IV - Matriz global de vocábulos associados ao cancro

ÍNDICE DE FIGURAS

	pág
Esquema figurativo 1 - Representação esquemática do Modelo de Crenças de Saúde	59
Esquema figurativo 2 - Conceito de cancro	135
Esquema figurativo 3 - Etiogénese do cancro	141
Esquema figurativo 4 - Significações do cancro	171

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pág
Gráfico 1 - Distribuição dos participantes por sexo e grupo etário	121
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes segundo o sexo e o estado civil	121
Gráfico 3 - Distribuição dos participantes de acordo com o nível de escolaridade	122
Gráfico 4 - Distribuição dos participantes segundo a vivência da experiência de cuidar alguém com cancro	124
Gráfico 5 - Fontes de informação sobre o cancro segundo a ordem de preferência como recurso informativo	147

ÍNDICE DE QUADROS

	pág
Quadro 1 - Scores esperados das Crenças relativas ao cancro.....	113
Quadro 2 - Scores esperados do Conceito de cancro.....	115
Quadro 3 - Participantes segundo a profissão ou actividade profissional	123
Quadro 4 - Participantes segundo o sexo e a vivência da experiência de cuidar alguém com cancro.....	124
Quadro 5 - Scores esperados e observados do conceito de cancro.....	127
Quadro 6 - Resumo da pontuação obtida pelos participantes por dimensões, indicadores e pares de adjectivos, do conceito de cancro.....	128
Quadro 7 - Comparação dos scores do conceito de cancro obtidos pelos participantes de acordo com a experiência de cuidar de alguém com cancro e segundo o sexo	129
Quadro 8 - Comparação dos scores do conceito de cancro obtidos pelos participantes segundo a idade e o nível de escolaridade	130
Quadro 9 - Aspectos assinalados como sinais de alerta do cancro segundo o sexo dos participantes	144
Quadro 10 - Distribuição dos participantes de acordo com as fontes de informação sobre o cancro a que recorrem e segundo o sexo	147
Quadro 11 - Distribuição dos participantes de acordo com as fontes de informação sobre o cancro a que recorrem e segundo a idade	148
Quadro 12 - Distribuição dos participantes de acordo com as fontes de informação sobre o cancro a que recorrem e segundo o nível de escolaridade	149
Quadro 13 - Scores esperados e observados das crenças relativas ao cancro	152
Quadro 14 - Quadro resumo das crenças sobre a gravidade do cancro	153
Quadro 15 - Quadro resumo das crenças sobre a vulnerabilidade face ao cancro ..	154
Quadro 16 - Quadro resumo das crenças sobre os benefícios da prevenção face ao cancro	155

Quadro 17 - Quadro resumo das crenças sobre os obstáculos à prevenção do cancro	156
Quadro 18 - Comparação dos scores relativos às crenças sobre o cancro obtidos pelos participantes segundo o sexo	157
Quadro 19 - Comparação dos scores relativos às crenças sobre o cancro obtidos pelos participantes de acordo com a experiência de cuidar de alguém com cancro e segundo o sexo	158
Quadro 20 - Comparação dos scores relativos às crenças sobre o cancro obtidos pelos participantes segundo a idade e o nível de escolaridade	159
Quadro 21 - Participantes que fazem, habitualmente, exames de rastreio do cancro segundo a idade e o sexo	161
Quadro 22 - Participantes que fazem, habitualmente, exames de rastreio do cancro de acordo com os sinais indutores da acção preventiva e segundo o sexo	162
Quadro 23 - Participantes que não fazem exames de rastreio do cancro segundo a idade e o sexo	163
Quadro 24 - Participantes que não fazem exames de rastreio do cancro de acordo com os sinais limitadores da acção preventiva e segundo o sexo	164
Quadro 25 - Elementos centrais e periféricos da representação social do cancro	168

INTRODUÇÃO

A saúde e a doença são duas realidades antagónicas que afectam todos os seres humanos, em consequência, têm constituído duas preocupações não só do Homem em geral, mas de todos quantos trabalham na área da saúde.

Em Portugal, tal como em todo o mundo, tem-se discutido a necessidade de desenvolver novos modos de perspectivar a saúde e as doenças, salientando-se a necessidade de implementar mecanismos de promoção e protecção da saúde, bem como de prevenção das doenças. As preocupações com a adopção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de doenças específicas têm predominado. O Inquérito Nacional de Saúde, a cargo do Observatório Nacional de Saúde, reforçou esta percepção, nomeadamente ao detectar que as causas de mortalidade mais relevantes apresentam como principais determinantes comportamentos de saúde inadequados. Embora se tenham obtido ganhos de saúde significativos, ao longo das últimas três décadas, continua, no entanto, a persistir um nível importante de morbilidade e mortalidade antes dos 65 anos associado a alguns tipos de cancro, entre outras doenças (Portugal. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2001).

Efectivamente, o cancro está entre as três principais causas de morte, e, em termos comparativos, pode-se afirmar que a situação nacional é semelhante à dos Estados Unidos e da União Europeia registando-se um aumento progressivo da sua incidência. Quer a taxa de mortalidade proporcional, quer a taxa de mortalidade específica por tumores malignos, tem vindo a aumentar progressivamente nos últimos anos no nosso país, tanto nos homens como nas mulheres. Contudo, os dados mais recentes evidenciam uma estabilização da mortalidade global por doença maligna, efeito este que poderá resultar dos avanços verificados na prevenção, na detecção precoce e no tratamento da doença. (Ministério da Saúde, 2002).

Se considerarmos os resultados do nosso país, relativamente à morbi-mortalidade por cancro, e os compararmos com o melhor resultado observado nos Estados Membros da União Europeia, por exemplo, ficamos com uma ideia dos importantes ganhos que ainda se podem obter, susceptíveis de serem conseguidos através de intervenções preventivas e de promoção da saúde (Portugal. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2001).

Em Portugal dispomos dos Registos Oncológicos, Regionais e Nacionais, que têm facilitado o conhecimento desta patologia, mas os dados de mortalidade existentes apenas permitem avaliações indirectas de efectividade preventiva (Ministério da Saúde, 2002). No domínio da prevenção têm-se destacado o Plano Oncológico Nacional e o Programa CINDI – “*Countrywide Integrated Non Communicable Diseases Intervention Programme*”, cujas estratégias e orientações de intervenção relativamente aos principais tipos de tumores, contemplam, prioritariamente, a educação e a intensificação dos rastreios.

Contudo, a prevenção do cancro tem encontrado dificuldades que se relacionam com factores de ordem diversa e sociologicamente ainda mal compreendidos. Por um lado, como diz Carapinheiro (2002: XVII) “*A partir do momento em que o cancro começou a fazer parte da história das sociedades, imiscui-se nas histórias individuais, originou genealogias familiares, fixou-se nos imaginários sociais (...)*” o que o transforma num fenómeno cuja complexidade está longe de ser exclusivamente de natureza clínica, psicológica ou social. Por outro lado, tem-se evidenciado uma tendência para estruturar a intervenção educativa no sentido de ampliar informações sobre a doença, enfatizando inúmeras recomendações, numa perspectiva redutora, quase automatizada, sem levar em conta as matrizes culturais em que o cancro se contextualiza, e as conotações sociais que lhe possam estar associadas. De facto, as pessoas, de um modo geral, não têm os conhecimentos que julgamos que elas possuem, tendo em conta que estão expostas a uma profusão de mensagens relativas ao cancro, que continuamente são difundidas quer de forma informal, implícita, através da família, dos amigos e dos grupos de pertença, quer de forma formal e explícita, sobretudo institucional e por parte dos profissionais de saúde, sendo que as mensagens são com frequência contraditórias ou mesmo conflituais. Desta forma, cada indivíduo constrói uma lógica própria sobre o cancro, com um sistema de

valores e representações específico, que utiliza quase espontaneamente, sem necessitar de reflectir sobre o que lhe está subjacente (Silva, 2002).

Sem dúvida que a educação para a saúde, na prevenção do cancro, coloca desafios aos quais a Enfermagem não pode ser alheia. As nossas vivências, tanto em meio hospitalar como junto da comunidade, conduziram-nos muitas vezes à interrogação e à reflexão sobre as práticas educativas que se desenvolvem no âmbito da prevenção do cancro. Nos últimos anos a nossa reflexão estabeleceu-se, também, no seio de uma perspectiva pedagógica, tendo por base o desenvolvimento da nossa actividade na área da docência e da saúde comunitária, que nos tem conduzido a reflectir frequentemente não só sobre o modo como desenvolvemos as nossas práticas educativas, mas também como as orientamos em contexto de ensino clínico. Na nossa perspectiva, a intervenção educativa tem vantagens em orientar-se não só pelos programas de prevenção do cancro e pelas prioridades definidas no nosso país, mas também pela representação que a população tem desta doença. Conhecê-la favorecerá a reflexão e análise das nossas práticas, conduzindo à formação do senso crítico e à consciencialização da enfermagem como elo da extensa cadeia profissional e de cuidados de saúde, integrado numa abordagem multidisciplinar nos programas específicos de Oncologia.

Foi neste contexto que as nossas preocupações e interrogações se desenrolaram, de uma forma gradual e crescente, fazendo emergir as questões centrais do nosso estudo, das quais salientamos: *Que esquemas conceptuais constituem a representação do cancro? Qual a 'rede de significações' em torno desta representação? Como se caracterizam as crenças de saúde em relação ao cancro e às estratégias de prevenção?*

A partir destas questões tornou-se necessário procurar suporte teórico que orientasse e sustentasse o nosso estudo visto que a representação social é um termo polissémico sendo utilizado como teoria e método. Tivemos como referencial a Teoria da Representação no âmbito da Psicologia Social, dentro da escola francesa criada por Moscovici, tendo a vertente metodológica por base a Teoria do Núcleo Central das Representações, proposta por Abric (2001). Assim, o estudo que nos propusemos realizar é do tipo exploratório, direccionado para a compreensão e descrição do

cancro no seio de um paradigma interpretativo, pelo que privilegiámos a triangulação como estratégia analítica, em função dos seguintes objectivos:

- Conhecer como o indivíduo organiza o seu saber e imagem sobre o cancro.
- Descrever o quadro de referência no qual esta informação se ordena.

A prossecução dos objectivos enunciados levou-nos à sistematização deste relatório em quatro capítulos. Os primeiros dois capítulos reflectem as principais orientações teóricas correspondentes às nossas preocupações e interrogações.

O Capítulo Um contextualiza não só a especificidade das teorias das representações sociais, mas também uma aproximação antropológica e cultural do ser humano como “ser patients”, debruçando-nos sobre as representações sociais de saúde e doença, atitudes, crenças e comportamentos em saúde.

O Capítulo Dois centra-se na doença oncológica. Abordamos a conceituação científica e em contraposição as representações sociais que sobre ela têm sido veiculadas, reflectimos sobre a morbi-mortalidade e as estratégias de prevenção, sobretudo no nosso país. Por último, desenvolvemos o quadro de referência que orienta a educação para a saúde e efectuamos algumas reflexões sobre o seu contributo como estratégia preventiva.

No Capítulo Três caracterizamos o estudo, versando a construção da problemática e as opções que efectuámos quer no âmbito metodológico, de recolha e tratamento da informação, como dos participantes incluídos no estudo.

Finalmente, o Capítulo Quatro contem a análise e interpretação da representação social do cancro, incluindo uma reflexão sobre a representação encontrada e perspectivando, de uma forma global, a intervenção educativa.

Do exposto depreende-se que a nossa finalidade não consiste em propor estratégias educativas para a prevenção do cancro, mas sim em reflectir sobre a intervenção educativa a partir de uma melhor compreensão da construção social desta doença.

***CAPÍTULO UM – DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS AOS
COMPORTAMENTOS EM SAÚDE***

1 – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A noção de representação social ocupa hoje uma posição central no domínio das Ciências Humanas, apresentando-se como uma noção fecunda, com maturidade científica e pertinência para abordar diversos problemas da nossa sociedade. O verdadeiro criador do conceito de representação social foi Durkheim, na medida em que lhe fixou os contornos e lhe reconheceu o direito de explicar os mais variados fenómenos na sociedade. Identificou-a como produção mental social relevante num estudo sobre “*L'idéation collective*” em 1895, definindo-a por uma dupla separação: representações colectivas e representações individuais; as representações individuais tinham por base a consciência de cada um e as representações colectivas, a sociedade na sua totalidade. Contudo o conceito era universal, apesar de mutável e despersonalizado. Para Durkheim a representação designava, em primeiro lugar, uma vasta classe de formas mentais, de opiniões e de saberes sem distinção. Ela tinha uma certa imobilidade, enquanto conceito, e uma objectividade já que era partilhada e reproduzida de maneira colectiva. Mais tarde, em 1961, Moscovici renovou esta análise contestando esta visão de uma certa equivalência entre a colectividade, o conceito e a permanência, por um lado e, por outro, a individualidade, a percepção e imagem, o flutuante, insistindo sobre a especificidade dos fenómenos representativos nas sociedades contemporâneas caracterizadas pela intensidade e fluidez de mudanças, comunicações, desenvolvimento da ciência, pluralidade e mobilidade sociais (Jodelet, 1994; Moscovici, 1994). Assim, Moscovici relançou esta problemática ao questionar: - como é que o homem compreende o seu mundo? Como é utilizada a informação veiculada pela ciência ou a experiência comum? Como é consumida, transformada e utilizada pelo homem comum uma teoria científica?

Partindo do pressuposto que “ *Tudo contribui para fazer da ciência uma parte integrante da nossa visão da vida quotidiana. Ela é inseparável da nossa vida intelectual e das nossas relações sociais*”- (Moscovici e Hewstone, 1990: 539),

então, em consequência, as ideologias e o senso comum estão cheios de imagens, de palavras, de raciocínios retirados das diversas especificidades da ciência. Mas o comportamento dos indivíduos não revela esta aptidão e, tanto nas grandes como nas pequenas coisas, como membros instruídos da sociedade estão longe de pensar e de conduzir o seu comportamento de acordo com um método lógico e racional. Na opinião de Moscovici e Hewstone (1990) tudo se passa como se as pessoas não pudessem fazer uso da ciência (para viver em conjunto, para comunicar de forma adequada, para resolverem os seus problemas habituais). Retêm-lhe o conteúdo mas modificam-lhe a forma e as regras ao jeito do senso comum, com tudo o que isto pressupõe de pensamento e linguagem própria. A finalidade desta epistemologia popular é fornecer uma ‘representação’ das coisas e dos fenómenos. Foi neste contexto que Moscovici propôs o conceito de representação social visando a compreensão deste fenómeno particular: a difusão e apropriação do conhecimento científico, das suas teorias e conceitos, pelo homem comum. Afirmava que se é fácil dar-mos conta da realidade das representações, não é fácil defini-las conceptualmente, referindo que elas são: “ *Um conjunto de conceitos, proposições e explicações criado na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual. São o equivalente, na nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem ainda ser vistas como a versão contemporânea do senso comum*” (Moscovici cit. Vala, 1997: 354).

As representações colectivas cedem lugar às representações sociais. Defende Moscovici (1994) que é necessário, por um lado, ter em conta uma certa diversidade de origem, tanto nos indivíduos como nos grupos e, por outro, é necessário transferir o acento para a comunicação que permite a convergência dos indivíduos e de opiniões, de forma que qualquer coisa possa transformar-se em social e *vice versa*. Trata-se de reconhecer que as representações são simultaneamente produzidas e adquiridas, retirando-lhes esse lado preestabelecido, estático, que elas tinham na visão clássica.

Na opinião de Vala (1997) confrontamo-nos hoje não com uma noção imprecisa mas com uma multiplicidade de definições polissémicas do conceito. As representações são factores produtores de realidade, com repercussões na forma como interpretamos o que acontece à nossa volta e a nós próprios, bem como sobre as respostas que

encontramos para fazer face ao que julgamos ter acontecido. Dito de outra forma, elas são um saber prático que se alimenta não só das teorias científicas mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações quotidianas. Neste sentido podem entender-se como: “ *Uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objectivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social* “ (Jodelet, 1994: 36).

Uma representação é social porque é colectivamente construída e partilhada por um conjunto de indivíduos. É um produto das interações e dos fenómenos de comunicação no interior de um grupo social, reflectindo a situação desse grupo, os seus projectos, problemas e estratégias. O social intervém de diversas maneiras: pelo contexto concreto onde se situam as pessoas e grupos; pela comunicação que se estabelece entre eles; pelos enquadramentos culturais; pelos códigos, valores e ideologias associadas às posições ou pertenças sociais específicas (Jodelet, 1990; Vala, 1997). Abric (1994: 188), de uma forma mais sintética, define a representação social como: “*O produto e o processo de uma actividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com o qual é confrontado e lhe atribui uma significação específica*”.

Acrescenta ainda que a representação é um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e informações que se referem a um objecto ou a uma situação. Ela é determinada pelo próprio sujeito (a sua história, o seu passado), pelo sistema social e ideológico no qual ele se insere e, ainda, pela natureza das ligações que o sujeito estabelece com o sistema social. É neste interface do pessoal e do social, como diz Jodelet (1990), que tem lugar a noção de representação social. Ela refere-se, em primeiro plano, ao modo como nós, sujeitos sociais, apreendemos os acontecimentos da vida corrente, os dados do nosso ambiente, as informações que aí circulam, as pessoas próximas ou afastadas. Em suma, o conhecimento ‘espontâneo’ ao qual é costume apelar de *conhecimento do senso comum* ou *pensamento natural*, por oposição ao pensamento científico. Este conhecimento prático constitui-se a partir das nossas experiências mas também das informações, saberes, modelos de pensamento que recebemos e transmitimos por tradição, pela educação e pela comunicação com os outros. É assim, desta forma, que é um conhecimento socialmente elaborado e

partilhado. Doise (1994) alerta-nos para o facto de que a elaboração e partilha deste conhecimento social não é consensual; mais do que opiniões consensuais, as representações sociais são tomadas de posição de natureza diferente, mesmo que sejam utilizados sinais de referência comuns. A representação social é definida, por um lado pelo conteúdo: informações, imagens, opiniões, crenças e atitudes, que se reportam a um objecto (um fenómeno, um acontecimento, uma personagem); por outro lado, ela é a representação social de um sujeito (indivíduo, família, grupo, classe) que se relaciona com o objecto. Assim, toda a representação social é a representação de qualquer coisa e de qualquer um, e não a reprodução do real, nem a parte subjectiva do objecto ou a parte objectiva do sujeito; ela é o processo pelo qual se estabelece essa relação (Jodelet, 1990).

Nos seus múltiplos aspectos, a representação social visa essencialmente controlar o nosso meio ambiente, compreender e explicar os factos e ideias que movem o nosso universo de vida, agir sobre e com os outros, situar-nos a seu respeito, responder às questões que o mundo nos coloca, saber o que as descobertas da ciência e a evolução histórica significam para a nossa vida, enfim, dar sentido à vida através da construção social da realidade. Neste sentido pode dizer-se que o conceito de representação social enfatiza a dependência da acção face à actividade cognitiva, associando simultaneamente a cognição à produção de sentido e à construção da realidade social (Vala, 1993; Jodelet, 1994).

Em síntese, ressalta a ideia de que as representações sociais não são meros enunciados sobre a realidade, mas antes teorias sociais práticas sobre objectos relevantes na vida dos grupos. Enquanto teorias, são organizações de crenças, atitudes e explicações; enquanto teorias práticas, são organizadoras da acção; enquanto teorias sociais, são produzidas no quadro das comunicações quotidianas suscitadas pelas identidades sociais.

1.1 - O ACTO DE REPRESENTAR E A CONSTRUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para se compreender o processo através do qual se constrói uma representação, é necessário entender o seu nível mais elementar: o acto de representar. Ele constitui

um acto de pensamento pelo qual um sujeito se refere a um objecto podendo este ser bem real ou, pelo contrário, imaginário ou mítico, mas sempre requisitado. Se atendermos ao significado etimológico de ‘representar’- *ocupar a posição de, estar no lugar de*, então o acto de representar um objecto, um fenómeno, uma ideia, pode assemelhar-se a um símbolo, um signo ou uma imagem que reenvie a esse objecto, fenómeno ou ideia. Por outro lado, ‘representar’ também significa *tornar presente, tornar consciente* e neste sentido o acto de representar é a reprodução mental de algo. Em qualquer dos casos, trata-se do conteúdo mental concreto de um acto de pensar que restitui simbolicamente qualquer coisa ausente, que aproxima algo longínquo. Esta é uma particularidade importante que assegura à representação a sua aptidão para fundir o percebido com o concebido, e o seu carácter imageante (Jodelet, 1990).

Quanto ao acto de pensar, pelo qual se estabelece uma relação entre o sujeito e o objecto, ele tem características específicas por afinidade a outras actividades mentais: perceptivas, conceptuais, memoriais, entre outras. Isto é, o conteúdo concreto do acto de pensar transporta a marca do sujeito e da sua criatividade. Este último aspecto reenvia-nos para o carácter construtivo, criativo e autónomo da representação que comporta uma parte de reconstrução, de interpretação do objecto e de expressão do sujeito que se serve, simultaneamente, de elementos descritivos e simbólicos fornecidos pela comunidade à qual ele pertence e de elementos normativos. Mesmo nas representações mais elementares todo um processo de elaboração cognitiva e simbólica entra em jogo e vai orientar os comportamentos pelo que se afirma que as representações circulantes na sociedade vão ter, elas próprias, um papel, se autonomizam, assumindo uma eficácia específica (Jodelet, 1990 e 1994).

Em resumo, segundo Jodelet (1990) destacam-se cinco características fundamentais da análise do acto de representar:

- é sempre a representação de um objecto;
- tem um carácter metafórico e a propriedade de exprimir o intercâmbio entre a percepção e o conceito;
- tem um carácter simbólico e significativo;
- tem um carácter construtivo;

- tem um carácter autónomo e criativo.

Moscovici e Hewstone (1990) defendem, também, que este não é um acto de pensar simples, uma vez que nele se opera a transformação do pensamento informativo em pensamento representativo, pelo menos ao nível das suas características dominantes; trata-se de transformar os conceitos e signos em imagens e símbolos, o como em porquê, a validação empírica em validação consensual, as inferências fixas em inferências múltiplas, o uso de formas sintáxicas restritas para o uso de todas as disponíveis e a limitação em flexibilidade na sucessão dos actos mentais.

O modo como esta transformação ocorre tem constituído objecto de pesquisa ao longo dos tempos, tendo-se delimitado campos específicos e desenhado ópticas diferentes. Para Jodelet (1990) são apenas maneiras semelhantes de formular o modo como se elabora a construção psicológica e social que é a representação social, destacando seis perspectivas. Uma que se prende à actividade puramente cognitiva pela qual o sujeito constrói a representação, sendo esta o produto de duas dimensões: uma dimensão de contexto, no qual o sujeito está em interacção social ou face a estímulos sociais; outra dimensão de pertença, tendo em conta que o sujeito é um ser social que faz intervir na sua elaboração as ideias, valores e modelos que têm do seu grupo de pertença ou as ideologias veiculadas na sociedade. Outra que acentua os aspectos significantes da actividade representativa. O sujeito é considerado como produtor de significações, que dá à sua experiência no mundo social, e que exprime na sua representação. O carácter social da representação decorre da utilização de sistemas de códigos de interpretação fornecidos pela sociedade. Uma outra que trata a representação como uma forma de discurso, fazendo decorrer as suas características da prática discursiva dos sujeitos socialmente situados. As propriedades sociais derivam da situação de comunicação, de pertença social dos sujeitos e da finalidade dos seus discursos. Numa quarta perspectiva é a prática social do indivíduo que é tida em consideração - enquanto actor social, ele produz uma representação que reflecte as normas institucionais decorrentes da sua posição social ou de ideologias ligadas ao lugar que ocupa. Outra ainda para a qual é o jogo das relações intergrupais que determina a dinâmica das representações. É o desenvolvimento de interacções que orienta e mobiliza a actividade representativa destinada a regular, antecipar e justificar as relações sociais que se estabelecem. Por

fim, uma sexta perspectiva faz do sujeito o portador de determinações sociais, base da actividade representativa sobre a reprodução de esquemas de pensamento socialmente estabelecido ou de visões estruturadas por ideologias dominantes.

Todas estas perspectivas se encontram, e eventualmente se recobrem, no campo de estudo dos fenómenos representativos, abordando a dupla questão que está na base da construção das representações sociais: como é que o social intervém na elaboração psicológica que constitui a representação e como é que esta elaboração psicológica intervém no social?

Moscovici (cit. Jodelet, 1990) ao analisar a formação das representações, colocou em evidência dois processos sociocognitivos que resumem a forma como o social transforma um conhecimento em representação e a forma como esta representação transforma o social: a objectivação e a ancoragem. Estes dois processos são reveladores da elaboração e funcionamento de uma representação social, mostrando a interdependência entre a actividade psicológica e as suas condições sociais de exercício.

• A objectivação

A objectivação torna concreto o que é abstracto, modificando a racionalidade do saber científico na imagem de um objecto (Doise, 1994). De uma forma mais explícita, Vala (1997) alega que é o processo que se refere à forma como se organizam os elementos que constituem a representação e ao percurso através do qual elas adquirem materialidade, mas também à formação de expressões de uma realidade vista como natural. Neste processo, refere Jodelet (1990) que a intervenção do social se traduz na organização e na forma dos conhecimentos relativos ao objecto de uma representação. A objectivação articula-se com uma característica do pensamento social – a propriedade de tornar concreto o abstracto, de materializar a palavra, podendo, assim, definir-se como uma operação imageante e estruturante. É ela que ao colocar em imagens as noções abstractas, dá uma textura material às ideias, faz corresponder as coisas às palavras, dá corpo aos esquemas conceptuais, envolvendo vários momentos:

- inicialmente, as informações, crenças e ideias sobre o objecto da representação são *seleccionadas e descontextualizadas* por forma a que se forme um todo relativamente coerente, o que implica que seja útil apenas uma parte da informação disponível acerca do objecto. Esta triagem é feita em função de critérios culturais e normativos, uma vez que os sujeitos não têm igualdade de acesso às informações e que retém apenas aquilo que está em concordância com o sistema de valores circulante. Os estudos de Moscovici sobre a representação da psicanálise e de Allport e Postman sobre os rumores (cit. Vala, 1997), provam que este processo de selecção e reorganização dos elementos relativos a um objecto não é neutro ou aleatório, mas tem subjacente normas e valores que conduzem a processos de selecção que podem reduzir ou acentuar certos aspectos da informação. Assim, há elementos que são objecto de *redução*, isto é são esquecidos, quando entram em contradição com normas ou valores sociais dominantes; por outro lado, há outros que sofrem uma *acentuação* e são desenvolvidos e tornados nucleares, sendo muitas vezes de natureza explicativa, fornecendo o porquê e oferecendo uma conclusão;

- o segundo momento, de acordo com Vala (1997), corresponde à organização dos elementos seleccionados, isto é à sua *esquematisação estruturante*: as noções básicas que constituem a representação são organizadas de forma a constituírem um padrão de relações estruturadas. Jodelet (1990) refere-se a esta fase como sendo aquela em que ocorre a formação de um ‘núcleo figurativo’: uma estrutura imageante que vai reproduzir de maneira visível a estrutura conceptual. As noções chave que ilustram as dimensões existentes – o consciente, evocando a decisão o verosímil e o realizável, e o inconsciente evocando o instintivo o escondido e o possível – são visualizadas dentro do núcleo pelo seu posicionamento. Desta forma, os conceitos teóricos constituem-se num conjunto metafórico e coerente que os permite compreender individualmente bem como às suas relações;

- por último, os conceitos retidos no esquema figurativo, e as respectivas relações, constituem-se como categorias naturais e adquirem materialidade – *naturalização*. O que era abstracto torna-se concreto através da sua expressão em imagens e metáforas; o que era percepção torna-se realidade sendo a realidade e os conceitos equivalentes. As figuras, elementos do pensamento provenientes do contexto da realidade, assumem-se como referências para a ideia e o modelo figurativo é utilizado para

conferir, efectivamente, aos fenómenos adquiridos um estatuto de evidência: tido por conhecimento, ele integra os elementos da ciência numa realidade do senso comum (Jodelet, 1990; Vala, 1997).

A objectivação, se bem que isolada a propósito da representação de uma teoria científica é, na opinião de Jodelet (1990), generalizável a todas as representações e, devido ao seu triplo carácter – construção selectiva, esquematização estruturante e naturalização – comporta prolongamentos importantes do ponto de vista da lógica e do funcionamento do pensamento social. Assim, pode dizer-se que revela a tendência do pensamento social em proceder por construção ‘estilizada’, imageante e significativa. Também o modelo de construção, ou de reconstrução da realidade, permite, quando se passa da sociedade em geral aos grupos em situações socialmente definidas, compreender a génese dos conteúdos representativos. A intervenção do social como determinação interna às operações de construção da representação podem ser especificadas isolando os processos cognitivos mobilizados pelas condições normativas ou de interesse vital para a colectividade ou o indivíduo. Por outro lado, a emergência do consciente e do inconsciente como termos do núcleo figurativo fazem eco a uma experiência conflitual íntima à qual não são alheias nem a dimensão imaginária, nem a dimensão mítica. Assim, certos elementos de cariz cultural presentes no universo mental dos indivíduos e dos grupos podem ser mobilizados na actividade de estruturação e receber saliência a título de referenciais ideológicos ou de modelos culturais. Por fim, a naturalização com a estabilidade do núcleo figurativo, a materialização, a espacialização dos seus elementos, conferem-lhe o estatuto de quadro referencial para orientar as percepções e os julgamentos dentro de uma realidade socialmente construída. Ela dá os instrumentos à ancoragem, segundo processo sociocognitivo da representação social.

• A ancoragem

A ancoragem consiste na incorporação do que é estranho na rede de categorias mais familiares (Doise, 1994). Como diz Jodelet (1990), refere-se ao enraizamento social da representação e do seu objecto, traduzindo-se neste caso, a intervenção do social na significação e utilização que lhe são conferidas. Na perspectiva de Vala (1997), a ancoragem é um processo que, por um lado, precede a objectivação e por outro está na sua sequência. Na medida em que qualquer tratamento da informação exige

pontos de referência, este processo precede a objectivação, já que a ancoragem se refere ao duplo e simultâneo efeito que a categorização exerce sobre a objectivação e as etapas que envolve. Com efeito, quando um sujeito pensa sobre um objecto fá-lo por referência a experiências e esquemas de pensamentos já estabelecidos. Pode considerar-se que a ancoragem sucede à objectivação ao referir a função social das representações, uma vez que as representações sociais oferecem uma rede de significados que permitem a atribuição de sentido a acontecimentos, comportamentos, pessoas, grupos e factos sociais, ancorando o não familiar, o desconhecido e o imprevisto através deste código de interpretação.

A ancoragem é um processo que funciona como estabilizador do meio embora conduza à produção de transformações nas representações já constituídas, uma vez que estas ao servirem de ‘ancoragem’ à elaboração de uma nova representação, sofrem mudanças daí decorrentes. É neste contexto que o processo de ancoragem “(...) é, a um tempo, um processo de redução do novo ao velho e reelaboração do velho tornando-o novo.” (Vala, 1997: 363). Este é um aspecto que Jodelet (1990) refere ser de toda a importância, já que é revelador da integração cognitiva do objecto representado no sistema de pensamento preexistente e das transformações daí resultantes, para ambas as partes. Já não se trata da constituição formal de um conhecimento ou ‘saber’, como na objectivação, mas da sua inserção num pensamento constituído. Mais complexo e fundamental do que possa parecer, o processo de ancoragem decompõe-se em diversas modalidades que permitem compreender:

como a significação é conferida ao objecto representado - a hierarquia de valores circulante na sociedade, e nos seus diferentes grupos, contribui para criar em torno da representação uma ‘rede de significações’ através da qual eles são socialmente situados e avaliados como acto social. Este jogo de significações externas tem repercussões sobre as relações estabelecidas entre os diferentes elementos da representação. Ao colocar em evidência o facto que um ‘princípio de significação, tendo um suporte social, assegura a interdependência dos elementos de uma representação, constitui uma indicação fecunda para tratar as relações existentes entre os conteúdos do campo de representação, permitindo isolar por um lado as articulações entre os aspectos processuais e temáticos das representações e por outro

lado os pontos de reencontro entre os seus aspectos individual e social. Esta é uma modalidade da ancoragem como consignadora de significado;

o modo pelo qual a representação é utilizada como sistema de interpretação do mundo social e instrumento de conduta – a estrutura imageante transforma-se em guia de leitura e, por generalização funcional, teoria de referência para compreender a realidade. O sistema de interpretação tem uma função de mediação entre o indivíduo e o seu meio e entre os membros de um mesmo grupo; capaz de resolver e exprimir os problemas comuns, transforma-se em código, linguagem comum, servindo aos indivíduos para classificar os acontecimentos, para constituir ‘lentes’ a partir das quais os outros serão avaliados ou posicionados. Assim, os sistemas de interpretação tornam-se instrumentos referenciais que permitem comunicar na mesma linguagem, e por conseguinte de influenciar, e a ancoragem surge na sua modalidade de instrumentalização do saber;

como se opera a integração da representação num sistema receptor e a conversão dos elementos deste último que nela se encontram conexados – da mesma forma que não provém do nada, a representação também não se inscreve numa tábua rasa, ela encontra sempre uma preexistente, manifesta ou latente. O contacto entre a novidade e o sistema de representação preexistente tem origem em dois fenómenos de natureza diferente, por vezes opostos, que conferem às representações uma dualidade à qual Moscovici (cit. Jodelet, 1990) se referiu como ‘*polyphasie cognitive*’. De uma certa forma, a incorporação social da novidade pode ser auxiliada pelo carácter criador, autónomo da representação social. Moscovici (cit. Jodelet, 1990) fala de conversão de experiências, de percepções que vão conduzir a uma nova visão. Os conceitos analíticos vão agir como categorias de linguagem, introduzindo uma outra ordem no contexto, transformando-se em instrumentos naturais de compreensão que substituem os outros. Um saber novo ancora-se no real, mas desordena o pensamento uma vez que as necessidades da colectividade que o sujeito integra são um instrumento que vai produzir efeitos, convertendo os referenciais habituais de apreensão do real, modificando o conteúdo das nossas experiências e das nossas percepções. A modificação cultural pode assim ter uma incidência sobre os modelos de pensamento e de conduta pela mediação das representações e das experiências. De outro modo, a familiarização do estranho vai com a ancoragem,

fazer prevalecer os referenciais de pensamento antigos, ordenando-os no já conhecido. Esta modalidade de pensamento caracterizada pela memória e pela predominância de posições estabelecidas, coloca em acção mecanismos gerais como a classificação, a categorização, a etiquetagem, a denominação e procedimentos de explicação que obedecem a uma lógica específica. Compreender qualquer coisa de novo é dar-lhe sentido e também explicá-la. O sistema de representação fornece os referenciais, os sinais pelos quais a ancoragem vai ordenar no familiar e explicar de uma forma familiar. Dar sentido a qualquer coisa nova, é aproximá-la do que nós conhecemos, qualificando-a com as palavras da nossa linguagem. Explicar uma coisa nova é procurar uma causalidade: por atribuição de uma causa a um efeito, como na pesquisa científica, ou por imputação procurando as intenções por detrás dos actos, o porquê e a sua finalidade. É este último tipo de causalidade que é mobilizada quando um acto não está em concordância com as representações daquilo que se observa. A ancoragem ao servir para encontrar sentido, e definindo a categoria à qual ele pertence, surge como modalidade de enraizamento dentro do sistema de pensamento.

Como referido anteriormente, a objectivação e a ancoragem são processos sociocognitivos, isto é, são processos cognitivos que sofrem uma regulação social. Em primeiro lugar, uma representação social é um elemento integrante da dinâmica social, sendo a sua organização e evolução determinadas pela sociedade onde se desenvolve. Em segundo lugar, há diferenciações na estrutura social que, eventualmente, se irão reflectir na construção de diferentes representações de um mesmo objecto. Por fim, não se pode ignorar que existem normas, valores, referências ideológicas e crenças mais persistentes, não se podendo dissociar a pluralidade de representações sobre um mesmo objecto destes quadros de referência normativo-valorativos. Há, portanto, *factores sociais* que se repercutem na actividade de representação conduzindo à pluralidade de representações sobre um mesmo objecto. Moscovici (cit. Herzlich, 1972; Vala, 1997) enunciou três desses factores:

a dispersão da informação não contribui para uma compreensão sólida de um objecto, problema ou fenómeno. Há um desfasamento entre a informação efectivamente presente e aquela que será necessária para constituir um fundamento sólido do conhecimento. Concretizando, há um desfasamento quantitativo e

qualitativo entre a informação circulante o que facilita a ambiguidade e a imprecisão; acresce-se ainda que a informação não circula da mesma forma em todos os grupos sociais, bem como não circula o mesmo tipo de informação nem a imprecisão ou ambiguidade se manifesta do mesmo modo para todos os sujeitos;

a **focalização** dos indivíduos em diferentes domínios é efectuada de acordo com os seus recursos educativos, os seus interesses profissionais ou ideologias, que funcionam como parâmetros na elaboração de uma representação sobre um objecto o que implica diferentes graus de interesse;

a **pressão à inferência**, existente em todos os grupos sociais, exige que os sujeitos produzam uma opinião rápida, que deve servir objectivos individuais ou grupais. Para tal é necessário que disponham de recursos, que são em grande parte as representações a que o objecto apela, e de estratégias que estejam em conformidade com o seu posicionamento na relação com a sociedade. A existência desta pressão, a preparação constante para responder às incitações do grupo, do meio, aceleram o processo de passagem à inferência.

A dispersão de informação, a desigualdade de focalização, a pressão mais ou menos acentuada à inferência, traduzem a disparidade de posições face a um objecto socialmente significativo, apreendido num contexto em constante mudança e marcado pelo carácter conflitual das relações sociais.

1.2 – ESTRUTURA E DINÂMICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Uma representação social, qualquer que seja a natureza exacta dos seus elementos constituintes, é analisável através de diversas dimensões pelo que não é fácil definir precisamente a sua estrutura. Contudo, Moscovici (cit. Herzlich, 1972) refere que numa representação social se articulam quatro principais dimensões:

- as **crenças**, entendidas como a organização durável de percepções e de conhecimentos relativos a um certo aspecto do mundo do indivíduo ;

- a **informação**, que reenvia à soma dos conhecimentos possuídos a propósito de um objecto social, à sua quantidade e à sua qualidade, mais ou menos estereotipados, banais ou mesmo originais;
- o **campo de representação**, mais complexo, que exprime a ideia de uma organização de conteúdo: existe campo de representação onde há unidade hierarquizada de elementos, mas também a maior ou menor riqueza deste conteúdo, as propriedades propriamente qualitativas, imageantes da representação. Neste sentido, o campo da representação supõe um mínimo de informação que ele integra ao nível imageante e que, simultaneamente contribui para o organizar;
- a **atitude**, que exprime a orientação geral, positiva ou negativa, em face do objecto de representação. A atitude manifesta-se como uma dimensão mais ‘primitiva’ do que as duas últimas uma vez que pode existir mesmo que a informação seja reduzida e o campo de representação pouco organizado.

No capítulo anterior tentámos explicitar como se formam as representações e aludimos ao contributo destas dimensões neste processo. As questões que agora se colocam é como é que estas dimensões se estruturam na representação ? Como é que as representações se tornam autónomas ? Como é que evoluem ? Como é que se produzem transformações nas representações já constituídas ? Atentemos na explicação de Flament (1994): considere-se um objecto X, uma população homogénea relativamente a esse objecto e o ‘*corpus*’ praxio-discursivo contendo o registo de todas as práticas e todos os discursos dos membros dessa população relativamente ao objecto X. Procedendo à análise segmentária desse ‘*corpus*’ colocar-se-ão em evidência diversos segmentos de significações locais, divergentes e eventualmente mesmo contraditórios. Poder-se-ão considerar dois segmentos práticos, ou dois segmentos discursivos, ou um segmento prático e um segmento discursivo. Contudo, esse ‘*corpus*’, na sua totalidade, é coerente na medida que reflecte uma estrutura cognitiva, apesar de o princípio que assegura a coerência de uma representação se encontrar raramente numa primeira análise. Abric e Flament (cit. Flament, 1994) realizaram pesquisas de reflexão, trabalho de terreno e de laboratório, tendo encontrado dois casos opostos. Num primeiro caso, a situação de

coerência do campo representativo do objecto X está nas representações de outros objectos Y, Z, ..., mais ou menos ligados a X; não é uma representação autónoma mas uma representação de correspondência que reenvia para a ligação da representação e imagem de outros objectos. Num segundo caso, a situação de coerência da representação do objecto X está ao mesmo nível desse objecto, encontrando-se unicidade da representação através de toda a população, tratando-se de uma representação autónoma.

São precisamente as representações autónomas as mais estudadas. Nestas, o local de coerência é o núcleo central, na designação de Abric, o núcleo duro para Mugny e Carugati ou o princípio organizador como lhe chama Doise (cit. Flament, 1994). Apesar das diferentes terminologias as noções são essencialmente equivalentes, sublinhando este aspecto de ‘núcleo’ um pouco mais elaborado, como uma estrutura que organiza os elementos da representação e lhes dá sentido.

A teoria do núcleo central foi desenvolvida por Abric em torno de uma hipótese geral: *“Toda a representação se organiza em torno de um núcleo central”*- (Abric, 1994: 197). Este núcleo central, ou núcleo estruturante, é o elemento fundamental da representação já que é ele que determina a significação e organização da representação, assegurando duas funções essenciais:

- uma função criativa, sendo o elemento pelo qual se cria, ou se transforma, a significação de outros elementos constitutivos da representação. É por isso que os elementos tomam um sentido, um valor;
- uma função organizadora, já que é o núcleo central que determina a natureza das relações que unem entre si os elementos da representação. É neste sentido o elemento unificador e estabilizador da representação.

Durante muito tempo a teoria do núcleo central de uma representação autónoma não passou de uma hipótese até que foi demonstrada experimentalmente por Moliner (Flament, 1994). É hoje aceite que os elementos de uma estrutura cognitiva são afectados por um gradiente quantitativo de centralidade (de saliência ou de importância) ao qual a teoria de Abric adicionou a noção de centralidade qualitativa e estrutural – o núcleo central. Podem observar-se elementos de centralidade muito

forte, com igual expressão quantitativa mas que se diferenciam qualitativamente, alguns fazendo parte do núcleo central e outros não.

Abric (1994; 2001), na sua teoria, defende que o núcleo central da representação é determinado, por um lado pela natureza do objecto presente, por outro lado pela relação que o sujeito mantém com esse objecto. Mais precisamente, é a finalidade da situação na qual é produzida a representação que vai determinar o ou os elementos centrais. O núcleo central é um subconjunto da representação, composto de um ou vários elementos, cuja ausência ou separação destruirá ou atribuirá uma significação radicalmente diferente à representação no seu conjunto. Ele é, por outro lado, o elemento mais estável da representação, aquele que mais resiste à mudança. Uma representação só é susceptível de evoluir e de se transformar superficialmente por uma mudança do sentido, ou da natureza, dos seus elementos periféricos; mas ela não se transforma radicalmente, ela só muda de significação no momento em que o próprio núcleo central é posto em causa. A este propósito o autor cita as pesquisas de Moliner visando analisar e explicar a dinâmica de evolução e de transformação de uma representação, cujos resultados evidenciaram que quando um elemento periférico da representação é posto em causa, a maioria dos sujeitos conservam a representação; pelo contrário, se é um elemento do núcleo central que é contestado há uma mudança de representação. Estes resultados conduziram à conclusão de que para a transformação de uma representação é necessário a mudança do seu núcleo central.

Quanto aos elementos periféricos, eles encontram-se em torno do núcleo central e são por ele organizados. Não se trata de um gradiente de centralidade: os elementos periféricos estão no exterior do núcleo central podendo encontrar-se longe deste ou na sua proximidade. Flament (1994) desenvolveu estudos que completaram esta teoria demonstrando que os elementos periféricos podem ser considerados como esquemas que têm um papel decisivo no funcionamento do sistema de representação. Refere este autor que os esquemas periféricos asseguram o funcionamento quase instantâneo da representação como grelha de descodificação de uma situação: eles indicam, de forma por vezes muito específica, o que é normal (e por contraste o que o não é) e, por conseguinte, o que é preciso fazer para compreender e memorizar. Estes esquemas normais permitem à representação funcionar economicamente, sem

que seja necessário, a cada instante, analisar a situação em conexão com o princípio organizador que é o núcleo central. Nalguns casos, os elementos periféricos não se apresentam como esquemas mas como características do objecto de representação. Podem-se considerar, igualmente, os elementos do núcleo central como esquemas, mas uma diferença estrutural fundamental é que estes se apresentam mais abstractos do que os periféricos.

O papel normal dos esquemas periféricos é, como já referimos, o de descodificação de uma situação normal, mas as situações não são sempre normais: por diversas razões, certos aspectos de uma situação podem estar em desacordo com certos aspectos da representação. Se estes desacordos se inscrevem directamente no núcleo central haverá imediatamente desestruturação da representação. Se é assim, as representações sociais transformar-se-iam constantemente, facto que não se constata efectivamente. Com efeito, a periferia da representação serve de zona tampão entre uma realidade que a coloca em causa e um núcleo central que não deve mudar facilmente. Os desacordos da realidade são absorvidos pelos esquemas periféricos que, assim, asseguram a estabilidade (relativa) da representação.

O mesmo mecanismo, quando se amplia, permite explicar a transformação de uma representação. É o que sucede no caso das práticas sociais que detêm um papel preponderante no desencadeamento de transformações profundas das representações, ao nível do seu núcleo central. Certas circunstâncias, independentes da representação, podem induzir numa população práticas em desacordo, mais ou menos violentas, com a representação; estes desacordos inscrevem-se em primeiro lugar nos esquemas periféricos, que se modificam para proteger, por uns tempos, o núcleo central. Se o fenómeno se amplia, o núcleo central pode ser lesado e transformar-se estruturalmente, sendo este o critério de uma real transformação da representação. De acordo com Flament (1994) podem ocorrer dois casos extremos de desacordo entre práticas e representação:

- num primeiro caso, as práticas estão em contradição explícita com a representação. Esta situação origina o aparecimento de *esquemas estranhos* sendo a eventual transformação da representação brutal, em ruptura com o passado;

- num segundo caso, as práticas são admitidas pela representação; embora sendo raras elas tornam-se mais frequentes devido às circunstâncias, originando a modificação do nível de activação dos esquemas periféricos, e a transformação eventual da representação é progressiva, sem ruptura com o passado.

No primeiro caso, em que as práticas novas que estão em contradição explícita com a representação se inscrevem nos esquemas periféricos, ocasionam que os esquemas normais, sob influencia de elementos estrangeiros, se transformem em esquemas estranhos, que aparecem como tendo quatro componentes estreitamente imbricados: a mobilização do normal, a designação do elemento estrangeiro, a afirmação da contradição entre esses dois termos, a proposição de uma racionalização permitindo suportar (por uns tempos) a contradição. Este último elemento - a racionalização, apoia-se quase sempre na cultura que é contestada pelas práticas e muito raramente nas práticas novas, o que leva a pensar que quando apoiada nestas últimas é bem mais uma racionalização auto - convincente.

Quando muitos elementos contraditórios vêm transformar os esquemas normais em esquemas estranhos, verifica-se uma diversidade de tipos de racionalização, frequentemente contraditórias entre si. Estas múltiplas racionalizações acumuladas acabam por criar uma incoerência intra e interindividual, insuportável, da qual só é possível sair pelo retorno às práticas antigas, ou por uma reestruturação do campo de representação. Se o retorno às práticas antigas é possível, o problema é eliminado. Quando, por razões diversas, tal não é possível, o problema resolve-se pela reestruturação do campo de representação. Esta reestruturação (que parece bastante rápida uma vez que é iniciada) não é forçosamente feita por toda a população ao mesmo tempo, encontrando-se frequentemente as novas estruturas melhor construídas nos jovens e naqueles que detém um nível de escolaridade mais elevado. Este mecanismo sugere que o núcleo central se fractura e que os seus elementos se dispersam, cada um evoluindo segundo uma lógica própria, e reencontrando-se, com um sentido modificado, integrado mais ou menos centralmente numa nova representação. No segundo caso, as práticas não contradizem a representação mas originam a activação dos esquemas periféricos, e a transformação progressiva da representação. O que acontece é que subgrupos de uma mesma população

relativamente homogénea, têm discursos sensivelmente diferentes sobre um mesmo objecto de representação. Tal não significa que tenham diferentes representações. Na perspectiva de Flament (1994) duas representações só são diferentes se os seus núcleos centrais forem diferentes. Assim, os subgrupos podem ter, de um dado objecto, uma mesma representação (com o mesmo núcleo central) e, por razões circunstanciais (nomeadamente as práticas individuais), possuírem esquemas periféricos desigualmente activados, logo discursos diferentes. É a evolução dos diferentes graus de activação dos esquemas periféricos que podem conduzir á transformação do núcleo central de uma representação. Este é um processo que tem frequentemente um suporte histórico: para a mentalidade de uma época, certas práticas podem ser ilegítimas, ou mesmo legítimas mas raras; as circunstâncias podem aumentar sensivelmente a frequência dessas práticas tornando-as aceites e com o tempo, esta mudança de frequência ocasiona também uma mudança de mentalidades. Ocorre assim uma modificação estrutural da representação, mas sem ruptura brutal com o passado.

Em resumo, uma representação social comporta esquemas periféricos, estruturalmente organizados por um núcleo central que é a própria identidade da representação. Para que ocorra uma evolução ou transformação de uma representação é necessário uma mudança superficial do sentido, ou da natureza, dos seus elementos periféricos; uma transformação radical só acontece no momento em que o próprio núcleo central é posto em causa. Os desacordos entre realidade e representação modificam, em primeiro lugar, os esquemas periféricos e depois, eventualmente, o núcleo central. Se há contradição entre realidade e representação, surgem esquemas estranhos e depois uma desintegração da representação. Se a realidade origina simplesmente uma modificação da actividade dos esquemas periféricos, pode ocorrer uma transformação progressiva, mas todavia estrutural, do núcleo central.

1.3 – AS FUNÇÕES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O próprio conceito de representação social é a expressão da sua multifuncionalidade. Sinteticamente, são-lhe atribuídas três funções de base: função cognitiva de integração da novidade (tornar o estranho familiar), função de interpretação da

realidade (tornar o invisível perceptível), função de orientação de condutas e relações sociais. De um modo mais amplo, e como sistemas de interpretação, regem a nossa relação com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais, além de intervirem em vários outros processos como a difusão e assimilação de conhecimentos, o desenvolvimento individual e colectivo, a definição de identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais (Farr, 1990; Jodelet, 1990; Abric, 1994; Jodelet, 1994). De uma forma geral, Vala (1997) faz alusão específica a quatro funções.

Na medida em que as representações sociais constituem um sistema de interpretação, atribuindo sentido aos objectos e acontecimentos sociais, elas têm uma função de **organização significativa do real**. Contudo, a atribuição de sentido não funciona como algo exterior à estrutura social, ela é incorporada e objectivada na própria estrutura social, tornando o meio envolvente não estranho e coerente, pelo que as representações sociais são um dos constituintes das estruturas sociais tal como afirma Giddens citado por Vala (1997). Também Farr (1990) faz alusão a esta função, considerando-a mesmo uma dupla função: a de transformar o estranho em familiar e o invisível em perceptível. Há necessidade de categorizar e enquadrar na vida quotidiana por forma a que o desconhecido ou insólito não constituam uma ameaça. De acordo com Abric (1994) isto só é possível porque as representações sociais funcionam como grelha de leitura e descodificação da realidade.

Enquanto sistemas de interpretação comum e partilha de linguagem, as representações sociais têm uma função no contexto da **comunicação**, já que servem de suporte básico dos actos comunicativos. A este respeito, afirma Farr (1990) que uma representação social adquire uma função social na medida em que se familiariza no discurso quotidiano. Nem sempre a partilha de consensos se observa nos actos de comunicação, eles são, muitas vezes, actos de argumentação e discussão no interior dos grupos ou entre grupos. Na opinião de Vala (1997: 365) “*Comunicar argumentando é activar e discutir representações*”. Em conformidade com este autor, é também nesta função contextualizada nas actividades comunicativas que se descobre a centralidade na orientação das actividades avaliativas e explicativas das representações sociais, já que ao comunicarmos avaliamos, descrevemos e explicamos. Em consonância estão Moscovici e Hewstone (1990) ao afirmarem que

a transformação da avaliação em descrição e desta em explicação, é que caracteriza o modo de funcionamento das representações sociais.

Um grande número dos nossos comportamentos, de forma consciente ou inconsciente e automaticamente ou de forma controlada, corresponde às nossas representações; dito de outro modo, as nossas acções envolvem sistemas representacionais, redes de representações que fazem uma ligação entre os objectos e o seu contexto. Assim, as representações sociais constituem uma orientação para a acção, isto é, funcionam como **orientação para o comportamento** na medida em que modelam e constituem os elementos do contexto em que ele terá lugar, produzindo uma antecipação dos actos e das condutas, de si e dos outros. Pode dizer-se que as representações sociais ajudam os indivíduos a orientar-se no seu universo material e social permitindo a justificação dos seus comportamentos relativamente às normas sociais, bem como a sua integração (Farr, 1990; Abric, 1994; Vala, 1997).

Se por um lado as representações se estruturam de acordo com as estratégias grupais, por outro lado elas podem servir e justificar comportamentos e avaliações, podendo dizer-se que as representações têm funções no contexto dos fenómenos de **identidade e diferenciação social**. A este propósito diz Moscovici “*Se a especificidade da situação de cada grupo social contribui para a especificidade das suas representações, a especificidade das representações contribui, por sua vez, para a diferenciação dos grupos sociais*” (citado por Vala, 1997: 367).

Em síntese, pode dizer-se que a dimensão funcional e prática das representações sociais se manifesta na organização dos comportamentos, nas actividades comunicativas e na diferenciação dos grupos sociais (Vala, 1997)

2 - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA

Todas as sociedades se dedicam a estabelecer uma ligação entre a estrutura biológica e a estrutura social. Assim, a saúde e a doença constituem também factos sociais cuja natureza e 'visão social' vai variando consoante as épocas, as sociedades e as culturas. Daí que, ao estudar um grupo de seres humanos, em qualquer área de conhecimento, é necessário compreender as várias maneiras como estes se organizam e a sua visão do mundo em que habitam; por outras palavras, é necessário entender as diferentes facetas da sua cultura.

De certa forma a cultura pode ser considerada como uma 'lente' herdada através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele. Também no campo da saúde, os conceitos de saúde e de doença da população em geral devem ser entendidos e compreendidos à luz desta 'lente cultural', não devendo desvalorizar-se a importância da modulação familiar e comunitária na representação destes conceitos (Helman, 1994).

O processo de endoculturação relativamente ao binómio saúde/doença tem, na maioria das vezes, a sua génese na forma de conceber o próprio corpo. Para Helman (1994) cada ser humano possui, em certo sentido, dois corpos: um corpo individual (físico e psicológico), adquirido no nascimento e um corpo social necessário ao primeiro para viver em determinada sociedade. É social e culturalmente que aprendemos a adquirir a 'imagem corporal': a cultura em que crescemos ensina-nos a distinguir um corpo jovem de um idoso, um corpo doente de um saudável, a considerar partes públicas e outras privadas, a entender funções corporais como socialmente aceitáveis ou não. Nas sociedades rurais, em que a agricultura predomina, o corpo representa um instrumento de trabalho e uma condição básica para a reprodução económica das famílias. Ao longo do tempo foram sendo geradas regras e valores visando precisamente regular e potenciar a utilização do corpo, por

forma a maximizar o seu rendimento no mais largo tempo possível, num quadro simbólico e religioso em que aos próprios corpos é atribuída a responsabilidade de manterem a existência das almas. Contraindo-se a esta situação, nas sociedades urbanas onde predomina o trabalho de carácter intelectual, o corpo liberta-se dos constrangimentos económicos e entra-se numa nova relação do indivíduo com o seu corpo em que este assume novas funções (estéticas, lúdicas). O corpo disforme, marcado pela usura do trabalho e insensibilizado pelo esforço físico excessivo torna-se símbolo de um modo de vida que se quer ultrapassado. Os cuidados com o corpo que hoje dominam as classes média e alta urbanas não traduzem assim apenas uma preocupação estética, mas sobretudo uma fuga à desclassificação social (Hespanha, 1987).

O corpo parece ser a unidade susceptível de maior consenso na nossa cultura: é no corpo que se dão as doenças, é sobre ele que a medicina se debruça. No entanto, a imagem do corpo na cultura popular não coincide com o modelo biomédico do corpo: o modelo biomédico, mecanicista e reducionista, olha o corpo como uma máquina cujo mecanismo tenta compreender e explicar; contrariamente a cultura popular, embora olhe o corpo como uma máquina que é preciso manter bem oleada e com combustível adequado, inclui elementos cósmicos, espirituais, psicológicos e sociais na explicação do seu funcionamento (Nunes, 1997). Para a maioria das pessoas, a estrutura interna do corpo é uma questão a ser especulada. Sem auxílio das dissecações anatómicas, de gráficos do esqueleto, das estruturas orgânicas e das radiografias, as ideias a respeito da composição do organismo baseiam-se em conhecimentos transmitidos por folclore, por livros e revistas, experiências pessoais e teorizações. A imagem do 'interior do corpo' é importante porque influencia a percepção e a apresentação das queixas das pessoas. Há um défice de 'cultura somática' traduzido num conhecimento muito sumário do corpo que origina uma representação simplista: corpo como uma máquina constituída por peças (motor-coração; estômago-caldeira) que estão alojadas em cavidades (tórax e abdómen) ligados entre si por canos ou tubos (vasos sanguíneos, intestinos, traqueia) e com ligações para o exterior (boca, ânus). O vocabulário utilizado para descrever as sensações corporais é, geralmente, muito limitado recorrendo a imagens e analogias retiradas do quotidiano e de acordo com esta concepção de corpo (coração avariado,

ferrugem nas dobradiças, uma panelada no peito, a tripa entupida) (Hespanha, 1987; Helman, 1994).

Desta visão de corpo surgem representações de saúde/doença que são imagens e crenças que têm sempre uma tonalidade afectiva e uma carga emocional ligadas a uma referência cultural. De igual modo as reacções pessoais e interpessoais ao sofrimento e à doença são psicológica e culturalmente construídas: são modeladas por factores culturais que orientam a percepção, experiência/vivência e são baseadas na categorização, na explicação, na avaliação e na expectativa de tratamento, e que assentam num sistema de significação familiar, social e cultural, o que explica o facto de padrões reactivos semelhantes poderem assumir diferentes funções em várias culturas. É todo este processo de modelação cultural que influencia a maneira como percebemos os sintomas, estabelecemos uma associação entre determinados diagnósticos ou doenças bem como aparelhos ou sistemas, valorizamos e reagimos a diagnósticos específicos, comunicamos com os outros as nossas preocupações sobre problemas de saúde, apresentamos os sintomas, quando e junto de quem procuramos cuidados de saúde, o tempo que esperamos para os procurar e o tempo que permanecemos em tratamento, a maneira como avaliamos os cuidados de saúde, enfim, como aprendemos a integrar formas de doença e de encarar a saúde (Barbosa, 1984).

Nos anos sessenta, um estudo das representações sociais da saúde e da doença, realizado por Herzlich, veio demonstrar a existência de um sistema de pensamento coerente, de concepções autónomas de saúde e doença independentes das categorias do saber médico, em que a actividade ou a inactividade, a participação social ou a exclusão foram noções constantemente utilizadas para definir a doença e o bem estar. O discurso colectivo não é, assim, um decalque do discurso médico e das suas noções, uma enumeração de sintomas e de processos corporais. Pelo contrário, os sintomas e as disfunções apenas fazem sentido e se organizam em ‘doença’ se introduzirem uma modificação da vida e identidade sociais (Herzlich, 1984; 1991). Os sistemas de representações saúde/doença variam também com as diferentes sociedades (numa dada sociedade predomina uma determinada integração de elementos dos sistemas culturais, noutra serão outros elementos periféricos que se constituem como centrais) e ao longo do tempo. Como refere Barbosa (1984:6) “em

cada época é o indivíduo que fica doente mas, é doente aos olhos da sua sociedade, em função dela, e segundo as modalidades que ela fixa”.

A forma como a doença é vista pelos membros de uma sociedade afecta, por sua vez, o que é feito para a evitar e/ou combater. Fazendo a doença parte da história de todos os grupos, é natural que estes tenham estabelecido critérios para a definirem, desenvolvido métodos para a reconhecerem e perante os recursos existentes tenham eleito os papéis sociais correspondentes para lidarem ou responderem à doença. Diferentes visões do mundo estruturam um conjunto de crenças e representações sobre etiologia e classificação de doenças que determinam a atribuição do poder para as detectar e da legitimidade para as curar (Barbosa, 1984; Helman, 1994). Continuando o indivíduo, o seu corpo, a sua saúde, a representar um capital fundamental há tendência para recorrer a cuidados profissionais, a saberes e práticas imbuídos de ciência, tecnologia e especialização que surgem como o protótipo da relação com a sociedade mas que são fonte de conflitos: o desenvolvimento de conhecimentos e o aumento de intervenções médicas reforçaram o auto-controlo dos fenómenos do corpo mas, paralelamente, geraram insatisfação perante os seus limites, intolerância à incerteza e aos riscos que os envolvem. Este questionamento social fez ressurgir uma movimentação cujo ponto de partida assenta na afirmação do valor da representação profana, no direito a impor-se face ao saber médico e que se revela em algumas práticas colectivas: as associações de doentes, os grupos de auto-ajuda, entre outros (Herzlich, 1991).

Se os contextos tradicionais de saúde sofrem alterações quanto ao modo como são conceptualizados ocorrem também mudanças dos significados tradicionais de saúde e doença.

2.1 - CONCEPÇÕES DE SAÚDE/DOENÇA

Está hoje em franco declínio a tendência para considerar a saúde como uma simples ausência de doença. Contudo, como refere Feito, citado por Férez (1998:19), torna-se difícil conceituá-la atendendo a que é uma realidade complexa, pelo que qualquer conceito será sempre:

“- um conceito múltiplo, permitindo distintas visões quer colectivas quer individuais;

- relativo, porque dependerá da situação, tempo e circunstância de quem o defina e/ou de quem o aplique;

- complexo, visto que implica multiplicidade de factores, alguns dos quais serão essenciais ou não de acordo com o ponto de vista que se adopte;

- dinâmico, porque mutável e com diferentes gradientes;

- um conceito aberto, enquanto modificável pelas mudanças que a sociedade lhe imponha”.

Estas características relembram-nos que a concepção de saúde varia com as condições de vida e as ideias de cada sociedade e cultura, e supõe mais do que um estado ou situação, uma forma de estar na vida. Por conseguinte, não se trata de um fim em si mesmo mas de uma condição essencial ao ser humano, constituindo a qualidade prévia para poder satisfazer qualquer outra necessidade ou aspiração de uma vida plena, autónoma e humanamente feliz.

Em organizações internacionais específicas os representantes dos diversos povos discutem e acordam definições e estratégias globais para a abordagem deste conceito. Um marco importante na sua conceptualização, subjacente á sua evolução nos últimos anos, foi a sobejamente conhecida definição da Organização Mundial de Saúde, em 1948: “saúde é, não só a ausência de doença ou enfermidade, mas um completo bem-estar físico, mental, emocional, moral e social” (cit. Gonçalves Ferreira, 1989:30). Ao considerar que a saúde se manifesta nos níveis mental, social e físico, e que se define por uma configuração de bem-estar resultante da interdependência destes aspectos, marca uma ruptura com o modelo tradicional que a conceptualizava como a mera ausência de doença. A saúde é assim definida pela positiva, no sentido em que se caracteriza pela presença de determinadas características ao invés de pela ausência de outras. Ainda que esta nova filosofia iniciada pela Organização Mundial de Saúde tivesse conduzido à exaltação da saúde como um Direito Humano fundamental, a sua conceptualização de saúde tem sido muito questionada por várias razões, das quais Godoy (1999) destaca a primazia dada

à componente subjectiva e à componente individual, por considerar a saúde como um estado e não como um processo e por ser vaga e difícil de operacionalizar.

A saúde inclui dimensões de carácter objectivo, relacionadas com a capacidade funcional, e de carácter subjectivo que têm a ver com o sentir-se bem, o conseguir disponibilizar 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. Por exemplo, O'Donnell (cit. Ribeiro, 1994:57) defende que a saúde abrange cinco dimensões, cada uma delas incluindo várias áreas que devem coexistir equilibradamente:

“saúde emocional, que inclui a gestão do stress e os cuidados com as crises emocionais; saúde social, abrangendo relações com os amigos, família e comunidade; saúde intelectual, que abrange a educação, o desenvolvimento da carreira e a realização intelectual; saúde espiritual, abrangendo aspectos como o amor, a esperança, a caridade os objectivos de vida; saúde física, que abrange a condição física, a alimentação, os cuidados médicos e o controlo do abuso de substâncias”.

Mais saúde poderá influenciar directamente toda a experiência de vida, incluindo, tanto a percepção de bem-estar, essencial (por definição) para ter saúde, como o próprio estado de doença física podendo ser o primeiro determinante na susceptibilidade ou na resistência do indivíduo à mesma. Ware (cit. Weiss e Lonquist, 1994), após efectuar uma revisão da literatura, também identificou seis dimensões principais relacionadas com a saúde:

funções físicas – esta dimensão refere-se às limitações físicas relacionadas com cuidados pessoais, mobilidade, participação e realização de actividades quotidianas;

saúde mental – inclui aspectos psicológicos relacionados com sentimentos de ansiedade e depressão, controlo de emoções e comportamentos;

bem-estar social – refere-se à extensão da rede social de apoio;

desempenho de funções – abrange o grau de limitação no desempenho de actividades habituais, nomeadamente no emprego ou na escola;

percepções gerais de saúde – refere-se à auto-avaliação do estado de saúde global;

sintomas – consiste na apresentação de sintomas psico-fisiológicos.

Na perspectiva de uma compreensão mais eficaz e actualizada do conceito de saúde, Gonçalves Ferreira (1989) considera as seguintes concepções:

concepção médica - a saúde como ausência de doença;

concepção psicossocial - a saúde como ausência de mal-estar e como um estado de conforto e de sensação de confiança pessoal;

concepção político-legal - a saúde como pré-requisito funcional para a manutenção do vigor e equilíbrio adaptativo da vida das pessoas e da sociedade;

concepção económica - a saúde como factor de importância económica fundamental.

San Martin (1989:6) apresenta-nos uma visão ainda mais ampla, considerando que

“a noção de saúde é relativa e, na prática, jamais absoluta; é um estado orgânico e dinâmico de equilíbrio sócio-ecológico (equilíbrio de todas as possibilidades da pessoa humana: biológicas, psicológicas, sociais), harmonioso entre o indivíduo (e a população) e o meio onde este vive. Este equilíbrio exige a satisfação de determinadas necessidades fundamentais do homem, e uma adaptação biológica mental e social deste ao meio complexo e em contínua transformação”.

Com efeito, existe uma tendência crescente para se entender e analisar a saúde como um processo sócio-ecológico, no qual se atribui uma crescente responsabilidade ao indivíduo no que respeita à respectiva promoção e manutenção ao nível individual e colectivo. Tem-se tentado expressar os limites conceptuais de saúde, como se deduz das abordagens expostas; embora com orientações diferentes, ressalta uma ideia comum: a saúde não corresponde somente à ausência de doença, mas também a uma capacidade positiva de cumprirmos as nossas funções; não é apenas uma condição fisiológica, mas inclui, igualmente, as dimensões individuais, sociais e culturais. E os leigos, terão uma conceptualização de saúde em conformidade com o exposto anteriormente? Existem, de facto, diversas formas de falar de saúde, sendo possível

entrever os significados que os indivíduos atribuem às suas condutas e práticas sociais. Herzlich (1984) e Pierret (1991) desenvolveram trabalhos nos quais analisaram discursos sobre a saúde, tendo encontrado diferentes significações sociais para o mesmo conceito. A forma dominante dos discursos, e também a mais heterogénea, faz referência à doença, sendo através dela que a saúde é apreendida. A referência à doença surge como elemento central, seja como experiência vivenciada seja como própria definição de saúde em termos da sua ausência; é ela que dá um sentido à saúde, só se toma consciência dela quando se perde. Refere Herzlich (1984) que sob a aparente unidade do termo 'saúde', estamos longe de uma entidade unívoca e claramente definida pela sua oposição à doença; os conceitos de saúde caracterizam-se diferentemente, têm funções distintas e há diferentes discursos que as relacionam com a doença. Existe um esquema organizador que sustenta estas diferenciações, no qual intervém um duplo quadro de referência: o orgânico, no qual a saúde aparece como um estado do corpo, estado esse relativo, definido em função da doença, quer seja da ausência ou resistência à doença; o comportamental ou psicossocial, sendo a saúde definida como um modo de relação do indivíduo com o meio. É na passagem de um quadro de referência para o outro, pela integração de um no outro, que se insere a hierarquia de representações que da ausência de doença conduzem à verdadeira saúde, ao equilíbrio.

A omnipresença da doença organiza também o discurso sobre as práticas em torno da saúde sendo estas dominadas por esta ideia de equilíbrio cujo valor é reconhecido através da experiência de transgressão. Foi neste contexto que Pierret (1991) encontrou uma outra significação ligada à saúde como valor de referência, ou seja, quando se possui é uma riqueza, tudo se pode fazer. Esta valorização não significa que a saúde seja uma finalidade mas antes um pilar indispensável à vida que toma sentido enquanto instrumento necessário ao trabalho e à actividade. Há também discursos que se referem à saúde como produto, ela é apreendida como o resultado de um conjunto de factores diversificados; seria, assim, o produto de comportamentos individuais, de condições de vida e do sistema social. É em nome deste 'produto' que se organizam também as práticas em saúde com uma perpétua negociação entre o prazer e o risco. Por último, numa pequena parte dos discursos surge a saúde como património colectivo pelo que compete à sociedade assegurar a sua manutenção, sendo esta ideia organizada em torno da organização e prestação de cuidados de

saúde. Estas representações indicam-nos que a saúde é vista a partir da experiência de cada um, num enquadramento do sistema social ao qual não se pode escapar.

Quanto ao conceito de doença, a coexistência de sentidos diferentes que a doença pode assumir torna mais complexa a intervenção na saúde e na doença. Na opinião de Godoy (1999) a doença pode ser definida como a anomalia ou alteração, momentânea ou duradoura, da componente física ou psicológica do organismo e acompanhada da componente subjectiva de incapacidade, mal estar e sofrimento. Ao longo dos séculos aprendemos a diferenciar doenças segundo os seus sintomas aparentes e o seu prognóstico, além de se impor a sua individualização pela especificidade da causa e da terapêutica. Surgiram assim diversas classificações de doenças, mas como dizem Sournia e Ruffie (1984) nenhuma taxinomia é absoluta, visto que cada uma se baseia em critérios que, apesar de diferentes, podem inspirar outras igualmente verosímeis. Afirma Herzlich (1991) que as concepções médicas de doença não se identificam apenas com uma realidade – a doença, mas com várias doenças diferenciadas, o que não acontece com as concepções profanas que encontram assim um papel, dentro dos processos de construção social, para a doença. Os indivíduos não são receptores e utilizadores passivos de um saber médico intangível, eles constróem, activamente e selectivamente, sistemas de categorias e noções através do que apreenderam das doenças e que representam, de facto, os saberes ‘operatórios’ do senso comum. Assim, a etiquetagem de um estado como ‘doença’ não é um processo socialmente neutro, caracterizando-se pela intrincação estreita da sua legitimação e estigma. Desta forma, o discurso colectivo tem a sua lógica própria, independente dos modelos médicos, mas que inclui elementos de informação médica que encontram um outro sentido nesta outra linguagem: a que se estabelece entre o individuo e a sociedade.

A doença é como a outra face da saúde, uma certa desordem que altera o equilíbrio de bem-estar, de segurança, de liberdade e de independência, atingindo o homem na sua realidade total. Pode-se dizer que a doença começou com a história humana, tendo os modos de adoecer e a sua repercussão social variado ao longo dos tempos. Todo o ser humano, pelo simples facto de o ser, encontra-se em posição de adoecer, pelo que ao *homo sapiens* se contrapõe o *homo patiens* enquanto ser vulnerável e mortal (Férez, 1998). 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, 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, ‘ter uma doença’, pode ser visto como um acontecimento biológico, caracterizado por mudanças anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, ou por uma sua combinação. Trata-se de uma ruptura na estrutura, ou função, de uma parte do corpo ou do sistema. Doença no segundo sentido, ‘sentir-se doente’, não é um acontecimento biológico, é um acontecimento humano, isto é, consiste numa configuração de desconforto e desorganização psicossocial, resultante da interação do indivíduo com o seu meio. Doença no último sentido, ‘comportar-se como doente’, é vista como uma identidade social, um estatuto ou um papel assumido por pessoas que foram rotuladas como não saudáveis (Barondess cit. Ribeiro, 1998). É, pois, possível sentir-se doente sem ter nenhuma doença, ou acontecer o inverso. Por outro lado é possível encontrar doenças em indivíduos que exibem boa saúde, descobertas devido a exames de rotina, como acontece com o cancro por exemplo.

Nos últimos anos aumentou a esperança de vida passando a sobreviver-se ao que dantes se sucumbia, pelo que é quase normal a coexistência de doença e saúde. Mudou, assim, a relação entre saúde e doença ao longo dos últimos anos. Ribeiro (1994) cita Terris, Hettler e O'Donnell que propuseram um modelo conceptual explicativo desta relação, consistindo num contínuo – saúde óptima versus doença grave ou morte, representando dois pólos opostos e imaginários. Neste modelo o limite do polo esquerdo representa um estado de doença grave conducente a morte prematura, enquanto o limite direito representa um estado de saúde óptima, encontrando-se os indivíduos algures entre eles, tendendo a saúde a ser definida a partir da posição intermédia. Numa crítica a este modelo, desenvolvimentos mais recentes apresentam uma alternativa em que o contínuo saúde versus doença se representa num eixo, cruzado perpendicularmente por outro eixo representando o contínuo bem-estar versus mal-estar. O sistema de eixos de referência define quatro quadrantes (no sentido dos ponteiros do relógio): sentimento de bem-estar coexistente com uma doença grave; doença grave e um nível correspondente de mal-estar; ausência de doença mas sentimento de mal-estar; ausência de doença e bem-estar elevado (Downie, Fyfe & Tannahill cit. Ribeiro, 1998). Este modelo ilustra bem

a ideia de que mais do que um conceito científico, a doença é um construto cultural dependente da sociedade, dos valores culturais e religiosos além de outros factores humanos. No entanto, não quer isto dizer que as representações de doença sejam autónomas e isoladas do saber científico, apenas se situam num outro plano e respondem a outras questões podendo integrar numerosos elementos do saber médico.

Hoje em dia a visão da doença é o epicentro de conflitos culturais e sociais expressando a imagem de uma sociedade nociva que ataca o indivíduo justamente no seu corpo. A doença encarna e cristaliza a agressão social já que, face à sociedade, o indivíduo é caracterizado em termos de saúde, do seu potencial de resistência à agressão; neste contexto, a doença é portadora de um significado simbólico: a etiologia exógena, engendrada por uma causalidade exterior, pela inclusão real ou simbólica de um objecto nocivo por parte da sociedade (Herzlich, 1991). Esta representação não é alheia à modificação dos conceitos tradicionais de doença por parte da ciência: foi abandonada a ideia de monocausalidade e fala-se em multicausalidade em rede, o quadro de morbilidade e mortalidade alterou-se com o peso das doenças infecciosas a diminuir correlativamente às patologias degenerativas, há cada vez mais afecções que envolvem processos imunitários complexos e as causas de morte violenta são cada vez mais importantes. A própria comunidade científica difunde esta visão falando de ‘doenças da civilização’ atribuíveis ao ambiente e ao modo de vida, sensibilizando a opinião pública para temas como a poluição do ar, a contaminação da água, o uso de pesticidas, os corantes, aditivos alimentares e a segurança no trabalho, contra os quais é difícil intervir (Pierret, 1991). Mas a representação da génese da doença é bem mais complexa. A este propósito, referem Sournia e Ruffie (1984) que o *sapiens*, e até os *pré-sapiens*, tiveram desde sempre necessidade de explicações; o seu desejo de causalidade está ligado à sua ‘fome’ inextinguível de saber, de explicar e de conhecer o porquê das coisas. Esta procura é permanente e generalizada, ocorre em todas as épocas e em todos os povos do mundo, é independente da racionalidade pelo que varia segundo as latitudes e muda de critérios e características segundo as gerações. É este o motivo porque ao longo da sua história o Homem encontrou para as doenças explicações que hoje nos parecem absurdas, e porque mantemos comportamentos que também podem ser considerados irracionais. Nos nossos dias o indivíduo assume

uma parte essencial na origem das doenças, seja pelas suas capacidades de resistência, a sua força, a sua saúde e não como elemento activo que forma a sociedade à qual atribui a responsabilidade principal. Na opinião de Herzlich (1984; 1991) esta representação mostra-nos duas faces: de um lado a sociedade entendida como um ser global gerador de doença, do outro lado o indivíduo isolado, vítima exemplar das forças que sobre ele pesam. É deste modo que, embora haja referência à noção de actividade, as doenças profissionais e do trabalho que afectam grupos de indivíduos nas mesmas condições, são quase ausentes desta representação. A doença é entendida como entidade global que assume diferentes classificações de acordo com as modificações de vida, e de identidade social, que produz. Assim, ela é vista como 'destrutiva' desde que o indivíduo não vislumbre nenhuma possibilidade de restaurar a sua identidade, ela foi totalmente assimilada pela doença e integrada socialmente; pelo contrário, será vista como 'libertadora' logo que seja percebida como ocasião de fuga a um papel social asfixiante da sua individualidade; por fim, ela é vista como 'ofício' quando não altera a identidade e corresponde precisamente a uma integração social específica mais persistente: o papel social de doente.

Em resumo pode dizer-se que, a nível conceptual, a saúde e a doença são fenómenos multidimensionais, implicando importantes componentes individuais (biofísicas, cognitivas, afectivas, motivacionais, comportamentais e psicossociais), componentes sociais e culturais (relações grupais, apoio social, ideias e valores) e também, económico-políticas (pobreza, investimento no ambiente e na saúde, legislação protectora e políticas de saúde) - (Godoy, 1999).

Ressalta, assim, a ideia de que a saúde não pode ser entendida a partir da perspectiva patogénica privilegiada pelo modelo biomédico. Por sua vez, a doença deve ser concebida como um conceito interactivo complexo: acontecimentos específicos ocorrem em consequência da interacção de causas múltiplas; agressões do meio, biológicas ou outras, interagem, por sua vez, na produção infinita de sintomas em indivíduos particulares. A doença é um fenómeno que tem preocupado o homem não só para defender-se dela, mas também para a interpretar e para a compreender. No contexto deste trabalho interessa-nos, particularmente, compreender a doença oncológica enquanto realidade social.

3 - ATITUDES, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS EM SAÚDE

Nos capítulos anteriores ficou explícito que as representações são um conjunto organizado de opiniões, atitudes e crenças que têm uma função de organização significativa do real constituindo uma orientação para a acção, isto é, funcionando como orientação para o comportamento. Assim sendo, considerámos pertinente uma abordagem a estes conceitos. Numa primeira parte deste capítulo iremos definir esses conceitos centrais e descrever a relação entre eles. Na segunda parte apresentaremos alguns modelos de análise dos comportamentos em saúde e faremos alusão ao papel central das atitudes e crenças como determinantes desse comportamento.

Um dos problemas com que nos deparamos em Ciências Sociais é a utilização de termos técnicos que são simultaneamente palavras que fazem parte da linguagem comum e quotidiana, o que origina ambiguidades na definição ou clarificação de conceitos. Um desses conceitos é “atitude”, cuja ambiguidade resulta da origem latina da palavra que une dois termos: ‘*actus*’ que significa acção; ‘*aptitudo*’ significando aptidão (Lima, 1997). De um modo global pode dizer-se que as atitudes são gostos e aversões, frequentemente expressos como declarações de opinião (Bennett e Murphy, 1999), ou defini-las como sendo a tendência para avaliar um objecto particular de forma mais ou menos favorável ou desfavorável (Stroebe e Stroebe, 1999). É frequente confundir-se atitude com opinião, já que, como refere Herzlich (1984), ambas são fórmulas socialmente valorizadas às quais um sujeito dá a sua adesão, exigindo uma tomada de posição sobre um problema da sociedade. Distinguem-se na medida em que a opinião constitui uma reacção a um objecto independentemente do actor social e da sua intenção, enquanto que a atitude implica uma afinidade com o comportamento, o julgamento sobre o objecto, constituindo de algum modo um anúncio, uma reprodução interiorizada da acção futura. Como termo mais técnico e específico, a atitude tem sido alvo das mais variadas definições: Doise (1994: 221) cita Thomas e Znaniecki, que introduziram a noção de atitude em

Psicologia Social, para os quais “*As atitudes são a vertente psicológica de uma realidade cuja vertente sociológica é constituída pelos valores*”; Lima (1997: 168) cita Allport para quem “*Atitude é um estado de preparação mental ou neural, organizado através da experiência e exercendo uma influência dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objectos ou situações com que se relaciona*” e, por sua vez, Rosenberg e Hovland (cit. Lima 1997: 168) que consideram que “*As atitudes são predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinada classe de respostas*”. O problema do conhecimento das atitudes dos indivíduos tem sido uma questão importante não só a nível individual e interpessoal mas também em termos sociais, de tal modo que Eiser (cit. Lima, 1997: 169) afirma “*Há poucas teorias em que o conceito de atitude não seja implícita ou explicitamente introduzido e poucas experiências em que as atitudes não sejam envolvidas (...) No entanto, o carácter vago e ambíguo com que este conceito é usado faz com que seja o mais indistintivo e indispensável conceito da psicologia social actual*”. A riqueza de toda esta significação transforma a atitude num conceito que pretende ser mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos. Apesar das diferentes perspectivas há, como refere Lima (1997), alguns pontos em comum: as atitudes referem-se a experiências subjectivas, são sempre referidas a um objectivo, incluem sempre uma dimensão avaliativa.

Esta última tendência avaliativa das atitudes é habitualmente dividida em três tipos, de acordo com o modelo dos três componentes proposto por Rosenberg e Hovland (cit. Lima, 1997; Stroebe e Stroebe, 1999):

- as respostas do tipo *afectivo*, que consistem nas emoções que as pessoas experimentam relativamente ao objecto alvo de atitude; abrangem reacções que vão de um extremo positivo a um extremo negativo, podendo ser observadas quer através de respostas involuntárias e espontâneas, que tão bem conhecemos, como o corar, o suor nas mãos ou o coração a bater apressadamente, ou mesmo expressa através de palavras;
- as respostas avaliativas de tipo *cognitivo*, que são os pensamentos ou as crenças relativas ao objecto de atitude; há ligações perceptíveis entre o objecto que é alvo da atitude e as crenças que lhe estão associadas pelo que vários atributos desse objecto podem ser valorizados de forma positiva ou

negativa, podendo a atitude ser inferida através de movimentos de cabeça (verticais e horizontais), de sinais posturais ou das expressões faciais, além de respostas verbais e escritas;

- as respostas avaliativas de tipo *comportamental*, consistindo em acções visíveis ou a intenções comportamentais relativamente ao objecto alvo de atitude e implicando também avaliações positivas ou negativas; estas respostas são observáveis não só através de comportamentos reveladores mas também da intenção verbal de concretizar a acção. Acerca deste tipo de resposta, alerta-nos Eysenck e Wilson (1976) que ela não deve ser confundida com o comportamento real, ela deve ser inferida da regularidade do comportamento observável através das acções manifestadas relacionadas com ele bem como das afirmações verbais de intenção.

Assim se compreende a diversidade de atitudes face ao mesmo objecto, no entanto permanece em questão *“saber se se consideram as atitudes como respostas implícitas, predisposições para a acção, ou como filtros (templates) que moldam a nossa percepção da realidade”* (Lima, 1997: 169).

Ficou claro que as atitudes envolvem a explicitação de preferências ou avaliações mobilizando crenças e valores pelo que convém clarificar estes conceitos de forma a diferenciá-los. Os valores são abstracções (transcendem objectos e situações) que servem como padrões do que é desejável a nível individual e social e como critérios que orientam as escolhas as atitudes e as acções, tendo um carácter normativo que falta às atitudes. Existem poucos valores devido à sua natureza abstracta, contrariamente é possível desenvolverem-se milhares de atitudes. Quanto às crenças, tal como as atitudes, referem-se a um determinado objecto e na opinião de Stroebe e Stroebe (1999) é plausível que as atitudes das pessoas estejam relacionadas com as suas crenças relativamente a esse objecto alvo. Por crença entende-se a informação de que uma pessoa dispõe, à qual se pode sempre associar uma probabilidade de veracidade, sobre um determinado objecto. A crença é apenas um estágio da acção mental, um efeito da nossa natureza sobre o pensamento, que influenciará o pensamento futuro. Tem três propriedades: primeiro, é algo de que nos damos conta; segundo, sossega a irritação do pensamento; terceiro, implica a determinação na nossa natureza de uma regra de acção ou, numa palavra, de um hábito. Por

consequente, a essência da crença é a criação de um hábito, distinguindo-se as diferentes crenças pelos diferentes modos de acção a que dão origem. Em síntese, as crenças mais não são que auto-indicações de que, nas devidas ocasiões, deveremos agir, relativamente às coisas que acreditamos, de acordo com as qualidades que cremos que essas coisas têm. As crenças que sustentamos têm origem em informação que obtemos quer directamente, através da nossa experiência pessoal, quer indirectamente através da interacção com os outros. São várias as fontes de aprendizagem das crenças: os pais são, geralmente, a primeira fonte logo desde a infância; os amigos e os grupos servem também de referência à avaliação da realidade e à construção de crenças; outras fontes importantes de aprendizagem das crenças são as designadas instituições normalizadoras, das quais a escola e a igreja são o melhor exemplo; por fim, os grandes meios de comunicação social, que têm hoje um papel fulcral na vida do quotidiana, funcionam como forma de construir a realidade moldando as crenças (Lima, 1997). São as crenças que suportam as atitudes, constituindo a sua componente cognitiva e racional, fornecendo os argumentos que permitem defender uma posição atitudinal. É nesta linha de pensamento que as teorias cognitivistas remetem a formação das atitudes para a aquisição das crenças. Assim, defendem que simultaneamente à aprendizagem de crenças se vão formando atitudes, estando a formação de atitudes mais estáveis e duradouras relacionada com a existência de crenças oriundas de experiências pessoais.

Quanto à relação entre atitude e comportamento, o que prevalece na literatura sobre o assunto leva a supor que uma atitude sustentada tem uma influência determinante no comportamento do individuo relativamente ao objecto da atitude (Eysenck e Wilson, 1976). O termo 'comportamento' é também ambíguo, podendo assumir vários sentidos em diferentes níveis e contextos. Ribeiro (1998:115) cita Baltes, Reese e Nesselroade que esclarecem que *“nas ciências comportamentais, tais como psicologia, sociologia e antropologia cultural, o termo comportamento (...) refere-se a actividades e processos, de qualquer tipo, realizado pelos sistemas, quer sejam simples ou complexos”*. Mugny e Papastamou (1990) têm uma visão mais ampla referindo que todo o comportamento humano se situa num contexto de interdependência social e como tal é também uma forma que organiza conteúdos. Nesta perspectiva, o comportamento tem por função exprimir, no processo de

comunicação, um conteúdo que lhe está subjacente, sendo a consequência observável de uma atitude. Deste modo se compreende a eficácia da repetição de um comportamento: ela reside na sua capacidade de explicitar uma atitude, sendo que esta é que constitui o objecto de comunicação e o comportamento não é mais do que o veículo, o canal de comunicação.

Interessam-nos particularmente os comportamentos relacionados com a saúde. Foi na segunda metade do século XX que as ligações entre comportamento e saúde ganharam notoriedade, tendo-se desenvolvido inúmeras investigações que, apesar de variarem quanto ao modo de conceber o comportamento (surge muitas vezes o termo ‘estilo de vida’ como sinónimo de comportamento), revelaram tendência para o considerar como unidades discretas e observáveis de acção. O comportamento de saúde foi definido em 1966 por Kasl e Cobb (cit. Ribeiro, 1998:107; Weiss e Lonquist, 1994:113) como “*qualquer actividade empreendida por uma pessoa, que se crê saudável, com o propósito de prevenir a doença ou de a detectar num estágio assintomático*”. A par desta expressão surge também outra – o comportamento de doença, definido 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*” (Kasl e Cobb cit. Ribeiro, 1998:108). Os comportamentos de saúde podem dividir-se, segundo os mesmos autores, em dois tipos: *comportamentos preventivos primários*, equivalentes aos ‘comportamentos protectores da saúde’, através dos quais os indivíduos procuram activamente a manutenção ou melhoria do seu estado de saúde; *comportamentos preventivos secundários*, destinados especificamente à prevenção de doença ou à respectiva identificação, numa fase suficientemente precoce, de modo a não colocar a vida em risco.

Mais tarde, em 1988, McQueen (cit. Ribeiro, 1998) considerou que os comportamentos associados à saúde se podem resumir a três tipos: os *comportamentos de exaltação da saúde* que visam a promoção da saúde, ou seja, aqueles que são implementados conscientemente com o propósito de melhorar o nível global de saúde; os *comportamentos de manutenção de saúde* que são os de prevenção das doenças (como o controle de tensão arterial, o planeamento familiar, a vacinação) e os de protecção da saúde (incluindo o controle ambiental e de agentes

tóxicos, a prevenção de acidentes, por exemplo); os *comportamentos de prejuízo de saúde* (fumar, beber exageradamente, automedicar-se, entre outros).

Em conformidade com Harris e Guten (cit. Ribeiro, 1998:108) “*todas as pessoas adoptam alguns comportamentos com a intenção de proteger a saúde, quer estes sejam ou não aprovados medicamente e sejam, ou não, eficazes*”. Já Kasl e Cobb (cit. Becker e Maiman, 1983) são mais explícitos e defendem que os indivíduos iniciam voluntariamente actividades relacionadas com a saúde, sem a necessidade de aconselhamento ou consultas dos profissionais de saúde, por três razões fundamentais:

- prevenir a doença ou detectá-la num estadio assintomático;
- na presença de sintomas, obter o diagnóstico e encontrar o tratamento adequado;
- na presença de uma doença definida, assumir ou receber o tratamento destinado à recuperação de saúde ou deter a progressão da doença.

No campo da saúde, seria de esperar que as pessoas que têm uma atitude positiva relativamente à saúde tenham estilos de vida saudáveis e evitem comportamentos prejudiciais à saúde. No entanto, a relação entre atitudes e comportamento não se provou ser assim tão simples. Por exemplo, um estudo efectuado por Ajken e Timko em 1986 (cit. Stroebe e Stroebe, 1999) sobre atitudes e comportamentos em relação à saúde, mostrou que comportamentos de saúde específicos como ir regularmente a consultas, ao dentista ou tomar suplementos vitamínicos, não estavam significativamente relacionados com atitudes de protecção da saúde. Contudo, referem os autores citados, estes resultados não significam necessariamente que as atitudes não determinem o comportamento, afirmando que é mais provável que surja uma relação mais forte entre os dois quando, quer a atitude quer o comportamento, sejam avaliados por estratégias que tenham duas características:

a garantia – as formas ou medidas de avaliação terão que apresentar garantia relativamente a tendências comportamentais, ou seja, a tendência para apresentar um determinado comportamento ao longo do tempo. Para isso terão de relacionar-se atitudes com a agregação do mesmo comportamento ao longo de múltiplas ocasiões, ao invés de se relacionarem com comportamentos pontuais;

a compatibilidade – para assegurar uma relação forte entre medidas de atitudes e de comportamento, estas devem ser compatíveis para além de apresentarem uma elevada garantia. Por exemplo, um estilo de vida saudável inclui inúmeras práticas de saúde que podem ser realizadas em muitos contextos diferentes e em muitos momentos também; uma medida de comportamento que seria compatível com esta atitude global teria que agregar um vasto leque de comportamentos de saúde em diversos contextos e momentos.

A este propósito, explica ainda McQueen (cit. Ribeiro, 1998) que existem comportamentos rotineiros, relativamente estáveis e previsíveis, que tendem a resistir à mudança, instituindo-se como hábitos: é o caso de fumar, beber exageradamente, comer inadequadamente, fazer ou não exercício, que surgem como acções automáticas, de baixo nível de consciência, independentes de reforço e que não têm relação directa com a atitude perante a saúde. Ribeiro (1998) refere que algumas investigações, como as de Mechanic (desenvolvida em 1979), Mechanic e Cleary (efectuada em 1980) e Tomé (datada de 1990), realizadas com crianças e jovens, evidenciaram que desde muito cedo se desenvolvem atitudes positivas relativamente à saúde e se aprendem padrões comportamentais associados à saúde, cuja estabilidade é modesta, alterando-se com o tempo devido a factores associados ao desenvolvimento humano e à pressão cultural associada à idade. Além disso, como afirma Leventhal (1983), cada um de nós possui uma história que memoriza e recorda a diferentes níveis: psicológico, fisiológico e social; portanto, o comportamento muda com o tempo. Na opinião deste autor há pelo menos três modos que influenciam a mudança do comportamento ao longo do tempo. O primeiro tem a ver com a automatização, que requer menos atenção e esforço, em consequência pode ocorrer uma maior facilidade em se aceder a esse comportamento mas uma maior dificuldade em modificá-lo. O segundo é de natureza estrutural e está ligado a associações de memórias perceptuais concretas, cujos elementos podem funcionar como motor gerador de novas estruturas emocionais, podendo modificar o tipo de comportamento visível em situações que provoquem a evocação dessas memórias. Por último, as próprias mudanças que ocorrem ao longo do tempo podem conduzir a reacções emocionais opostas, cujas mudanças positivas ou negativas imprimem oscilações na direcção afectiva do comportamento mas que servem para manter o equilíbrio emocional, processo que se pode revelar bastante importante nos

comportamentos aditivos. Face ao exposto, parece claro que será um erro assumir o comportamento como uma variável sem o contextualizar no seu estadio de desenvolvimento.

Também em relação às crenças se têm multiplicado os estudos que as analisam ligadas à saúde, pondo em evidência as teorias populares que apresentam os indivíduos como portadores de complexas teorias sobre saúde que influenciam o seu comportamento. A maioria das pessoas é saudável durante a maior parte do tempo, pelo que as crenças sobre a doença existem no contexto das crenças sobre a saúde. Ogden (1999) faz alusão a um estudo sobre crenças de saúde, desenvolvido por Lau em 1995, no qual se concluí que estas podem ser compreendidas dentro de algumas dimensões (fisiológica/física, psicológica, comportamental, consequências futuras) o que demonstra um conceito positivo de saúde e indica alguma sobreposição entre perspectivas leigas e científicas. Quanto às crenças da doença, Leventhal e os seus colaboradores efectuaram um estudo, em 1980, no qual identificaram cinco dimensões dessas crenças (Leventhal, 1983; Ogden, 1999):

- *a identidade*, referindo-se à etiqueta que é dada a uma doença e aos sintomas sentidos;
- *as causas percebidas da doença*, podendo ser biológicas (vírus ou lesões) ou psicossociais (stress ou comportamentos ligados à saúde) ou a conjugação de diversos modelos causais;
- *a dimensão temporal*, referindo-se à duração da doença, isto é, se é aguda (de curta duração) ou crónica (longa duração);
- *as consequências*, que dizem respeito às percepções acerca dos possíveis efeitos da doença na vida de cada um, podendo ser consequências de natureza física (dor, falta de mobilidade), emocional (sofrimento, perda de contacto social, isolamento) ou uma combinação destes efeitos;
- *as possibilidades de cura e controlo da doença*, referindo-se à medida em que acreditam que a doença pode ser curada ou as suas consequências serem controláveis, quer seja pelos próprios quer pelos outros.

O papel das crenças de saúde na predição dos comportamentos com elas relacionados tem vindo a ficar, na opinião de Ogden (1999), cada vez mais saliente com as mudanças nas causas de mortalidade; em consequência, têm vindo a desenvolver-se

modelos estruturados para integrar estas diferentes crenças na predição dos comportamentos em saúde. O Modelo de Crenças de Saúde é o mais antigo de todos. Foi inicialmente desenvolvido por Rosenstock, em 1966, numa tentativa para compreender a razão pela qual as pessoas não utilizavam a prevenção na saúde ou os rastreios para a detecção precoce de doenças que não estavam associadas com sintomas muito claros, pelo menos nas fases iniciais; posteriormente Becker et al, ao longo dos anos 70 e 80, desenvolveram-no de modo que fosse possível prever os comportamentos de prevenção ligados à saúde assim como a resposta comportamental ao tratamento dos doentes agudos e crónicos. Contudo, este modelo tem sido utilizado para prever uma vasta gama de comportamentos ligados à saúde, sendo mesmo o mais utilizado, nos últimos 35 anos, na preparação de programas de prevenção (Ribeiro, 1998; Ogden, 1999; Stroebe e Stroebe, 1999).

Este modelo nasceu da confluência das teorias comportamentais e cognitivas e o termo ‘crenças’, que lhe é intrínseco, constitui uma expressão com um sentido preciso e que difere do significado que lhe é dado no senso comum: *“abrange qualquer proposição ou hipótese sustentada por uma pessoa, que relacione dois ou mais objectos ou elementos psicológicos”*(Kirscht cit. Ribeiro, 1998:146). Neste sentido, um tipo de crença é descrito pelo valor de um objecto, condição ou acção; é a existência desta componente avaliativa que faz com que uma atitude para qualquer objecto psicológico seja representada por colecções de crenças.

O Modelo de Crenças de Saúde concentra-se em dois processos de avaliação interrelacionados – a ameaça de doença e a resposta comportamental a essa ameaça. Sugere que há crenças centrais que pressupõem a probabilidade de um indivíduo efectuar um determinado comportamento de saúde:

- crenças acerca da susceptibilidade à doença
- crenças da gravidade do problema
- crenças de que as medidas específicas irão reduzir o risco
- crenças de que os benefícios das medidas de saúde excedem os custos

A susceptibilidade e a gravidade, em conjunto, determinam a ‘ameaça percebida’ da doença, também conhecida como vulnerabilidade. Dada a ameaça da doença, a probabilidade do indivíduo ter um determinado comportamento de saúde irá

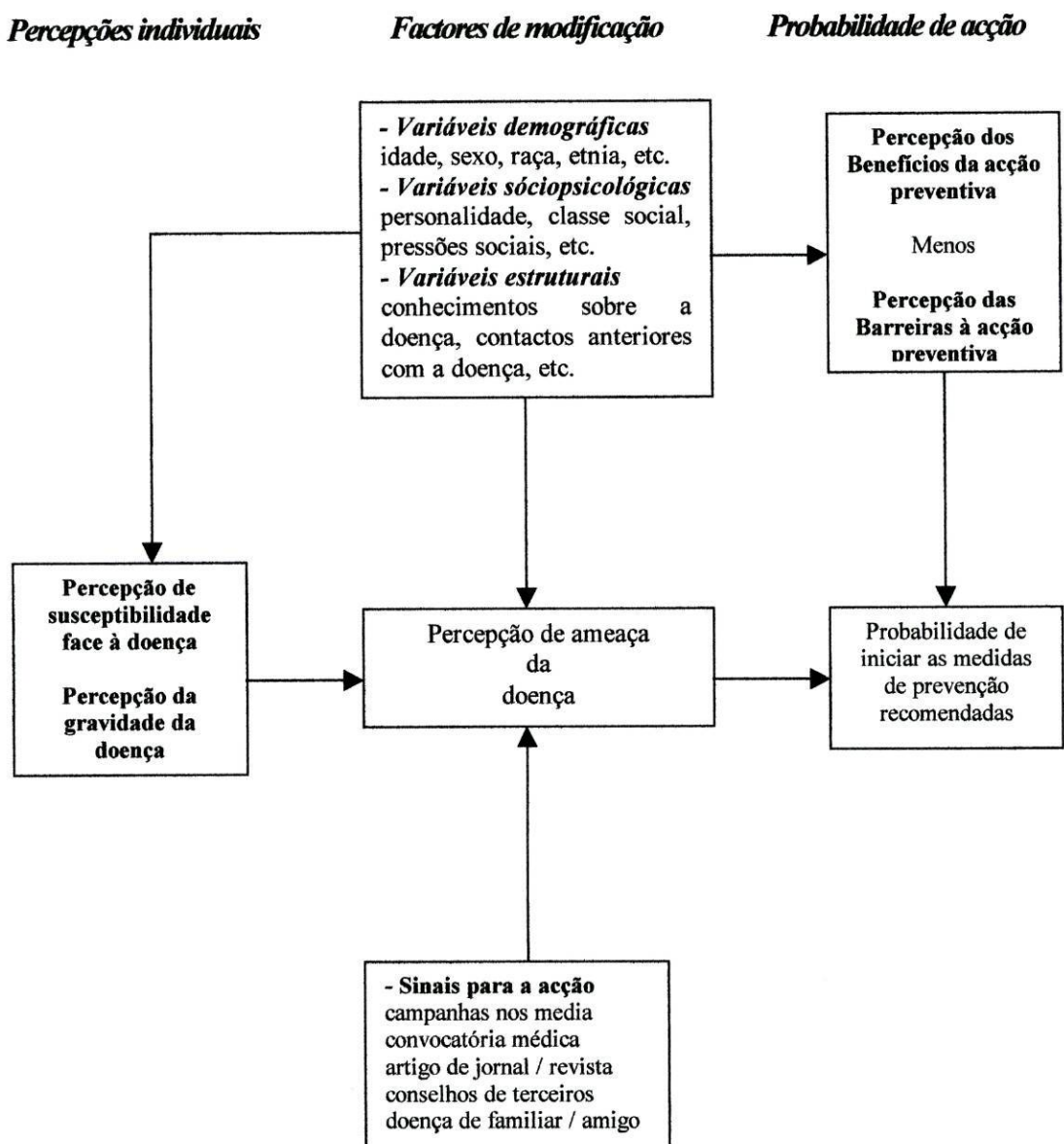
depende ainda da medida em que ele acredita que os benefícios da acção poderão ultrapassar as 'barreiras' associadas com ela, como por exemplo os custos, inconvenientes ou dor. Existem muitas doenças mortais (gravidade elevada) que não nos preocupam, porque não vislumbramos praticamente probabilidade nenhuma de as contraírmolas (baixa susceptibilidade); no caso de outras doenças, a probabilidade de as contraírmolas pode ser elevada, mas as consequências podem ser tão pequenas que não realizamos nenhuma acção preventiva.

De acordo com o Modelo de Crenças de Saúde podem existir muitas razões pelas quais os indivíduos não alteram o seu comportamento de saúde, mesmo que a sua vulnerabilidade seja elevada. Existem evidências da existência de uma tendência subtil, nas pessoas, para subestimar os seus próprios riscos de saúde quando comparados com os dos outros. Mesmo que os indivíduos percebam uma ameaça de forma realista, têm poucas probabilidades de desenvolver medidas de protecção da saúde, caso duvidem da sua eficácia ou se sentirem que os esforços são demasiado grandes para que valha a pena. Por isso, o modelo sugere que as decisões relacionadas com a saúde podem necessitar de 'pistas' ou 'estímulos para a acção' que despoletem o comportamento de saúde adequado. Estes poderão ser internos, como por exemplo um sintoma físico, ou externos como sejam uma campanha nos meios de comunicação social, um conselho médico, a morte de um conhecido com idade e estilo de vida semelhantes.

Ao longo dos anos o modelo foi sendo aperfeiçoado de modo a considerar cada vez mais componentes. Versões posteriores acrescentaram uma outra dimensão – a motivação do indivíduo, ou a sua preparação, para se preocupar com assuntos de saúde. Inúmeras outras variáveis, demográficas, sociais, psicológicas, são susceptíveis de influenciar a acção individual, embora não façam parte, formalmente, do modelo (Cockerham, 1995; Ribeiro, 1998; Bennett e Murphy, 1999; Ogden, 1999; Stroebe e Stroebe, 1999). Becker e Rosenstock (cit. Ribeiro, 1998) explicam que o modelo renovado considera os seguintes factores: a existência de motivação suficiente, por forma a que sejam considerados importantes os assuntos relacionados com a saúde e doenças; a crença de que cada um é susceptível, ou vulnerável, a uma doença grave; a crença de que as alterações a implementar no estilo de vida, com base nas recomendações para a saúde, serão benéficas e pouco dispendiosas a nível

pessoal. Tal como ilustra o esquema figurativo I, o modelo é operacionalizado em seis variáveis chave, cada uma delas contribuindo de forma independente para o processo de tomada de decisão.

Esquema figurativo I – Representação esquemática do Modelo de Crenças de Saúde.



Fonte: Cockerham (1995: 104)

O Modelo de Crenças de Saúde privilegiou as variáveis individuais, em contraste com variáveis contextuais. Vários estudos confirmam as hipóteses colocadas por este modelo e têm sido referidas associações significativas entre as suas variáveis e comportamentos tão variados como a participação em programas de exercício físico, em consultas de prevenção e em rastreios.

Quando aplicado aos comportamentos relacionados com a adesão a rastreios do cancro, o Modelo de Crenças de Saúde prediz rastreios regulares se a pessoa perceber que é altamente susceptível ao mesmo, o encare como uma grave ameaça para a saúde, considere altos os benefícios de um rastreio regular e ache que os custos dessa acção são comparativamente baixos. O mesmo acontecerá se a pessoa for sujeita a indícios externos para a acção (como um folheto na sala de espera), ou internos (como um dado sintoma, dor ou irritabilidade), desde que sejam percebidos como relacionados com o cancro (quer isso esteja ou não correcto). Embora a utilidade preditiva dos estímulos para agir tenha sido menos avaliada, foi no entanto determinado que o conselho médico e as convocações por correio aumentam a prática dos rastreios. A investigação também ofereceu provas do papel da informação, enquanto indício externo: vários estudos relatam a existência de uma relação significativa entre o conhecimento do cancro da mama e a realização regular do auto-exame da mama e de mamografias; também um estudo que manipulou os conhecimentos das mulheres acerca dos testes de Papanicolau para o cancro do colo do útero concluiu que o acréscimo de informações resultante se relacionou com os subsequentes comportamentos saudáveis. Outros estudos existem que ao analisarem a frequência da realização de rastreios concluíram que as barreiras sentidas pelos indivíduos e a susceptibilidade percebida, eram os melhores preditores de um comportamento adequado (Bennett e Murphy, 1999; Ogden, 1999).

Também numa série de estudos realizados em Portugal, utilizando o Modelo de Crenças de Saúde, se obtiveram resultados idênticos quando se procurou averiguar a adesão ao auto-exame da mama, à mamografia, ao rastreio do cancro do colo do útero e ao rastreio do cancro da próstata: a recomendação médica sobressaiu como sendo o estímulo externo indutor de maior adesão a exames de rastreio do cancro; quantos mais benefícios são percebidos maior é o nível de adesão; uma elevada percepção de obstáculos na realização do exame de rastreio surge associada a um

nível de conhecimentos insatisfatório do tipo de cancro e respectivo exame de rastreio (Andrade et al, 2000; Marinho e Teixeira, 2000; Patrão et al, 2000; Pereira e Teixeira, 2000; Reis e Teixeira, 2000; Santos e Teixeira, 2000).

Inúmeros estudos têm demonstrado a importância do Modelo de Crenças de Saúde, embora ao mesmo tempo tenham sido encontrados elementos conflituais e críticas lhe tenham sido dirigidas. Apesar disso, o autor que inicialmente o desenvolveu - Rosenstock (cit. Ribeiro, 1998), em 1990 continuava a recomendar que, na planificação de programas que visem influenciar o comportamento de grandes grupos populacionais a longo prazo, se use este modelo.

***CAPÍTULO DOIS – DAS CONCEPTUALIZAÇÕES DE CANCRO A UMA
INTERVENÇÃO EDUCATIVA***

1 – O CANCRO: CONCEITOS E REPRESENTAÇÕES

O cancro é um fenómeno complexo cuja natureza extravasa a esfera científica, não se reduzindo apenas a uma doença. A partir do momento em que começou a fazer parte da história das sociedades tornou-se também objecto do imaginário social. Neste capítulo, pretendemos abordar a história do cancro enquanto entidade nosológica, numa perspectiva científica, mas também a construção de representações sociais, perspectivando uma maior compreensão e interpretação do carácter simbólico que esta doença encerra.

• A visão científica

Existem triliões de células num corpo humano, que crescem, reproduzem-se e morrem, naturalmente, em resposta a estímulos internos e externos ao organismo. É neste mecanismo de divisão celular, essencial à manutenção da vida somática individual, que pode ocorrer um uso desordenado. A transformação neoplásica de uma célula acontece quando esta se divide sem controlo, indefinidamente, criando milhares de células filhas sem função, sem trabalho específico, que continuam a gastar toda a sua energia metabólica apenas e só para se dividirem indefinidamente (Serrão, 1988). Assim, chama-se cancro ao crescimento anormal, reprodução e disseminação de células; à aglomeração destas células, que não reconhecem as ‘ordens’ para parar de crescer e morrer, chama-se tumor.

O conhecimento desta entidade nosológica - o ‘cancro’, remonta à antiguidade. Em restos de esqueletos, datados de há mais de cinco mil anos, foi descoberta a existência de tumores e encontram-se-lhe referências em diversos escritos: papiros egípcios do século XVII antes de Cristo e escritos mesopotâmicos, indianos e persas. Mas são os escritos hipocráticos, datados do século IV antes de Cristo, que dele apresentam a primeira definição sob o nome de ‘*carcinoma*’ ou de ‘*cirro*’, que o Latim viria a traduzir para ‘*cancer*’ (caranguejo). O cancro aparece

indissolúvelmente ligado à vida, uma vez que, do reino vegetal ao reino animal, não poupa nenhum organismo vivo (Denoix, 1977; Imbault-Huart, 1985).

Até ao século XVIII prevalece a ideia de que é uma doença geral da qual apenas as manifestações locais podem ser, em certos casos, passíveis de uma terapêutica. É nos finais deste século e princípios do século XIX, devido a uma convergência de pesquisas, de práticas e saberes diferentes, que se estrutura cientificamente a ideia de que o cancro é uma doença local. Como refere Imbault-Huart (1985) para esta ideia contribuíram os estudos de Percival Polt, que demonstrou em 1775 a existência de uma relação entre o contacto com a fuligem e o cancro do escroto, frequente nos limpa-chaminés; ao introduzirem a noção de relação entre um produto e o cancro, estes estudos reforçaram a ideia de que seria uma doença local, constituindo também a primeira fonte de conhecimentos sobre a carcinogénese química.

Encarando o cancro desta forma iniciam-se investigações tendentes ao conhecimento das suas formas: Bichot sistematizou a ‘teoria dos tecidos’ permitindo compreender que as diversas localizações de um cancro são apenas uma e a mesma doença afectando o mesmo tecido em diferentes órgãos; Laennec completou esta teoria distinguindo aquilo que hoje se designa por cancros típicos e atípicos; por fim, Récamier introduziu a noção de metástase, o que provocou uma série de questões sobre a formação, os constituintes e a disseminação do tumor de origem. Assim, sucessivamente, o cancro tornou-se de doença do organismo, depois do tecido, em doença da célula e do nó celular (Imbault-Huart, 1985).

Só praticamente a partir do século XX é que o desenvolvimento da ciência e da técnica médica vieram dar um contributo importante para o conhecimento da carcinogénese, permitindo reconhecer a enorme complexidade deste processo, abandonando-se assim a concepção de que o desenvolvimento do cancro corresponderia a um mecanismo simples. Foi deste modo que se desenvolveu a noção de anormalidade e de mutação celular. Assim nasceu a imagem moderna do cancro, começando o mecanismo de cancerigenação a ser entrevisto – modificação do material genético da célula, o qual deixa de obedecer às leis da homeostasia e se multiplica por sua conta. Paralelamente a estas concepções surgiu a ideia de que ele seria uma doença contagiosa. A ‘teoria viral’ baseou-se na falência do sistema imunitário, como elemento favorecedor do aparecimento e o aumento do cancro, e

conduziu ao reactivar de investigações sobre os factores de risco, quer sejam exógenos como as substâncias químicas, as radiações ionizantes ou ultravioletas e os vírus, ou endógenas como os factores hereditários, os desequilíbrios endócrinos ou imunitários. Ao mesmo tempo que progrediu esta via de investigação, desenvolveu-se um novo campo de pesquisa: o dos marcadores biológicos. Sendo substâncias (hormonas, enzimas, globulinas, glicoproteínas) bastante características do tipo de cancro, permitiram um diagnóstico mais precoce e, em consequência, um tratamento mais eficaz. Mais recentemente, os avanços tecnológicos da biologia molecular e da engenharia genética permitiram o trilhar de novos caminhos no estudo desta doença ao tornar possível o estudo de alterações ao nível do código genético das células, proporcionando novas concepções e revelando que tanto os vírus como as mutações somáticas podem mediar o desenvolvimento do cancro por processos similares. Em consequência surgiram termos como 'retrovírus' e 'oncogenes' que fazem hoje parte do vocabulário utilizado para descrever os elementos moleculares implicados no processo carcinogénico (Imbault-Huart, 1985; Woude e Gilden, 1988).

Sabe-se hoje que toda a informação genética se encontra inscrita nos genes, numa 'memória química' - o ácido desoxirribonucleico (DNA) sendo através dele que os cromossomas passam as informações para o funcionamento da célula. Qualquer célula normal pode sofrer uma mutação genética passando a receber instruções erradas para as suas actividades. Se essas alterações ocorrerem em genes específicos, denominados protooncogenes, que inicialmente são inactivos em células normais, ocorre a sua transformação em oncogenes responsáveis pela cancerização celular. O oncogene pode ser um constituinte fisiológico essencial do aparelho genético celular, que se converte em patológico apenas quando a sua estrutura, ou o seu controlo, são perturbados por agentes oncogénicos (Sporn et al, 1988). Estas células passam então a comportar-se de forma anormal. Multiplicam-se de maneira descontrolada, mais rapidamente do que as células normais do tecido à sua volta, invadindo-o; geralmente, têm capacidade para formar novos vasos sanguíneos que as nutrirão e manterão as actividades de crescimento descontrolado, permitindo-lhes acumularem-se originando um tumor. Adquirem, também, a capacidade de se desprenderem do tumor e migrar; invadem inicialmente os tecidos vizinhos, podendo chegar ao interior de um vaso sanguíneo ou linfático e, através desses, disseminar-se, chegando a órgãos distantes do local onde o tumor se iniciou, formando as metástases.

Este processo de carcinogénese dá-se, geralmente, lentamente levando vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível, passando por três fases (Pitot, 1988; Santos, 1988_(b); Schwartzmann, 1991):

A fase de iniciação - nesta primeira fase da carcinogénese as células sofrem a agressão dos designados agentes iniciadores: agentes químicos, físicos ou biológicos que podem alterar, de forma directa e irreversível, a estrutura molecular do componente genético da célula. Geneticamente alteradas, as células encontram-se ‘preparadas’, ou seja, ‘iniciadas’ para a acção de um segundo grupo de agentes que actuarão no estágio seguinte.

A fase de promoção – neste estágio, as células ‘iniciadas’ sofrem o efeito de agentes classificados como oncopromotores, que alteram a transmissão da informação genética, sendo transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual. Para que ocorra essa transformação é necessário um longo e continuado contacto com agentes promotores. A suspensão desse contacto interrompe, muitas vezes, o processo neste estágio.

A fase de progressão – é a última, caracterizando-se pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas, invadindo directamente os tecidos e órgãos circundantes, evoluindo até surgirem as primeiras manifestações clínicas da doença.

Uma das características da história natural do cancro é o extenso período que medeia entre o primeiro contacto com o carcinogéneo e a formação do tumor. Há um período de latência, ou indução tumoral, que varia consoante o tipo de carcinogéneo, a sua dose, e certas características celulares. Na opinião de Pitot (1988), o termo carcinogéneo tem sido utilizado para designar, de um modo geral e simplista, um agente que causa cancro; mais especificamente, trata-se de um agente que tem acção directa sobre a célula conduzindo a um aumento, estatisticamente significativo, da incidência de neoplasias de um ou mais tipos histológicos. A este propósito, Santos (1988_(b)) considera agente cancerígeno toda a substância capaz de induzir a fase de iniciação tumoral, isto é, de provocar uma alteração irreversível na célula somática, traduzida numa mutação do ADN cromossómico que ‘liberta’ o oncogene envolvido na proliferação das células cancerosas.

Muitos dos factores que promovem a iniciação ou progressão da carcinogénese são conhecidos, sendo a multicausalidade uma ocorrência comum. A maioria desses factores são de natureza ambiental, englobando o meio em geral, o ambiente ocupacional, o ambiente de consumo e o ambiente socio-cultural. Acresce-se, ainda, que há mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio Homem advindas dos ‘hábitos’ e ‘estilos de vida’ que adopta. Outros factores de risco são de natureza constitucional, como a hereditariedade, a raça, o sexo e a idade (Schwartzmann, 1991).

Contrariamente, há factores que conferem ao organismo a capacidade de se proteger daí resultando uma redução da probabilidade de adoecer. No organismo existem mecanismos de defesa naturais que o protegem das agressões impostas pelos diferentes agentes. Refere Santos (1988_(b)) que a elevada quantidade de agentes cancerígenos existentes no meio ambiente justifica o facto de se formarem, diariamente, no nosso organismo, cerca de um milhar de células mutantes capazes de originar um cancro. Em regra, tal não sucede visto estas células terem uma constituição genética diferente das restantes células do organismo, que as ataca e rejeita através de um mecanismo de autodefesa. A integridade do sistema imunológico (em especial as células B e T linfocitárias), a capacidade regenerativa do DNA danificado por agentes cancerígenos e a acção de enzimas responsáveis pela transformação e eliminação de substâncias cancerígenas, são exemplos de mecanismos de defesa. Na maioria das vezes são geneticamente pré-determinados e variam de indivíduo para indivíduo, o que explica o facto de nem todas as pessoas desenvolverem cancro quando expostas ao mesmo agente cancerígeno. Há ainda factores de protecção (o consumo de frutas e de vegetais, por exemplo) que interagindo com a constituição genética, parecem reduzir a probabilidade de ocorrência de determinados tipos de cancro (Bast, 1988; Pitot, 1988).

A todo o momento se assiste ao aumento de conhecimentos que permitem uma melhor compreensão e elucidação da carcinogénese. No entanto, sabe-se que o crescimento dos cancros não é um fenómeno anárquico e imprevisível. Há evidências de que os tumores iniciam o seu crescimento de forma exponencial, cuja cinética se descreve de forma matemática. A vida de uma célula cancerosa ‘em actividade’ é de um a dez dias, segundo os casos, entre o momento do seu nascimento e aquele em

que se divide para dar duas células filhas, e o tempo de duplicação espontânea da maior parte dos tumores mensuráveis no Homem é aproximadamente constante, tal como foi posto em evidência por uma equipa americana, à cerca de quarenta anos. Posteriormente, a velocidade de crescimento de um tumor decresce segundo uma lei regular, isto é, o seu ímpeto evolutivo vai baixando com o tempo e fá-lo segundo modalidades previsíveis e representáveis por uma função matemática. Este processo compreende-se uma vez que os tumores perdem células e que nem todas as células proliferam ao mesmo tempo: as perdas são devidas à morte de certas células mal alimentadas, outras que diferenciadas em extremo ficam privadas de descendência e à disseminação de muitas delas pela circulação; a não proliferação parece ser devida ao facto de certas células, relativamente mal fornecidas de material nutritivo, sobreviverem mas não se dividirem (Israel, 1978).

Um cancro é grave na medida em que se dissemina à distância: há células que se destacam do tumor na circulação, a maior parte delas morrem aí, outras morrem nos órgãos onde se detêm, muito provavelmente devido ao ataque imunitário pelos macrófagos, porém algumas encontram condições de sobrevivência e de desenvolvimento originando as metástases. O risco de aparecimento de metástases vai depender do tempo decorrido e do número de células postas em circulação, sendo que os tumores que aumentam depressa dão lugar a metástases numerosas e precoces, e, os que têm um crescimento lento dão metástases mais tardias e menos frequentes. Quanto à velocidade de crescimento das próprias metástases, está em relação com a do tumor primitivo, mas depende também do tecido em que se desenvolvem, da pressão histológica, da riqueza circulatória e de muitos outros factores (Israel, 1978; Parder, 1988).

Pesem embora os progressos feitos no âmbito do diagnóstico e da terapêutica, na opinião de Miranda (1994) ainda estamos longe de se atingir um conhecimento de toda a sua essência e, conseqüentemente, de se ter um controlo da situação. Dispomos hoje de meios específicos de diagnóstico precoce, de técnicas terapêuticas (passíveis de serem utilizadas de forma isolada ou em combinação) que tornam possível modificar o desenvolvimento de muitos tumores, mas acontece que a detecção de um tumor é mais depressa desencadeada por sintomas ligados a um crescimento rápido que por sintomas ligados a um crescimento lento. Por outro lado,

decorre geralmente um certo tempo entre detecção e intervenção, e muitas vezes esta última revela-se pouco eficaz quando a detecção se deu num estadio avançado do tumor. No entanto tem sido possível melhorar as taxas de cura e de sobrevivência (em muitas formas da doença) e aumentar significativamente a esperança e qualidade de vida na maioria dos casos.

• As representações

Apesar da evolução no conhecimento do cancro, desde Hipócrates até ao conceito actual da doença, ele mantém-se incompleto e fragmentado originando diferenças entre esta imagem clinica e epidemiológica do cancro e a visão que a sociedade dele detém. Matias (2002) afirma que o cancro só invadiu o universo mental e social das sociedades quando ganhou visibilidade social, para a qual contribuíram algumas transformações de natureza global salientando-se:

o aumento de incidência do cancro a partir da industrialização. As conseqüentes transformações no meio e nos estilos de vida tornaram evidentes as relações entre agentes ambientais, padrões culturais e a aparição de tumores. Assim, a visão do cancro é construída em torno de um mundo social ameaçador, pela poluição, pelo stress, alimentação industrial, consumismo excessivo (álcool), condições de trabalho, em suma, fortemente cancerígeno (Kaufmann cit Matias, 2002);

as alterações demográficas ocasionadas pela doença, tornadas visíveis pelo desenvolvimento da Estatística, ameaçaram o equilíbrio social ao atingir essencialmente adultos no seio de populações envelhecidas (Pinnel cit Matias, 2002);

o carácter social igualitário da incidência do cancro que, ao surgir indiscriminadamente nos diferentes estratos sociais, mobilizou a consciência social em geral (Matias, 2002);

a curabilidade alcançada com alguns sucessos terapêuticos permitiu definir o cancro como ‘ameaça potencialmente controlável’ (Matias, 2002).

Parsons (cit. Antunes, 1997) considera que a doença é caracterizada, não pelo seu destino individual, isto é, pela sua incidência, mas acima de tudo pelo estatuto e

recursos do indivíduo na sociedade. A situação da doença, neste ponto de vista, tem implícitos três problemas fundamentais: em primeiro lugar, o desamparo e a necessidade de ajuda, seguindo-se-lhe a incompetência técnico/funcional e, por último, implicações emocionais. Como refere Imbault-Huart (1985), num mundo moderno que se quer governado pela razão, a lógica e a ciência, o cancro remete-nos, no que diz respeito à sua história social, a uma natureza humana que controlamos mal. Por este motivo, e apesar dos índices crescentes de sobrevivência em oncologia, o cancro é uma doença temida em todas as culturas (Die Trill, 2002).

No inconsciente colectivo, o cancro permanece uma doença tabu, o que faz com que as descobertas científicas e terapêuticas relativas ao cancro sejam frequentemente remetidas a um cepticismo total em relação a todos os progressos parciais, já que se anseia por uma descoberta espectacular que venha libertar a comunidade das suas angústias. No dizer de Viladiu Quemada e Catalán Fernández (1996) o cancro é também uma doença social, tanto pela sua incidência (é a segunda causa de morte nos países industrializados) como pela sua origem, uma boa parte da qual radica na incapacidade social para controlar eficazmente os processos de produção carcinogénica. Como fenómeno ‘macro’ social, esta doença constitui um perigo para a sobrevivência do grupo, que baseia a sua identidade na esperança de imutabilidade; colectiva e individualmente, esta ameaça obriga a um esforço de adaptação cujo grau de eficácia não está unicamente relacionado com os recursos disponíveis mas também com a coerência que estes têm com os sentimentos dominantes.

O cancro é uma doença singular no contexto das doenças humanas. Para todas as outras doenças a concepção antropocêntrica aponta um responsável, um agente causal: a tuberculose é produzida pelo bacilo de Koch, a sida pelo vírus da imunodeficiência humana, entre tantos outros exemplos. O cancro humano não tem agente causal específico, ele é, na sua essência, um subproduto de uma capacidade normal essencial à manutenção da vida, que é a multiplicação das células (Serrão, 1988). A sua etiologia múltipla e obscura torna-o ameaçador. Como diz Sontag (1998), o cancro é uma doença que não bate à porta antes de entrar, sendo por isso sentida como uma invasão impiedosa e secreta e assim se manterá até que a sua etiologia e tratamento se tornem tão efectivos como os da tuberculose.

Esta característica transforma o cancro numa doença que representa sempre um ponto de viragem na vida dos indivíduos, enquadrando-se na conceptualização de doença enquanto crise tal como defendem Moos e Schaefer (cit. Ogden, 1999): surge de forma imprevista; implica que se tomem rapidamente decisões sobre acções a levar a cabo; tem um significado ambíguo, devido às incertezas sobre as causas e conseqüências; envolve incertezas no futuro. Para Cahoon (1982) estão assim reunidas as condições para que a probabilidade de um diagnóstico de cancro possa ser vivido como uma crise, antecipada pela imagem, imaginada, da perda de um corpo saudável, de uma parte do corpo ou de uma determinada função, e, mais importante que tudo, pela previsão de perda da própria vida. De acordo com Serrão (1988: 16) é neste aspecto que está o ‘nó’ do problema da doença oncológica:

“o homem, porque tem inteligência reflexiva, toma conhecimento das modificações que observa em si próprio e valoriza-as como perturbações pessoais e não como interacção de significado biológico. A angústia que sempre acompanha esta consciência individual de estar doente, ou de vir a adoecer, (...) tem a sua origem noutra característica exclusiva dos homens: só os seres humanos têm consciência da morte individual, só eles sabem que morrem e que os outros também morrem. Sendo o homem um ser de projecto pessoal que se desenvolve no tempo, assumir a doença é lançar sobre o projecto pessoal a sombra indefinida da morte possível”.

Estes factos têm contribuído para que a representação desta doença continue a ter uma conotação particularmente negativa. O cancro está normalmente conotado com doença incurável, associada a dor, sofrimento, desfiguração e morte inevitável. Como prova deste fatalismo parece poder apontar-se o grande número de pessoas que, hoje em dia, ainda desconhece que a doença oncológica é susceptível de cura. Apesar das campanhas de informação e esclarecimento acerca do cancro, apesar da evolução dos conhecimentos em oncologia, a conotação do mesmo permanece mais ou menos inalterável – cancro doença incurável; sinónimo de morte antecedida de sofrimento prolongado.

Esta representação social da doença oncológica continua bastante arraigada, transmitindo-se ao longo de diferentes gerações (Dias, 2002) e transgredindo

barreiras geográficas e culturais (Die Trill, 2002). Segundo Koocher (cit. Ribeiro, 1998), algumas características têm contribuído para este efeito especial:

consciência pública – fala-se mais do que é novo na doença, do aumento da incidência de alguns tipos de cancro do que da evolução dos tratamentos e no aumento da probabilidade de sobrevivência. É vista pelo público como uma doença silenciosa, uma ameaça à vida já que nada do que as pessoas possam fazer alterará o resultado último;

evolução incerta – uma vez diagnosticado, não há certezas acerca do devir, apesar de quase todos os cancros serem tratáveis e muitos curáveis. Para esta incerteza contribui a possibilidade de recorrências ou o aparecimento de novos tumores;

tratamentos intensivos – os efeitos iatrogénicos são grandes e algumas formas de tratamento têm um impacto mutilante acentuado, tornando o cancro numa das doenças mais ameaçadoras;

deterioração progressiva – o curso prolongado e deteriorante da doença, embora ocorra em menor número de situações relativamente aos doentes que sobrevivem, tem maior impacto na opinião pública;

consequências económicas – os custos de dias perdidos nos tratamentos, da terapêutica de suporte, de medicinas alternativas, de deslocações a outros centros de tratamento (geralmente fora do país) constituem um factor de stress adicional.

Assim se explica porque é que a colectividade, percorrida por um mal que imagina terrível, elabore crenças e atitudes defensivas, às vezes com intenção racionalizadora e, em outros casos, relegando ao campo da magia uma ameaça face à qual se sente incapaz (Viladiu Quemada e Catalán Fernández (1996). Esta forma de reagir impede os indivíduos de utilizarem adequadamente os recursos disponíveis, considerando que programas de prevenção ou rastreio são inúteis, conduzindo ainda a comportamentos inadequados ou irracionais quando em presença dos sinais e sintomas de alarme da doença (Duarte, 2000; Miller et al, 2000).

Defende Herzlich (1984) que tudo se formula em termos de ‘poder’ na relação entre o indivíduo e a doença: quando há convicção de que uma doença é ‘invencível’, pode

ocorrer um comportamento de passividade deixando ao acaso (e à sorte) o seu aparecimento ou, quando há medo, a recusa em aderir a rastreios para detecção precoce e negação de sinais de alerta, como forma de evitar o confronto com a realidade da doença. Relativamente à adesão a programas de prevenção e rastreio pode também ocorrer uma percepção de inutilidade das acções perante a ameaça da doença, observando-se igualmente uma concordância entre comportamento e representação da doença.

Em Portugal parece prevalecer, também, esta cancerofobia. Como diz Lopes (1997), a terminologia usada correntemente, em termos metafóricos, quando alguém pretende referir-se a aspectos considerados terrificantes em termos sociais, é prova disso. Por exemplo, a droga ou a delinquência são referidos como ‘cancros sociais’. Também o modo eufemístico como é feita referência a esta doença na comunicação social, é sintomática. Ainda que saibam o diagnóstico, dizem de alguém que morreu de cancro que a sua morte resultou de ‘doença de evolução prolongada’. A este propósito refere Sontag (1998: 14) *“Não é o facto em si de se dar um nome que é pejorativo ou condenatório, mas sim o nome ‘cancro’ ”*.

A ‘etiquetagem’ de uma doença, no dizer Herzlich (1991), não é um processo socialmente neutro ao qual não é alheia a existência de um modelo reconhecido de cuidados, um padrão de actividade terapêutica, que estigmatiza e confere legitimidade a uma rejeição nos planos psicológico e social. Por detrás desta negação colectiva parece estar uma atitude compensadora face à ansiedade mobilizada pelos sinónimos que a palavra cancro evoca, recordando-nos, simultaneamente, da nossa finitude. Como observa Nunes (1996) a centralidade do cancro como problema na sociedade contemporânea decorre, em boa medida, da sua capacidade de articular mundos sociais.

Como todos os grandes problemas que começam por ser definidos no âmbito de um mundo científico, a passagem do cancro de problema específico, associado à medicina e à saúde, a grande flagelo global com repercussões sociais implica o envolvimento de diferentes tipos de actores sociais alargando e consolidando o elenco de ‘porta-vozes’ do problema. É neste contexto que se percebe o poder mediático dos meios de comunicação de massa enquanto contributo para a modificação da representação social do cancro. Na opinião de Dias (2002: 248) é de

“(…) assinalar o importante papel que poderão desempenhar, em particular a imprensa escrita, na manutenção e desenvolvimento das imagens sociais e mentais da doença e no tratamento da doença como fenómeno social configurado na construção do discurso e na opinião pública”. Com efeito, os meios de comunicação social influenciam o comportamento social, ao atribuírem reconhecimento a determinadas questões e comportamentos, ao mediatizarem determinados tipos de cancro em detrimentos de outros.

Em resumo pode dizer-se que, de um modo geral, o referente simbólico da patologia oncológica assenta na ideia de sofrimento, de insucesso terapêutico e no seu carácter fatal. Ainda que estas ideias possam ser discutíveis á luz do conhecimento das ciências médicas parece, no entanto, que estas subjazem ás imagens que se constróem em torno do cancro e que têm repercussões na forma de pensar a doença e no comportamento face a ela.

2 - PREVENÇÃO EM ONCOLOGIA: OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS

O interesse dado ao cancro justifica-se pela sua elevada magnitude em termos de morbi-mortalidade, o que lhe confere um papel importante na saúde pública. Os seus custos sociais e económicos, apesar de difíceis de avaliar, são seguramente muito elevados. Sendo uma doença crónica, requer um grande consumo de cuidados médicos, implicando não só custos directos - gastos dos serviços de saúde, mas também custos indirectos – perdas de produção, e em especial os designados custos intangíveis – custos emocionais e psicológicos para o doente e família (Gouveia et al, 1993). Mais específicos, Mota e Falcão (1997) defendem que a importância das neoplasias é consequência, sobretudo, do prognóstico desfavorável que caracteriza algumas das suas formas, tanto no plano da incapacidade como no da sobrevivência, bem como na celeridade com que as suas sequelas ocorrem.

Para a estruturação, implementação e concretização de qualquer plano preventivo é crucial não só a determinação da taxa de incidência, mas também o conhecimento da mortalidade por cancro da população respectiva. Na opinião de Mota e Falcão (1997) este é um cenário fundamental para a possível identificação dos factores de risco responsáveis, os quais podem conduzir à introdução e implementação de medidas de prevenção. Ao efectuar-se uma leitura epidemiológica do cancro há que considerar que ao aumento da sua frequência (incidência, prevalência e mortalidade) não são alheias a regressão das doenças infecciosas e a evolução dos meios de diagnóstico, o aumento da esperança de vida e o consequente envelhecimento progressivo da população, a influência de novos estilos de vida, o stress, o sedentarismo, os hábitos alimentares, o consumo de álcool e tabaco, a poluição urbana e industrial (Gouveia et al, 1993).

Quantificar o cancro nos seus diferentes aspectos, incluindo a sua incidência por localização, sexo, idade e a sua distribuição por regiões geográficas, exige registos apropriados e metodologia epidemiológica. Em Portugal dispomos dos Registos

Oncológicos, regionais e nacionais, que têm facilitado o conhecimento desta patologia. Os dados nacionais disponíveis, referentes ao ano de 1993, revelaram que foram notificados tumores malignos em todos os grupos etários, ocorrendo a mais baixa incidência entre os 05-09 anos, aumentando com a idade e atingindo a taxa máxima no grupo dos 70-74 anos. Constatou-se que os tumores malignos são mais frequentes nas mulheres mas com maior incidência nos homens. Os tumores malignos da pele, estômago e cólon foram, por ordem decrescente, os mais frequentes na população em geral. Esta ordem de frequência mantém-se na mulher acrescida do tumor maligno da mama, em primeiro lugar. Já no homem esta sequência é interrompida tendo-se verificado que o tumor maligno da glândula prostática foi o segundo mais frequente. Relativamente à incidência, foi o tumor maligno da mama feminina que apresentou taxas mais elevadas, seguindo-se-lhe os tumores da pele, próstata, estômago e cólon (Gouveia et al, 1993).

Quando a análise se centra na mortalidade, a relevância dos tumores malignos assume maior expressão. Apesar dos grandes esforços na investigação da etiologia das neoplasias e do aparecimento de novas formas de tratamento, os tumores malignos constituem a segunda causa de morte nos países ocidentais, verificando-se grandes assimetrias na distribuição mundial. De acordo com Gouveia et al (1993) as diferenças encontradas, de país para país, devem-se na sua maioria a factores ambientais, apesar de existirem, seguramente, factores genéticos e outros que influenciam a sua frequência. Na União Europeia, em 1990 houve 1385000 novos casos de cancro e 890000 mortes e estima-se que, aproximadamente, um terço dos europeus desenvolverá esta doença numa certa fase da sua existência e um quarto morrerá (Couvreur, 2001).

Em Portugal, o cancro está entre as três principais causas de morte, e, em termos comparativos, pode-se afirmar que a situação nacional é semelhante à dos Estados Unidos e da União Europeia registando-se um aumento progressivo da sua incidência. Quer a taxa de mortalidade proporcional, quer a taxa de mortalidade específica por tumores malignos, tem vindo a aumentar progressivamente nos últimos anos no nosso país, tanto nos homens como nas mulheres, em particular no grupo etário com mais de 65 anos. A mortalidade por cancro do colo-rectal tem vindo a aumentar, representando a terceira causa de morte mais comum para os

homens e a segunda para as mulheres. Também a taxa de mortalidade por cancro do pulmão aumentou, registando-se um aumento de 51% nos homens e de 44% nas mulheres entre 1980 e 1999. Inversamente, a mortalidade por cancro do estômago, por doença de Hodgkin e leucemia mielóide aguda diminuiu entre 1996 e 1999. Com sinais de estabilização encontra-se a mortalidade por cancro do colo do útero, que mantém valores baixos e não tem sofrido aumento nas mulheres mais jovens. Igualmente estabilizada, antes dos 65 anos, está a mortalidade por cancro da próstata embora continue a ser a segunda causa de morte por cancro entre os homens. Os dados mais recentes evidenciam uma estabilização da mortalidade global por doença maligna, efeito este que poderá resultar dos avanços verificados na prevenção, na detecção precoce e no tratamento da doença. A mortalidade global por cancro é mais elevada nos homens do que nas mulheres. Comparando os indicadores de Portugal com os dos melhores países da União Europeia, considera-se ser possível reduzir a mortalidade prematura em 38%, no caso dos homens, e em 10% nas mulheres. Nos homens, as mortes por cancro ocorrem principalmente por neoplasia do pulmão, da próstata e colo-rectal, enquanto nas mulheres os cancros que registam maior mortalidade são o da mama, o colo-rectal e o dos pulmões. Relativamente ao cancro da mama feminino, comparando os indicadores de Portugal com os dos melhores países na União Europeia, é possível considerar a possibilidade de reduzir a mortalidade em mais 42% (Ministério da Saúde, 2002).

A prevenção do cancro tem encontrado dificuldades que se relacionam com factores de ordem diversa e até sociologicamente ainda mal compreendidos. Em primeiro lugar importa reflectir um pouco sobre o que se entende por prevenção. Etimologicamente, significa “...evitar; acto ou efeito de impedir que aconteça” (Dicionário Básico da Língua Portuguesa, 1997:396). Em saúde, habitualmente conceptualizamos prevenção como uma acção ou conjunto de acções antecipadas, tendo como objectivo interceptar ou anular a evolução de um processo de doença (San Martin, 1989). Um conceito útil de prevenção foi o desenvolvido por Leavell e Clark (1977) e que veio a ser conhecido como os ‘níveis de Leavell’. Com base nesse conceito existem três níveis de prevenção, dependendo os cuidados preventivos do estágio da saúde ou doença:

Prevenção Primária e pré-doença – impede que o processo da doença se torne estabelecido, ao eliminar as causas da doença ou aumentar a resistência para a doença; o objectivo, neste momento, é modificar os factores de risco para uma direcção favorável. Actividades que promovam a saúde, geralmente contribuem para a prevenção de uma variedade de doenças. Estas actividades consistem, muitas vezes, em mudanças não-médicas, como mudanças no estilo de vida, requerendo mudanças estruturais na sociedade, tornando as escolhas saudáveis mais fáceis e capacitando a maioria dos indivíduos a tomar parte nelas. Se as mudanças para a promoção de saúde e o comportamento não são totalmente eficazes, poderá ser necessário empregar protecção específica (individual ou do ambiente);

Prevenção Secundária e doença latente – detecta, o mais precocemente possível, a doença mesmo que o indivíduo ainda seja assintomático. O desenvolvimento de testes de rastreio tem tornado possível detectar doenças latentes em indivíduos considerados de risco e em indivíduos aparentemente sãos. Apesar de não prevenirem o início da doença, podem prevenir as sequelas daí decorrentes ao permitirem a instituição de um tratamento imediato;

Prevenção terciária e doença sintomática – limita as consequências físicas e sociais da doença. A limitação de incapacidades (anatômicas e fisiológicas) com recurso a medidas médicas e cirúrgicas pode ser considerada como prevenção porque o seu objectivo é interromper o processo de doença prevenindo ou limitando a incapacidade por ela provocada ou passível de ser provocada (a remoção de um tumor pode prevenir uma disseminação); por fim, a reabilitação é vista também como uma forma de prevenção, designadamente prevenindo resultados de incapacidade social e funcional.

Os três níveis de prevenção definem as várias estratégias que estão disponíveis para os profissionais na promoção da saúde e na prevenção de doenças e de incapacidades em vários estágios da história natural da doença (Jekel, Elmore, Katz, 1999).

A promoção da saúde é um conceito multidisciplinar, de que têm sido produzidas inúmeras definições, incluindo aspectos organizacionais, económicos, ambientais, a par de estratégias visando a mudança de comportamentos conducente à adopção de um estilo de vida saudável. De acordo com Ribeiro (1998), a definição de promoção

de saúde que tem sido mais utilizada, adoptada na carta de Otawa em 1986, refere-se ao processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar. O cerne deste conceito está na palavra “capacitar” que significa “fornecer os meios e as oportunidades, tornar possível, dar poder, capacidade ou autorização para”. Este conceito foi adoptado por todos os países desenvolvidos e pela zona regional europeia da Organização Mundial de Saúde, que conceptualiza a saúde do ponto de vista dos interesses de trinta e três países; um comité de especialistas europeus, que orienta a aplicação dos princípios definidos em Alma-Ata aos países da região, explica do seguinte modo a promoção da saúde. Esta envolve a população como um todo, no contexto da vida diária, e não as pessoas em risco de doenças específicas; visa tornar as pessoas aptas para assumirem o controlo e a responsabilidade pela sua saúde, enquanto componente importante da vida diária, e, deve ser vista, simultaneamente, como acção espontânea e organizada, visando a saúde. Tal, requer acesso contínuo e completo a informação sobre a saúde para toda a população, recorrendo a todos os métodos disponíveis de divulgação. Assim, combina métodos ou abordagens, diversos mas complementares, incluindo comunicação e educação contra as ameaças à saúde. Embora a promoção da saúde seja, basicamente, uma actividade das áreas da saúde e do social, os profissionais de saúde, particularmente dos cuidados de saúde primários, têm um papel importante tanto no apoio como na criação de condições para a promoção da saúde. Os profissionais de saúde deverão trabalhar no sentido de aperfeiçoarem a sua contribuição na defesa da, e na educação para a, saúde.

Segundo Noack (cit. Ribeiro, 1998), promoção da saúde parece ter substituído o conceito de higiene e sobrepõe-se parcialmente ao de prevenção das doenças. Para Ribeiro (1994), promoção da saúde e prevenção das doenças distinguem-se do seguinte modo:

- prevenção das doenças é um conceito da 1ª revolução da saúde, centrado nas doenças. Visa doenças específicas e refere-se às actividades que visam evitá-las, salientando o papel das organizações médicas tradicionais. Começa com uma ameaça à saúde visando proteger os indivíduos das consequências perigosas dessa ameaça;

- promoção da saúde é um conceito da 2ª revolução da saúde, centrado na saúde. Visa a saúde em geral e as actividades que a promovem, salientando o papel dos indivíduos, grupos e organizações enquanto agentes de definição e implementação de práticas de saúde e de políticas que conduzam, simultaneamente, ao bem-estar individual e colectivo. Começa com pessoas que são basicamente saudáveis procurando aplicar medidas comunitárias e individuais que possam ajudar as pessoas a desenvolver estilos de vida que mantenham ou exaltem o estado de bem-estar.

Numa era de consciência dos custos, existe uma crescente crença de que a promoção da saúde e a prevenção da doença podem ser economicamente compensadoras. Apesar de a maioria das pessoas acreditar que faz sentido investir recursos na área da prevenção, e de análises de custo-benefício e custo-efectividade o comprovarem, existem alguns factores que tornam difícil demonstrar que os programas de prevenção produzem benefícios maiores ou iguais aos custos a ele associados. Entre os principais contam-se a demonstração dos benefícios e a demora dos mesmos: a prova científica dos benefícios pode ser difícil porque a vida é cheia de riscos compondo uma teia de multicausalidade para várias doenças dificultando a inferência da proporção dos benefícios observados com o tempo e decorrentes daquele programa específico; por outro lado, em muitos dos programas de prevenção existe um longo prazo entre a instituição das medidas preventivas e a visibilidade de mudanças positivas na saúde (Jekel, Elmore, Katz, 1999). Apesar destes aspectos, Lopes (1993:707) é de opinião que *“Continua plenamente válido o conceito de que mais vale prevenir do que remediar. O jogo de antecipação que esta atitude envolve – chegar primeiro – torna a prevenção mais útil, provavelmente mais eficaz e seguramente mais económica”*. Em Oncologia assume importância este significado de *“agir por antecipação”* através de acções concretas.

A prevenção por antecipação exige o conhecimento das múltiplas causas relacionadas com as características do agente, do hospedeiro e do meio ambiente, bem como da história natural da doença. A extensão destes conhecimentos permite avaliar o grau de facilidade com que as causas podem ser interceptadas e/ou anuladas (San Martin, 1989).

Como referimos anteriormente, o cancro é o resultado de um longo processo no qual ocorrem diversas mutações celulares, tratando-se de um crescimento regular e exponencial. Considera-se que a grande maioria dos cancros é de origem multicausal, ocorrendo exposição a esses factores de forma repetitiva. De acordo com Santos (1988 (b)) para alguns tumores, como os dos tecidos ósseos, moles e sistema sanguíneo, não se comprovou ainda uma relação causal específica apesar dos diferentes estudos epidemiológicos visando as variações de incidência em função da latitude, estilo de vida, sexo e idade. Já para outros tipos de cancro há evidências de associação causal: o retinoblastoma, o cancro do intestino em portadores de polipose familiar e o cancro da pele em portadores de 'xeroderma pigmentosum', constituem um grupo de tumores que obedece às leis da hereditariedade; estudos epidemiológicos demonstraram, também, a relação entre a infecção pelo vírus da hepatite B e a alta incidência do cancro do fígado na África do Sul, Moçambique e países da Ásia; também para um outro grupo de tumores, constituído predominantemente por tumores do tubo digestivo, aparelho respiratório e tumores hormono-dependentes (mama, ovário, útero e próstata), a investigação tem sugerido hipóteses etiológicas relacionadas com a exposição a agentes químicos cancerígenos de origem natural ou industrial, ou relacionadas com o estilo de vida e factores de comportamento (incluindo a idade de procriação, o número de filhos, entre outros).

Toda a investigação salienta a enorme importância desempenhada pelo tabaco na cancerigénese humana, não só pelos seus efeitos próprios, mas pela acção potencializadora dos efeitos tóxicos de outros agentes, designadamente o álcool. A sua importância como factores de risco ficou evidente num estudo comparativo entre membros de duas igrejas protestantes dos Estados Unidos da América e o conjunto da população americana do mesmo sexo e idade. Constatou-se que no grupo dos protestantes, nos quais o consumo de álcool e de tabaco é proibido, a incidência dos cancros diminuiu para cerca de metade relativamente ao outro grupo (Couvreur, 2001).

De acordo com Guillemot (1997) estima-se que 70% a 90% dos cancros têm causas externas ao organismo, e destes, 10% a 20% são imputáveis a factores ambientais ainda mal identificados, mal avaliados, ou ainda em descoberta: pode-se incriminar a alimentação, mas com uma larga margem de incerteza (de 10 a 70%); é também cada

vez mais considerado o risco insidioso da civilização industrial que diariamente instila os seus inumeráveis venenos - todos os dias ingerimos aditivos e pesticidas nos alimentos, respiramos a poluição urbana, inalamos o benzeno e o amianto dos gazes libertados, absorvemos as radiações ionisantes e as ondas electro-magnéticas; mesmo os objectos familiares, como o computador e o telemóvel, são suspeitos de emitir ondas nocivas. Não passa um dia sem que sejamos confrontados com o alerta para um novo perigo dissimulado. Em oncologia a relação causa-efeito não é determinística, sendo esta constatação um dos principais entraves à prevenção na medida em que compromete a construção e interposição de barreiras à interacção destes elementos.

Segundo San Martín (1989), ao nível primário, as abordagens preventivas habitualmente visam três finalidades:

- Diminuição da vulnerabilidade e aumento da resistência;
- Identificação precoce de indivíduos/grupos de risco (com comportamentos de risco ou sujeitos a ele);
- Eliminação e/ou protecção contra a exposição de agentes ambientais nocivos.

A vulnerabilidade está associada ao “estilo de vida”, ou seja, às dezenas ou centenas de atitudes e comportamentos que cada um adopta relativamente à saúde. Na opinião de Ribeiro (1994) o estilo de vida tem sido definido e interpretado de variadas formas, desde uma forma ampla até uma forma restrita. Entendido, simplesmente, como o conjunto de comportamentos conducentes a uma boa saúde, ou como o aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores, o seu uso tende a ser substituído desde que a Carta de Ottawa eliminou esta expressão substituindo-a por competências pessoais.

Em termos estratégicos, no que concerne à doença oncológica e ao nível primário de prevenção, como forma de diminuir a vulnerabilidade e aumentar a resistência dos indivíduos recorre-se à sua capacidade de desenvolver recursos e potencialidades, quer no plano individual quer colectivo. Para promover o desenvolvimento dessa capacidade, que é necessário aprender e manter ao longo da vida, utilizam-se como

estratégias a informação e a educação para a saúde. Foi com base nestas estratégias que a Comissão de Peritos de Cancro da então Comunidade Europeia (cujos trabalhos se iniciaram em princípios do ano de 1986) elaborou um pequeno documento explicando como cada um pode, por um lado reduzir o risco de contrair a doença no decurso da sua vida, por outro lado, aumentar as possibilidades de cura quando o cancro é diagnosticado precocemente. Assim nasceu o Código Europeu Contra o Cancro – conjunto de dez mensagens ou advertências, fazendo parte fundamental do Programa Europa Contra o Cancro; o mesmo motivo tem levado à divulgação dos Sete Sinais de Alerta (Conde, 1998). Quanto à eliminação e/ou protecção contra a exposição de agentes ambientais nocivos, dado que vivemos num meio ambiente que permite a existência de agentes químicos e físicos, cujo número e diversidade aumentam constantemente, é importante a sua identificação e classificação como carcinogéneos completos ou como agentes promotores, para uma aproximação à prevenção da carcinogénese no Homem. Ainda que seja responsabilidade de cada pessoa limitar a sua exposição aos agentes conhecidos, a prevenção do cancro é da responsabilidade, em última instância, de todo o conjunto da sociedade, através da investigação, da educação e, quando necessário, de uma legislação reguladora (Pitot, 1988).

Ao nível da prevenção secundária, de acordo com Miranda (1994), há três conceitos que importa distinguir:

Rastreio – consiste na aplicação de um teste simples, não invasivo, inócuo e barato que permite detectar num estágio pré-clínico a patologia numa dada população presumivelmente sã;

Diagnóstico precoce – consiste na aplicação de um teste de diagnóstico aplicado em estádios precoces a um grupo de indivíduos que já têm ou não sinais e sintomas da doença;

Deteção oportunista – consiste no diagnóstico ocasional, habitualmente por exame objectivo, numa consulta a que o doente recorreu por motivo de uma outra doença.

Na prevenção em oncologia o rastreio torna-se o método mais eficaz na redução da mortalidade, embora não seja um método simples e directo para o controle do cancro.

O rastreio vai detectar tumores cujo prognóstico é melhor do que os que se detectam na fase clínica, facto este que vai melhorar a sobrevivência global. A população alvo poderá ser a população em geral, residente numa dada área – rastreio de massa, ou poderá ser uma população que comporte em si factores de risco – rastreio de risco. Nem todos os tumores são elegíveis para rastreio, pelo que para se efectuar um programa de rastreio é necessário que: o tumor tenha consequências graves e este facto seja reconhecido pela população alvo; o tumor tenha um tratamento que, quando aplicado na fase pré-clínica, seja mais eficaz do que quando aplicado na fase clínica; a fase pré-clínica detectável tenha uma prevalência alta entre as pessoas a rastrear (Miranda, 1994).

Apesar de inequívoca a eficácia de um programa de rastreio do cancro, em termos de prevenção, Bernardo (1992) adverte que há custos para a comunidade e para o indivíduo que lhe podem ser imputados como sejam o tempo, desconforto e prejuízos materiais; o risco de tratamentos desnecessários ou de alarme em falsos positivos; o perigo de falsa tranquilidade em falsos negativos; o reforço da ansiedade em caso de necessidade de repetição de exames; por fim, o risco de indução de cancerofobia. Independentemente das razões anteriores, e dado o carácter aleatório do aparecimento de neoplasias, a prevenção secundária assume particular relevância.

Em Portugal, reconhece-se que há insuficiência de dados de incidência recentes, para se avaliar o impacto das medidas de carácter preventivo. Da mesma forma, os dados de mortalidade existentes apenas permitem avaliações indirectas de efectividade preventiva (Ministério da Saúde, 2002). No entanto, o cancro é considerado um dos problemas específicos de saúde dos portugueses que tem vindo a agravar-se nos últimos 20 anos, indicativo de que o país tende a reproduzir os problemas de saúde das sociedades urbanizadas e industrializadas, relacionados com atitudes e comportamentos. Numa das publicações mais recentes do Ministério da Saúde, “*Saúde em Portugal – uma estratégia para o virar do século 1998-2002*”, reforça-se ‘ a mudança centrada no cidadão e nas necessidades de saúde da população’ e a saúde (promoção e protecção) como móbil principal de toda a acção dos serviços de saúde, visando obter ‘ganhos em saúde’, como valores e princípios a serem aprofundados e desenvolvidos. São propostas estratégias e orientações de intervenção relativamente aos principais tipos de tumores, das quais destacamos a

luta contra o tabagismo (cancro do pulmão), a promoção da educação para a saúde, auto-exame da mama e adesão ao rastreio sistemático das mulheres entre os 45 e os 70 anos de idade (cancro da mama), a educação para um regime alimentar saudável (cancros do estômago, cólon e recto), a educação sexual junto das adolescentes e das mulheres para maior adesão ao rastreio, desde o início da actividade sexual até aos 60 anos (cancro do colo do útero) e a educação da população sobre a fotoprotecção (cancro da pele).

Alerta, também, para a necessidade de se manterem e intensificarem os planos e programas de saúde em curso. Neste domínio destacam-se o Plano Oncológico Nacional e o Programa CINDI – “*Countrywide Integrated Non Communicable Diseases Intervention Programme*”. O primeiro, no seu plano de acção para 1995-1999, preconizava o esclarecimento das populações e a prevenção primária, nomeadamente:

- realização anual de uma ‘Semana de Luta Contra o Cancro’, integrada e apoiada pelo programa da União Europeia;
- utilização da televisão e outros meios de comunicação social para acções sistemáticas de informação do grande público, baseadas no Código Europeu Contra o Cancro;
- organização de campanhas de informação para grupos populacionais específicos, nomeadamente os que estão abrangidos por programas de rastreio de cancro;
- elaboração de material de informação sobre cancro, a utilizar em acções de educação para a saúde no âmbito de sistema escolar e nas áreas de formação profissional;
- informação e sensibilização da população para uma alimentação equilibrada e saudável;
- reforço da (in)formação à população sobre o papel do consumo de tabaco no aumento da incidência do cancro;
- informação e sensibilização da população para os riscos de cancro ambiental, bem como para as medidas preventivas comunitárias e individuais a desenvolver;

- melhorar os rastreio do cancro da mama e do colo do útero em desenvolvimento.

O mais recente Plano Oncológico Nacional, mantém como um dos objectivos prioritários a promoção da saúde e a prevenção da doença, definindo como linhas de intervenção e acções prioritárias a desenvolver no horizonte temporal de 2001 / 2005 a prevenção e o rastreio através do desenvolvimento da informação aos cidadãos no que respeita a hábitos e estilos de vida que reduzam o risco de cancro e da intensificação dos rastreios já implementados. Quanto ao segundo, o Programa CINDI, foi acordado entre Portugal e a Organização Mundial de Saúde em 1987. Teve como pressupostos básicos a crença de que os Cuidados de Saúde Primários constituíam a chave para atingir a meta da 'Saúde para todos', que as doenças não transmissíveis são em grande parte evitáveis, que a identificação de factores de risco comuns e uma intervenção de base comunitária permitem um controle mais eficiente e mais económico dos riscos, de forma integrada, ao mesmo tempo que alargariam a aplicação dos programas existentes. O objectivo deste programa é a promoção da saúde e a prevenção das doenças não transmissíveis, através da correcção de atitudes, comportamentos e estilos de vida, sendo o alvo a população global e a estratégia a intervenção integrada, multidisciplinar e intersectorial, desde a promoção da saúde e prevenção da doença, até ao tratamento, reabilitação e reinserção social. O cancro constitui, também, uma prioridade de prevenção neste programa, sendo as estratégias e actividades recomendadas as seguintes:

- disseminar por todos os lados e por todos os meios possíveis as recomendações respeitantes aos principais factores de risco;
- recomendação para exame individual, tentando a detecção precoce, em caso de se observar qualquer um dos sinais de alerta do cancro;
- recomendações para rastreio regular - do cancro da mama, a todas as mulheres acima dos 20 anos através do auto-exame mensal, e, de mamografia, cada um a três anos, desde os 50 até aos 70 anos de idade; do cancro do colo do útero, através de citologia vaginal, com intervalos de um a cinco anos, desde os 25 até aos 60 anos de idade; do cancro da próstata, através do exame rectal na observação clínica, nos homens com 50 ou mais anos; do cancro do recto, através de ano-recto-sigmoidoscopia

e/ou colonoscopia quando houver sangue visível ou oculto nas fezes, ou houver sintomas, ou ainda se existir predisposição genética de cancro ou polipose familiar (Pádua, 1999).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde (2002) afirma que a política nacional de rastreios de cancro incidirá sobre o carcinoma do colo do útero, mama e colo-rectal.

Em resumo, pode referir-se que a prevenção em oncologia se baseia num duplo princípio - a possibilidade de evitar um grande número de cancros e o aumento da probabilidade de cura associada à detecção precoce de certos tipos de cancro. Sucede, porém, como diz Dias (2002), que o conceito de prevenção é por vezes considerado pela população como restrição da liberdade, já que os estilos de vida saudáveis são vistos como algo que impõe uma escolha entre prazer e dever, e, por outro lado, as conclusões controversas de estudos sobre a eficácia de alguns exames de rastreio retarda a procura precoce de cuidados de saúde e diminui a adesão a programas de rastreio.

3 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - UMA ESTRATÉGIA PREVENTIVA

A lógica preventiva assenta hoje num duplo pressuposto: as determinantes essenciais da doença são as diferenças genéticas e as diferenças no estilo de vida. Insiste-se, assim, no papel das condutas individuais no desencadear das doenças e na manutenção da saúde, imputando-se responsabilidades mais ao indivíduo, ou aos factores que estão na sua esfera de controlo, do que aos serviços de saúde através do fornecimento de cuidados ou serviços sem limites. Em consequência, a preocupação dominante tem-se centrado na ‘responsabilização’ quer dos profissionais de saúde, através de uma formação que lhes permita analisar, informar e aconselhar as melhores medidas em saúde, quer dos utentes/doentes no sentido da procura de uma melhor informação que possibilite uma participação mais consciente na resolução dos problemas de saúde, individuais ou colectivos. No dizer de Barbosa (1987: 173) *“São linhas de força que apontam para um retorno à autonomia e passam necessariamente pela admissão do carácter interdisciplinar dos problemas da saúde, abrindo prioridade à prevenção da doença e à promoção da saúde, através de uma política de educação para a saúde”*.

A terminologia ‘educação para a saúde’ foi usada pela primeira vez em 1919 durante uma Conferência de Saúde Infantil, ocorrida nos Estados Unidos, embora ao longo da história se encontrem documentados os esforços da sociedade para encorajar as populações a manterem a saúde e a prevenirem as doenças, sem a utilização desta nomenclatura (Simonds, 1984). A educação para a saúde tem sido descrita como a intersecção entre as Ciências Biológicas e as Ciências do Comportamento. É por natureza um campo delineado a partir de uma variedade de disciplinas, incluindo a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, a Medicina, a Enfermagem, a Epidemiologia, a Estatística, a Comunicação e o ‘marketing’ (Russel, 1996). De acordo com Silva (2002) esta transversalidade da educação para a saúde, e a coexistência de vários campos transdisciplinares que se entrecruzam, torna difícil a

sua abordagem não só em termos conceptuais mas também práticos. A sua conceituação e definição tem vindo a evoluir com o tempo e, conseqüentemente, há hoje inúmeras definições. Green e Simons-Horton (1988) defendem que encontrar uma definição compreensiva e que seja satisfatória é quase tão difícil como definir a própria saúde. Castillo (cit. Bury, 1997) após ter efectuado uma revisão de diferentes definições, concluiu que todas elas são aparentemente equivalentes, constatando-se que se umas acentuam o processo de mudança pessoal, outras enfatizam a necessidade de responsabilizar as pessoas e as comunidades pela sua saúde, ou fazem sobressair a aspiração de modificar certos aspectos da cultura dos grupos sociais.

Inseridos numa abordagem persuasiva, visando a modificação sistemática e planificada dos comportamentos do indivíduo e do grupo, encontram-se os conceitos: da Organização Mundial de Saúde, datado de 1969 (cit. Bury, 1997: 104) “(...)representa essencialmente uma acção exercida sobre os indivíduos para os induzir a modificar o seu comportamento. De uma maneira geral visa a aquisição e conservação de hábitos de vida saudável (...)”; do Conselho de Ministros da Educação da então Comunidade Económica Europeia, que em 1988 definiu educação para a saúde como sendo “(...) um processo baseado em regras científicas que utiliza oportunidades educacionais programadas, por forma a capacitar os indivíduos, agindo isoladamente ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde” – (cit. Pardal, 1990: 11). Esta última definição é já complementada pelo conceito de responsabilidade, partilhada pelas comunidades, pelas instituições e pelos diversos grupos sociais. Enquadrada numa perspectiva que salienta a informação como favorecedora de decisões responsáveis está a definição proposta, em 1973, pelo presidente do Comité de Educação para a Saúde: “(...) é um processo que serve de ponte entre a informação sobre a saúde e as práticas de saúde. (...) motiva as pessoas a obter informação e a actuar de acordo com ela, evitando acções nocivas e adoptando hábitos favoráveis.” – (cit. Green e Simons-Horton, 1988: 28).

Numa corrente mais ‘educativa’ visando a motivação e a participação como mediadoras da mudança de comportamento, encontram-se Green et al, que em 1980, conceituaram a educação para a saúde como sendo “Qualquer combinação de experiências desenhadas para facilitar adaptações voluntárias do comportamento,

que conduzam à saúde.” – (cit. Green e Simons-Horton, 1988: 30). Decorrente desta definição, surgiram outras mais extensas, como a proposta por Tones em 1994 (cit. García Martínez et al, 2000: 38):

“A educação para a saúde é toda a actividade livremente aceite de participação numa aprendizagem de saúde ou de enfermidade, isto é, numa mudança relativamente permanente das disposições ou das capacidades do sujeito. Uma educação para a saúde, eficaz, pode assim produzir mudanças a nível dos conhecimentos, da compreensão ou das maneiras de pensar; pode influenciar ou clarificar valores; pode determinar mudanças de atitudes e de crenças; pode facilitar a aquisição de competências; inclusive pode produzir mudanças de comportamentos ou de modos de vida.”

O carácter operacional destas definições surge como uma vantagem sobre as outras e a terminologia utilizada aproxima-nos de uma maior compreensão deste processo, sob o ponto de vista educativo (Green e Simons-Horton, 1988; García Martínez et al, 2000). A referência a *‘experiências de aprendizagem’* reporta-nos para a necessidade de integrar na educação para a saúde os aspectos cognitivos (conhecimentos), os afectivos (atitudes e valores), os psicomotores (habilidades pessoais) e os sociais (capacidades de relação). A palavra *‘combinação’*, explícita na primeira definição, reconhece a complexidade das experiências de aprendizagem daí decorrendo a necessidade de serem *‘desenhadas’*, isto é, planificadas, excluindo o ensino accidental, espontâneo, com insuficiente informação; denota a importância da complementaridade de métodos educativos já que a cada método correspondem objectivos específicos de aprendizagem. O termo *‘facilitar’* descreve a natureza da relação educativa: implica ajuda, apoio do educador, considerando-o como um facilitador das mudanças voluntárias de comportamento, assumindo-se o educando como figura principal do processo de aprendizagem. A *‘voluntariedade’* surge como condição específica, excluindo as formas manipulativas sobre o comportamento; implica uma percepção antropológica do educando que possui um modo de vida próprio, condicionado pela sua herança genética, o seu desenvolvimento, a sua cultura e ambiente, pelo que cada pessoa tem a sua forma própria de se comportar, suas atitudes, seus valores, experiências e conhecimentos específicos. O termo *‘comportamento’* é apresentado como o objectivo para todas as actividades

educativas, contudo não se excluem os resultados intermédios de conhecimentos, atitudes, sentimentos, valores e habilidades.

A noção de processo surge também reforçada. Pardal (1990) refere que a educação para a saúde, enquanto processo, foi representada por Hjört como uma escada na qual cada degrau representa uma fase: o início da sua ‘subida’ dá-se com a comunicação, seguindo-se a compreensão dos factos, acredita-se que é preciso mudar algo e actua-se em conformidade, porque se interiorizou toda uma série de atitudes, habilidades e crenças que conduzirão à adopção do comportamento mais adequado.

Bury (1997) refere que a ‘redescoberta’ da educação para a saúde ocorreu em consequência da conferência de Alma-Ata com o respectivo acento nos Cuidados de Saúde Primários e na promoção da saúde. Frequentemente a educação para a saúde é confundida com promoção da saúde. A promoção da saúde, tal como a conceituámos anteriormente, visa a saúde em geral e as actividades que a promovem, procurando aplicar medidas comunitárias e individuais (conjugando suportes educacionais, organizacionais, económicos e ambientais) que possam ajudar as pessoas a desenvolver estilos de vida que mantenham ou exaltem o estado de bem-estar (Green e Johnson, 1983; Ribeiro, 1994). Nesta perspectiva, como refere Russel (1996), a promoção da saúde inclui a educação para a saúde, diferenciando-se por ser mais ampla, conjugando a educação para a saúde com outros métodos de promoção da saúde que não contêm uma ‘filosofia educacional’.

Se algo tem caracterizado a educação para a saúde tem sido a rapidez de mudanças que se produzem no campo que lhe está afecto. Assim, quando se pretende definir, delinear e organizar os conceitos, os métodos e os materiais que incidem e afectam a educação para a saúde, não é de surpreender que se produzam desacordos entre os diversos profissionais que abordam este campo de reflexão e acção socioeducativa (García Martínez et al, 2000).

Para López Santos (2000) a conceptualização da educação para a saúde tem que ser entendida como um fenómeno socioevolutivo condicionado tanto pelo desenvolvimento científico das ciências que lhe dão suporte, como pelo contexto sociocultural onde essa conceptualização se produz. Refere o mesmo autor que as abordagens à educação para a saúde, e modelos subsequentes de intervenção, se

agrupam em três grandes tendências, pertencentes cada uma delas aos diferentes estádios da sua evolução.

A abordagem informativa parte da premissa de que os hábitos e comportamentos prejudiciais à saúde têm a sua origem na falta de informação. A sua praxis educativa centra-se na transmissão de conhecimentos, inspirados numa concepção biomédica de saúde, orientada para a prevenção da doença e tratamento da mesma; a metodologia é expositiva, geralmente unidireccional, privilegiando o 'ensino' sob a forma de prescrições e recomendações (López Santos, 2000).

A prevenção ou modificação de comportamentos problema é o foco central da abordagem comportamental. Tem como pressuposto que a saúde é resultante do comportamento do indivíduo, que por sua vez é determinado pelos estímulos do meio onde este se desenvolve. A intervenção educativa gira em volta da aprendizagem: como dirigir a aprendizagem (e não como ensinar) para dotar o indivíduo de competências que lhe permitam agir adequadamente face aos estímulos do meio. Várias são as teorias e modelos que têm sustentado esta abordagem, salientando-se, do ponto de vista prático, os modelos de Crenças de Saúde, da Aprendizagem do Comportamento e PRECEDE – “*Predispose, Reinforce, Enable, Cause, Educational, Diagnostic, Evaluation*”. O primeiro, propondo uma explicação dos factores que intervém na adopção de comportamentos saudáveis, tem orientado as estratégias de educação para a saúde com vista a modificar as condições antecessoras do comportamento e a programar as condições reforçadoras; o segundo, ao considerar várias fases na adopção de um novo comportamento, tem orientado a intervenção educativa para cada uma dessas fases; o terceiro modelo, cuja designação é um acrónimo dos factores predisponentes, facilitadores e reforçadores do comportamento, tem sido utilizado para diagnosticar e planificar a intervenção educativa partindo da análise desses mesmos factores (Russel, 1996; López Santos, 2000).

A abordagem integral orienta-se para a promoção da saúde, o seu objectivo fundamental é implicar os cidadãos no processo de transformação dos factores que incidem na saúde. Encontra suporte em várias correntes e teorias da psicologia e da educação, destacando-se como elementos aglutinadores: a defesa do carácter activo e construtivo da acção humana na configuração do seu meio, a preocupação pelo que o

Homem é mais do que pelo que faz, o interesse mais pelos processos do que pelos produtos. A estratégia metodológica assenta num compromisso prévio de todos os implicados no processo de educação para a saúde (López Santos, 2000).

Qualquer uma das abordagens não está isenta de críticas. A abordagem informativa, ao colocar o profissional de saúde como elemento central do processo educativo, ao recorrer a uma estratégia ‘prescritiva’ assente no ‘deve fazer’ mas sem compreensão do porquê, incorre no risco de ver as informações e orientações neutralizadas por alguém (familiares, vizinhos) que ofereça maior credibilidade aos indivíduos. A abordagem comportamental, ao considerar apenas o comportamento individual despreza a acção comunitária sobre os determinantes da saúde e do próprio comportamento. Apesar desta crítica, López Santos (2000) considera-a uma abordagem com grande aplicabilidade nos serviços de saúde quando se trata de abordar problemas cuja causalidade tem uma forte componente comportamental. Por último, a abordagem integral, devido à amplitude da sua implementação é difícil de utilizar nos serviços de saúde; contudo, por ser a que mais se adequa ao novo paradigma da saúde é a mais aconselhável para o sistema educativo, seja qual for o nível de ensino.

Historicamente, diz Green (1984), as práticas de educação para a saúde têm sido desenvolvidas na comunidade, nas escolas e nos serviços de saúde. Na comunidade tem prevalecido a influência da primeira abordagem com predomínio das ‘campanhas’ de cariz informativo, embora recorrendo cada vez mais a novas tecnologias e estratégias (meios de comunicação social, computador, jogos, tecnologia interactiva). Nas escolas tem prevalecido um método educacional associado a competências cognitivas de reconhecimento de doenças e de comportamentos padrão, sugerindo também influências da abordagem informativa. Nos serviços de saúde a preocupação dominante tem sido a educação de doentes, centrada na doença e na forma de lidar com ela, encontrando-se simultaneamente as abordagens informativa e comportamental. No nosso país, como alega Navarro (1995), têm predominado também modelos cujo objectivo é desenvolver os comportamentos que o profissional de saúde decide serem os melhores ‘ensinando-os’ através de um conjunto de actividades estereotipadas, utilizando processos centrados no profissional de saúde, não participativos. Na opinião de Green e

Johnson (1983) para que a educação para a saúde seja eficaz terá que combinar intervenções de modo a evitar o conflito resultante da pressão entre o que ‘deve’ e ‘não deve fazer’ e o contexto da sua história pessoal e social, no qual ocorrem as tomadas de decisão. Seja qual for a abordagem educativa, a sua finalidade será a adopção ou mudança voluntária de comportamento. E este é o dilema da educação para a saúde.

A educação para a saúde, como processo formativo global, ultrapassa o âmbito dos serviços de saúde. Ela ocorre, em primeiro lugar, para cada pessoa, no seio familiar. A família, consciente ou inconscientemente, é um dos principais agentes de educação em saúde, uma vez que continua a ser o núcleo primário de socialização e cuidados. É a este primeiro nível que, de forma intencional ou ocasional, se aprendem, se adquirem e reforçam crenças, atitudes e hábitos que podem permanecer para o resto da vida. Mas na história pessoal a educação em saúde, iniciada precocemente no seio familiar, é também influenciada pelo meio cultural e social e pelas próprias experiências. Na escola vão-se assimilando os elementos fundamentais da civilização e da cultura, interiorizando valores e comportamentos, adquirindo conhecimentos e destrezas onde implicitamente, ou explicitamente, se encontra a saúde. Também o meio ambiente adquire cada vez mais importância como elemento educador em saúde: os estilos de vida são em grande parte determinados por modelos e valores veiculados por grupos de pertença, televisão, Internet entre outros. Muitas vezes, a história pessoal é modificada consoante a pressão de ‘normas’ e expectativas veiculadas por esta subcultura que influenciam as atitudes e predisõem a mudanças de comportamento. Ocorre também que, quando há ‘normas’ e crenças estáveis numa sociedade elas sejam codificadas em práticas e comportamentos de saúde, formais ou informais, que se tornam parte integrante do sistema cultural (Green e Johnson, 1983; López Santos, 2000). Há, portanto, necessidade de estruturar a educação para a saúde tanto nestes contextos educativos informais como em âmbitos mais específicos, por forma que ela encontre continuidade e seja um processo permanente. Esta é uma das competências dos profissionais de saúde, não só participando na elaboração de um corpo de conhecimentos científicos que sustente a própria educação para a saúde mas assumindo também um papel dinamizador das intervenções educativas. Como defende Hagan (cit. Navarro, 1995: 78) “os profissionais de saúde deverão desenvolver, dentro da sua especialidade, um corpo

de conceitos, atitudes e práticas, específicos e especializados, que constituirão a base da qual nasçam e na qual se reconheçam todas as actividades que realizem e a que chamaremos educação para a saúde“.

A função educativa da Enfermagem não é nova, como afirma Lassner (1989), desde o princípio do século XX que a educação para a saúde é incorporada no seu papel profissional. Como exemplo, esta autora faz referência a Lavinia Dock (1858-1956), uma pioneira no campo da Enfermagem, que sempre defendeu a importância dos cuidados preventivos de saúde através da educação. Inicialmente direccionada para ensinar os doentes a lidar com a sua situação de doença, progressivamente foi-se estendendo às pessoas que lhe estavam mais próximas, em especial os seus familiares ou cuidadores directos no domicílio. Na opinião de Braissant (1990) esta função desenvolveu-se cada vez mais em virtude de necessidades cada vez maiores, produto da evolução científica, tecnológica, social e económica:

- a esperança de vida aumentou pelo que é necessário reforçar a promoção e manutenção da saúde;
- as possibilidades de prevenção e detecção precoce de doenças existem pelo que é necessário divulgá-las e orientar para a sua utilização;
- as doenças crónicas aumentam e em consequência o dever de facilitar o acesso a uma vida o mais independente possível (reaprender a viver com uma doença e a evitar complicações);
- os utentes procuram e exigem cada vez mais informações, numa afirmação crescente dos direitos do consumidor.

Nem sempre se torna visível a função educativa da Enfermagem devido à natureza multidimensional da sua prática. Atendendo a que a terminologia ‘educação para a saúde’ se refere a intervenções educativas planeadas, apenas sobressaem estas funções quando os enfermeiros integram programas educativos, sobretudo dirigidos para a comunidade ou grupos específicos de utentes. Lindeman (1984) defende que os enfermeiros planeiam e implementam intervenções educativas quer seja para o indivíduo (são ou doente), para famílias, grupos de utentes ou comunidades, qualquer que seja o seu contexto de trabalho (mesmo no hospital). Não concorda, portanto, quando esta função é menosprezada e classificada de esporádica. Da mesma opinião é Benner (2001), alertando ainda que se passará ao lado de uma grande parte das

competências compreendidas nas funções educativas se se observarem apenas as intervenções formalmente planificadas. Acrescenta ainda, que atender unicamente à transmissão de informações ou ao ensino de princípios formais, é ter uma visão simplificada da função educativa, defendendo que a mesma envolve várias competências: conhecer e compreender como são interpretadas a saúde e a doença; ajudar a interiorizar as implicações do estilo de vida nesse processo; tornar abordáveis e compreensíveis culturalmente os aspectos de cada doença; saber qual o momento certo para cada aprendizagem.

O desenvolvimento da Saúde Pública e dos Cuidados de Saúde Primários permitiram o aperfeiçoamento desta função educativa ao proporcionarem à Enfermagem o trabalho com distintos grupos sociais aos quais se tornou necessário educar para promoverem e preservarem a saúde. Segundo Kérouac (1994), foi a orientação para a pessoa e o seu meio, ocorrida entre as décadas de 50 e 70 na sequência da evolução social do pós-guerra, que deu lugar a uma diferenciação da disciplina de Enfermagem, relativamente à Medicina, e fez evoluir a enfermeira como cuidadora mais interveniente na tomada de decisões. De acordo com esta orientação, o ‘cuidar’ visa a manutenção da saúde do indivíduo: a Enfermagem avalia as necessidades de ajuda da pessoa tendo em conta as suas percepções e a sua globalidade. Intervir significa ‘agir com’ funcionando como um conselheiro especializado que ajuda a pessoa a escolher os comportamentos de saúde mais adaptados a um funcionamento pessoal e interpessoal mais harmonioso (Meleis cit. Kérouac, 1994). Contudo, foi a partir dos anos 70 que se produziu uma mudança sem precedentes na Enfermagem devido ao que Kérouac (1994) designou de *Paradigma da Transformação* que constituiu a base de uma abertura das Ciências de Enfermagem para o mundo, e que inspirou as recentes concepções das disciplinas de Enfermagem. As mútuas influências culturais e a intensificação de comunicações deram lugar a uma proliferação de experiências e conduziram a uma mudança de mentalidades imbuídas da filosofia dos Cuidados de Saúde Primários:

“nesta óptica (dos cuidados de saúde primários), os profissionais de saúde não detêm mais o poder absoluto nas respostas a serem dadas às necessidades das colectividades, mas apresentam-se sobretudo como pessoas recurso que caminham num quadro duma aproximação

colectiva com os individuos, as famílias e as comunidades, com vista a ajudá-los a encontrar eles mesmo os elementos de resposta para a satisfação das suas necessidades de saúde” (Fontaine cit. Kérouac, 1994:14).

Esta orientação influenciou necessariamente a natureza dos cuidados de enfermagem: o ‘cuidar’ visa agora o bem-estar tal como a pessoa o define; intervir continua a ser ‘estar com’ mas criando possibilidades de desenvolver o potencial da pessoa ou da colectividade. Uma das estratégias que mais tem sido utilizada para desenvolver esse potencial, tem sido a educação para a saúde. Como defende Honoré (2002) a relação de cuidar é educativa, sendo a qualidade dos cuidados prestados e recebidos uma ‘educação para a saúde’.

Nesta perspectiva a educação para a saúde parece aparentemente simples, no entanto, como refere Silva (2002), torna-se muito difícil a sua integração no quotidiano profissional. Esta dificuldade prende-se com o processo de construção dos saberes por parte dos profissionais de saúde que, regra geral, tem por base uma visão negativa da saúde, essencialmente epidemiológica, cujas consequências se estendem às práticas educativas através da reificação de conceitos, da transformação de ‘ideias’ em ‘coisas concretas’, promovendo uma versão particular da realidade. Esta tendência pode ser justificada pela necessidade de ser científico e objectivo. Contudo, alerta o mesmo autor, esta ideologia científica incorre no risco de disseminar tópicos fragmentados sobre a saúde e as doenças, os quais preocupam as pessoas, sem saberem exactamente o que são essas entidades nosológicas, ou, pelo contrário dar a noção às pessoas que detêm os conhecimentos suficientes. Porém, como afirma Parsons (cit Silva, 2002: 198), acontece que *“A doença não se relaciona apenas com o não cumprimento de regras fixas, é interactiva e está sujeita à negociação”*. Esta é uma questão que nos remete para a problemática da educação para a saúde em oncologia.

Defende Serrão (1988) que educar para a saúde, em oncologia, é ajudar todas as pessoas a conhecerem no essencial a biologia da cancerização, a entenderem o modo como a acção dos agentes exteriores promove o desenvolvimento do cancro, a acreditarem nas formas de se protegerem desses agentes promotores, a identificarem os sinais de risco e a procurarem o seu tratamento imediato. Todas as campanhas de

rastreio e de diagnóstico precoce serão votadas ao insucesso se não houver uma intervenção educativa permanente e diversificada, abrangendo toda a população desde a infância e ao longo de toda a vida, porque cada idade tem os seus riscos próprios. O objectivo será agir por antecipação, prevenindo os cancros que são dependentes dos factores exógenos de promoção, isto é, aqueles que o Homem faz surgir por suas próprias mãos, pelos erros que comete diariamente, pelas opções perigosas que adopta, pelo descuido com que vive. Há contudo, nos tempos actuais, um risco para o qual o Ministério da Saúde (2002) alerta: a mensagem sobre carcinogénese de um vasto número de matérias, produtos e situações de exposição diária, mesmo que justificada, corre o risco de se perder no excesso de informação em que se vive. Esta situação leva à necessidade de ponderação na identificação dos alvos a atingir com as campanhas de prevenção. No entanto, deverão continuar-se as acções de educação sobre factores de risco, incidindo particularmente no grupo dos jovens em idade escolar, nomeadamente quanto ao tabagismo, hábitos alimentares, comportamento sexual, exposição solar e saúde ambiental.

Confrontamo-nos diariamente com múltiplos factores de risco, e, como refere Silva (2002), não sabemos se os factores de risco biológico e emocionais são mais graves que os primeiros e de que forma se potenciam, ignoramos igualmente como cada indivíduo faz a gestão de todas estas condicionantes. Se as certezas sobre a actuação destes factores são poucas, as certezas sobre as razões dos comportamentos são também poucas ou nenhuma. De um modo geral, cada um de nós encontra sempre justificações para os comportamentos que adopta evitando dissonâncias com as decisões tomadas. É assim que, com frequência, um mesmo valor social pode justificar comportamentos antagónicos em duas pessoas diferentes, e a mesma pessoa pode adaptar a sua justificação quando existe uma alteração do comportamento habitual. No entanto, constata-se que habitualmente não são tidos em consideração estes aspectos nas campanhas de prevenção do cancro. Transmite-se o que a comunidade científica considera necessário ao conhecimento, com suporte em modelos cognitivos unidireccionais e redutores de causa-efeito, valorizando-se os factores de risco externos com desvalorização das componentes psicossociais. Daí que não seja muito visível a eficácia das recomendações comportamentais que se fazem.

Conduzir os indivíduos à adopção de comportamentos saudáveis não é tarefa fácil, e a intervenção educativa em oncologia não pode restringir-se a uma mera actividade de informação. Este é, contudo, o modelo subjacente a algumas formas de intervenção, como sejam as palestras ou as campanhas de informação; embora potencialmente úteis, não são suficientes. As numerosas campanhas que vêm sendo dirigidas á informação pública terão tido o mérito de consciencializar os indivíduos para a problemática do cancro, e a publicidade alargada que tem sido dada aos sinais e sintomas da doença tem tido como objectivo primordial o de encorajar o público no sentido da procura precoce de aconselhamento clínico. Embora a informação da população, relativamente aos riscos em oncologia, seja razoável verifica-se que as opções individuais nem sempre são coerentes com a informação de que se dispõe (a questão do tabaco é neste aspecto um exemplo paradigmático) - (Santos, 1988_(a)).

Apesar da informação ser necessária para uma decisão saudável, não é suficiente, já que outros factores e motivações se jogam também neste plano das decisões individuais. Ninguém ignora que os comportamentos não dependem apenas de escolhas voluntárias, mas de múltiplos factores que se tornam, em grande parte, não conscientes na sua execução. Na realidade, os nossos hábitos e comportamentos são influenciados não apenas pela informação de que dispomos, mas também pelos nossos valores, crenças e pelos diferentes contextos de vida em que nos situamos, mais ou menos facilitadores de determinadas opções. Com efeito, o estilo de vida de cada um de nós assenta num sistema de valores que nos serve de quadro de referência e reflecte uma certa filosofia de vida. Como diz López Santos (2000) os valores e as normas de comportamento respeitantes à saúde vão-se transmitindo de geração em geração, de forma espontânea, sem a mediação de um processo consciente e intencional o que origina alguma desconexão entre o universo cultural e os conhecimentos científicos. No caso concreto do cancro, como refere Dias (1995), toda a informação, por mais útil e adequada que seja, encontra como barreira considerável a representação social que sobre ele se construiu. A mensagem parece não ultrapassar esta “cancerofobia” que actua como um filtro através do qual se julga toda a informação e conhecimentos novos. Uma das estratégias a que se tem recorrido é utilização de mensagens de medo, reconhecido por vários modelos de cognição social e de comunicação como um factor motivador da mudança de atitudes ou de comportamento. Invariavelmente, as mensagens têm um enquadramento

negativo, para as tornar mais memorizáveis, concentrando-se nos perigos potenciais de uma dada atitude ou comportamento. Afirmam Bennett e Murphy (1999) que uma mensagem, quando é mental ou afectivamente classificada como desconfortável pelo indivíduo, tende a ser ignorada ou percebida de forma selectiva. No entanto, uma mensagem de medo poderá ser eficaz se acompanhada de informações que proporcionem aos indivíduos alternativas comportamentais que eles se sintam capazes de controlar e julguem eficazes na redução da ameaça. O recurso a fontes de influência tem sido outra estratégia para incentivar a prevenção. Desde personalidades famosas a cidadãos comuns com semelhanças demográficas com os receptores, têm divulgado mensagens e testemunhos com a finalidade de mudar atitudes e comportamentos resistentes.

Segundo García Martínez et al (2000) a mudança social passa pelo recurso a estratégias educativas como sejam a comunicação persuasiva, baseada em conhecimentos subjacentes à realidade social, e uma educação consciencializadora fundamentada na organização da própria comunidade. Defende que a acção educativa tem de procurar que a mensagem chegue aos destinatários, seja credível para os próprios de modo que ocorra sensibilização e consciencialização sem inibir ou substituir a sua liberdade de decisão; para tal, a informação e os argumentos utilizados terão de promover a compreensão racional das propostas de modificação das formas e estilos de vida, capacitando a comunidade para uma melhor utilização dos seus recursos e para a aquisição de outros potencialmente utilizáveis na melhoria das suas condições de organização e de vida.

A abordagem massiva em que se tem concentrado a educação para a saúde em oncologia poderá ser adequada para alguns grupos da população e inadequada para outros, pelo que se requerem novas técnicas potenciadoras da mudança de atitudes, porventura abordagens mais individualizadas. Defende Honoré (2002) que interrogar sobre as práticas da vida quotidiana, levar cada um a reconhecer o seu papel de actor e responsável nas práticas de saúde, tem um valor formativo e educativo. Menosprezado tem sido o papel formativo do 'leigo', em situação de doença ou não, já que ele é um educador potencial no seu ambiente, especialmente na família, no trabalho ou na sua rede social mais próxima. Muitas vezes é nestas redes interpessoais que se cruzam os argumentos e contra-argumentos sobre a eficácia da

prevenção e os benefícios dos rastreios e, como refere Wilder, as mensagens podem ter mais influência se provierem de uma fonte interior ao grupo do que de uma fonte exterior a ele (cit. Bennett e Murphy, 1999). A este respeito, acrescenta Rice (1985) que os comportamentos, as expectativas, as opiniões e reacções da família, dos amigos e dos colegas de trabalho exercem uma importante influência na avaliação de comportamentos em saúde.

Em síntese, e tendo por base as considerações anteriores, concordamos com a opinião de Silva (2002) ao alegar que a educação para a saúde deverá contribuir para: autonomizar as pessoas e não as tornar mais dependentes; desbloquear os recursos individuais; remover obstáculos; promover a interacção dos saberes; reflectir sobre as expectativas e necessidades; disponibilizar meios de suporte à mudança; fornecer informação de forma adequada e especialmente se solicitada. As grandes orientações fundamentais da educação para a saúde em oncologia poderão organizar-se em torno de uma tripla abordagem, determinando cada uma um campo específico de intervenção:

- abordagem por temas (carcinogénese, factores de risco, formas de rastreio, por exemplo)
- abordagem por população (homens, mulheres, grupos etários, grupos de risco)
- abordagem por espaços de vida (escola, local de trabalho, cidade, centro de saúde, ou outros)

É importante ter em conta os parâmetros da biomedicina como auxiliares do trabalho pedagógico, embora não devam impor-se como quadro rígido sob pena de se transformarem as práticas educativas em actividades prescritivas, baseadas em factores de risco individualizados, não considerando o ser humano como um todo incluído no seu contexto (Silva, 2002). Seja qual for a abordagem educativa, há que considerar a possibilidade de ocorrência de um desequilíbrio inicial entre as novas ideias ou conceitos e as representações de cancro construídas pela população. Para que as estratégias educativas tenham êxito terão que se basear nessas representações, utilizá-las para introduzir novas ideias sem que entrem em conflito directo com essas crenças mas estimulando uma reestruturação do saber e um novo equilíbrio cognitivo.

Sendo uma prática contínua, a educação para a saúde não pode focalizar-se apenas na informação e mudança de comportamentos, mas respeitar o direito à diferença relativamente a escolhas individuais, realidades culturais, sociais, familiares, profissionais, permitindo a interação dos saberes e representações de uma forma reflexiva. A este propósito, afirma Benner (2001: 40): *“Há muito para aprender e muita coisa a apreciar, à medida que a enfermagem descobre significados comuns adquiridos em resultado da ajuda, da orientação, da intervenção nos acontecimentos humanos significativos que estão no âmbito da arte e da ciência de enfermagem”*.

Torna-se, assim, necessário conhecer as pessoas a quem nos dirigimos, as suas necessidades e realidades culturais por forma a adequar e diversificar as estratégias e técnicas educativas, avaliando continuamente todo o processo e introduzindo as alterações que se considerarem necessárias em qualquer fase desse processo. Ao direccionar as intervenções educativas para as necessidades e capacidades de modificação dos modos de vida por parte dos directamente implicados, a educação para a saúde pode constituir-se, efectivamente, numa estratégia de prevenção em oncologia.

***CAPÍTULO TRÊS – CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: DA PROBLEMÁTICA
À RECOLHA DOS DADOS***

1 – PROBLEMÁTICA, OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A redução da morbilidade e mortalidade por cancro passa pelo desenvolvimento de programas de prevenção, voltados para os problemas oncológicos existentes e previsíveis, exigindo uma intervenção integrada e esquemas organizados de prevenção, bem como a difusão de informação sobre estratégias de detecção precoce. É quase impossível, hoje em dia, ignorar-se o cancro e as formas de o rastrear, tal é a profusão de informação veiculada quer através do meio científico e dos serviços de saúde, quer através de meios de comunicação de massa ou mesmo de forma informal na vivência quotidiana, através do contacto com familiares, amigos ou vizinhos que se debateram com esta doença. Porque motivo, então, as opções individuais nem sempre são coerentes com a informação de que se dispõe? Embora conscientes de que os hábitos e estilos de vida nem sempre são o resultado de opções inteiramente livres, conscientes e autónomas, mas antes influenciados pelos nossos valores, crenças e atitudes e pelos diferentes contextos de vida em que nos situamos, foi esta a questão que fez despoletar a nossa inquietação. Foi neste contexto que a teoria das representações sociais se nos afigurou como um contributo valioso, na medida em que nos poderia auxiliar na compreensão da forma como é consumida, transformada e utilizada pelo homem comum esta informação. Na opinião de Moscovici e Hewstone (1990) as pessoas retêm-lhe o conteúdo, mas modificando-lhe a forma e as regras ao jeito do senso comum, com tudo o que isto pressupõe de pensamento e linguagem própria. Em consequência, o senso comum está cheio de imagens, de palavras, de raciocínios que ajudam os indivíduos a orientar-se no seu universo material e social permitindo a justificação dos seus comportamentos.

Através desta reflexão surgiu-nos a seguinte questão:

- o que sabem as pessoas sobre o cancro e como é que o imaginam?

Como profissionais de saúde consideramos importante esta compreensão, já que, enquanto enfermeiros, somos intervenientes na difusão dessa informação e, quiçá, influenciámos a construção das representações sobre o cancro. Como referem Tavares e Teixeira (1998) a transmissão de informações não é suficiente para uma acção efectiva, já que existem aproximações e confrontos entre o saber popular e o saber científico, cuja génese reside num sentido do mundo que o saber científico não consegue obter. Por outro lado, diz Meleis (cit. Kérouac, 1994) que intervir significa ‘agir com’, funcionando como um conselheiro especializado que ajuda na escolha de comportamentos de saúde mais adaptados, mas criando possibilidades de desenvolver o potencial dos indivíduos. Uma das estratégias mais adequadas para desenvolver esse potencial será a educação para a saúde. A nossa reflexão sobre esta temática centrou-se na constatação de que, no domínio da educação em saúde, as práticas têm-se baseado menos nas necessidades reais dos utentes do que na capacidade dos profissionais de saúde em atendê-las; tradicionalmente têm predominado modelos educativos não participativos, suportados por um conjunto de actividades estereotipadas. Repensar estas práticas implica conhecer e compreender a vivência da própria população alvo, dentro de uma visão educativa que a perceba enquanto sujeito activo no processo de aprendizagem, capaz de modificar voluntariamente os seus comportamentos. García-Fernández e Peralbo-Uzquiano (1999) afirmam que é importante conhecer o nível de desenvolvimento cognitivo da população quando se trata de levar a cabo programas preventivos ou de educação em saúde, com a finalidade de não os sobrecarregar.

Conhecer as representações sociais do cancro na população poderá, eventualmente, contribuir para amadurecer e desenvolver as nossas práticas educativas, viabilizando um melhor atendimento à população, o que constitui a nossa finalidade. Tendo em conta que o conceito de representação social enfatiza a dependência da acção face à actividade cognitiva, e que a eficácia dos programas preventivos está dependente das crenças, de valores e atitudes, dos comportamentos e emoções prevalecentes no grupo comunitário, conhecer estes últimos aspectos colocar-nos-á, à partida, em melhor posição para reconhecer as efectivas necessidades educativas e para contribuirmos no delinear de prioridades de intervenção, visando alternativas que ‘tornem mais fáceis as decisões mais saudáveis’.

Refere Jodelet (1994) que o espaço de estudo das representações sociais é multidimensional, e, a multiplicidade de perspectivas e desenhos de investigação mais ou menos autónomas de acordo com a acentuação dada aos aspectos específicos dos fenómenos representativos. De qualquer modo, todo o estudo de representações passará por uma análise das características ligadas ao facto de elas serem uma forma de conhecimento. De acordo com Pereira (1997) para se dizer que estamos a estudar as representações sociais é necessário que os vários elementos que as caracterizam sejam operacionalizados. Há portanto que identificar a sua objectivação, através dos termos pelos quais ela é operacionalizada, e a sua ancoragem que permite identificar o suporte social da representação e que leva a identificar as relações que se estabelecem entre os seus termos. É ainda importante identificar a sua estrutura, o seu núcleo central, que nos reporta para o que está mais enraizado na representação, e o seu sistema periférico que facilita os processos comunicacionais no contexto da representação identificando deste modo a sua argumentação. Assim, neste estudo elaborámos formulações sobre o que procuramos conhecer. Partimos de uma questão central de investigação:

- Como é que as pessoas representam o cancro ?

Da desagregação desta questão central emergiram outras mais específicas:

- Que esquemas conceptuais constituem a representação do cancro ?*
- Qual a 'rede de significações' em torno desta representação ?*
- Que informação retêm os sujeitos acerca do cancro e de estratégias de prevenção ?*
- Que fontes contribuem para essa informação ?*
- Como se caracterizam as crenças de saúde em relação ao cancro e às estratégias de prevenção ?*
- Que atitude têm os sujeitos face às estratégias de prevenção ?*
- Que estímulos facilitam ou dificultam a adesão a estratégias de prevenção ?*

Estas questões constituem as premissas do nosso estudo cujos objectivos principais são:

- Conhecer como o indivíduo organiza o seu saber e imagem sobre o cancro.
- Descrever o quadro de referência no qual esta informação se ordena.

Face a estes objectivos englobamos o nosso estudo no grande grupo de estudos não experimentais e consideramo-lo do tipo descritivo, uma vez que procuramos obter um perfil geral de um fenómeno preocupando-nos em descobrir que relações existem entre os conceitos que o caracterizam. Acreditamos que este tipo de pesquisa nos vai proporcionar maior familiaridade com o problema, o que na opinião de Gil (1991) faz com que se aproxime das pesquisas de tipo exploratório, também justificável por Almeida e Freire (1997) e por Fortin (1999) uma vez que procuramos descobrir pontos de continuidade numa dada realidade (informação, crenças e atitudes) sem atingir o grau explicativo.

Como ficou anteriormente perceptível, não formulámos hipóteses mas antes questões de investigação, que especificam os aspectos que pretendemos estudar e sobre as quais se irão apoiar os resultados de investigação; daqui decorre que não seleccionámos variáveis para estabelecermos relações causais, uma vez que não é esse o nosso objectivo. Tivemos por base que o que ocorre nas representações sociais é a múltipla acção de inúmeras variáveis agindo e interagindo ao mesmo tempo, e que quando se tentam isolar algumas se reduz o estudo a uma parte do fenómeno. No entanto, considerámos algumas variáveis como o sexo, a idade, o estado civil, o nível de escolaridade e a profissão ou ocupação, que nos permitirão não só caracterizar a população como também contextualizar os dados que pretendemos obter. Nesta opção encontramos apoio em Almeida e Freire (1997) e Fortin (1999) que aludem ao facto de se encontrarem estudos exploratórios-descritivos, sem hipóteses previamente definidas, nos quais o investigador enuncia questões gerais em lugar de tratar de relações entre as variáveis, consoante convém à abordagem que privilegiaram.

2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

Todo e qualquer estudo científico é, em primeiro lugar, um processo rigoroso e sistemático que permite examinar fenómenos visando a obtenção de respostas para questões que merecem uma investigação. Defende Gauthier (cit. Fortin, 1999:18) que *“O rigor, do qual depende a exactidão científica, tem a capacidade de assegurar uma percepção fiável e correcta da realidade. Quanto à sistematização, ela resulta do método, isto é, de uma forma organizada e ordenada de alcançar um objectivo.”*. Daqui se depreende que escolher um método é traçar o caminho a percorrer; mas para que o método seleccionado seja efectivamente útil e garanta rapidez e, sobretudo, eficácia, adverte-nos Fragata (1980: 15) que *“(…) não basta que indique qualquer caminho; é preciso que indique aquele que melhor e mais satisfatoriamente conduz ao fim que se tem em vista.”*.

Quanto à metodologia, adoptando uma classificação ampla, podemos dizer que há essencialmente dois grandes métodos: o quantitativo e o qualitativo. A perspectiva quantitativa baseia-se na observação de factos objectivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador sendo os elementos fundamentais a obtenção de informações consideradas fiáveis e válidas e a quantificação, tendo em vista eliminar as influências do investigador. Deste modo, as escalas, testes e questionários são as técnicas e instrumentos privilegiados por forma a conduzirem a resultados que devem ter o menor enviesamento possível. A objectividade, a predição, o controle e a generalização são características inerentes a esta abordagem (Torres Santomé, 1988; Richardson, 1989; Poisson, 1991; Fortin, 1999). A perspectiva qualitativa assume-se como mais dinâmica, fenomenológica, associada à história individual e aos seus contextos. A par dos comportamentos observáveis, preocupa-se em conhecer os sistemas de crenças e de valores, os sistemas de comunicação e de relação, bem como as suas representações para os indivíduos ou grupos em causa, possibilitando, a um maior nível de profundidade, o

entendimento das particularidades do comportamento. O seu objectivo é descrever ou interpretar, mais do que avaliar, visando a compreensão absoluta e ampla do fenómeno. Para observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los, a observação directa e a realização de entrevistas surgem como instrumentos usados preferencialmente nesta abordagem. Em consequência, surgem associadas a esta perspectiva a subjectividade nas suas análises e conclusões bem como a pouca capacidade de as fundamentar, no sentido da sua generalização ou descrição ao longo do tempo e do espaço (Richardson, 1989; Almeida e Freire, 1997; Fortin, 1999). Apesar desta classificação abrangente outras classificações são possíveis, dependendo de autor para autor as próprias designações, no entanto todas elas acabam por dar mais atenção a um ou outro aspecto. Em termos da sua própria metodologia, as investigações podem ser ‘mais quantitativas’ ou ‘mais qualitativas’. Referem Herbert e Boutin (1994) que metodologias e abordagens puramente quantitativas vieram, posteriormente, propor outras que tenham em conta os contextos do objecto e a dimensão interpretativa, existindo hoje diversos autores que defendem um ‘*continuum*’ metodológico entre qualitativo e quantitativo. Em conformidade está Fortin (1999: 322) alegando que se “*A abordagem quantitativa, baseada na perspectiva teórica do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos (...) generalizáveis a outras populações.*”, por sua vez “*A abordagem qualitativa, baseada na perspectiva naturalista, concentra-se em demonstrar a relação que existe entre os conceitos, as explicações e as significações dadas ao fenómeno (...) e sobre a descrição semântica, de preferência às estatísticas probabilísticas*”. A este propósito afirma Golander (1996: 33) que “*Grande parte dos estudos exige a combinação dos dois paradigmas para se ter óptimos resultados*”.

Tendo por base as considerações anteriores e como suporte Abric (2001), defensor de uma abordagem pluri-metodológica no estudo e análise de qualquer representação social, inserimos o nosso estudo neste contexto. Assim, a nossa investigação segue um modelo qualitativo sob o ponto de vista do fenómeno em análise – as representações sociais do cancro, e dos objectivos que procuramos atingir, mais direccionados para a compreensão e descrição do fenómeno globalmente do que para a sua explicação. Interessa-nos particularmente olhar para os significados que revestem o cancro e para as intenções das acções de prevenção, no seio de um

paradigma interpretativo, como sugerem Herbert e Boutin (1990) e Streubert e Carpenter (2002). Contudo, no desenvolvimento do estudo integramos componentes qualitativas e quantitativas, quer na recolha quer no tratamento de dados, o que segundo Bogdan e Biklen (1994) não é novidade e se encontra noutros estudos. Assim, para a obtenção de dados recorreremos a uma técnica e instrumento de colheita característico da abordagem quantitativa – o questionário, atendendo a que Abric (2001) recomenda o recurso a técnicas que facilitem a expressão espontânea, em situações de máxima liberdade onde se possam expressar sem constrangimentos. Para a análise dos dados, tendo em conta que nos surgirão quer sob a forma de palavras, enunciados descritivos e números, privilegiámos a triangulação como estratégia metodológica. A triangulação define-se “*como o emprego de uma combinação de métodos e perspectivas que permitem tirar conclusões válidas a propósito de um mesmo fenómeno*” (Fortin, 1999: 322). Recorreremos à triangulação de teorias e de métodos: a triangulação das teorias da representação social e dos comportamentos em saúde, além de servir de quadro de referência tem em vista aumentar a confiança da operacionalização dos conceitos e contribuir para uma análise mais profunda dos resultados; a triangulação de métodos surge como uma estratégia na qual reunimos métodos qualitativos e quantitativos no tratamento dos dados, no sentido de se aumentar a fiabilidade dos resultados bem como obter informações complementares às questões levantadas pelos dados quantitativos. A triangulação emerge como forma de aprofundar a análise, e não como caminho para chegar à objectividade, visando essencialmente a compreensão em profundidade e a maior segurança na análise interpretativa (Spink, 1999). Tivemos em conta as opiniões de Denzin, Kimchi et al, Banik, Sohler, entre outros citados por Fortin (1999) que defendem a utilização da triangulação quando o objecto de estudo é percebido como unidade multidimensional, permitindo esta metodologia realçar os laços entre a teoria, a investigação e a prática, já que consiste em examinar as questões nos diversos contextos e através de múltiplas conceptualizações, fornecendo uma lógica contemporânea. De forma sintética, Fielding & Fielding (cit. Streubert e Carpenter, 2002) afirmam que a triangulação revela as várias dimensões de um fenómeno e ajuda a criar uma descrição mais rigorosa.

3 – ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS

Um dos aspectos determinantes do estudo das representações prende-se com a estratégia de recolha dos dados. Como refere Abric (2001), esta é determinada, em grande parte, pelo referencial teórico que suporta o estudo. O nosso estudo, norteia-se por um lado pela perspectiva de Moscovici quanto aos componentes de uma representação social – o seu conteúdo e a sua organização (estrutura interna), e, por outro lado pela perspectiva de Abric quanto à hierarquização dos elementos dessa estrutura (núcleo central). Defende Abric (2001) que nenhuma estratégia isolada, das que actualmente se desenvolveram, permite a recolha simultânea destes componentes essenciais de uma representação social – conteúdo, estrutura interna e núcleo central, pelo que se torna necessário uma abordagem pluri-metodológica. Assim, propõe que a recolha de dados de uma representação social se oriente para a combinação de dois métodos:

- os interrogativos, que consistem na recolha de expressões e informações sobre o objecto da representação em causa;
- os associativos, que consistem em associações espontâneas a estímulos.

Cada método possui técnicas próprias para a recolha de dados acerca de uma representação. Optámos pelo questionário como técnica interrogativa e pela associação livre como estratégia para determinar e fazer emergir os elementos constituintes da representação e sua organização. Com esta estratégia pretende-se que os sujeitos dêem livre expressão aos estímulos que lhes são colocados em relação ao objecto da representação social em estudo, o que lhes exige uma grande pesquisa em situações de máxima liberdade onde se possam expressar sem constrangimentos. Para tal, são necessárias técnicas que facilitem a expressão espontânea do pensamento sem entrar nos fenómenos da desejabilidade ou produzir o que Streubert e Carpenter (2002) designam por ‘polarização subjectiva’ do investigador. De acordo

com Abric (2001) o questionário é, actualmente, a técnica mais utilizada no estudo das representações, superando a entrevista por diversas razões:

- possibilita uma expressão livre e espontânea, evitando a utilização de mecanismos psicológicos, cognitivos e sociais accionados durante o contexto de interacção que ocorre com o entrevistador durante a entrevista;
- permite uma uniformização que reduz os riscos subjectivos da recolha (comportamento do entrevistador) e as variações de expressão dos participantes já que os temas, a sua sequenciação e modalidades de resposta são as mesmas para todos;
- proporciona a introdução de aspectos quantitativos, fundamentais para determinar a organização interna da representação ou para colocar em evidência os factores explicativos ou discriminatórios no seio de uma população ou entre populações.

O questionário foi construído especificamente para o efeito, elaborado com base na revisão da literatura efectuada e de forma a operacionalizar as representações sociais do cancro, nas dimensões sugeridas por Moscovici (cit. Herzlich, 1972) e Jodelet (1990) – Anexo I. Referem estes autores que numa representação social se articulam quatro dimensões principais: as crenças, a informação, o campo de representação, mais complexo e que exprime a ideia de uma organização de conteúdo, e a atitude que exprime a orientação geral, positiva ou negativa, em face do objecto de representação.

As crenças constituem uma dimensão que permite perceber quais os valores subjacentes à construção da representação social do cancro que os sujeitos possuem. Para as averiguarmos tivemos como suporte teórico o Modelo de Crenças de Saúde desenvolvido por Rosenstock (cit. Cockerham, 1995) e construímos uma questão fechada - questão 11, composta por 22 itens, definindo-as do seguinte modo:

- crença de gravidade: refere-se às potenciais consequências que o cancro pode provocar; - itens 1, 2, 3, 19, 20, 21
- crença de benefícios: diz respeito às vantagens percebidas das estratégias de prevenção e rastreio; - itens 5, 6, 9, 10, 11
- crença de obstáculos: diz respeito às dificuldades ou barreiras associadas às estratégias de prevenção e rastreio; - itens 8, 12, 13, 14, 15, 16

- crença de vulnerabilidade: corresponde ao risco pessoal percebido de desenvolver cancro. – itens 4, 7, 17, 18, 22

Atendendo à opinião de Selltitz (1987), que defende que a resposta a uma única questão não traduz as verdadeiras opções dos informantes, considerámos ser conveniente a utilização de diversos indicadores para cada dimensão das crenças. Assim, as crenças são averiguadas através de uma escala composta por 22 itens, repartidos pelas quatro dimensões anteriores, cada um com quatro possibilidades de resposta – Concordo muito, Concordo, Discordo, Discordo muito - de acordo com o grau de concordância dos sujeitos. Optamos por não utilizar uma categoria central ou neutra, com o fim de conduzir a uma melhor clarificação por parte dos inquiridos quanto ao seu posicionamento. A cada item é atribuída uma pontuação de 1 a 4, sendo a cotação efectuada em sentido directo (itens 1, 2, 3, 5, 6, 12, 17, 18, 22) ou inverso (itens 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 19, 20 21) atendendo à natureza e redação da questão. No Quadro 1 podem observar-se os scores esperados para esta escala.

Quadro 1 – Scores esperados das Crenças relativas ao cancro

Dimensões das Crenças sobre cancro	Scores esperados		
	Mínimos	Médios	Máximos
Gravidade da doença	6	15	24
Vulnerabilidade face à doença	5	12.5	20
Benefícios da prevenção	5	12.5	20
Obstáculos à prevenção	6	15	24
Total	22	55	88

Através da dimensão informação pretende-se saber que ‘conhecimentos’ os sujeitos possuem acerca do cancro; através da concretização do abstracto será possível visualizar o esquema figurativo da representação, isto é, como são transformadas as ideias científicas em conhecimento quotidiano e que aspectos objectivos são retidos

(representação produto). Para identificarmos a informação que os sujeitos possuem acerca do cancro recorreremos a duas questões abertas – questões 8 e 9, e uma fechada de resposta múltipla – questão 10, procurando obter o conceito de cancro, factores desencadeantes/predisponentes e conhecimento dos sinais de alerta. Atendendo a que o significado de uma palavra não é só o seu sentido lexical mas envolve também reacções emocionais e comportamentais (Mucchielli, 1982), para conhecermos o conceito de cancro além da questão aberta utilizámos a escala de diferencial semântico de Osgood no sentido de obtermos a classificação deste conceito (questão 7). Esta escala consiste em três dimensões semânticas – valor, poder e actividade que agrupam, em proporções iguais, vários adjectivos bipolares que representam as dimensões e modalidades sensitivas. São apresentadas sob a forma de uma estrutura de itens, sendo cada um deles um contínuo, dividido em sete intervalos, cujos extremos são um par de adjectivos opostos; o inquirido deverá assinalar, ao longo desse contínuo, o ponto que melhor representa o seu julgamento relativamente ao conceito verbal e as dimensões representadas pelos adjectivos. O conteúdo da escala não indica claramente a dimensão subjacente e não tem tradução lógica, por forma a que o instrumento de medida não seja influenciado pela natureza do objecto que está a ser medido (McDavid e Harari, 1980; Mucchielli, 1982; Selltiz, 1987). Deste modo, o conceito de cancro é medido por nove escalas pontuadas de 1 a 7, tendo-se seleccionado as seguintes palavras-chave e adjectivos bipolares para cada uma das dimensões:

- dimensão valor: fácil / difícil (complexidade); brando / penoso (sofrimento); esperado / inesperado (impacto).
- dimensão poder: leve / pesado (gravidade); conhecido / estranho (causalidade); fraco / forte (curabilidade).
- dimensão actividade: curto / longo (tipologia); rápido / lento (evolução); passivo / activo (agressividade).

Os scores esperados para o Conceito de cancro encontram-se no Quadro 2.

Quadro 2 – Scores esperados do Conceito de cancro

Dimensões semânticas do conceito de cancro	Scores esperados		
	Mínimos	Médios	Máximos
Valor	3	12	21
Poder	3	12	21
Actividade	3	12	21
Total	9	36	63

Consideramos importante saber, também, através de que meios os sujeitos obtêm informação sobre o cancro e sua prevenção, isto é quais os suportes do conhecimento. Construiu-se uma questão mista de resposta múltipla ordenada - questão 13, na qual os inquiridos têm a possibilidade de seleccionar fontes de informação sugeridas e de acrescentar outras, sendo-lhes pedido que as hierarquizem por ordem de preferência.

As atitudes são uma dimensão através da qual se pretende compreender o posicionamento dos sujeitos quando confrontados com uma situação concreta; neste caso possibilitará a compreensão da integração e interpretação das informações que os sujeitos dispõem acerca das acções preventivas. Incidimos sobre o posicionamento dos indivíduos face às estratégias de prevenção secundária recomendadas e sinais indutores da acção. Construímos uma questão fechada de dupla resposta quanto à acção face aos rastreios, e de resposta múltipla quanto aos estímulos para agir - questão 12.

O campo da representação constitui a dimensão mais complexa já que se pretende saber o que está associado ao cancro bem como a rede de significações e o seu enraizamento na representação (representação processo). Para o identificarmos utilizámos a associação livre como forma de acedermos aos elementos que constituem o universo semântico do cancro. Recorremos à técnica das evocações ordenadas desenvolvida por Vergès (cit. Pereira, 1997; Abric, 2001). Através de uma

questão aberta (questão 6) sobre o objecto da representação – o cancro, é solicitado aos inquiridos que efectuem associações livres a esta palavra estímulo, escrevendo frases ou palavras, cada uma em sua linha, consoante a ordem de evocação.

O questionário contém ainda seis questões relativas a dados pessoais dos participantes, sendo duas fechadas (questões 1 e 14) e as restantes abertas (questões 2, 3, 4 e 5).

4 – TRATAMENTO DE DADOS

Recolhidos os dados iniciámos o seu tratamento e consequente análise tendo por base os objectivos delineados neste estudo. Tal como anteriormente referido, recorreremos à triangulação entre métodos qualitativos e quantitativos. Os dados quantitativos foram processados e submetidos a tratamento estatístico através de programa informático – SPSS 10.0 (Statistical Package for Social Sciences), sendo apresentados em quadros e gráficos elucidativos.

Para os dados de natureza qualitativa utilizámos a análise de conteúdo tendo em conta que este processo “(...) envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser apreendido e a decisão do que vai ser transmitido aos outros.”- (Bogdan e Biklen, 1994: 205). A estratégia de recolha dos dados, através da associação livre de palavras e de questões abertas, produziu um ‘corpus’ de informação com características diferentes. A associação livre de palavras ao cancro (palavra estímulo) originou um universo semântico de evocações a partir do qual constituímos uma base de dados por forma a efectuar as análises que permitiram determinar toda a dimensão da representação social:

- o que a constitui – objectivação;
- o modo como está organizada e estruturada, isto é, o seu núcleo central e sistema periférico - ancoragem.

Os dados foram cruzados por frequência e por ordem de evocação de forma a identificar o que é central e o que é periférico: as evocações com maior frequência e menor ordem de evocação consideraram-se como fazendo parte do núcleo central, do sistema periférico consideraram-se as de menor frequência e de maior ordem de evocação, de acordo com a técnica desenvolvida por Vergés (cit. Pereira, 1997). Posteriormente, efectuou-se uma leitura ‘exploratória’ a este universo lexical por

forma a tentar descobrir ‘unidades de análise’, ou ‘categorias’ de ideias chave, a partir das palavras associadas ao cancro (Goetz Y Lecompte, 1988; Herbert e Boutin, 1994), o que nos possibilitou a identificação de dimensões de significado, que agrupam todos os vocábulos evocados pelos participantes, que apresentamos em diagramas interpretativos. Processo idêntico sofreu o ‘corpus’ de informação resultante das respostas às questões abertas: efectuou-se uma leitura inicial que fez emergir as unidades temáticas dominantes; posteriormente, novas leituras e análises mais refinadas permitiram a identificação progressiva de sub-unidades mais significativas do discurso global. Para nos assegurarmos da exaustividade e da exclusividade das ‘unidades de análise’ que criámos, procurou-se que cada uma incluísse todo o conteúdo obtido e, em simultâneo, que cada conteúdo só pudesse ser incluído numa categoria (Filho, 1999). Conscientes dos limites à fidelidade da análise de conteúdo, procurámos minorá-los recorrendo a dois ‘juizes’ aos quais se solicitou para categorizar os conteúdos da nossa análise, desconhecendo a categorização por nós efectuada, obtendo-se um acordo majoritário.

Neste processo de análise e interpretação, sempre que oportuno, entrecruzaram-se os significados numéricos com os verbais recorrendo à transcrição de excertos elucidativos dos discursos, pelo que codificámos cada questionário com a letra P (de participante) seguida da ordem de participação (P₁, P₂, ... P₈₅) atribuída a cada um dos participantes. De igual forma, procurámos a interligação entre as diferentes questões atendendo a que o conteúdo das diversas respostas encerra, no seu conjunto, a representação social do cancro não podendo a sua análise ser efectuada de forma espartilhada. Esta estratégia permitiu-nos dar sentido aos dados e, muitas vezes, rever o processo de interpretação. Assim, procurámos não só descrever os dados que obtivemos, mas também dar conta da análise e interpretação que os mesmos nos suscitaram, sem nos preocuparmos em seguir a ordem das questões no questionário, mas antes uma sequência que nos permitiu encontrar respostas para as questões que nos nortearam.

5 – PARTICIPANTES NO ESTUDO

Em Ciências Sociais e Humanas é, regra geral, difícil definir o universo pelo que o nosso ponto de partida será a população alvo, significando esta o conjunto dos indivíduos onde se quer estudar o fenómeno (Almeida e Freire, 1997; Hill e Hill, 2000) ou o conjunto dos potenciais respondentes ou participantes num estudo (Goetz e Lecompte, 1988). Tendo em conta que a população alvo raramente está disponível na sua totalidade ao investigador, Fortin (1999) fala-nos na população acessível como sendo aquela porção da população alvo à qual o investigador tem acesso.

Tendo em conta estes considerandos, a população alvo do nosso estudo foi constituída por adultos do distrito de Coimbra. A população acessível seleccionou-se nas localidades de Coimbra, Condeixa-a-Nova, Soure e Penela, tendo por base os *factores sociais* que se repercutem na actividade de representação e traduzidos nos seguintes argumentos:

- possuírem comunidades urbanas e rurais num raio não muito disperso o que, de algum modo, nos poderá conduzir à pluralidade de *focalizações* sobre o cancro;
- serem localidades onde se desenvolvem programas de prevenção e rastreio do cancro, decorrendo daí que seja menos provável uma *dispersão significativa de informação*, e que os sujeitos disponham de mais recursos individuais para fazer face à *pressão à inferência*.

Embora identificada a população acessível não seria possível estudá-la na totalidade, pelo que houve necessidade de seleccionar os participantes de uma forma não probabilística, accidental, sendo estes “*sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso*”(Fortin, 1999: 208).

Os participantes foram incluídos no estudo à medida que se apresentaram, sem existir necessidade de se estipular um tamanho para a amostra uma vez que a manipulação, controle e generalização dos resultados não é intenção deste estudo; preocupados em desenvolver uma descrição rica da representação sobre o cancro, a amostra construiu-se até atingirmos a saturação no que se refere à repetição de informação, mas também um tamanho suficiente para obtenção de significado em algumas manipulações estatísticas decorrentes das opções metodológicas delineadas. Não sendo uma amostra aleatória não significa que não seja válida, uma vez que, em harmonia com Richardson (1989), a validade refere-se essencialmente aos critérios definidos à partida e de acordo com as características da investigação. Assim, foi constituída por indivíduos que se dispuseram a responder ao questionário tendo como critérios de exclusão:

- idade inferior a vinte anos;
- patologia oncológica diagnosticada;
- analfabetismo.

Estabelecemos o limite mínimo de idade em vinte anos uma vez que García-Fernández e Peralbo-Uzquiano (1999) referem ser mais provável os indivíduos terem uma opinião fundamentada sobre questões sociais depois desta idade, citando estudos reveladores de que a níveis mais maduros de desenvolvimento cognitivo associam-se conceitos de doença mais sofisticados.

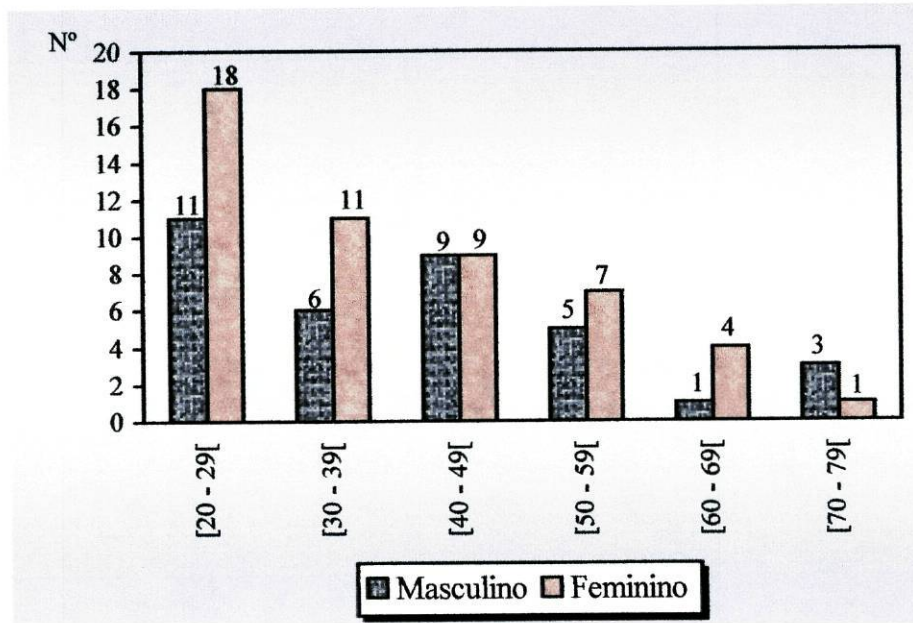
Excluimos da nossa amostra os sujeitos portadores de cancro, tendo em conta que estes produzem, inevitavelmente, significações que dão à sua experiência de doentes; no contexto deste estudo interessa-nos, particularmente, o processo de elaboração cognitiva e simbólica que entra em jogo e vai orientar os comportamentos preventivos.

Por último, tendo em vista a estratégia de recolha de dados seleccionada (questionário de auto-preenchimento), o analfabetismo impossibilita a obtenção de informação.

Cumpridos os critérios que previamente estabelecemos, obtivemos 85 participantes no nosso estudo, com predominância dos do sexo feminino (50) e com idades

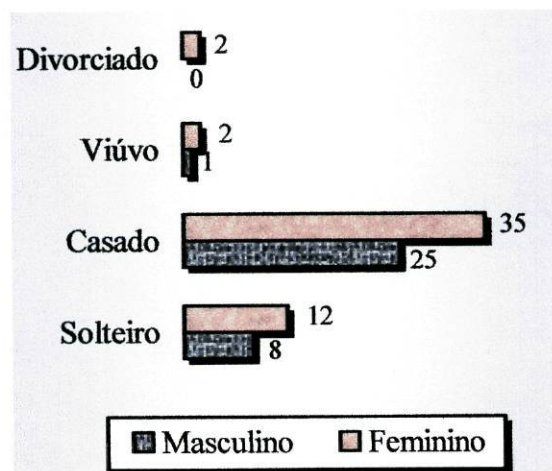
compreendidas entre os 20 e os 75 anos, situando-se a moda, para ambos os sexos, no grupo etário dos [20 – 29[tal como se pode visualizar no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo e grupo etário



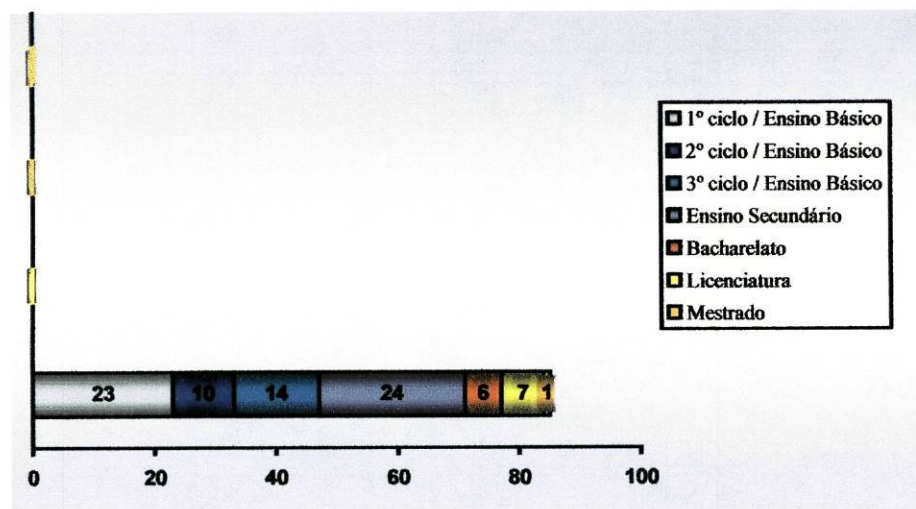
Consultando o Gráfico 2 verificamos que a distribuição dos participantes segundo o estado civil é equitativa em ambos os sexos, predominando os participantes casados (60).

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes segundo o sexo e o estado civil



Entre os factores sociais que influenciam a actividade de representação encontram-se os recursos educativos, susceptíveis de funcionarem como parâmetros na elaboração de uma representação ao mobilizarem informações diversas e implicarem diferentes graus de interesse sobre o objecto a representar. No Gráfico 3 visualiza-se que o nível de escolaridade oscila entre o 1º ciclo do Ensino Básico (ou equivalente) e o Mestrado. Salientam-se com maior expressão os níveis de escolaridade referentes ao Ensino Secundário e ao 1º ciclo do Ensino Básico, constituindo as habilitações da maioria dos participantes (47). De referir que considerámos o nível mais elevado de escolaridade completo, encontrando-se alguns participantes ainda num percurso de formação e de obtenção de habilitações.

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes de acordo com o nível de escolaridade



No que se refere à profissão ou ocupação, os participantes no estudo desenvolvem actividades em áreas diversas, obtendo-se um leque de trinta categorias profissionais / ocupacionais pelas quais se distribuem os participantes.

Consultando o Quadro 3, observa-se alguma concentração nas ocupações de ‘estudante’, ‘doméstica’ e ‘reformado’, que representam mais de um quarto (32) do conjunto total. A restante diversidade de profissões / ocupações dos participantes resulta num recurso positivo para o nosso estudo, uma vez que há diferenciações na estrutura social que, eventualmente, se irão reflectir na construção de diferentes

representações do cancro já que os interesses profissionais podem orientar a ‘focalização’ sobre o cancro (Moscovici cit. Herzlich, 1972; Vala, 1997).

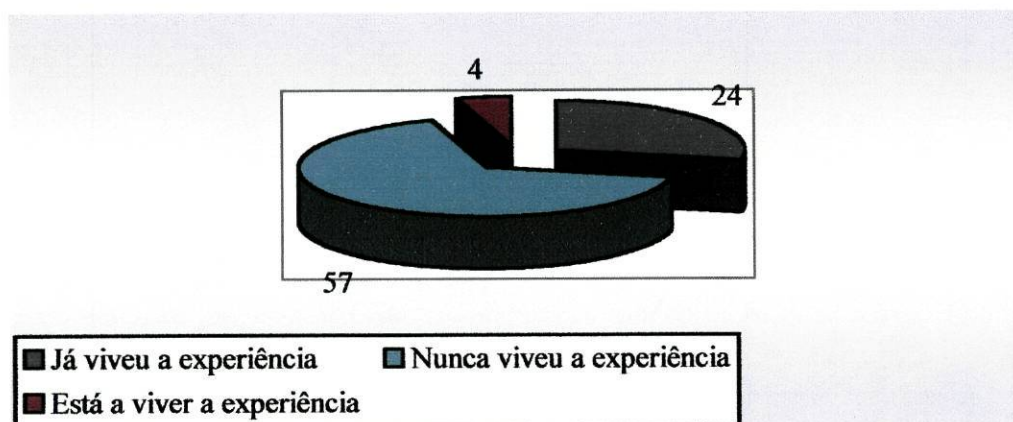
Quadro 3 – Participantes segundo a profissão ou actividade profissional

PROFISSÕES	Nº
- Estudante	14
- Doméstica	11
- Reformado	7
- Empregado fabril	5
- Empregado de balcão	5
- Professor	4
- Funcionário público	4
- Comerciante	3
- Empregado de comércio	3
- Assistente técnico administrativo	3
- Assistente de medicina dentária	2
- Empresário	2
- Contabilista	2
- Motorista	2
- Empregado de escritório	2
- Empregada doméstica	1
- Militar	1
- Auxiliar de apoio e vigilância	1
- Engenheiro naval	1
- Economista	1
- Enfermeiro	1
- Técnico superior de serviço social	1
- Técnico profissional de audiovisuais	1
- Técnico especialista bibliotecário/ documentalista	1
- Segurança	1
- Dirigente sindical	1
- Calceteiro	1
- Abastecedora de combustível	1
- Cozinheira	1
- Taxista	1

Tendo presente que um sujeito quando pensa sobre um fenómeno, fá-lo por referência a experiências ou a esquemas de pensamento já estabelecidos, considerámos pertinente indagar se os participantes vivenciaram a experiência de cuidar alguém com cancro. O Gráfico 4 permite-nos visualizar que a grande maioria (57) não teve esta experiência; no entanto, destaca-se o facto de 4 participantes se

encontrarem a cuidar de doentes com cancro na altura em que participaram no estudo.

Gráfico 4 – Distribuição dos participantes segundo a vivência da experiência de cuidar alguém com cancro



Através da consulta ao Quadro 4 constata-se que não foram só as mulheres a vivenciar a experiência de cuidadoras de alguém com cancro, sendo no entanto em número superior aos homens (19).

Quadro 4 – Participantes segundo o sexo e a vivência da experiência de cuidar alguém com cancro

Sexo	Experiência cuidadora			Total
	Nunca viveu	Já viveu	Está a viver	
Homens	26	8	1	35
Mulheres	31	16	3	50
Total	57	24	4	85

Ressalta uma heterogeneidade de características no conjunto dos 85 participantes, o que se pretendia, e acabou por ser obtido apesar de a sua inclusão no estudo ter decorrido de forma acidental.

***CAPÍTULO QUATRO – REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CANCRO: ANÁLISE
E INTERPRETAÇÃO***

1 – O CANCRO: OBJECTIVAÇÃO ATRAVÉS DO CONCEITO

Ao solicitarmos aos participantes no nosso estudo que respondessem a um questionário sobre cancro, colocámo-los em face de um ‘fenómeno’ que se nos afigurou pouco desejável ‘tornar presente’ já que muitos dos participantes esboçavam alguma hesitação antes de anuírem na sua participação, e, outros houve que de imediato se recusaram a pensar sobre esta doença. A análise dos questionários confirmou esta nossa intuição inicial já que encontramos expressões bem elucidativas, de entre os discursos produzidos para conceituar o cancro, das quais são exemplo “(...) *tenho pavor de pensar nela(...)*” (P₂₅), “(...) *todos nós nos horrorizamos só em falar a palavra.*” (P₃₃). Esta constatação confirma as teorias de suporte teórico que abordámos, as quais referem que o universo mental dos sujeitos não é uma ‘tábua rasa’ pelo que qualquer tratamento da informação é efectuado por referência a experiências e esquemas de pensamento fornecidos pela comunidade de pertença, num reconhecimento de que as representações são simultaneamente produzidas e adquiridas, tal como afirma Moscovici (1994). Mas o acto de representar, recordamos, não é um acto de pensar simples já que exige a fusão do percebido com o concebido, num processo que comporta uma parte de reconstrução, de interpretação e de expressão criativa que transporta a marca do sujeito que representa (Moscovici e Hewstone, 1990; Jodelet, 1994). É este último aspecto que nos interessa particularmente analisar e interpretar, isto é, o carácter significativo e autónomo do cancro elaborado pelos participantes neste estudo.

A análise do conceito de cancro efectuou-se a partir do posicionamento dos participantes na escala de Osgood e dos discursos produzidos em resposta à solicitação para descreverem o seu conceito desta doença. Procurámos, assim, saber a orientação, positiva ou negativa, dos participantes face ao cancro bem como o conteúdo do próprio conceito, perspectivando uma interpretação conducente à posterior descoberta de significações.

Partindo do pressuposto que, sob a forma peculiar que cada um tem de ver as coisas, há em cada conceito um significado cultural comum que organiza as experiências de acordo com dimensões simbólicas similares (Osgood, Suci e Tannenbaum cit Selltiz, 1987), considerámos pertinente o recurso à semântica diferencial para avaliar o conceito de cancro. Assim, através da diferença entre os scores esperados e os observados na escala de adjectivos bipolares, tornou-se possível avaliar a distância a que os participantes se encontram de um conceito positivo (scores observados inferiores aos scores médios esperados) ou de um conceito negativo (scores observados superiores aos scores médios esperados).

Consultando o Quadro 5 constatamos que os scores observados são superiores aos esperados, evidenciando uma concepção negativa do cancro. Para esta orientação parecem contribuir de um modo diferente as três dimensões semânticas que considerámos, sendo o contributo mais evidente o da dimensão Valor - referente à avaliação individual do conceito de cancro, com o score observado mais elevado.

Quadro 5 – Scores esperados e observados do conceito de cancro

Dimensões semânticas do conceito de cancro	Scores		Diferença entre scores
	Médios esperados	Observados	
Valor	1020	1572	552
Poder	1020	1306	286
Actividade	1020	1170	150
Total	3060	4048	988

Uma leitura mais pormenorizada do Quadro 6 permite-nos observar uma tendência para um posicionamento negativo em quase todos os indicadores, constituindo excepções a *Causalidade* e a *Evolução*. A *Complexidade* e o *Sufrimento* foram os

indicadores que mais se evidenciaram na dimensão valorativa ao reunirem maior número de posicionantes no extremo mais pontuado do contínuo avaliativo entre o par de adjectivos. Pontuação significativa obtiveram também a *Gravidade* e a *Curabilidade* contribuindo, assim, para a também expressão negativa da dimensão relativa ao Poder – associada à potência ou poder que o sujeito percebe do conceito de cancro. A dimensão Actividade – relativa à actividade que o sujeito capta do cancro, embora com tendência negativa, foi a que registou um score menos elevado (1170) contendo dois dos três indicadores objecto de maior dispersão de posicionamentos, a *Tipologia* e a *Evolução*.

Quadro 6 – Resumo da pontuação obtida pelos participantes por dimensões, indicadores e pares de adjectivos, do conceito de cancro

Dimensões	Indicadores	Adjectivo	Pontuação							Adjectivo	Scores	
			1	2	3	4	5	6	7		Observados	
Valor	Complexidade	Fácil	1	1	-	2	7	24	50	Difícil	540	1572
	Sufrimento	Brando	1	1	1	4	5	25	48	Penoso	533	
	Impacto	Esperado	2	2	-	8	12	26	35	Inesperado	499	
Poder	Gravidade	Leve	4	-	1	4	8	28	40	Pesado	511	1306
	Causalidade	Conhecido	17	24	7	14	5	8	10	Estranho	285	
	Curabilidade	Fraco	1	1	-	8	12	26	37	Forte	510	
Actividade	Tipologia	Curto	8	2	7	24	11	17	16	Longo	398	1170
	Evolução	Lento	13	11	10	23	12	10	6	Rápido	319	
	Agressividade	Activo	-	1	3	26	12	23	20	Passivo	453	

Observando o Quadro 7 constata-se que foram os participantes que nunca viveram a experiência de cuidar de alguém com cancro a evidenciar maior negatividade do conceito, registando um score mais afastado do score médio esperado. No global, foram as mulheres que mais se aproximaram de um conceito negativo de cancro verificando-se sempre esta inclinação independentemente de terem sido cuidadores ou não de alguém com esta doença. Salienta-se o facto de serem os participantes que estavam a viver a situação de cuidadores na altura em que foram inquiridos, aqueles que têm um conceito menos negativo, observando-se esta tendência em ambos os sexos.

Quadro 7 – Comparação dos scores do conceito de cancro obtidos pelos participantes de acordo com a experiência de cuidar de alguém com cancro e segundo o sexo

Experiência de cuidar alguém com cancro	Homens			Mulheres			Total		
	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores
Nunca viveu	936	1258	322	1116	1499	383	2052	2757	705
Já viveu	288	324	36	576	785	209	864	1109	245
Está a vivê-la	36	45	9	108	137	29	144	182	38
Total	1260	1627	367	1800	2421	621	3060	4048	988

Foram os participantes mais jovens (com idades entre os 20 – 29 anos) que apresentaram um conceito mais negativo de cancro, com maior afastamento do score médio esperado, tal como se pode observar no Quadro 8. Esta concepção vai-se tornando gradualmente menos negativa com o avançar da idade, sendo excepção os participantes com idades compreendidas entre os 30 – 39 anos que registaram um conceito menos negativo que todos os outros com idades inferiores a 59 anos. A tendência para uma concepção mais negativa foi evidente nos participantes com menor nível de escolaridade – 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico, contrariada apenas

pelos participantes mais jovens (grupo etário dos 20 – 29 anos) nos quais se observa maior diferença entre os scores observados e esperados entre os que têm um nível de escolaridade mais elevado ou formação superior.

Quadro 8 - Comparação dos scores do conceito de cancro obtidos pelos participantes segundo a idade e o nível de escolaridade

Idade	Ensino Básico			Ensino Secundário e Superior			Total		
	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores
20 – 29 anos	324	434	110	720	978	258	1044	1412	368
30 – 39 anos	360	446	86	252	304	52	612	750	138
40 – 49 anos	432	600	168	216	283	67	648	883	235
50 – 59 anos	252	341	89	180	261	81	432	602	170
60 – 69 anos	180	244	64	-	-	-	180	244	64
70 – 79 anos	144	157	13	-	-	-	144	157	13
Total	1692	2222	530	1368	1826	458	3060	4048	988

A leitura dos discursos produzidos em resposta à questão «De uma forma mais extensa, descreva o seu conceito de cancro» fez aflorar os temas emergentes e as dimensões principais que o organizavam. A análise de conteúdo a este ‘corpus’ de informação produzida pelos participantes tornou perceptível uma conceituação complexa numa dupla perspectiva: uma que reflecte a incorporação de elementos do conhecimento científico, expressa por dezasseis participantes, e uma outra autónoma, reproduzida pelos restantes participantes, que é independente do saber científico e organizada em torno de ideias predominantes que conferem uma identidade à doença. O conceito de cancro organiza-se, assim, em torno de uma trama de ideias que agrupámos em oito categorias chave (Anexo II).

A primeira perspectiva conceptual, baseada numa noção de *Alteração celular*, denota a integração da noção de anormalidade celular encontrada em discursos mais simplistas “*É uma doença das células, que se formam mal (...)*” (P₄₀) mas também mais elaborados “*(...) são células que degeneram.*” (P₄₄) e “*(...) anomalias no ADN*” (P₆₆). Esta noção é comum a todos os discursos registados, no entanto só alguns fazem alusão à capacidade de estas células se replicarem e proliferarem, atingindo órgãos ou tecidos “*Proliferação anormal das células de um tecido ou de um órgão*” (P₃) ou de metastização “*(...) deformação das células, tendo estas desenvolvimento para metástases, espalhando-se para todo o corpo (...)*” (P₂₂). Todas estas concepções são imbuídas na ideia de uma doença única com excepção de um participante que se refere a um “*Grupo de doenças (...)*” (P₇). De um modo geral, este é um conceito racional assente num fenómeno de natureza biológica, revelador de assimilação de informação específica. Mas, se os indivíduos não são receptores e utilizadores passivos de um saber científico intangível, se constroem activamente e selectivamente saberes ‘operatórios’ do senso comum (Herzlich, 1991), porquê este tipo de discurso quando o que solicitámos aos participantes foi que descrevessem o “seu” conceito de cancro? Na opinião de Viladiu Quemada e Catalán Fernández (1996) o espírito humano, que tem tendência para simplificar, é tentado a generalizar, o que é uma maneira de simplificar. Tratar-se-à, eventualmente, de uma atitude defensiva com intenção racionalizadora face a uma ameaça imprevisível, tal como defendem estes autores.

Efectivamente, a imprevisibilidade parece assumir um estatuto importante na perspectiva conceptual mais autónoma. As ideias implícitas nos discursos sugerem complexas articulações, embora entretecidas em torno de dois eixos principais. O fio condutor das ideias parece ter origem no facto de o cancro ser uma “*Doença imprevisível*” (P₂₇) “*(...) inesperada e muito perigosa*” (P₁) o que faz com que seja concebida como uma *Doença imprevisível*.

A partir desta noção, as perspectivas ideológicas divergem quanto à curabilidade da doença. Para uns, o cancro é concebido como *Doença incurável* – “*É uma doença terrível, sem cura*” (P₆). A leitura dos discursos torna perceptível que apesar do conhecimento da diversidade de tratamentos hoje disponíveis para o controle desta doença, permanece ainda a ideia de que “*Tem um tratamento difícil, é incurável*”

(P₁₈). Esta incurabilidade parece remeter para outra ideia chave: a morte como o desfecho inevitável, tal como ilustra este excerto de um discurso “*Não há qualquer hipótese de salvação*” (P₂₄). Esta forma de pensar transforma o cancro numa **Doença fatal** mesmo que encerre contradições quanto ao tempo que decorre até ao ‘fim anunciado’: se há quem afirme que o cancro “*Mata em pouco tempo*” (P₁₅) há também quem defenda que ele é “*Um ‘bichinho’ cruel que mata lentamente*” (P₂₈). Consenso parece haver, para alguns participantes, em torno da ideia de que é, sempre, uma doença mortal com características bem específicas, tal como sugere este participante: “*‘Bicho’ traiçoeiro que vai minando em silêncio na busca da morte, que é o seu fito único*” (P₅₈).

Apesar do carácter imprevisível, o cancro é para alguns participantes uma **Doença que pode ser curável**. Mas esta não é uma noção simplista e os participantes preocuparam-se em esclarecer que “*É uma doença grave, embora nalguns casos seja uma doença curável*” (P₄₅), evidenciando que o diagnóstico numa fase inicial é um requisito fundamental para que possa “*(...) ter um tratamento eficaz*” (P₂₁) ou obter-se “*(...) mais hipóteses de ter cura*” (P₈₃). Esta concepção que parece começar a emergir poderá, eventualmente, ter por base o consenso social lentamente estabelecido em torno do desenvolvimento científico e tecnológico, que permitiu de algum modo que estes participantes ‘normalizassem’ o cancro fazendo-o ingressar no modelo de uma patologia curável. Encontra-se uma ilustração deste facto neste discurso: “*Tem-se avançado na diminuição das mortes, devido ao avanço das novas tecnologias, tanto a nível de exames que detectam a tempo a doença como a nível de tratamentos mais avançados.*” (P₅₁). Apesar desta concepção de curabilidade, ela é relativa já que associada a alguns tipos de cancro e a alguns sucessos terapêuticos, continuando, no entanto, esta doença a ser vista como uma ameaça embora potencialmente controlável.

Esta diferença de perspectivas entre alguns participantes quanto à possibilidade de cura do cancro não pode considerar-se como uma dicotomia conceptual, uma vez que as ideias voltam a organizar-se de forma consensual em torno do sofrimento, tanto físico como psicológico, que esta doença provoca. Com efeito, os destinos que afecta surgem demasiado familiares: no melhor, uma sobrevivência na expectativa, no pior,

uma rápida ou lenta agonia. Assim, o cancro como uma *Doença penosa* foi a categoria conceptual que emergiu mais fortemente de entre os discursos:

“Passa-se por vários processos, havendo dor física, a desfiguração, o sentir-se marginalizado, o tempo nos hospitais, a dor psicológica...” (P₅₆)

“Doença que leva as pessoas ao sofrimento, ao desespero, a ficarem deformadas e encerradas numa cama sem se poderem mexer” (P₈₁)

“Toca a milhões de pacientes, inutilizando-os” (P₅₇)

“Doença grave que vai tirando a alegria de viver” (P₈₅)

“Vai impor grandes limitações ao estilo de vida, faz um corte nos projectos de vida” (P₁₂)

“Por vezes é decisiva para continuar ou não a vida” (P₁)

Estes excertos ilustram como o sofrimento pode ser experienciado tanto no âmbito imaginário como no cognitivo e no físico. Ele decorre não só da incorporação dos mitos que a sociedade veicula, mas também dos custos pessoais que o assumir da doença acarreta reenviando para uma análise (nem sempre desejada) dos projectos de vida e do sentido da própria vida. As consequências são referenciadas como um constituinte importante na forma de conceptualizar, tanto para quem tem a doença como para outros. Os ‘outros’ são os membros da família, os amigos, a sociedade: *“Algo com muito, muito sofrimento, muito lento e doloroso para toda a família”* (P₆₈) *“(…) pessoas mais próximas”* (P₂) *“(…) os amigos (...)”* (P₈₅) *“(…) que também têm que conviver com a doença”* (P₉). Os familiares são os mais referenciados como vivenciadores do sofrimento simbólico que a situação oncológica acarreta, não só pelo seu envolvimento emocional com o doente mas também por se constituírem, na maioria das vezes, como os cuidadores informais e de suporte na vivência da doença, com a experimentação do sentimento de impotência que lhe está associado: *“É a doença pior que existe pelo sofrimento que provoca e por a família não poder aliviar o sofrimento”* (P₇₁). É uma doença que representa um ponto de viragem não só na vida de quem a tem mas também dos que lhe estão mais próximos. Como refere Parsons (cit. Antunes, 1997) a vivência do cancro traz implícito o sentimento de

desamparo, a noção de que é necessária ajuda exterior embora imbuída da incerteza quanto à sua eficácia e, por fim, as implicações emocionais que ampliam todo o processo de sofrimento independentemente de ele ocorrer ou não ao nível físico.

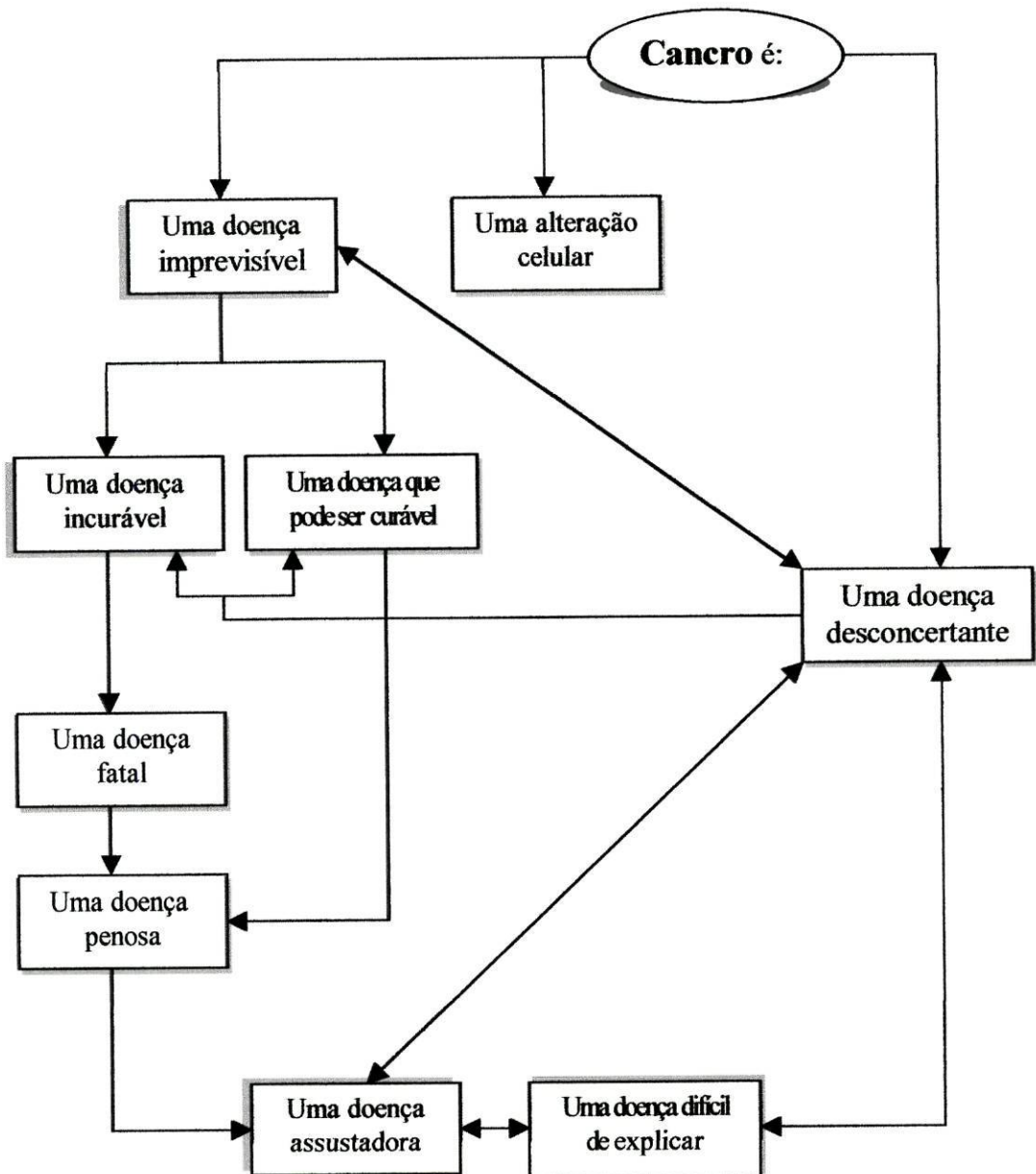
O encadear destas ideias ajudou-nos a perceber porque é que, como referiu um participante, o cancro “*É das doenças que mais me assusta (...) amedronta*” (P₂₄). De facto, o cancro parece ser concebido como uma **Doença assustadora**, surgindo como “*Algo bastante aterrador*” (P₅₆), sendo mesmo, de uma forma extrema e dramática, considerado como “*(...) uma das formas mais terríveis de acabar a vida*” (P₇₂).

Para esta imagem assustadora parecem contribuir, também, o facto de o cancro ser uma **Doença desconcertante**, o que a torna numa **Doença difícil de explicar** para alguns participantes, sendo estas as duas categorias constituintes do segundo eixo conceptual. De facto, esta doença é sentida como uma invasão indiscriminada “*Doença traiçoeira, isto é: não poupa ninguém*” (P₄₉), de etiologia obscura “*(...) surge não se sabe como nem porquê*” (P₃₉), de evolução ambígua “*Tem situações nas quais o seu desenvolvimento é rápido e noutras bastante lento*” (P₅₆) e com um desfecho indefinido já que “*É uma doença que pode ser ou não fatal*” (P₃₈). Estão, assim, reunidas as condições que desconcertam, desorientam e angustiam, por envolverem incertezas e serem incoerentes com a necessidade explicativa inerente ao ser humano, tão essencial para a ilusão de que assumimos o controle do meio e dos nossos destinos. Daí decorre que seja difícil encontrar palavras que consigam expressar a concepção que se tem da doença, sendo por isso o recurso a metáforas uma das formas de contornar a situação. “*É um dos males do século*” (P₅₁) e “*É um dos flagelos da humanidade*” (P₇₆) são exemplos ilustrativos deste facto.

Compreende-se, desta forma, que o cancro suscite discursos reveladores de sentimentos de indignação “*Após tanta luta, labuta, cuidados tomados e sem mais nem menos constatar que é possuidor da terrível doença*” (P₇₂), induzidos, em parte, pela ausência ou dificuldade de encontrar explicações convincentes o que concorre também para que seja, simultaneamente, assustadora de tal forma que “*É uma doença terrível que nunca nos sai do pensamento*” (P₂₉).

A impossibilidade de qualquer narração homogénea e linear dos discursos suscitados pelo 'objecto' global cancro, conduziu-nos à identificação das categorias emergentes. Após várias leituras, as ideias principais foram emergindo e foi a passagem de uma ideia de referência a outra, a integração de umas nas outras, que nos permitiu a elaboração do Esquema figurativo 2. Ele sintetiza as ideias predominantes, a associação entre si, pretendendo-se ilustrar de que forma se organizam em doença e se introduziram na identidade conceptual do cancro.

Esquema figurativo 2 – Conceito de cancro



Dentro desta concepção estão reunidas as várias componentes de uma doença entendida como entidade global, de acordo com as definições de doença propostas por Barondess (cit. Ribeiro, 1998) e Godoy (1999). O cancro é concebido como uma anomalia ou alteração duradoura, portanto visto como um acontecimento biológico, caracterizado por mudanças anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, ou pela sua combinação. É-lhe atribuída uma desorganização psicossocial e desenhada uma configuração de desconforto e sofrimento, o que faz dele um acontecimento humano. Por último, é individualizado por especificidades que lhe são imputadas, como a imprevisibilidade, a incurabilidade e a fatalidade, que lhe conferem um estatuto e um papel distinto das outras doenças, sendo visto como uma doença com identidade social. Sobressaem as dimensões humana e social, partilhadas pela maioria dos participantes, num recurso a um pensamento semicircular entre a doença em si e os sentimentos assustadores que evoca. Defendia Heusch (cit Augé, 1991: 41) que toda a definição de doença contém em si “*A contradição dolorosa entre a permanência relativa do ser social e a fragilidade irremediável do ser individual*”, o que pressupõe a existência de esquemas conceptuais que se inscrevem num mesmo contínuo lógico de pensamento individual e social. Tal como defendiam Osgood, Suci e Tannenbaum (cit Selltiz, 1987) parece, efectivamente, que existe um conceito cultural comum que organiza as concepções individuais. As dimensões simbólicas contidas de forma implícita na escala avaliativa do conceito de cancro valorizadas com maior negatividade contêm ou remetem para as que emergiram dos discursos produzidos para conceituar esta doença. De entre as quatro dimensões mais negativas é o *Sufrimento*, a *Gravidade* e a *Curabilidade*, que quase nunca é alcançada, que o transformam numa doença *Penosa* e *Assustadora*, mas é também a sua *Complexidade* que *Desconcerta* e torna o cancro numa doença *Difícil de explicar*.

Como afirmava Moscovici (cit Spink, 2002), durante a objetivação ao classificar, ao estabelecer relações entre categorias, decide-se se há semelhanças entre o que se quer classificar e o protótipo, depois generaliza-se. É também um processo no qual a neutralidade é proibida pela própria lógica do sistema, na qual cada objecto deve ter um valor positivo ou negativo. No nosso estudo, o cancro é valorizado de forma assumidamente negativa e objectivado por semelhança aos esteriótipos existentes na sociedade.

2 – CONHECIMENTO DO SENSO COMUM: O QUE SABEM AS PESSOAS SOBRE O CANCRO?

As representações são um saber prático que se alimenta não só dos conhecimentos científicos mas também das experiências e das comunicações quotidianas, isto é, dos saberes e informações que se recebem por tradição, pela via educativa ou através dos meios de comunicação social (Jodelet, 1990; Vala, 1997). Interessa-nos, pois, conhecer como os participantes se apropriaram desses saberes, dessas informações, e como os reconstróem.

Como refere Dias (2002), a doença oncológica tem sido alvo de uma cobertura extensiva pelos meios de comunicação social, sendo porventura a mais reportada de entre as doenças crónicas. Será, portanto, pouco provável que os participantes neste estudo que não tiveram experiência (como cuidadores) nesta área, não tenham tido acesso a informação veiculada por essas fontes. O que pretendemos descobrir é que saberes estão disponíveis e que informações foram seleccionadas e descontextualizadas, a partir das fontes acessíveis.

De acordo com Hewstone (1994) as representações sociais impõem quase que uma espécie de explicação automática, sendo as causas seleccionadas e propostas mediante toda uma procura e análise de informação sobre o objecto representado. Daí que tenhamos orientado a colheita de informação para a etiogénese do cancro, assentando esta nossa opção também no facto de a causalidade estar ligada a uma forma de saber que procura explicar o porquê da doença, sendo independente da racionalidade (Sournia e Ruffie, 1984).

O ‘corpus’ de informação produzido em resposta à questão «Em sua opinião, o que pode provocar esta doença ?» revelou-se sucinto, com respostas breves e objectivas, de discurso pouco elaborado. A maioria das respostas resultou num enunciado das

causas sem qualquer hipótese explicativa. Outras houve de conteúdo vago, fazendo supor uma fuga à questão, como por exemplo:

“Deformação de células” (P₂₂)

“Tudo e mais alguma coisa” (P₃₂)

“De certa forma tudo o que altere o ADN de forma prejudicial” (P₆₆)

Esta última ideia prevalece noutros discursos. Embora não tão evasivos, um participante considerou que na origem do cancro estão também *“(…) várias coisas ainda desconhecidas”* (P₃₀) e outro, após enunciar algumas causas, rematou afirmando *“(…) tudo o que é inimaginável pode provocar o cancro porque há diferentes tipos”* (P₂₅).

Apenas um participante revelou explicitamente o seu desconhecimento *“Interrogo-me muitas vezes precisamente sobre as causas, poderão ser algumas, mas não sei dizer realmente o que a provoca”* (P₂₄). Há também quem aponte algumas causas mas reconheça que *“Ainda não há certezas do possível aparecimento dessa doença”* (P₄), que *“Existem formas da doença em que não há explicação para o seu aparecimento”* (P₃₈) ou mesmo que *“Na maioria é difícil responder o porquê do surgir desta doença”* (P₄₄).

Da análise global dos discursos sobressai uma atribuição de multicausalidade, uma *“(…) conjugação de factores”* (P₅₃). No entanto, ainda há quem considere que o cancro tem um agente etiológico devendo-se simplesmente a *“Um vírus”* (P₁₇) e quem acrescente, explicando, *“(…) que se cria no organismo, pode ser em vários sítios, e que se desenvolve com relativa velocidade, devido a uma alimentação má, a uma higiene íntima má, o tabaco, o ambiente”* (P₁₀).

De um modo geral, o ‘campo causal’ do cancro gira em torno do mal gerado por causas externas ao indivíduo, percebidas como aquelas sobre as quais o indivíduo não tem capacidade de acção ou modificação, mas também por aquelas que são provocadas por ele próprio. Foi deste modo que **Causas exógenas** e **Causas endógenas** começaram a tomar corpo, constituindo-se como categorias de análise,

além de uma outra que designámos por **Causas inespecíficas** e na qual incluímos os discursos que exemplificamos nas linhas anteriores (Anexo III).

As **Causas exógenas** compreendem todos os discursos que aludiam a factores independentes da vontade das pessoas como sendo os responsáveis pelo cancro. De entre estas causas configuraram-se três sub-categorias, sendo a mais evidente a relativa aos **Factores do meio ambiente** contemplando a importância de aspectos como a poluição, os produtos tóxicos e a radiação solar.

A poluição é referida de uma forma genérica por dezasseis participantes e apenas um específica que a mesma é “(...) *motivada pela indústria poluente, automóveis, etc.*” (P₇₂). Registam-se ainda dois participantes que fazem menção ao fumo do tabaco, considerando-o, provavelmente, como poluente. A mesma generalização ocorreu relativamente aos produtos químicos e tóxicos, havendo exclusivamente referência aos que interferem com a alimentação - “(...) *desde os que se utilizam nas sementeiras aos adubos*” (P₁₃), os “(...) *que colocam nas coisas para elas se conservarem*” (P₁₅), até à “*Adição de corantes, conservantes e hormonas nos animais*” (P₈₄). Foi a alusão a esta interferência ambiental na qualidade dos alimentos e dos nutrientes, que determinou a inclusão da simples citação da ‘alimentação’ nesta sub-categoria. Nestes discursos não houve explicitação do ‘como’ intervem na génese do cancro, fazendo pressupor que é percebida como factor de risco pelo simples facto de existir no meio ambiente uma cadeia alimentar alterada geneticamente, manipulada desde a produção à distribuição, à qual os consumidores não podem fugir. O mesmo critério presidiu à inclusão do ‘álcool’ e do ‘tabaco’ quando mencionados nas mesmas condições, tendo por base a convicção de que, provavelmente, eles corporizam um exemplo dos riscos que a sociedade contém e coloca ao dispor, por vezes promovendo e incitando o seu consumo. O sol e a sua radiação surgem também entre as potenciais causas do cancro, ao qual ninguém deixa de estar exposto mesmo involuntariamente.

Uma outra sub-categorização que emergiu tem a ver com a **Susceptibilidade genética**, estando o desenvolvimento do cancro relacionado com os genes de que cada um é portador. Nesta perspectiva, dependendo o cancro daquilo que somos, nada se pode fazer, o que ajuda a compreender o carácter de imprevisibilidade encontrado no conceito de cancro destes participantes. A decisão de incluir esta sub-

categoria na causalidade exógena relacionou-se com o facto de os participantes a percepcionarem como uma causa sobre a qual não têm capacidade de intervenção, isto é, surge como uma disposição situacional que embora situada no interior dos sujeitos não é possível ser modificada por si próprios.

Como terceira, e última, sub-categoria afigurou-se uma relacionada com *Factores físicos* de natureza diversa, como sejam uma ferida mal curada, uma pancada, uma inflamação dos tecidos ou ‘esforços’ que se fazem. De entre toda a causalidade imputada ao cancro, parece ser nesta sub-categoria que se encontram as causas que se afastam do modelo científico explicativo da doença indiciando a presença de resquícios culturais ilógicos. Na opinião de Die Trill (2002) as causas atribuídas ao cancro são influenciadas por factores culturais incluindo, geralmente, um misto de explicações cientificamente válidas e outras irracionais ou mesmo delirantes, sendo estas últimas muitas vezes omitidas por vergonha.

Ao referirem-se ao que pode provocar o cancro, de entre as **Causas endógenas** o *Estilo de vida* surgiu como única subcategoria. O estilo de vida é percepcionado como uma causa atribuída à vontade das pessoas, daí decorrendo um conjunto de comportamentos assumidos por livre escolha. Há uma imputabilidade ao próprio sujeito e não às circunstâncias ou ao meio, o que nos levou a incluir o estilo de vida na causalidade endógena. Assumem importância as opções feitas pelos sujeitos, os “*Hábitos da pessoa*” (P₇, P₂₆), sobretudo se existirem “*Abusos de vários tipos*” (P₇₃). Estes hábitos referem-se essencialmente à alimentação, ao consumo de álcool e de tabaco, ao modo de vida sedentária ou agitada e à exposição descuidada e deliberada aos raios solares. Um resumo ilustrativo desta atribuição causal do cancro pode encontrar-se nos seguintes excertos:

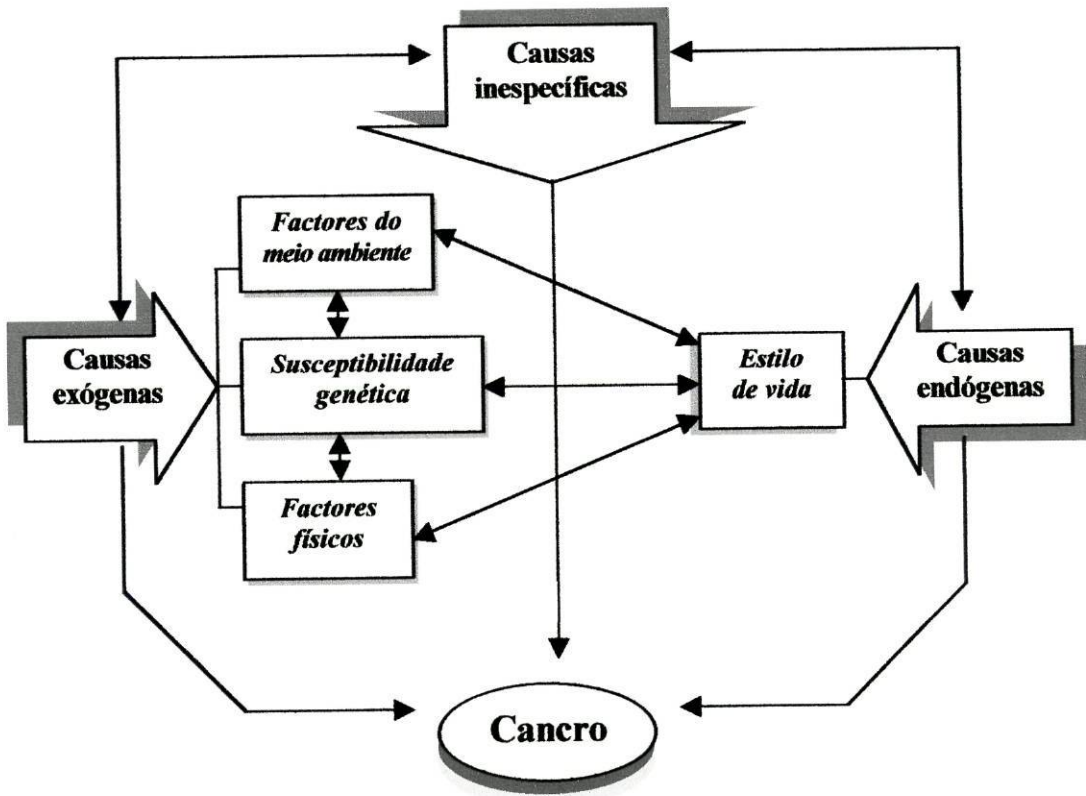
“Estilos de vida pouco saudáveis como fumar, alimentação pobre em verduras e fruta, exposição ao sol” (P₁₈)

“O novo estilo de vida: sedentarismo, tabaco, obesidade, fast-food, exposição solar excessiva” (P₄₂).

De um modo global, o cancro é percepcionado como uma ameaça externa sobre a qual os sujeitos têm pouco ou nenhum controlo, exceptuando-se os ‘excessos’,

contidos nos discursos sobre os estilos de vida, que indicam atribuições de responsabilidade pessoal. No Esquema figurativo 3 pode observar-se esta assimetria. De um lado, os problemas ambientais como a poluição, a exposição a produtos cancerígenos, as alterações na qualidade da nutrição, juntamente com a susceptibilidade constitucional associada à herança genética, e alguns factores físicos. Do outro lado, os aspectos comportamentais como, por exemplo, comer inadequadamente, beber em excesso ou fumar. Contudo, as causas inespecíficas surgem como uma ameaça constante, presentes em todo o lado ou ainda não identificadas, parecendo envolver todas as outras causas.

Esquema figurativo 3 – Etiogénese do cancro



De entre todas as causas mencionadas o tabaco e o hábito de fumar foram objecto de uma acentuação surgindo em 48 discursos. A alimentação e os hábitos alimentares errôneos ou desregrados, bem como o sol e a exposição à radiação solar, foram também causas com alguma expressão – respectivamente, 36 e 34 participantes lhe fizeram referência. Em sentido inverso pode dizer-se que a pré-disposição genética parece ter sido alvo de uma redução neste contexto, tendo sido mencionada por 13

participantes. Como diz Mendes (2002), a natureza simbólica deste risco associado à hereditariedade significa perigo, porque se refere a uma probabilidade aumentada de a doença ocorrer, pelo que gera medo e ansiedade só em ser evocada a sua possibilidade tendendo a ser negligenciado.

Em síntese, é a conjugação e interacção de “*Tudo aquilo que se fala: alimentação desregrada, fumar, álcool, hereditariedade, poluição, más condições de trabalho, vida agitada, etc.*” (P₂₈) e de “*Várias coisas e outras ainda por descobrir*” (P₅₆) que são associadas com a probabilidade de desenvolver cancro.

Além do ‘esquema causal’ atribuído ao aparecimento do cancro, considerámos pertinente averiguar se, pelo menos, os sinais de alerta foram seleccionados e descontextualizados de entre a profusão de informações relativas ao cancro e incorporados no conhecimento do senso comum, visto constituírem, provavelmente, a informação mais amplamente divulgada desde a década de oitenta do século passado no âmbito do Programa Europa Contra o Cancro. Assim, foi solicitado aos participantes que assinalassem os aspectos que consideravam como sinais de alerta do cancro, de entre treze alternativas por nós apresentadas.

A consulta ao Quadro 9 permite verificar que todos os aspectos foram identificados como sendo sinais de alerta do cancro. Apenas seis participantes assinalaram sete aspectos, embora nenhum deles marcasse a totalidade dos divulgados como sinais de alerta da doença, e nove optaram por assinalar todos os aspectos. Em média cada um assinalou 8.4 aspectos, sendo a amplitude de variação de 12.0 e o desvio padrão de 3.2. As mulheres evidenciaram tendência para assinalar mais aspectos, apresentando uma média (8.8) superior à dos homens (7.7) e com menor dispersão em torno da mesma (desvio padrão de 3.0 e 3.4 respectivamente).

Os três aspectos mais assinalados pelos participantes são, efectivamente, considerados sinais de alerta do cancro: «Endurecimento ou ‘caroços’ na mama ou em qualquer outra parte» – 90.58%; «Alterações evidentes de um sinal ou verruga» – 80.00%; «Tosse ou rouquidão persistente» – 77.64%. A partir desta ordem, embora os verdadeiros sinais de alerta continuem a ser reconhecidos, surgem os principais falsos sinais de alerta que funcionaram como elementos perturbadores: o «Emagrecimento», assinalado por 75.29% dos participantes; as «Deformações ou

irregularidades na pele» apontadas por 67.05%; a «Fadiga», marcada por 56.47%. Estes são também os três mais assinalados pelos homens e pelas mulheres. Contudo, nas três circunstâncias, a ordem é diferente: o «Emagrecimento» surge como o mais assinalado no geral e entre os homens, mas como segundo entre as mulheres; a «Fadiga» foi apontada pelas mulheres como terceiro e pelos homens como segundo, de entre estes três sinais; as «Deformações ou irregularidades na pele» foi o aspecto que reuniu menor consenso, surgindo como primeiro falso sinal assinalado pelas mulheres e como terceiro pelos homens.

Do sub-conjunto dos sete verdadeiros sinais de alerta desta doença, além dos três primeiros já referidos, a «Hemorragia ou secreção não justificadas» foi assinalada por 71.76% sendo o quarto mais reconhecido, seguindo-se-lhe a «Mudança nos hábitos do funcionamento intestinal ou urinário» com 68.23%. Com menor reconhecimento surgem os «Problemas na digestão ou dificuldade em digerir» identificados por 63.52% participantes, e, a «Ferida que não cicatriza» assinalada por 56.47%.

A ordem porque foram assinalados os sete sinais de alerta do cancro mantém-se, em parte, nos homens e nas mulheres: os extremos, ou seja, os dois sinais mais assinalados e os dois menos assinalados foram coincidentes em ambos os sexos e no total de participantes. A diferença reside entre a ordem com que os restantes sinais foram assinalados, assim: o terceiro sinal mais reconhecido pelos homens foi a «Mudança nos hábitos do funcionamento intestinal ou urinário» - (68.57%) sendo o quarto mais assinalado pelas mulheres (68.00%) simultaneamente com os «Problemas na digestão ou dificuldade em engolir»; a «Tosse ou rouquidão persistente» foi identificado por 65.71% dos homens em quarto lugar e foi o segundo a ser assinalado pelas mulheres (86.00%) em conjunto com as «Alterações evidentes de um sinal ou verruga»; a «Hemorragia ou secreção não justificadas» foi assinalado por 60.00% dos homens constituindo o quinto sinal mais reconhecido, mas foi apontado por 80.00% das mulheres surgindo em quarta ordem para estas.

Como referimos no início, as mulheres revelaram tendência para assinalar um maior número de aspectos como sinais de alerta do cancro, daí apresentarem percentuais mais elevados que os homens. No entanto, como se pode constatar, o resultado final não é muito divergente quanto à identificação dos sete verdadeiros sinais e á inclusão

dos falsos sinais de alerta, embora a sua ordem de reconhecimento não seja coincidente nalguns casos, a expressividade percentual com que foram assinalados é semelhante no contexto dos dois grupos e reflecte-se na totalidade dos participantes.

Quadro 9 - Aspectos assinalados como sinais de alerta do cancro segundo o sexo dos participantes

Sinais de alerta do cancro	Homens N = 35		Mulheres N = 50		Total N = 85	
	nº	%	nº	%	nº	%
Emagrecimento	27	77.14	37	74.00	64	75.29
Problemas na digestão ou dificuldade em engolir	20	57.14	34	68.00	54	63.52
Fadiga	20	57.14	28	56.00	48	56.47
Mudança nos hábitos do funcionamento intestinal ou urinário	24	68.57	34	68.00	58	68.23
Hemorragia ou secreção não justificadas	21	60.00	40	80.00	61	71.76
Palidez acentuada	16	45.71	25	50.00	41	48.23
Alterações evidentes de um sinal ou verruga	25	71.42	43	86.00	68	80.00
Eczema na pele	14	40.00	18	36.00	32	37.64
Dores nas mamas	17	48.57	25	50.00	42	49.41
Endurecimento ou 'caroços' na mama ou em qualquer outra parte	29	82.85	48	96.00	77	90.58
Ferida que não cicatriza	18	51.42	30	60.00	48	56.47
Deformações ou irregularidades na pele	18	51.42	39	78.00	57	67.05
Tosse ou rouquidão persistente	23	65.71	43	86.00	66	77.64

A constante reconstrução dos saberes, e sua divulgação, terão interferido, eventualmente, para o reconhecimento dos sinais de alerta por parte dos participantes. Por outro lado, como alerta Vala (1997), há desigualdade de acesso às informações pelo que a triagem efectuada pelos indivíduos rege-se por critérios culturais e normativos, retendo mais facilmente o que está em concordância com o

sistema de valores circulante. A este propósito, afirmava Herzlich (1984) que os sintomas e as disfunções que introduzem uma modificação na vida e identidades sociais, são os que fazem sentido e se organizam em ‘doença’. Assim se compreende porque razão ‘falsos’ sinais de alerta do cancro como o *emagrecimento*, a *fadiga* e a *palidez acentuada*, por exemplo, tenham sido assinalados.

Por tudo o que foi dito impõem-se algumas questões:

- Terá a própria atribuição causal da origem do cancro (rede multicausal) induzido os participantes a considerarem que todo e qualquer sinal e sintoma pode ser indicativo de doença oncológica?
- O próprio conceito negativo e assustador do cancro não terá contribuído para que fossem valorizados todos os aspectos apresentados como sinais e sintomas?

Segundo Blanco et al (2002) há a considerar que um dos factores que determina os conhecimentos sobre esta doença, é a tendência a simplificar e a não considerar suficientemente os aspectos referentes à heterogeneidade de significados que pode adquirir a denominação ‘cancro’, como por exemplo a sua natureza, localização e sintomas. Assim, diferentemente do conhecimento dito científico o conhecimento do senso comum não tem que pautar-se pela lógica e coerência interna (Spink, 1999).

Não se trata, no entanto, de considerar que os participantes tenham um conhecimento incoerente sobre o cancro ou que o mesmo seja desprovido de lógica. Com efeito, até este ponto da nossa análise sobre a informação obtida, parece existir um fio condutor entre a conceituação desta doença e a ‘estrutura do saber’ sobre ela revelada e, como frisaram Moscovici e Hewstone (cit Hewstone, 1994), não significa que haja informação ignorada e outra assimilada, o que acontece é que ela é filtrada daí decorrendo a sua utilização ou não utilização. Eventualmente, poderá ocorrer o que Moles designou de “cultura-mosaico” e Wolf definiu como sendo “(...) *uma acumulação de fragmentos de conhecimento que forma um depósito no cérebro dos indivíduos (...)*” - (cit Silva, 2002: 202) resultante da profusão de informações que continuamente circulam através da família, dos grupos de pertença, dos profissionais de saúde, dos meios de comunicação social, e, que são frequentemente contraditórias.

É neste contexto, da profusão de informação, que se insere uma das nossas preocupações. Onde obtêm as pessoas informações sobre o cancro? A que fontes de informação recorrem preferencialmente?

Foi com o intuito de encontrar respostas que se colocou aos participantes a questão «Onde procura informação sobre o cancro?», solicitando-lhes ainda que mencionassem a ordem de preferência na sua utilização. O número de fontes de informação utilizadas por cada participante varia entre 1 e 7 e, em média, homens e mulheres recorrem sensivelmente ao mesmo número de fontes (médias de 4.4 e 4.1 respectivamente) embora os homens apresentem um desvio maior em torno da mesma (2.2) relativamente às mulheres (1.9).

A consulta do Quadro 10, e a visualização do Gráfico 5, permitem constatar que 80.00% dos participantes recorre preferencialmente aos artigos de jornais e revistas e 78.82% aos médicos, sendo que a maioria das mulheres (82.00%) procura os primeiros e a maioria dos homens (80.00%) os segundos.

Os panfletos e cartazes, bem como as conversas com amigos, surgem também como opções informativas importantes para 68.24% dos participantes entre a primeira e quarta ordem de preferência. De entre estes dois recursos, a percentagem de homens que prefere os panfletos e cartazes é mais elevada relativamente á dos que preferem conversar com amigos (71.42% e 68.57% respectivamente), acontecendo o inverso nas mulheres.

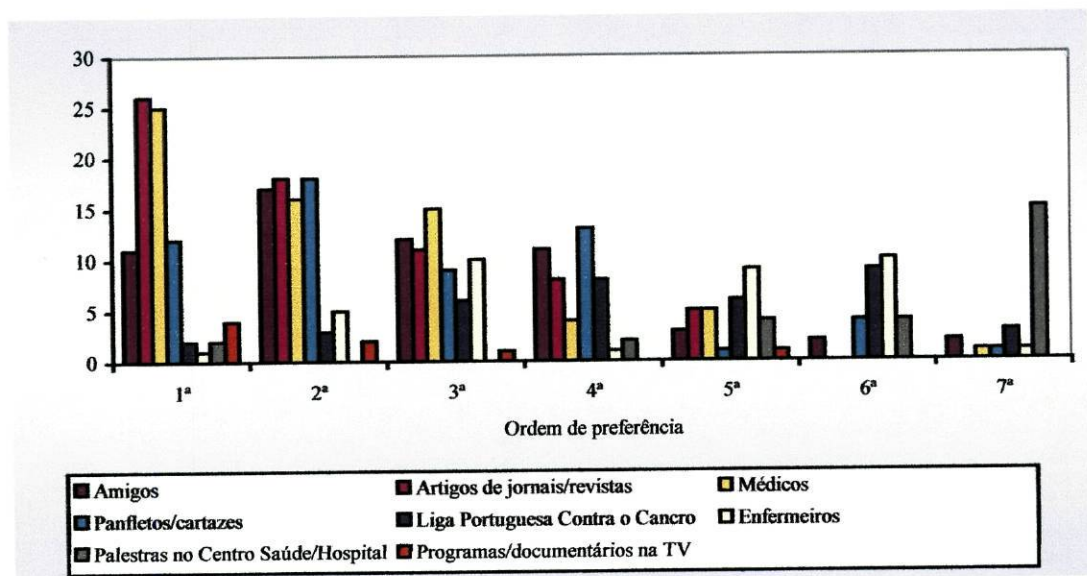
Os enfermeiros constituem a quarta fonte a que mais recorrem, sendo procurado por 43.52% do total de participantes, mas em termos de preferência como recurso informativo surge com maior frequência como terceira opção. São mais procurados pelas mulheres (44.00%) do que pelos homens (42.85%).

Os programas e documentários televisivos apresentam-se como último recurso informativo, mas acontece que foram a única fonte referida livremente pelos participantes (por 8), já que todas as outras foram por nós apresentadas no questionário. Assim, são as palestras no Centro de Saúde ou no Hospital a fonte de informação a que a totalidade dos participantes menos recorre.

Quadro 10 - Distribuição dos participantes de acordo com as fontes de informação sobre o cancro a que recorrem e segundo o sexo

Fontes de informação	Homens N = 35		Mulheres N = 50		Total N = 85	
	nº	%	nº	%	nº	%
Conversas com amigos	24	68.57	34	68.00	58	68.24
Artigos de jornais e revistas	27	77.14	41	82.00	68	80.00
Médicos	28	80.00	39	78.00	67	78.82
Panfletos e cartazes	25	71.42	33	66.00	58	68.24
Liga Portuguesa Contra o Cancro	19	54.28	18	36.00	37	43.52
Enfermeiros	15	42.85	22	44.00	37	43.52
Palestras no Centro de Saúde / Hospital	15	42.85	13	26.00	28	32.94
Programas / documentários na televisão	5	14.28	3	6.00	8	9.41

Gráfico 5 – Fontes de informação sobre o cancro segundo a ordem de preferência como recurso informativo



Ao analisarmos o Quadro 11 verificamos que os recursos informativos mais utilizados, os artigos de jornais e revistas e os médicos, são os mesmos em qualquer idade, salientando-se que o mesmo percentual (55.56%) de participantes com mais idade recorre simultaneamente a estas fontes e às conversas com amigos.

Quadro 11 - Distribuição dos participantes de acordo com as fontes de informação sobre o cancro a que recorrem e segundo a idade

Fontes de informação	20 – 39 anos N = 46		40 – 59 anos N = 30		60 – 79 anos N = 9	
	nº	%	nº	%	nº	%
Conversas com amigos	34	73.91	19	63.33	5	55.56
Artigos de jornais e revistas	39	84.78	24	80.00	5	55.56
Médicos	39	84.78	23	76.67	5	55.56
Panfletos e cartazes	36	78.26	18	60.00	4	44.44
Liga Portuguesa Contra o Cancro	21	45.65	13	43.33	3	33.33
Enfermeiros	21	45.65	12	40.00	4	44.44
Palestras no Centro de Saúde / Hospital	17	36.96	10	33.33	1	11.11
Programas / documentários na televisão	3	6.52	2	6.67	3	33.33

No Quadro 12 pode observar-se que as fontes de informação utilizadas pelos participantes são as mesmas quer estes tenham um nível de escolaridade básico ou mais elevado, no entanto, a forma como as utilizam é diferente: 70.21% dos participantes com menor escolaridade preferem conversar com os amigos e os que têm maior escolaridade optam em maior percentagem (81.58%) pelos panfletos e cartazes. Parece existir uma tendência dos participantes com a escolaridade básica para as fontes informativas de natureza oral e dos participantes com maior nível de escolaridade para as de natureza escrita.

Quadro 12 - Distribuição dos participantes de acordo com as fontes de informação sobre o cancro a que recorrem e segundo o nível de escolaridade

Fontes de informação	Ensino Básico N = 47		Ensino Secundário e Superior N = 38	
	nº	%	nº	%
Conversas com amigos	33	70.21	25	65.79
Artigos de jornais e revistas	34	72.34	34	89.47
Médicos	35	74.47	32	84.21
Panfletos e cartazes	27	57.45	31	81.58
Liga Portuguesa Contra o Cancro	20	42.55	17	44.74
Enfermeiros	19	40.43	18	47.37
Palestras no Centro de Saúde / Hospital	14	29.79	14	36.84
Programas / documentários na televisão	6	12.77	2	5.26

Do que ficou exposto, parece ressaltar que os participantes recorrem a uma estratégia que ‘cruza’ formas passivas de obter informação com outras mais activas. Assim, há uma tendência para privilegiar a informação que surge através de fontes que suscitem a sua atenção, não procuradas deliberadamente para o efeito, como os meios de comunicação social ou os panfletos e cartazes. Por outro lado, há também uma procura de informação mais especializada, recorrendo a profissionais de saúde (sobretudo aos médicos), ou mais informal através da conversa com amigos. Estes dois últimos recursos pressupõem que haja alguma participação por parte dos sujeitos, colocando questões e dúvidas ou participando no diálogo expondo as suas opiniões.

Como afirma Rodgers (cit Dias, 2002) existe uma diferença entre a credibilidade que os profissionais de saúde atribuem à informação disseminada pelos meios de comunicação e a que é atribuída por aqueles que as vêem, ouvem ou lêem. Os primeiros consideram-na uma informação não rigorosa, enviesada, enquanto os

segundos a consideram não só credível como útil. Silva (2002) defende que este tipo de informação surge comprimida no tempo e no espaço, a grande velocidade, o que a torna efémera e não sujeita a reflexão tornando-se, por isso, não racional. Mas, afinal, são os jornais e as revistas que fornecem a maior parte da informação acessível, que divulgam rapidamente as novas descobertas causando impacto no conhecimento do público, difundindo informação compreensível face aos saberes leigos.

Afirmavam Moscovici e Hewstone (1990) que o 'senso comum' está cheio de imagens, de palavras e de raciocínios retirados da ciência, mas cujo conteúdo é modificado no decurso da vida quotidiana. Como referia Jodelet (1994), no 'conhecimento do senso comum' funde-se o percebido com o concebido, uma vez que os saberes nele contidos advêm dos dados do nosso ambiente, das informações que nele circulam e do modo como cada um de nós os apreende e lhes atribui um significado. É assim que os saberes sobre um objecto são construídos e partilhados, resultando num conhecimento social não consensual mas onde são utilizadas referências comuns que lhe dão um conteúdo.

Os saberes dos nossos participantes, relativamente ao cancro, revelam este interface do pessoal com o social, não só pelo conceito que expressaram e que analisámos no capítulo anterior, como pela diversidade de opiniões encontradas, mas também pela presença de referências comuns que se organizaram como sendo as mais relevantes. É um conhecimento que evidencia a mobilização de conceitos e teorias difundidos pelo meio científico, mas que tem implícita a marca criativa dos participantes resultante não só da interpretação que cada um faz do cancro mas também das expressões utilizadas que transportam elementos descritivos e simbólicos fornecidos pela sociedade acerca desta doença.

3 – ATITUDES, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS QUE ENVOLVEM O CANCRO

As representações sociais, enquanto teorias sociais práticas, são organizações de atitudes e crenças por sua vez organizadoras da acção. Envolvem sempre um julgamento sobre o objecto da representação, sendo que, de acordo com Rosenberg e Hovland (cit. Lima, 1997; Stroebe e Stroebe, 1999) esta tendência avaliativa se efectua tanto ao nível afectivo, como cognitivo e comportamental. Aquando da análise do conceito de cancro, constatámos que os participantes expressaram uma atitude emocional negativa face a esta doença quer através do seu posicionamento relativamente às dimensões simbólicas contidas na escala de diferencial semântico, quer implícito nas palavras com que expressaram o seu conceito. Procuramos neste capítulo compreender as outras duas componentes avaliativas das atitudes: as crenças e a sua reconhecida afinidade com o comportamento.

Defendem Stroebe e Stroebe (1999) que são as crenças que suportam as atitudes, constituindo a sua componente cognitiva e racional, fornecendo os argumentos para agir de acordo com as qualidades que acreditamos que o objecto tem. Interessávanos, pois, conhecê-las. A análise global dos dados permitiu-nos inferir algumas crenças associadas ao cancro, de acordo com as dimensões sugeridas por Leventhal et al (Leventhal, 1983; Ogden, 1999): a identidade da doença assenta nas crenças da imprevisibilidade e da incurabilidade, advindas de uma causalidade múltipla e ambígua que não é possível controlar, cujas consequências são o sofrimento durante um período de tempo geralmente longo, até ao desfecho fatal.

Contudo, para as obtermos de um modo mais explícito, o Modelo de Crenças de Saúde afigurou-se-nos como uma opção a seguir uma vez que privilegia variáveis individuais e se concentra não só nas crenças associadas à doença, mas também pressupõe a probabilidade de se efectuarem comportamentos em saúde. Foi com este intuito que construímos uma escala com afirmações que nos serviram de indicadores

de avaliação das crenças centrais propostas pelo modelo. O posicionamento dos participantes nas opções de resposta, em termos de concordância ou discordância, foi pontuado e convertido em scores, considerando-se que as crenças são tanto mais elevadas quanto mais os scores observados se afastarem, em termos de superioridade, dos scores médios esperados.

Consultando o Quadro 13 verificamos que os scores observados foram superiores aos esperados, evidenciando que há crenças de que o cancro é uma doença grave, ao qual todos são susceptíveis, cuja prevenção só traz benefícios, mas à qual estão associados obstáculos e custos. As crenças mais elevadas dizem respeito aos benefícios percebidos da prevenção face ao cancro e à probabilidade de virem a desenvolver esta doença, podendo considerar-se que a crença de obstáculos à acção preventiva é moderada, sendo a crença de gravidade a mais baixa de todas.

Quadro 13 – Scores esperados e observados das crenças relativas ao cancro

Dimensões das Crenças sobre cancro	Scores		Diferença entre scores
	Médios esperados	Observados	
Gravidade da doença	1275	1333	58
Vulnerabilidade face à doença	1062.5	1193	130.5
Benefícios da prevenção	1062.5	1308	245.5
Obstáculos à prevenção	1275	1401	126
Total	4675	5235	560

A crença de que o cancro é uma ameaça grave parece determinada essencialmente pelas consequências que provoca e pela sua elevada mortalidade, como se pode observar no Quadro 14. Uma análise mais detalhada permite-nos constatar que, relativamente às duas circunstâncias mais pontuadas, houve um certo consenso dos

participantes em concordarem que «O cancro altera completamente a vida de uma pessoa», o mesmo não sucedendo com a outra afirmação – «Mais cedo ou mais tarde o cancro acaba por matar», verificando-se uma divisão mais expressiva entre concordantes e discordantes. Efectivamente, apesar de ser uma das afirmações que mais contribuiu para a crença de que o cancro é grave, parece revelar que esta é uma crença que, não sendo tão partilhada, tende a diminuir na forma como está enraizada. A reforçar esta nossa inferência surge o facto de que a afirmação que reuniu maior consenso nas opções de resposta de concordância (81 participantes) é contraditória com esta ideia – «Nem todos os que sofrem de cancro morrem dele». Esta contradição foi também evidente no conceito de cancro, no qual se observou que o cancro é percebido por uns como uma «Doença incurável» e, por outros, como uma «Doença que pode ser curável», o que, recordamos que lhe conferia um carácter desconcertante.

Quadro 14 – Quadro resumo das crenças sobre a gravidade do cancro

Indicadores das crenças sobre a gravidade do cancro	Opções de resposta				Scores
	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito	Observados
Nem todos os que sofrem de cancro morrem dele	8	73	4	-	166
A maioria dos cancros é hoje tratável	1	49	33	2	206
Muitas pessoas recuperam do cancro	3	54	25	3	198
O cancro altera completamente a vida de uma pessoa	49	32	3	1	299
Mais cedo ou mais tarde o cancro acaba por matar	18	40	26	1	245
Não há nada que detenha esta doença	12	27	44	2	219

Os participantes acreditam que são vulneráveis ao cancro e para isso contribuiu, sobretudo, o reconhecimento de que não é suficiente ser-se saudável ou seguir as regras de uma vida saudável, percebendo, também, que os hábitos de vida que cada um adopta aumentam a probabilidade de desencadear a doença. A análise do Quadro 15 revela-nos que houve uma tendência, por parte da maioria dos participantes, em

discordar que uma aparente situação de saúde é uma garantia de invulnerabilidade à doença, o que está em conformidade com a forma como a conceituaram – “Doença imprevisível”, e com a explicação causal que sobre ela nos forneceram, já que consideraram que pode dever-se a “Causas inespecíficas”. De forma inversa, houve tendência para concordarem que os hábitos de vida e a hereditariedade são factores de risco, cuja referência também lhe tinha sido feita no esquema de causalidade que atribuíram ao cancro.

Quadro 15 – Quadro resumo das crenças sobre a vulnerabilidade face ao cancro

Indicadores das crenças sobre a vulnerabilidade face ao cancro	Opções de resposta				Scores
	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito	Observados
Há hipóteses de eu ter cancro, há história da doença na família	11	43	28	3	232
Os meus hábitos de vida aumentam a possibilidade de vir a ter cancro	12	43	27	3	234
Sigo as regras de uma vida saudável, não vejo hipóteses de vir a ter cancro	1	12	63	9	250
Nada indica que eu possa ter cancro	3	28	48	6	227
Sempre fui saudável, não creio que venha a ter cancro	1	14	59	11	250

No geral, as crenças mais elevadas são as relativas aos benefícios da prevenção face ao cancro. Consultando o Quadro 16 verificamos que estão essencialmente alicerçadas na evidência de que «Vale a pena fazer um esforço para manter uma vida saudável», que «(...) há vantagens em fazer exames de rastreios (...)» uma vez que «Se o cancro for detectado cedo poderá ser tratado com êxito».

O que parece ensombrar esta percepção dos benefícios da prevenção é a ideia de que «Se o cancro tiver de surgir nada o pode impedir», com a qual concordou um número significativo (57) de participantes, o que está em contradição com a eficácia da prevenção. Esta confirmação leva-nos a pensar que, de forma implícita, os benefícios nos quais os participantes acreditam se referem sobretudo aos da prevenção secundária, tendo ainda presente que o cancro foi considerado como “Uma doença que surge não se sabe como nem porquê” (P₃₉) e que “(...) não poupa ninguém”

(P₄₉), o que evidencia a crença de que não é evitável. O fio condutor da nossa interpretação encontra apoio no facto de 78 participantes concordarem que «Os exames de rastreios ajudam a reduzir as mortes por cancro», conduzindo-nos, ainda, a inferir que a crença da ‘incurabilidade’ começa também a perder alguma estabilidade e, eventualmente, poderá vir a desmistificar-se.

Quadro 16 – Quadro resumo das crenças sobre os benefícios da prevenção face ao cancro

Indicadores das crenças sobre os benefícios da prevenção face ao cancro	Opções de resposta				Scores
	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito	Observados
Não há vantagens em fazer exames de rastreio, não são eficazes	3	8	36	38	279
Se o cancro tiver de surgir nada o pode impedir	17	40	26	2	183
Vale a pena fazer um esforço para manter uma vida saudável	43	40	-	2	294
Se o cancro for detectado cedo poderá ser tratado com êxito	29	50	6	-	278
Os exames de rastreio ajudam a reduzir as mortes por cancro	28	50	5	2	274

Há crenças sobre os obstáculos à prevenção do cancro, embora moderadas. Consultando o Quadro 17, observa-se que a sociedade foi percebida como o principal obstáculo. Aquando da análise e interpretação que efectuámos aos discursos sobre a etiogénese do cancro, já se depreendia uma imputação de responsabilidade aos riscos que a sociedade contém, e aos quais é difícil não estar exposto, que agora se concretiza ao obter a concordância de 78 participantes.

Outros dois obstáculos valorizados foram o medo do resultado dos exames de rastreio e a falta de disponibilidade e de tempo para os fazer, obstáculos estes de natureza pessoal e não percebidos ou assumidos por alguns participantes.

Objecto de divisão quanto à concordância em percebê-los como obstáculos à prevenção surgiram o embaraço que os exames de rastreio podem provocar, bem como a informação que sobre eles existe ou a acessibilidade para a sua realização.

Este facto despertou a nossa atenção e fez emergir uma questão, para a qual não encontramos respostas no ‘corpus’ de informação que os participantes nos proporcionaram, mas que deixamos registada: terão sido os participantes com menor informação sobre estes exames que detêm a crença que são embaraçosos e os consideram pouco acessíveis porque não sabem em que consistem nem onde se efectuam?

Quadro 17 – Quadro resumo das crenças sobre os obstáculos à prevenção do cancro

Indicadores das crenças sobre os obstáculos à prevenção do cancro	Opções de resposta				Scores
	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito	Observados
A sociedade actual não ajuda a levar uma vida saudável	22	56	7	-	270
Existe muita informação sobre os exames de rastreio	4	36	38	7	218
A maioria dos exames de rastreios são embaraçosos	4	42	38	1	219
O medo dos resultados leva as pessoas a não os fazerem	18	44	20	3	247
Os exames de rastreio não são acessíveis a toda a gente	8	34	33	10	210
A falta de disponibilidade e de tempo dificulta a adesão aos rastreios	10	51	20	4	237

Observando o Quadro 18, constatamos que as mulheres apresentaram crenças mais elevadas relativamente à gravidade da doença, à percepção de vulnerabilidade face à mesma e aos benefícios da prevenção, sendo esta última dimensão onde se regista maior diferença comparativamente aos homens. Recordamos que foram as mulheres que evidenciaram, também, maior tendência para conceberem o cancro de forma negativa, o que poderá estar relacionado precisamente com o facto de deterem crenças mais elevadas. Questionamo-nos se, eventualmente, a maior incidência de alguns tipos de tumores femininos, como o da mama ou o uterino por exemplo, objecto também de maior atenção por parte dos programas de prevenção e divulgação através de várias fontes de informação, não terão contribuído para alimentar as crenças das mulheres.

Por sua vez, são os homens que revelaram maior percepção de obstáculos à prevenção. Da mesma forma nos questionamos se o tipo de tumor mais específico do género masculino, o tumor da próstata, não terá influenciado a percepção dos homens relativamente aos obstáculos à prevenção, já que pode remeter ao conceito cultural de masculinidade funcionando este último, de forma implícita, como um obstáculo à prevenção.

Quadro 18 – Comparação dos scores relativos às crenças sobre o cancro obtidos pelos participantes segundo o sexo

Dimensões das Crenças sobre cancro	Homens			Mulheres		
	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores
Gravidade da doença	525	550	25	750	783	33
Vulnerabilidade face à doença	437.5	493	55.5	625	700	75
Benefícios da prevenção	437.5	532	94.5	625	776	151
Obstáculos à prevenção	525	598	73	750	803	53
Total	1925	2173	248	2750	3062	312

Há semelhança do que sucedeu na conceituação do cancro, em que foram os participantes que nunca viveram a experiência de cuidar de alguém com cancro a evidenciar maior negatividade do conceito, também em relação às crenças é neste grupo que elas são mais elevadas, como se pode comprovar através do Quadro 19. Idêntico é também o facto de terem sido os participantes que estão a viver a situação de cuidar um doente oncológico aqueles que têm crenças menos elevadas, tal como tinham um conceito menos negativo.

Tendo em conta a opinião de Leventhal (1983), que afirma que as memórias perceptuais concretas são geradoras de estruturas emocionais modificadoras de crenças e atitudes, somos levados a pensar que a esperança e a confiança na

resolução favorável da situação, ou mesmo a constatação progressiva dessa resolução, poderão ter sido evocadas ao preencher o questionário.

Tal como já tínhamos observado, as mulheres têm crenças mais elevadas do que os homens. As crenças vão diminuindo, em ambos os sexos, na medida em que os participantes já foram ou são cuidadores de alguém com cancro.

Quadro 19 – Comparação dos scores relativos às crenças sobre o cancro obtidos pelos participantes de acordo com a experiência de cuidar de alguém com cancro e segundo o sexo

Experiência de cuidar alguém com cancro	Homens			Mulheres			Total		
	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores
Nunca viveu	1430	1608	178	1705	1900	195	3135	3508	373
Já viveu	440	505	65	880	983	103	1320	1488	168
Está a vivê-la	55	60	5	165	179	14	220	239	19
Total	1925	2173	248	2750	3062	312	4675	5235	560

A similaridade com a conceituação do cancro observa-se também relativamente à idade. Consultando o Quadro 20 verificamos que os mais jovens, além de terem um conceito mais negativo, são também os que revelaram crenças mais elevadas, diminuindo estas progressivamente até ao grupo dos mais idosos. A este decréscimo gradual nas crenças constituem também excepção os participantes com idades entre os 30 e os 39 anos que apresentaram uma diferença entre os scores, observado e médio esperado, inferior á do grupo etário que lhe sucede. Será que as mudanças, as vivências, ou até mesmo o amadurecimento, que ocorrem ao longo do tempo conduzem a reacções emocionais menos negativas e imprimem crenças, também elas, menos negativas?

No que concerne ao nível de escolaridade, foram os participantes com Ensino Secundário ou Superior que demonstraram possuir crenças mais elevadas, sobretudo os mais jovens (grupo etário dos 20-29 anos) que contribuíram expressivamente para a diferença entre scores obtida pelos participantes com maior nível de instrução. Com efeito, nos restantes grupos etários as crenças são mais elevadas entre os participantes com Ensino Básico.

Quadro 20 - Comparação dos scores relativos às crenças sobre o cancro obtidos pelos participantes segundo a idade e o nível de escolaridade

Idade	Ensino Básico			Ensino Secundário e Superior			Total		
	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores	Score médio esperado	Score observado	Diferença entre scores
20 – 29 anos	495	561	66	1100	1256	156	1595	1817	222
30 – 39 anos	550	601	51	385	434	49	935	1035	100
40 – 49 anos	660	738	78	330	393	63	990	1131	141
50 – 59 anos	385	412	27	275	300	25	660	712	52
60 – 69 anos	275	299	24	-	-	-	275	299	24
70 – 79 anos	220	241	21	-	-	-	220	241	21
Total	2585	2852	267	2090	2383	293	4675	5235	560

Mugny e Papastamou (1990) afirmavam que a consequência observável de uma atitude é o comportamento, já que ele exprime o conteúdo que lhe está subjacente. O próprio Modelo de Crenças de Saúde, que nos serviu de suporte para identificar as crenças relativas ao cancro, sugere que as crenças determinam a ameaça percebida da doença daí decorrendo a probabilidade do indivíduo ter um determinado comportamento de saúde.

Neste sentido, quisemos saber que comportamentos preventivos empreendem os participantes do nosso estudo, nomeadamente no que diz respeito à detecção precoce do cancro, uma vez que os comportamentos preventivos primários, equivalentes à procura activa da manutenção e protecção da saúde (Kasl e Cobb cit. Ribeiro, 1998), são inespecíficos desta doença e em consequência não relacionados com a atitude e as crenças face ao cancro. De acordo com o Modelo de Crenças de Saúde, a probabilidade de adesão a acções preventivas é tanto maior quanto mais elevada for a crença de que se trata de uma doença grave, os indivíduos se perceberem como altamente susceptíveis a ela, considerarem altos os benefícios de um rastreio regular e baixos os custos dessa acção. Acontece que os participantes neste estudo associaram obstáculos e custos à acção preventiva, apresentando crenças de obstáculos moderadas.

Procurámos indagar o grau de adesão dos participantes aos exames de rastreio, de uma forma dicotómica, através da questão: «Faz, habitualmente, exames de rastreio do cancro: auto-exame da mama, auto-exame dos testículos, mamografia, citologia vaginal, exame rectal, etc.?».

Constatámos que 43 participantes, sensivelmente metade da nossa amostra, (50.59 %), respondeu afirmativamente à questão que lhe foi colocada. Analisando o Quadro 21, verificamos que a maioria dos que aderem são mulheres, repartidas sobretudo pelos dois grupos etários que compreendem idades entre os 20 e os 59 anos. Relativamente aos homens, os poucos que referiram fazer habitualmente exames de rastreio do cancro, são essencialmente os que se situam na faixa etária dos 40 – 59 anos.

As recomendações para o rastreio regular dos principais tumores femininos e masculinos incidem precisamente nestas faixas etárias: auto-exame mamário para as mulheres, e auto-exame testicular para os homens, a partir dos 20 anos; rastreio mamográfico sistemático a todas as mulheres desde os 50 anos e citologia vaginal desde os 25 anos de idade; exame rectal para observação prostática nos homens com 50 ou mais anos (Ministério da Saúde, 1995, 1998; Pádua, 1999).

Quadro 21 – Participantes que fazem, habitualmente, exames de rastreio do cancro segundo a idade e o sexo

Idade	Homens N = 7		Mulheres N = 36		Total N = 43	
	nº	%	nº	%	nº	%
20 – 39 anos	2	28.57	18	50.00	20	46.51
40 – 59 anos	5	71.43	15	41.67	20	46.51
60 – 79 anos	-	-	3	8.33	3	6.98

As razões que conduziram este grupo de participantes a aderirem aos exames de rastreio do cancro encontram-se no Quadro 22. Através da sua consulta verificamos que foi o pressuposto de que «Se houver doença, quanto mais cedo se descobrir melhor», o aconselhamento por parte de um profissional de saúde, o conhecimento que detinham acerca das vantagens dos exames de rastreio, bem como informação sobre em que consistem, além da leitura de «(...) artigos / cartazes / folhetos que os aconselham», os principais estímulos que induziram o comportamento preventivo. Salienta-se que 27.91 % referiram ter efectuado exames de rastreio porque surgiram sinais ou sintomas suspeitos, e o facto de apenas as mulheres terem referido que receberam uma convocatória para participarem em programas de rastreio. Acresce-se, ainda, que além dos sinais indutores por nós sugeridos no questionário, os participantes indicaram como estímulos “A consciência (...)”, “O medo da doença” e “A doença de um familiar”.

Os principais sinais indutores de adesão ao rastreio encontrados no total destes participantes foram os mesmos relativamente às mulheres. Já nos homens, constatamos que o mesmo percentual (71.43 %) assinalou, simultaneamente, como principal fonte sugestiva o aconselhamento que partiu de um profissional de saúde, o conhecimento das vantagens dos exames e a convicção de que a detecção precoce é eficaz (quanto mais cedo se descobrir a doença, melhor). O mesmo sucedeu quanto ao segundo estímulo assinalado, sendo que o aparecimento de sinais ou sintomas

suspeitos e o facto de estarem bem informados sobre o que são os exames, foram assinalados por 57.14 % dos aderentes masculinos.

Quadro 22 – Participantes que fazem, habitualmente, exames de rastreio do cancro de acordo com os sinais indutores da acção preventiva e segundo o sexo

Sinais indutores da acção preventiva	Homens N = 7		Mulheres N = 36		Total N = 43	
	nº	%	nº	%	nº	%
Um profissional de saúde aconselhou	5	71.43	30	83.33	35	81.40
Os amigos também participam	-	-	2	5.56	2	4.65
Apareceram sinais / sintomas suspeitos	4	57.14	8	22.22	12	27.91
Sentiu necessidade de fazê-los	2	28.57	12	33.33	14	32.56
Está bem informado do que são	4	57.14	18	50.00	22	51.16
Conhece as suas vantagens	5	71.43	25	69.44	30	69.77
Um familiar / amigo o convenceu	-	-	1	2.78	1	2.33
Leu artigos / cartazes / folhetos que os aconselham	3	42.86	17	47.22	20	46.51
Num programa de televisão / rádio os aconselharam	-	-	9	25.00	9	20.93
Se houver doença, quanto mais cedo se descobrir melhor	5	71.43	32	88.89	37	86.05
Ajudaram na situação de um familiar / amigo	-	-	8	22.22	8	18.60
Recebeu uma convocatória	-	-	3	8.33	3	6.98
A consciência levou a faze-los	-	-	1	2.78	1	2.33
O medo da doença	-	-	2	5.56	2	4.65
A doença de um familiar	-	-	1	2.78	1	2.33

No que concerne aos participantes que referiram não fazer habitualmente exames de rastreio do cancro, foram em número de 42, conforme se pode confirmar no Quadro

23. Observamos que são maioritariamente os homens (o dobro das mulheres) a não aderirem ao rastreio do cancro. Os não aderentes encontram-se sobretudo entre os mais jovens, na faixa etária compreendida entre os 20 e os 39 anos, principalmente entre as mulheres onde registamos um percentual de 78.57 % neste grupo etário.

Quadro 23 – Participantes que não fazem exames de rastreio do cancro segundo a idade e o sexo

Idade	Homens N = 28		Mulheres N = 14		Total N = 42	
	nº	%	nº	%	nº	%
20 – 39 anos	15	53.57	11	78.57	26	61.90
40 – 59 anos	9	32.14	1	7.14	10	23.81
60 – 79 anos	4	14.29	2	14.29	6	14.29

No Quadro 24 encontram-se os sinais limitadores do comportamento preventivo, assinalados por estes participantes. São o facto de nunca terem precisado de os fazer, de nenhum profissional de saúde os ter aconselhado e de terem medo de fazer estes exames, as principais razões que dificultam a adesão por parte destes participantes. Aos sinais limitadores que apresentámos como opção foram acrescentados outros dois: o descuido, sugerido por uma participante; o esquecimento, referido por um participante.

Analisando comparativamente as razões que dificultam a adesão ao rastreio, nos dois sexos, encontramos semelhanças: a justificação de que «Nunca precisou de os fazer» surgiu como a mais apontada por ambos, embora o mesmo percentual de mulheres que a assinalou (42.86 %) apontasse também o medo do exame e do seu resultado; o não aconselhamento por parte de um profissional foi a segunda limitação referida tanto pelos homens como pelas mulheres; o facto de não sentirem necessidade de fazerem os exames de rastreio foi a terceira razão apontada por ambos, sendo que as

mulheres assinalaram em simultâneo o receio de que fossem desconfortáveis ou dolorosos. De referir, ainda, que 28.57 % dos homens têm medo dos exames e não sabem como são. Por seu lado, 21.43 % das mulheres não sabem onde se fazem os exames de rastreio do cancro.

Quadro 24 – Participantes que não fazem exames de rastreio do cancro de acordo com os sinais limitadores da acção preventiva e segundo o sexo

Sinais limitadores da acção preventiva	Homens N = 28		Mulheres N = 14		Total N = 42	
	nº	%	nº	%	nº	%
Tem medo do exame	8	28.57	6	42.86	14	33.33
Não sabe onde se fazem	7	25.00	3	21.43	10	23.81
Nunca ouviu falar deles	1	3.57	1	7.14	2	4.76
Tem vergonha	3	10.71	1	7.14	4	9.52
Não sabe como é que são	8	28.57	2	14.29	10	23.81
Não sabe para que é que servem	-	-	-	-	-	-
Nenhum profissional de saúde os aconselhou	16	57.14	5	35.71	21	50.00
Tem medo do resultado	6	21.43	6	42.86	12	28.57
Não vê vantagens em os fazer	2	7.14	-	-	2	4.76
Os familiares / amigos também não os fazem	3	10.71	2	14.29	5	11.90
Não sente necessidade de os fazer	9	32.14	4	28.57	13	30.95
Um familiar / amigo fazia-os e não lhe valeu de nada	4	14.29	1	7.14	5	11.90
A família opõe-se	-	-	1	7.14	1	2.30
Receia que sejam desconfortáveis / dolorosos	7	25.00	4	28.57	11	26.19
Nunca precisou de os fazer	18	64.29	6	42.86	24	57.14
Por descuido	-	-	1	7.14	1	2.30
Por esquecimento	1	3.57	-	-	1	2.30

Ao longo deste capítulo procurámos descortinar como as atitudes e as crenças se organizam em redor do cancro e de que forma os participantes orientam o seu comportamento face às estratégias de prevenção secundária desta doença. Estamos cientes de que ficou perceptível, não só neste capítulo, que os participantes revelaram uma tendência para avaliar de forma desfavorável o cancro, podendo mesmo dizer-se que é uma doença que provoca emoções negativas.

Ao compararmos os scores obtidos pelos participantes na escala de diferencial semântico, avaliadora do conceito de cancro, com os da escala de averiguação de crenças, além do entrecruzar com a análise que efectuámos às respostas escritas, pareceu-nos haver ligações perceptíveis entre a avaliação afectiva e a avaliação cognitiva que os participantes fizeram sobre a doença.

Quanto aos comportamentos, parecem mobilizar as crenças que lhe estão subjacentes. Se observámos elevadas crenças de vulnerabilidade, também encontramos crenças moderadas de obstáculos à prevenção. Segundo Stroebe e Stroebe (1999) uma das propriedades das crenças consiste em sossegar o pensamento podendo suceder que os indivíduos, apesar de se percepcionarem vulneráveis a uma doença, subestimem os riscos e necessitem de estímulos externos para agir preventivamente. Efectivamente, foi um estímulo externo – o aconselhamento por parte de um profissional de saúde, aquele que sobressaiu como uma das razões mais assinaladas pelos participantes que aderiram aos exames de rastreio, como o contrário: a sua ausência foi invocada como um dos motivos para não aderirem.

Neste contexto das atitudes, das crenças e dos comportamentos, é necessário ter presente que, como referem Leventhal (1983) e Mugny e Papastamou (1990), se situam num contexto de interdependência social pelo que a sua estabilidade é modesta ao longo do tempo.

4 – O CAMPO DE REPRESENTAÇÃO: UMA ANCORAGEM ENTRE O RACIONAL E O EMOCIONAL

O campo de representação pode ser considerado como o modo de o sujeito hierarquizar e coordenar os significados e atitudes. Para o identificar solicitámos aos participantes que escrevessem, pela ordem em que lhe fossem surgindo, palavras que associassem ao cancro. Com esta estratégia tivemos o intuito não só de confirmar o como é objectivada, mas também de analisar como se organiza e qual a sua ancoragem.

Para a análise da organização da representação tivemos por base a Teoria do Núcleo Central proposta por Abric (2001). Defende que a organização de uma representação apresenta uma característica particular: não apenas os elementos da representação estão hierarquizados, mas toda a representação é organizada em torno de um núcleo central constituído por um ou mais elementos que dão à representação o seu significado. Por conseguinte, a simples descrição do conteúdo de uma representação não é suficiente para reconhecê-la e especificá-la, uma vez que é a própria organização interna desse conteúdo que a torna relevante.

A recolha de informação através da técnica de evocações ordenadas possibilitou não só a obtenção de um universo semântico, mas também o cruzamento dos dados por frequência e ordem de evocação dos vocábulos, por forma a permitir identificar o que é central e o que é periférico na organização da representação. Consideram-se como fazendo parte do núcleo central as evocações com maior frequência e com menor ordem de evocação e do sistema periférico as de menor frequência e de maior ordem de evocação.

Em resposta à nossa solicitação para escreverem palavras que associavam ao cancro, os participantes proporcionaram-nos um universo semântico de 64 vocábulos,

evocados 428 vezes. Inicialmente estes dados foram trabalhados estatisticamente, por forma a obtermos uma matriz que constituiu a base da análise efectuada (Anexo IV).

No Quadro 25 pode observar-se o posicionamento dos vocábulos que representam o universo mais significativo da representação do cancro. No primeiro quadrante encontram-se os termos de maior frequência ($> 3\%$) e menor ordem de evocação ($\leq 3^{\text{a}}$ ordem) que constituem o núcleo central. Dele fazem parte a ideia de doença, de morte, sofrimento e dor. Defende Abric (2001) que este sistema central da representação caracteriza-se por estar fortemente vinculado à memória colectiva do grupo, sendo estável, coerente, resistente à mudança, assegurando a continuidade e permanência da representação.

Os restantes quadrantes contêm o sistema periférico, cujo grau de proximidade vai diminuindo até ao último quadrante, onde se encontram os elementos de menor frequência ($< 3\%$) e maior ordem de evocação ($> 3^{\text{a}}$ ordem). Nele encontramos referência a uma instituição de saúde e a um tipo de tratamento específicos - o hospital e a quimioterapia, bem como a sentimentos e emoções, mais próximos do núcleo central. Numa esfera mais afastada coexistem elementos contraditórios como sejam o 'curável' e o 'incurável', o 'desespero' e a 'esperança'. Como diz Flament (1994), é o sistema periférico que contém a heterogeneidade do grupo, que suporta as contradições no sentido de permitir uma certa modulação individual da representação. Ele é mais flexível, absorve as novas informações, ou acontecimentos, susceptíveis de colocar em questão o núcleo central, assegurando uma adaptação e uma ancoragem na realidade.

Na perspectiva de Abric (2001) as representações são simultaneamente rígidas e flexíveis, consensuais e marcadas por diferenças interindividuais, visto que são regidas por este sistema duplo, sendo que cada um deles tem um papel muito específico sem no entanto deixarem de se complementar. De acordo com Flament (1994), quando identificamos um princípio organizador interno numa representação - o núcleo central, podemos dizer que se trata de uma representação social autónoma.

Quadro 25 – Elementos centrais e periféricos da representação social do cancro

Ordem de evocação	% de evocações ≤ 3ª ordem			% de evocações > 3ª ordem		
Frequência de evocação						
Frequência > 3 %	12.01	Sofrimento	7.24	3.94	Hospital	3.74
	11.23	Doença	10.28	3.77	Quimioterapia	2.34
	11.23	Morte	7.48	3.77	Angústia	3.27
	8.38	Dor	5.14	3.10	Tristeza	1.87
Frequência < 3 %	2.35	Medo	1.17	2.60	Desespero	1.87
	2.11	Tabaco	2.11	2.60	Tratamento	2.10
	1.40	Incurável	0.70	2.11	Esperança	2.11
	1.40	Queda cabelo	0.70	2.11	Solidão	2.11
	1.17	Curável	0.93	1.63	Revolta	1.40
	1.17	Problema	0.93	1.63	Fim	1.40
				1.17	Luta	1.17

Conscientes de que a riqueza deste ‘corpus’ de informação não se resume na possibilidade de determinação dos elementos centrais e periféricos, aventurámo-nos na tarefa de descortinar que significados encerra este universo semântico. Procedemos, então, à sua análise de conteúdo procurando identificar dimensões significativas e unidades de significado.

Fizémo-lo em simultâneo com a análise dos discursos escritos referentes ao conceito de cancro e à causalidade desta doença, que constituíram também formas de objectivação. O entrecruzar destas análises revelou-se um auxiliar precioso, já que contribuiu para uma interpretação mais fecunda, vislumbrando não apenas um, mas os vários significados intrincados. As noções chave evocadas foram semelhantes às que ilustram as dimensões conceptuais, trazidas conscientemente aquando da solicitação aos participantes para objectivarem o cancro, visualizando-se também no núcleo central da representação. Após cruzarmos todas estas análises, a construção de uma rede de significações edificou-se na compreensão que o processo interpretativo nos proporcionou e que resultou no Esquema figurativo 4.

O cancro surge, inequivocamente, como uma doença cujo significado metafórico é o azar na “roleta da vida” já que a altera e ao seu próprio sentido. Mas, como todo o ser

humano tem o instinto da sobrevivência, há também uma significação de luta por forma a não “perder o jogo” como prenuncia o azar de ter esta doença. Esta luta, por oposição à morte, é o corolário de um percurso que pressupõe sofrimento e onde se “jogam os trunfos” possíveis, exigindo muita paciência.

Os tratamentos, por um lado, são percebidos como o principal recurso nesta luta, associados à investigação eles representam a fé e a esperança de conseguir vencer uma batalha que se acredita desigual. Por outro lado, eles remetem para uma instituição hospitalar onde se encontram os requisitos necessários e o conhecimento e perícia para a sua administração o mais eficaz possível. Constituem uma característica indissolúvelmente associada a este tipo de doença, impondo uma mudança no decorrer normal do quotidiano, um corte com a vivência familiar, o confronto com um ambiente desconhecido e temido porque a cada instante recordam o motivo da sua existência – o cancro. Simultaneamente, a natureza agressiva de muitos tratamentos parece concorrer para que a doença se agrave levando a supor que uma nova doença se está a sobrepor à já existente.

A dimensão significativa dos tratamentos não se esgota no recurso terapêutico que constituem, ela amplia-se para uma vertente mais complexa: um misto de emoções e consequências que geralmente os acompanham. Torna-se perceptível nos discursos que existe um paralelo entre as significações atribuídas aos tratamentos e ao sofrimento sugerindo, implicitamente, que se implicam mutuamente. É entre estas duas dimensões que se intrincam outras unidades de significado.

A ansiedade, o medo, a revolta, a raiva, foram evocados pelos participantes, levando-nos a conjecturar que não são apenas vivenciados relativamente à doença em geral, mas eventualmente na fase em que o tratamento é proposto ou iniciado. O medo do próprio tratamento, induzido por dúvidas quanto à sua capacidade invasiva ou dolorosa, a ansiedade provocada pela incerteza quanto à sua real eficácia, a revolta e a raiva que acompanha a necessidade de efectuar estes tratamentos conotados como difíceis, foram hipóteses de significações que se nos colocaram no processo interpretativo e que não refutámos.

A dor, a desfiguração, a alopecia, a debilidade, a fadiga, o mal-estar e a invalidez fazem parte de significações que também se nos afiguraram como duplas, isto é, não

só como elementos identificativos do cancro, mas também como efeitos colaterais dos tratamentos. A sua evocação traz implícita, mesmo que de forma inconsciente, dois tipos de tratamento: a cirurgia e a quimioterapia, percebidas como mutiladora e agressiva, respectivamente.

Uma irresolução entre as melhoras supostamente devidas ao tratamento e a duração do sofrimento até um fim que se começa a desenhar irreversível, assume um significado de sacrifício que se vai tornando angustiante, vivido com profunda tristeza, conduzindo ao desânimo e ao desespero. Contribuem para o sofrimento total já que este se multiplica em vários ‘sofrimentos’ que atingem a esfera familiar, profissional e social.

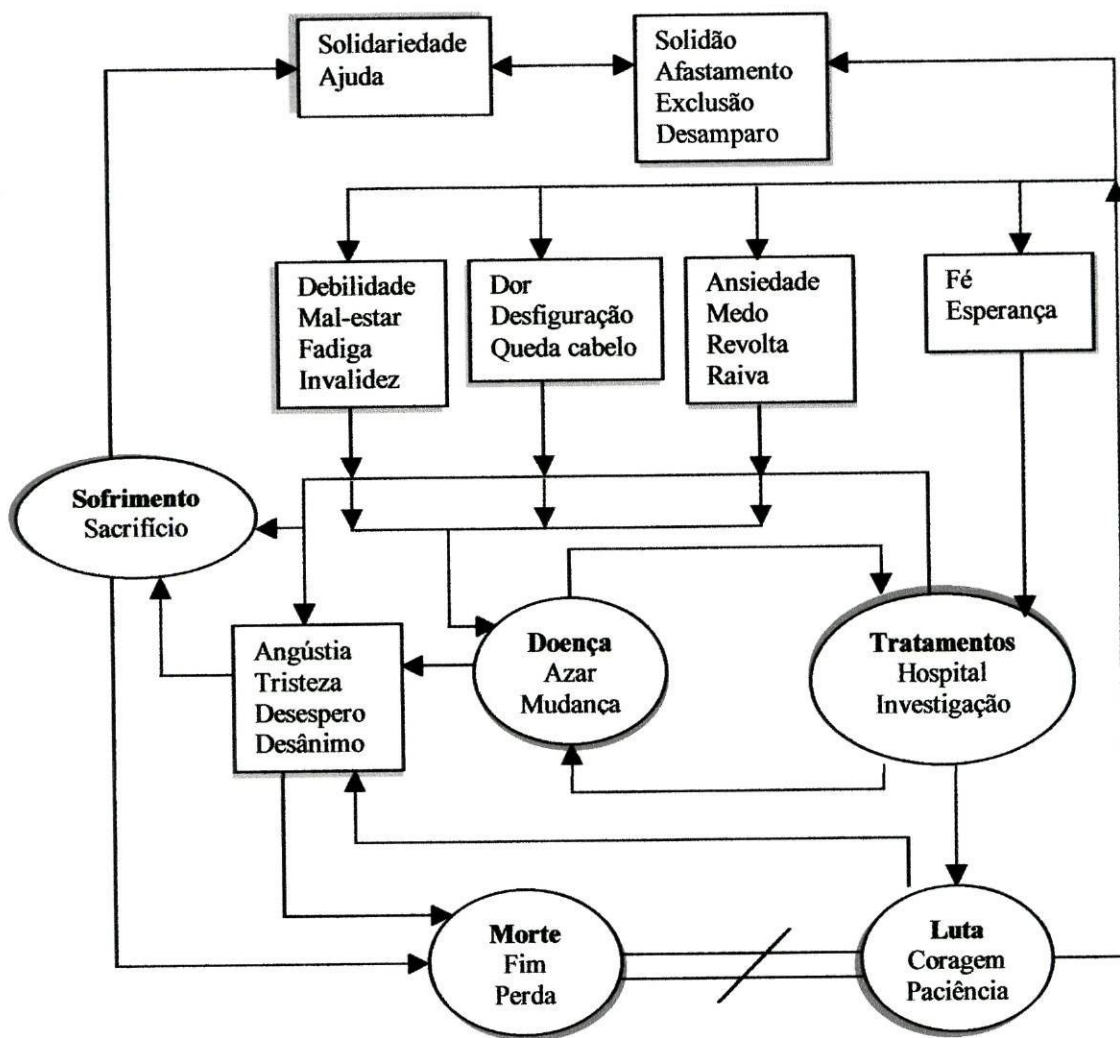
Daqui decorre que o cancro assuma também significados de solidão e afastamento, não só porque obriga a internamentos, mas também porque o sofrimento físico é vivenciado individualmente. A própria debilidade e fadiga parecem concorrer para um certo isolamento não ficando perceptível nos discursos se ele é atribuído à vontade de quem sofre da doença ou se ele é proporcionado por quem o rodeia através de um afastamento. Foi a alusão ao desamparo e à exclusão que nos suscitou esta dúvida. Eventualmente, as significações que lhe são atribuídas englobarão as duas situações. Se tivermos presente que os tratamentos têm um significado de deterioração e alteração da imagem corporal, faz sentido interpretar os sentimentos de solidão e desamparo como atribuídos ao doente, que simultaneamente se afasta e exclui e se sente afastado e excluído.

Nesta luta constante, contra a própria doença e as suas consequências e sequelas, parecem assumir um significado importante a solidariedade e a ajuda. Como referiu um participante “*É preciso muitos cuidados dos hospitais, mas sobretudo humanos*” (P₄₇) e outro ainda afirma ser “*(...) necessário muito, muito apoio das pessoas mais próximas*” (P₈₅).

Neste “campo de batalha” a luta que se trava não é apenas contra o sofrimento e a morte, apesar de emergirem como dimensões mais significativas. É também uma luta contra as emoções que vão surgindo de uma forma lábil, por vezes mesmo contraditórias, entre a esperança e o desânimo, a resignação e a revolta. De uma forma mais subtil, o significado de doença controlável e eventualmente curável vai

emergindo, mas ainda acompanhado da sensação de perda, quer se trate de perda física de uma parte corporal ou de perda psicológica da auréola de invulnerabilidade. É por este motivo que um participante afirmava que “O cancro tem cura mas é difícil aceitar essa doença” (P₁₉), compreensível se atendermos a que “(...) ficam sempre algumas sequelas quer físicas quer psicológicas” (P₃₈).

Esquema figurativo 4 – Significações do cancro



O campo de representação parece determinado por duas circunstâncias: por um lado, as ideias que se referem à própria enfermidade, concretamente as modalidades de tratamento, por outro, as emoções que ela desperta. Parece existir um estereótipo, concretizado através de evocações 'automáticas' de cariz negativo, cuja frequência e uniformidade de expressão de ideias, forte carga afectiva que os acompanham, se encontram aqui, e, pode-se pensar que há, por parte dos sujeitos, recurso a um esquema circulante na sociedade, sempre disponível, e logo uma linguagem quase automatizada que não exige nem esforço nem reflexão nova ou autónoma. Afirma Herzlich (1991) que as concepções profanas encontram assim um papel, dentro dos processos de construção social, para a doença.

Todos os conceitos retidos nos Esquemas figurativos 2, 3 e 4 prolongam-se na significação e utilização que lhe são conferidas, fazendo emergir o inconsciente, dando os instrumentos à ancoragem numa rede de significações enraizadas no sistema de pensamento sobre a doença. Referia Moscovici (cit Spink, 2002) que ancorar é trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado. Assim, torna-se perceptível que a grande angústia não é tanto se tem cura ou não, mas é ter sofrimento num percurso até à morte que se crê inevitável, esquecendo que a própria morte é uma condição inerente a todo o ser humano. Angustiante é também a impotência face a este facto apesar dos avanços terapêuticos e da reconhecida melhoria na qualidade de vida dos doentes oncológicos. Há, portanto, uma ancoragem do medo e da incerteza no sofrimento, da esperança através dos tratamentos e da impotência através da dor e da morte. Esta é uma ancoragem que tem um 'viés' emocional, mas que ilustra bem como o investimento afectivo alimenta a representação social do cancro. É esta ancoragem que confere uma significação à doença 'cancro' e que é utilizada como sistema de interpretação generalizado perante o mundo social.

5 - A REPRESENTAÇÃO DO CANCRO E AS ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS: PERSPECTIVANDO A INTERVENÇÃO EDUCATIVA

No processo de reconhecimento da doença, o indivíduo deixa transparecer a sua experiência pessoal articulando-a com a experiência colectiva, aprendida indirectamente através dos outros e das interacções que estabelece. Toda esta rede de significados a respeito da saúde e da doença está enraizada na construção da representação social do cancro com franca penetração nos estereótipos culturais que determinam as atitudes do colectivo.

A representação está centrada na ideia de doença, mas uma doença 'sui generis' individualizada por uma especificidade terapêutica e por uma componente subjectiva que remete essencialmente para o mal estar, para o sofrimento e em última análise para morte prematura.

A objectivação do cancro foi efectuada pelos participantes com recurso a expressões de conotação negativa, com um esquema conceptual complexo. Surge como uma doença de dúvidas e incertezas que nos confronta com a nossa finitude, como se as outras doenças crónicas e no fundo o nosso percurso de vida não tivesse também um fim. Encontra-se ancorada em aspectos estreitamente contextualizados e pontos de vista muito localizados, encerrando os discursos suscitados pela doença um conjunto de ideias fundamentalmente negativas, de entre as quais predomina a crença de que não é possível uma acomodação à doença, tendo esta necessariamente que afectar todas as esferas do sujeito. É neste aspecto que o cancro difere das outras doenças crónicas.

No âmbito da natureza singular desta doença, e no contexto de incerteza e adversidade, a confiança depositada na investigação e a esperança surgem como sinais que antecipam uma eventual modificação da representação social do cancro.

Parece desenhar-se uma atitude mais positiva, ou pelo menos mais tolerante, face há utilização de tratamentos havendo mesmo a admissibilidade de cura em alguns tipos de cancro, por parte de alguns participantes.

A atribuição de causalidade relativa ao cancro, efectuada pelos participantes, vai de encontro ao que a comunidade científica veicula e é difundido pelos diversos meios de informação e comunicação social. Como refere Pierret (1991) é comum designarem-se as doenças crónicas, onde se inclui o cancro, de 'doenças da civilização' aludindo-se cada vez mais ao papel do ambiente e do modo de vida, hipervalorizando-se aspectos como a poluição, a artificialização da alimentação, as condições de vida que a sociedade impõe, relativamente às quais é difícil intervir. É certo que o estilo de vida foi reconhecido como um factor importante no desencadear do cancro, mas pareceu ser sentido pelos participantes como exterior a si próprios, já que nenhum se lhe referiu na primeira pessoa. Parece decorrer de uma imposição do 'mundo' actual à qual é difícil resistir acabando por ocorrer uma adaptação e habituação. No dizer de Herzlich (1984) é a sociedade que nos impõe obrigações e restrições, é com ela que há um conflito.

O cancro é, assim, concebido e interpretado como uma doença difícil de combater, sendo o seu carácter inevitável um argumento muito utilizado nos discursos dos participantes. Como consequência, os profissionais de saúde que visam informar e educar a população, deparam-se muitas vezes com um quadro de resignação à doença. A intervenção educativa terá um papel fundamental na consciencialização dos indivíduos de que não podem excluir-se da sociedade à qual atribuem a principal responsabilidade. Ter em conta estratégias educativas que combinem a intervenção comunitária com a dirigida aos indivíduos e aos grupos, partindo do pressuposto que a intervenção educativa em oncologia passa também por uma educação ecológica e para a cidadania.

Neste sentido, as instituições escolares afiguram-se-nos como um espaço de eleição, assumindo-se como potencialmente importantes para a intervenção educativa nesta área junto da população mais jovem, constituindo-se em verdadeiras Escolas Promotoras de Saúde. De igual forma, pensamos que os professores e educadores são parceiros privilegiados para, em conjunto com os profissionais de saúde, delinearem estratégias educativas em oncologia a desenvolver no âmbito do Programa de Saúde

Escolar. Acresce-se, ainda, a possibilidade de neste cenário envolver os pais e encarregados de educação neste processo, o que poderá permitir a desconstrução conjunta de algumas crenças sobre o cancro.

É reconhecido que a intervenção educativa em saúde não pode resumir-se à transmissão de informação, tendo em conta que os indivíduos fazem dela uma interpretação selectiva por forma a manterem a estabilidade do núcleo central da sua representação. No entanto ela é necessária visto que, neste processo selectivo, há uma parte de informação nova que fica retida nos esquemas periféricos e que, inicialmente, ancora o real sem desordenar o pensamento (Jodelet, 1990), mas que posteriormente, se continuar a existir retenção de informação ampliando o esquema periférico, o núcleo central pode transformar-se estruturalmente, ocorrendo uma transformação da representação (Flament, 1994). É necessário que a nova informação não entre em conflito directo com a representação. Para tal não suceder as estratégias informativas têm de ser concordantes com a atitude social para que não votem ao insucesso todos os esforços educativos que as envolvem.

Um dos motivos que podem explicar a dificuldade na consecução deste objectivo é, para García-Fernández e Peralbo-Uzquiano (1999), o facto de se pensar que se pode prescindir das ideias que os sujeitos elaboram acerca da realidade, acabando por se desenvolverem programas educativos que sobrecarregam a população com informação não essencial. Assim, defendem que tendo como ponto de partida os conhecimentos prévios dos sujeitos, os esforços educativos devem encaminhar-se para os melhorar, nomeadamente proporcionando a compreensão das causas da doença e sua prevenção. Trata-se não só de orientar para estratégias de prevenção mas também de ajudar a compreender a lógica que lhes está subjacente por forma a facilitar a tomada de decisões responsáveis e informadas.

Outro aspecto prende-se com a atenção a dar à construção das mensagens educativas, individualizando-as consoante a diversidade social e cultural da população alvo. É necessário conhecer as pessoas a quem nos dirigimos, segundo as mais diversas características como sejam o sexo, a idade, a realidade cultural em que se inserem, entre outras. Parafraseando Silva (2002: 205), “(...) é necessário segmentar os «públicos», (...) diversificar as estratégias e as técnicas, fazer pré-testagem das mensagens e dos materiais, avaliar continuamente todo o processo e introduzir as

alterações que se considerem necessárias em qualquer fase desse processo e em futuras acções". Além da adequação das estratégias consoante o tipo de população alvo a que se dirigem, o próprio conteúdo da mensagem tem que ser apelativo e persuasivo. Independentemente da técnica seleccionada a mensagem só sobressairá no meio da profusão de informação que nos rodeia, isto é, só terá impacto, se despertar a atenção, for compreensível (sem vocabulário demasiado técnico ou complexo) e os seus argumentos (conteúdo) forem relevantes para os destinatários (Stroebe e Stroebe, 1999). Contudo, há sempre a possibilidade de as pessoas basearem a sua decisão de aceitar ou rejeitar mensagens com base em aspectos exteriores, como por exemplo a credibilidade da fonte, a duração ou extensão da mensagem, que não dizem directamente respeito ao conteúdo.

Refere Silva (2002) que nos recursos informativos em saúde, como por exemplo os cartazes e panfletos utilizados em campanhas, se transmite o que a comunidade científica considera correcto, de um modo generalizado, utilizando-se, directa ou indirectamente, as técnicas de marketing social. Concordamos com a sua opinião quando afirma que os profissionais de saúde não dominam estas técnicas, e que, por outro lado, quando se recorre a empresas especializadas estas têm um desfasamento da conceptualização e compreensão em relação às práticas de educação para a saúde visto estarem vocacionadas para uma vertente mais comercial. Daí o atrevermo-nos a sugerir que o desenvolvimento de parcerias entre a área da saúde e a do marketing poderá ser um caminho para encontrar estratégias de complementaridade aquando do delinear de estratégias educativas, visando a persuasão dos indivíduos a adoptarem comportamentos preventivos do cancro.

As distintas modalidades informativas e educativas têm necessariamente de se complementarem. É neste cenário que pensamos caberem os meios de comunicação social, também como parceiros, e mediadores, no processo educativo face ao cancro. Como referem Viladiu Quemada e Catalán Fernández (1996) são os doentes oncológicos, e os seus familiares, que alimentam as atitudes sociais face ao cancro sendo estes, por sua vez, retroalimentados pela própria sociedade. Sendo assim, pensamos que os meios de comunicação social, pela abrangência que hoje detêm, constituem um auxiliar precioso para produzir uma mudança na conceptualização social do cancro, mais consentânea com a realidade. Além de possibilitarem a

divulgação de aspectos relacionados com a doença, designadamente ao nível da prevenção, da sintomatologia de alerta e dos benefícios de um diagnóstico precoce, poderão ter um papel fundamental na divulgação de situações de cura ou remissão do cancro, da eficácia terapêutica, não só no que se refere aos aspectos relativos à sobrevivência mas também no que concerne à qualidade de vida dos doentes oncológicos que são cada vez mais similares a doentes com outras doenças crónicas. Se existir uma conjugação de estratégias quem sabe não se produzam modificações positivas na representação do cancro?

De facto, entre os participantes deste estudo os artigos de jornais e revistas configuraram-se como a fonte de informação favorita sobre o cancro. Com efeito, cada vez mais a imprensa escrita reserva um espaço destinado às questões da saúde e doença, pelo que, como dizem Koren e Klein (cit Dias, 2002) desempenham um papel fundamental na configuração e difusão da informação face aos saberes leigos. No entanto, este é um aspecto polémico e controverso, uma vez que no domínio do cancro é muitas vezes utilizada alguma espectacularidade para produzir impacto psicológico na população, o que poderá originar problemas de desinformação ou enviesamento, nomeadamente através da divulgação de informação que gera expectativas sobre a cura. Contudo, se a abordagem for orientada por uma visão objectiva e científica *“A imprensa escrita dita popular, (...) configura-se como veículo privilegiado de transmissão de informação sobre saúde a segmentos alargados da população, podendo constituir-se como agentes educativos em matéria de prevenção e detecção precoce da doença oncológica”* (Dias, 2002: 246).

Quanto à abordagem individual, não pode ser descurada já que se constitui como uma estratégia assente na proximidade, na personalização da mensagem, na natureza interactiva. Não podemos esquecer que os profissionais de saúde foram uma das principais fontes de informação sobre o cancro procuradas pelos participantes do nosso estudo. Contudo, a intervenção educativa também só será eficaz se estiver de acordo com o princípio da compatibilidade, isto é, se a comunicação for compatível com as crenças do interlocutor (Stroebe e Stroebe, 1999). Relembramos que as crenças mais valorizadas foram as relativas à percepção de vulnerabilidade face ao cancro e de benefícios da acção preventiva. Neste contexto assume-se como importante o facto de a recomendação por parte de um profissional de saúde ter

emergido como um dos sinais relevantes, subjacentes às razões assinaladas pela maioria dos participantes no que se refere a atitudes preventivas. Esta confiança e credibilidade não pode ser desprezada, mas antes reforçada, procurando capacitar para a adesão voluntária à prevenção. Mas, como defendem Tavares e Teixeira (1998), é necessário exercitarmos uma sensibilidade e uma certa subtileza. O utente face ao discurso do profissional demonstra uma aparente concordância, mas o saber técnico-científico passa a funcionar de modo secundário, apesar da sua força persuasiva, se forem ignoradas as singularidades dos sujeitos. Torna-se necessário saber gerir este espaço interpessoal, imprimindo-lhe a flexibilidade e o retorno de informação que os meios de comunicação de massa não possibilitam.

É um facto que nem todas as pessoas estão interessadas nas questões relativas à saúde e que muitas não estão também motivadas para prestarem atenção às comunicações sobre o cancro, pela ansiedade que a evocação da doença lhes provoca. Na realidade, as pessoas podem sempre evitar, de forma passiva ou activa, qualquer intervenção educativa relativamente ao cancro. No entanto, a educação para a saúde é uma prática inerente à actividade de qualquer profissional de saúde, nomeadamente da enfermagem, devendo constituir-se numa intervenção contínua que

“(...) se apropriada, respeita o direito à diferença em relação a escolhas individuais, realidades culturais, sociais, familiares, profissionais, formas de comunicar, crenças e expectativas, permitindo a interacção dos saberes e representações, autonomizando indivíduos, grupos e sociedades nas escolhas que diariamente é necessário fazer, dando-lhes um carácter reflexivo, partilhado e não directivo ou imposto.” (Silva, 2002: 210).

CONCLUSÃO

A presença crescente de doenças crónicas constitui um problema para os cuidados de saúde e um desafio à capacidade de intervenção preventiva. O ideal de autorresponsabilização pela saúde e de autonomia do utente é hoje exaltado, mas, por outro lado, os avanços científicos e técnicos vão concedendo aos profissionais de saúde cada vez mais poderes de intervenção na vida e destino das pessoas. Como afirma Lash (cit. Silva, 2002), este poder simbólico já não é maioritariamente ideológico, um sistema de ideias, mas em grande parte um poder informacional. Existem provas substanciais de que a maioria das pessoas quer saber cada vez mais acerca da sua saúde e das principais doenças, procura informação e quer discuti-la com profissionais de saúde (Dias, 2002).

Porém, as pessoas têm elas também o seu sistema de referência, construído e reconstruído com base nas experiências pessoais e culturais, são possuidoras de um saber leigo que muitas vezes ocultam quando em diálogo com os profissionais de saúde, e que estes por sua vez não procuram ou desvalorizam, o que poderá comprometer a intervenção educativa e preventiva.

Foi com base nestes pressupostos que nos dispusemos conhecer a representação social do cancro, com o intuito de posteriormente reflectirmos sobre as nossas práticas educativas. Partimos para este estudo com algumas interrogações e, ao efectuarmos um balanço, sentimos que obtivemos algumas respostas mas fica a sensação de que muito nos escapa. A nossa análise debruçou-se não só sobre o modo como a entidade abstracta – cancro, foi materializada em palavras e estruturada em esquemas conceptuais, mas também sobre a rede de significados que lhe atribuem um sentido.

Associando as ideias presentes nos discursos escritos que nos foram facultados pelos participantes, identificámos uma representação social autónoma, coerente,

organizada em torno de um só núcleo central. Nesta amostra, o núcleo da representação do cancro assenta na ideia de doença mortal, com sofrimento e dor. Nos esquemas periféricos encontramos a heterogeneidade, no seio da qual parecem emergir alguns elementos susceptíveis de colocar em questão o núcleo central, concretamente a curabilidade desta doença.

É ainda uma doença concebida negativamente, de difícil explicação, que desconcerta e assusta, traduzindo-se numa preocupação ansiosa perante a eventualidade do seu surgimento. Os seus significados tecem-se em torno de uma especificidade terapêutica, entrelaçam emoções e crenças, num percurso de duração imprevisível até à morte, vista como algo quase inevitável.

Esta representação tem por pano de fundo um ‘conhecimento’ no qual se encontram referências comuns, e que evidencia a mobilização de conceitos científicos mesclados por expressões que transportam elementos descritivos e simbólicos fornecidos pela sociedade. É através de um cruzamento estratégico de fontes e recursos informativos que este saber do senso comum vai sendo construído.

As crenças mais elevadas são relativas à gravidade da doença, à percepção de vulnerabilidade face à mesma e aos benefícios da prevenção, percebidas sobretudo pelas mulheres, enquanto que os homens revelaram maior percepção de obstáculos à prevenção. Estas crenças vão decrescendo com a idade e entre aqueles que já foram ou são cuidadores de alguém com cancro.

São sobretudo as mulheres que mais aderem aos exames de rastreio, funcionando a convicção de que a detecção precoce é eficaz e o aconselhamento por parte de um profissional de saúde, como estímulos centrais. Como principais obstáculos à adesão, surgiram a ausência de necessidade em efectuar estes exames bem como o medo de os realizar.

Temos consciência de que outras questões poderiam ser levantadas e que não foram exploradas neste estudo. Reconhecemos, também, que outras estratégias poderiam ter sido utilizadas, nomeadamente para identificação das crenças e factores facilitadores da adesão a exames de rastreio. Contudo, foi com estes resultados que perspectivámos algumas reflexões.

Embora não sendo passível de uma generalização, a representação encontrada neste estudo, conduz-nos ao reconhecimento da necessidade de equilibrar a informação com estratégias de persuasão, no âmbito da intervenção educativa em saúde. Mais do que simples informação, parece-nos que as pessoas necessitam de explicações que facilitem a sua compreensão da doença, bem como do seu próprio contributo na probabilidade do seu desenvolvimento. Não se nos afigura fácil, já que implica todo um trabalho, constante e contínuo, que perscrute os ‘saberes’ existentes para neles procurar todo um potencial educativo que deve ser valorizado e mobilizado na desmistificação do cancro, influenciando a aquisição de comportamentos protectores de saúde e de adesão a rastreios.

É neste encadeamento que consideramos que a Enfermagem poderá desempenhar um papel importante, integrada numa equipe de saúde, tanto ao nível comunitário como familiar ou individual. São sobretudo estes dois últimos contextos, mais restritos e de maior proximidade, que, acreditamos, constituem espaços privilegiados para a reconstrução da imagem social do cancro. No entanto, será essencial, como já afirmámos, uma configuração diferente da intervenção educativa se se deseja que seja emancipatória.

Somos de opinião que a partilha de saberes não se deve esgotar na interacção educativa que ocorre entre profissional e utente, mas que deve ser extensiva também aos próprios educadores, pelo que tencionamos discutir os resultados deste estudo com outros profissionais de saúde e sobre eles reflectir em conjunto.

Face à natureza da abordagem que efectuámos à representação do cancro, temos consciência que nos movemos dentro de um círculo de interpretação, permanecendo aberta a possibilidade de novas interpretações uma vez que não é possível a existência de uma leitura única e definitiva de toda a informação que obtivemos. Citando Sperber (cit Spink, 2002: 142): *“Uma interpretação é a representação de uma representação em virtude da similaridade de conteúdos”*. Este foi o ‘olhar’ possível mas que nos deu a perspectiva dos numerosos caminhos que se podem percorrer. No final mantemos a ‘curiosidade’ e procuraremos estar a par das alterações deste saber leigo, continuando a investigar as representações nesta área.

BIBLIOGRAFIA

ABRIC, Jean-Claude – **L'étude des représentations sociales**. In : Jodelet, Denise – *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. ISBN: 2-13-045615-4. p. 187 – 203.

ABRIC, Jean-Claude – **Pratiques sociales et représentations**. 3ª ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2001. ISBN: 2-13-051923-7.

ALMEIDA, S. Leandro; FREIRE, Teresa – **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. Coimbra: APPORT, 1997. ISBN: 972-97388-0-7.

ANDRADE, Rute; SANTOS, Ana Isabel; TRINDADE, Isabel; TEIXEIRA, José Carvalho – **Locus de controlo de saúde, preocupação e adesão das mulheres ao rastreio do cancro do colo do útero**. In: *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da saúde nas doenças crónicas*. Lisboa: ISPA, 2000. ISBN: 972-8400-24-1. p. 701-707.

ANTUNES, Lina M. de J.– **A(s) representação(ões) na experiência da doença oncológica na criança**. “Enfermagem em foco”. Lisboa. Ano VII - Nov./Jan., nº 25 (1997), p. 41-47.

AUGÉ, Marc – **Ordre biologique, ordre social; la maladie, forme elementaire de lévenement**. In: Augé, M.; Herzlich, C. – *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. 3ª ed. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1991. ISBN: 2-903928-05-03. p. 35-91.

BARBOSA, António – **A sensibilidade cultural dos profissionais de saúde**. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Lisboa. Vol. 2, nº4 (1984), p.5-12.

BARBOSA, António – **Educação para a saúde: determinação individual ou social ?** “Revista Crítica de Ciências Sociais”. nº 23 (1987), p. 169-184.

BAST, Robert C. Jr. – **Principios de la biología del cáncer: inmunología tumoral.** In: DeVita, Vincent T. Jr.; Hellman, Samuel; Rosenberg, Steven A. – *Cáncer: principios y práctica de oncología.* 2ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1988. ISBN: 84-345-2612-3. Tomo I, p 117-141.

BECKER, M. H.; MAIMAN, L. A.– **Models of health related behavior.** In: Mechanic, David - *Handbook of health, health care and the health professions.* New York: Free Press, 1983. ISBN: 0-02-920690-1. p. 539-568.

BENNER, Patricia – **De iniciado a perito.** Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 972-8535-97-X.

BENNETT, Paul; MURPHY, Simon – **Psicologia e promoção da saúde.** Lisboa: CLIMEPSI Editores: manuais universitários, nº 14, 1999. ISBN: 972-8449-48-8.

BERNARDO, Mário – **A importância do rastreio na luta contra o cancro.** “Revista Portuguesa de Clínica Terapêutica”, vol.14, nº 1 (1992), p. 29-32.

BLANCO, Alfonso; ANTEQUERA, Rosario; AIRES, Maria del Mar – **Percepción subjetiva del cáncer.** In: Dias, Maria do Rosário; Durá, Estrella (cords) – *Territórios da Psicologia Oncológica.* Lisboa: CLIMEPSI Editores: manuais universitários, nº 22, 2002. ISBN: 972-796-018-9. p. 605-637.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Lisboa: Porto Editora, 1994. ISBN: 972-0-34112-2.

BRAISSANT, Claudine – **Soigner, c’est aussi informer et enseigner.** Paris: Centurion, 1990.

BURY, Jacques A. – **Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planifications.** Bruxelles: De Boeck & Larcier s.a., 1988. ISBN: 2-8041-1055-9.

CAHOON, Margaret C.– **Enfermagem oncológica**. Mem Martins: Publicações Europa – América LDA,1982.

CARAPINHEIRO, Graça – **Prefácio**. In: Dias, Maria do Rosário; Durá, Estrella (cords) – *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: CLIMEPSI Editores: manuais universitários, nº 22, 2002. ISBN: 972-796-018-9. p. XV-XVII.

CHRISMAN, Noel J.; KLEINMAN, Arthur – **Popular health care, social networks, and cultural meanings: the orientation of medical anthropology**. In: Mechanic, David – *Handbook of health, health care and the health professions*. New York: Free Press, 1983. ISBN: 0-02-920690-1. p. 569-590.

COCKERHAM, William C. – **Medical Sociology**. 6º ed. New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1995. ISBN: 0-13-063322-4.

CONDE, José– **Prevenção do cancro**. In: Cabeças, José; Costa, Luísa – *Código Europeu Contra o Cancro*. Coimbra: Instituto de Clínica Geral da Zona Centro, 1998. p. 6.

COUVREUR, Chantal – **A qualidade de vida: arte para viver no século XXI**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-21-5.

DENOIX, Pierre – **A cancerologia**. Lisboa: Edições D. Quixote, 1977.

DIAS, Maria do Rosário – **Informar os doentes oncológicos: uma perspectiva de intervenção**. “Divulgação”. Porto. nº 33, Janeiro (1995), p.1-7.

DIAS, Maria do Rosário – **Cancro da mama: a (contra) informação dos Mass Media ?** In: Dias, Maria do Rosário; Durá, Estrella (cords) – *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: CLIMEPSI Editores: manuais universitários, nº 22, 2002. ISBN: 972-796-018-9. p. 235-263.

DICIONÁRIO BÁSICO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Porto: Porto Editora, 1997. ISBN 972-0-05100-0.

DIE TRILL, Maria – **Cultura y cáncer**. In: Dias, Maria do Rosário; Durá, Estrella (cords) – *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: CLIMEPSI Editores: manuais universitários, nº 22, 2002. ISBN: 972-796-018-9. p. 639-651.

DOISE, Willem – **Attitudes et représentations sociales**. In : Jodelet, Denise – *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. ISBN: 2-13-045615-4. p. 220 - 238.

DUARTE, Maria Deolinda Lopes – **A representação do cancro nos enfermeiros**. “Enfermagem”. Lisboa. nº 19 (2000), p. 37-44.

EYSENCK, H. J.; WILSON, G. D. – **Manual de Psicologia Humana**. Coimbra: Livraria Almedina, 1976.

FARR, Robert M. – **Les représentations sociales**. In : Moscovici, Serge – *Psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1990. ISBN: 2-13-043213-1. p. 379 - 389.

FÉREZ, José Garcia– **Ética de la salud en los procesos terminales**. Madrid: San Pablo, 1998.

FILHO, Edson Alves de Souza – **Análise de Representações Sociais**. In: Spink, Mary Jane (Org.) – *O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social*. 2ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1999. ISBN: 85-11-15057-9. p. 109 – 145.

FLAMENT, Claude – **Structure et dynamique des représentations sociales**. In : Jodelet, Denise – *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. ISBN: 2-13-045615-4. p. 204 - 219.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.

FRAGATA, Júlio – **Noções de Metodologia para a elaboração de um trabalho científico**. Porto: Livraria Tavares Martins, 1980.

GARCÍA-FERNÁNDEZ, M.; PERALBO-UZQUIANO, M. – **Desarrollo cognitivo y concepciones sobre la salud y la enfermedad.** In: Simón, Miguel Angel (ed) – *Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1999. ISBN: 84-7030-626-X. p 115-130.

GARCÍA MARTÍNEZ, Alfonso; SÁEZ CARRERAS, Juan; ESCARBAJAL de HARO, Andrés – **Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida.** Madrid: Arán Ediciones, 2000. ISBN: 84-86725-66-6.

GIL, António Carlos – **Como elaborar proyectos de pesquisa.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GODOY, J. F. – **Psicología de la salud: delimitación conceptual.** In: Simón, Miguel Angel (ed) – *Manual de Psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1999. ISBN: 84-7030-626-X. p 39-76.

GOETZ, S. P.; LECOMPTE, M. D. – **Etnografía y diseño Cualitativo en Investigación Educativa.** Madrid: Ediciones Morata, 1988. ISBN: 84-7112-320-7.

GOLANDER, Haver – **O desenvolvimento da teoria em Enfermagem a partir da Investigação Qualitativa e Quantitativa.** “Enfermagem”. Lisboa. ISSN: 0871-0775. nº 3 (1996), p. 30-35.

GONÇALVES FERREIRA, F. A.– **Sistemas de saúde e seu funcionamento: sistemas de cuidados de saúde no mundo. O caso particular de Portugal.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1989.

GOUVEIA, Joaquim; SILVA, Manuel António L.; VELOSO, Vitor – **Registo Oncológico Nacional.** Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, 1993.

GREEN, Lawrence W – **Health Education Models.** In: Matarazzo, J. D.; Herd, J.; Miller, N. E.; Weiss, S. M. (eds) – *Behavioral Health.* New York: John Wiley and Sons, 1984. p. 181-192.

GREEN, Lawrence W.; JOHNSON, Katrina W. – **Health Education and Health Promotion**. In: Mechanic, David – *Handbook of health, health care and the health professions*. New York: Free Press, 1983. ISBN: 0-02-920690-1. p. 744-765.

GREEN, W. H.; SIMONS-HORTON, B. G. – **Educación para la salud**. 1ª ed. México: Interamericana McGraw Hil, 1988.

GUILLEMOT, Hélène – **Environnement: faibles doses, forts dangers?** "Science & Vie". Paris. nº 960, Septembre (1997), p.84-94.

HELMAN, Cecil G.– **Cultura, Saúde e Doença**. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1994.

HERBERT, Michelle Lessand; BOUTIN, Herbert – **Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN: 972-9295-75-1.

HERZLICH, Claudine – **La représentation sociale**. In: Moscovici, Serge (ed) – *Introduction à la psychologie social*. Paris: Librairie Larousse, 1972. p. 303-323.

HERZLICH, Claudine – **Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale**. Paris: Éditions de L'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1984.

HERZLICH, Claudine – **Medecine moderne et quete de sens: la maladie significant social**. In: Augé, M.; Herzlich, C. – *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. 3ª ed. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1991. ISBN: 2-903928-05-03. p. 189-215.

HESPANHA, Maria José Ferros– **O Corpo, a doença e o Médico: representações e práticas sociais numa aldeia**. "Revista Crítica de Ciências Sociais". Coimbra. nº23 (1987), p. 195-209.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – **Investigação por questionário**. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000. ISBN: 972-618-233-9.

HONORÉ, Bernard – **A saúde em projecto**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-31-2.

IMBAULT-HUART, Marie-José – **História do cancro.** In: Le Goff, Jacques – *As doenças têm história.* Mem Martins: Terramar, 1985. ISBN: 972-710-042-2. p. 165-176.

ISRAEL, Lucien – **O cancro nos dias de hoje.** Lisboa: Editorial Futura, 1978.

JEKEL, James F.; ELMORE, Joann G.; KATZ, David L.– **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

JODELET, Denise – **Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie.** In : Moscovici, Serge – *Psychologie sociale.* Paris: Presses Universitaires de France, 1990. ISBN: 2-13-043213-1. p. 357 - 378.

JODELET, Denise – **Représentations sociales : un domaine en expansion.** In : Jodelet, Denise – *Les représentations sociales.* Paris: Presses Universitaires de France, 1994. ISBN: 2-13-045615-4. p. 31 - 61.

KÉROUAC, Suzane et al– **La pensée Infirmière.** Laval: Éditions Études Vivantes - Maloine, 1994.

LASSNER, Keith (ed) – **Manual de educación sanitaria del paciente.** Barcelona: Ediciones Doyma, 1989. ISBN: 84-7592-271-6.

LEAVELL, Hugh Rodman ; CLARK, E. Gurney – **Medicina preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1977.

LEVENTHAL, Howard – **Behavioral medicine: psychology in health care.** In: Mechanic, David – *Handbook of health, health care and the health professions.* New York: Free Press, 1983. ISBN: 0-02-920690-1. p. 709-743.

LIMA, Maria Luísa Pedroso de – **Atitudes.** In: Vala, Jorge ; Monteiro, Maria Benedicta – *Psicologia social.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. ISBN: 972-31-0595-0. p. 167 - 199.

LINDEMAN, Carol – **Nursing and health education.** In: Matarazzo, J. D.; Herd, J.; Miller, N. E.; Weiss, S. M. (eds) – *Behavioral Health.* New York: John Wiley and Sons, 1984. p. 1214-1217.

LOPES, Manuel M. Ramos – **Em louvor da prevenção**. “Revista Portuguesa de Cardiologia”. Lisboa. Vol.12, nº 9 (1993), p.707-712.

LOPES, Manuel José – **A integração do doente oncológico no seu meio bio-sócio-familiar: problemas mais frequentes no doente oncológico pós alta**. “Enfermagem em foco”. Lisboa. Ano VII - Ag/Out, nº 28 (1997), p.25-29.

LÓPEZ SANTOS, V. – **Marco conceptual de educación para la salud**. In: Frías Osuna, Antonio – *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson, 2000. ISBN: 84-458-1003-0. p. 341-354.

MARINHO, Carla Sofia; TEIXEIRA, José Carvalho – **Rastreo oncológico-Adesão de mulheres à realização da mamografia**. In: *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da saúde nas doenças crónicas*. Lisboa: ISPA, 2000. ISBN: 972-8400-24-1. p. 197-205.

MATIAS, Aurora – **A organização da luta social contra o cancro em Portugal. Abordagem socio-histórica**. In: Dias, M. Rosário; Durá, Estrella (ed) – *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: CLIMEPSI, 2002. ISBN: 972-796-018-9. p. 99-128.

McDAVID, Jonh W.; HARARI, Herbert – **Psicologia e Comportamento Social**. Rio de Janeiro: Editora Interciência Lda, 1980.

MILLER, Morven; KEARNEY, Nora; SMITH, Karen – **Measurement of cancer attitudes: a review**. “European Journal of Oncology Nursing”. Vol. 4, nº 4 (2000), p. 233-245.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Oncológico Nacional 1995-1999**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século 1998-2002**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Oncológico Nacional 2001-2005**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Ganhos de saúde em Portugal, ponto da situação: relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde.** Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2002. ISBN: 972-675-081-4.

MIRANDA, Ana da Costa– **Rastreios de cancro.** “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Lisboa. Vol.12, nº 3 (1994), p.57-60.

MOSCOVICI, Serge – **Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire.** In : Jodelet, Denise – *Les représentations sociales.* Paris: Presses Universitaires de France, 1994. ISBN: 2-13-045615-4. p. 62 - 86.

MOSCOVICI, Serge; HEWSTONE, Miles – **De la science au sens commun.** In: Moscovici, S. (ed) – *Psychologie Sociale.* Paris: Presses Universitaires de France, 1990. ISBN: 2-13-043213-1. p. 539-566.

MOTA, Luís Cayolla da ; FALCÃO, José Marinho – **2º Atlas da Mortalidade por Cancro em Portugal: 1990 – 1992.** Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública (UNL), 1997. ISBN: 972-675-074-1.

MUCCHIELLI, Roger – **L’analyse de contenu: des documents et des communications.** 4ª ed. Paris: Librairies Techniques, 1982.

MUGNY, Gabriel; PASTAMOU, Stamos - **Les styles de comportement et leur représentation sociale.** In: Moscovici, S. (ed) – *Psychologie Sociale.* Paris: Presses Universitaires de France, 1990. ISBN: 2-13-043213-1. p. 391-413.

NAVARRO, Maria Fernanda– **Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária.** “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Lisboa. Vol.13, nº 4 (1995), p.77-82.

NUNES, Berta– **O saber médico do povo.** Lisboa: Fim de Século Edições, 1997.

NUNES, João Arriscado – **Escala, heterogeneidade e representação: para uma cartografia da investigação sobre o cancro.** “Revista Crítica de Ciências Sociais”. Coimbra. Nº 46 (1996), p. 9-46.

OGDEN, Jane – **Psicologia da saúde**. Lisboa: CLIMEPSI Editores: manuais universitários, nº 11, 1999. ISBN: 972-8449-16-X.

PÁDUA, Fernando – **Promoção da saúde e prevenção das doenças não transmissíveis**. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva Prof. Fernando Pádua, 1999.

PARDAL, Manuela Santos – **Educação para a saúde: conceitos e perspectivas**. “Saúde e Escola”. Nº 6 (1990), p.11-14.

PARDER, Arthur B. – **Principios biológicos del cáncer: bioquímica y biología celular**. In: DeVita, Vincent T. Jr.; Hellman, Samuel; Rosenberg, Steven A. – *Cáncer: principios y práctica de oncología*. 2ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1988. ISBN: 84-345-2612-3. Tomo I, p 3-22.

PATRÃO, Ivone; TEIXEIRA, José Carvalho; INÁCIO, Maria do Rosário – **Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero – Estudo exploratório em mulheres dos 20/65 anos**. In: *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da saúde nas doenças crónicas*. Lisboa: ISPA, 2000. ISBN: 972-8400-24-1. p. 373-380.

PEREIRA, Costa – **A análise de dados nas representações sociais**. “Análise Psicológica”. Ano XV, nº 1 (1997), p. 49-62.

PEREIRA, Joana Rodrigues; TEIXEIRA, José Carvalho – **Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata**. In: *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da saúde nas doenças crónicas*. Lisboa: ISPA, 2000. ISBN: 972-8400-24-1. p. 391-399.

PIERRET, J. – **Les significations sociales de la santé**. In: Augé, M.; Herzlich, C. – *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des archives contemporaines, 1991. ISBN: 2-903928-05-03. p. 217-256.

PITOT, Henry C. – **Principios de la biología del cáncer: carcinogénesis química**. In: DeVita, Vincent T. Jr.; Hellman, Samuel; Rosenberg, Steven A. – *Cáncer*:

principios y práctica de oncología. 2ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1988. ISBN: 84-345-2612-3. Tomo I, p 74-92.

POISSON, Yves – **La recherche Qualitative en Éducation**. Québec: Presses de L'Université du Québec, 1991. ISBN: 2-7605-04643-6.

PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde – **Conhecer os caminhos de saúde: relatório de Primavera 2001**. Lisboa: s. e., 2001.

REIS, Maria Antonieta ; TEIXEIRA, José Carvalho – **Rastreio oncológico-Adesão das mulheres ao auto-exame da mama**. In: *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da saúde nas doenças crónicas*. Lisboa: ISPA, 2000. ISBN: 972-8400-24-1. p. 505-519.

RIBEIRO, José Luís Pais – **Saúde e doença**. In: McIntyre, Teresa Mendonça – *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Porto: Associação dos Psicólogos Portugueses, 1994. Colectânea de textos técnicos de Psicologia, p 33-72.

RIBEIRO, José Luís Pais – **Psicologia e saúde**. Lisboa: ISPA, 1998.

RICE, Marilyn – **Educacion en salud, cambio de comportamiento, tecnologias de communication y materiales educativos**. “Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana”. Vol. 1, nº 98 (1985), p. 65-79.

RICHARDSON, Robert Jarry et al – **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2ª ed. S. Paulo: Editora Atlas, 1989. ISBN: 85-224-0-450-X.

RUSSEL, Nancy – **Manual de educação para a saúde**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1996. ISBN: 972-9425-51-5.

SAN MARTIN, H.– **Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva**. 2ª ed. Barcelona: Masson S. A, 1989.

SANTOS, Guimarães dos – **Política oncológica nacional**. In: Liga Portuguesa Contra o Cancro/ Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil. Lisboa –

Prevenção do cancro e da sida; promoção da dádiva de sangue: educação para a saúde. 2ª ed. Porto: Edições ASA, 1988 ^(a). p. 11-14.

SANTOS, Guimarães dos – **Cancerigénese e ambiente.** In: Liga Portuguesa Contra o Cancro/ Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil. Lisboa – *Prevenção do cancro e da sida; promoção da dádiva de sangue: educação para a saúde.* 2ª ed. Porto: Edições ASA, 1988 ^(b). p. 43-45

SANTOS, Marta Couto; TEIXEIRA, José Carvalho – **Adesão ao auto-exame da mama, locus de controlo para a saúde e expectativa de auto-eficácia (estudo exploratório com mulheres de idade igual ou superior a 30 anos).** In: *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da saúde nas doenças crónicas.* Lisboa: ISPA, 2000. ISBN: 972-8400-24-1. p. 569-700.

SCHWARTSMANN, Gilberto – **Biologia molecular e genética do câncer.** In: Schwartsmann, Gilberto et al – *Oncologia clínica: princípios e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 31-41.

SELLTIZ, Claire – **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** 2ª ed. São Paulo: E. P. U., 1987.

SERRÃO, Daniel – **Biologia do cancro: o cancro em seus aspectos biológico, epidemiológico e clínico-terapêutico.** In: Liga Portuguesa Contra o Cancro/ Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil. Lisboa – *Prevenção do cancro e da sida; promoção da dádiva de sangue: educação para a saúde.* 2ª ed. Porto: Edições ASA, 1988. p. 15-22.

SILVA, Pedro Ribeiro da – **A educação para a saúde e o marketing social. Aspectos relacionados com a prevenção do cancro.** In: Dias, Maria do Rosário; Durá, Estrella (cords) – *Territórios da Psicologia Oncológica.* Lisboa: CLIMEPSI Editores: manuais universitários, nº 22, 2002. ISBN: 972-796-018-9. p. 189-211.

SIMONDS, Scott K. – **Health education.** In: Matarazzo, J. D.; Herd, J.; Miller, N. E.; Weiss, S. M. (eds) – *Behavioral Health.* New York: John Willey and Sons, 1984. p. 1223-1227.

SONTAG, Susan – **A doença como metáfora e a sida e as suas metáforas.** Lisboa: Quetzal Editores, 1998. ISBN: 972-564-334-8.

SOURNIA, Jean-Charles; RUFFIE, Jacques – **As epidemias na história do Homem.** Lisboa: Edições 70, 1984.

SPINK, Mary Jane Paris – **O estudo empírico das Representações Sociais.** In: Spink, Mary Jane (Org.) – *O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social.* 2ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1999. ISBN: 85-11-15057-9. p. 85 – 108.

SPINK, Mary Jane – **Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais.** In: Guareschi, Pedrinho; Jovchelovitch, Sandra (Org.) – *Textos em Representações Sociais.* 7ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. ISBN: 85-326-1297-0. p. 117-145.

SPORN, Michael B.; ROBERTS, Anita B.; DRISCOLL, Jonh S. – **Principios de la biología del cáncer: factor de crecimiento y diferenciación.** In: DeVita, Vincent T. Jr.; Hellman, Samuel; Rosenberg, Steven A. – *Cáncer: principios y práctica de oncología.* 2ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1988. ISBN: 84-345-2612-3. Tomo I, p 47-62.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem – avançando o imperativo Humanista.** 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-29-0.

STROEBE, Wolfgang; STROEBE, Margaret S. – **Psicologia Social e Saúde.** Lisboa: Instituto Piaget, 1999. ISBN: 972-771-064-6.

TAVARES, Cláudia M. M.; TEIXEIRA, Enéas R. – **Trabalhando com representações sociais na Enfermagem.** In: Gauthier, Jacques H. M.; Cabral, Ivone E.; Santos, Iraci; Tavares, Claudia M. M. – *Pesquisa em Enfermagem : novas metodologias aplicadas.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998. ISBN: 85-277-0436-6. p. 51-59.

TORRES SANTOMÉ, J. – **La investigación etnográfica y la reconstrucción crítica en educación.** In: GOETZ, S. P.; LECOMPTE, M. D. – *Etnografía y Diseño Cualitativo en Investigación Educativa.* Madrid: Ediciones Morata, 1988. ISBN: 84-7112-320-7. p. 11-22.

VALA, Jorge – **As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social.** “Análise social”. Vol. XXVIII, nº 123-124 (1993), p. 887-919.

VALA, Jorge – **Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social.** In: Vala, Jorge ; Monteiro, Maria Benedicta – *Psicologia social.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. ISBN: 972-31-0595-0. p. 353 - 384.

VILADIU QUEMADA, P.; CATALÁN FERNÁNDEZ, J. G. – **Cáncer y sociedad.** In: Barón et al – *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer.* Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996. ISBN: 84-7903-223-5. p. 13-25.

WEISS, L. G., LONNQUIST, L. E. – **The sociology of health, healing and illness.** New Jersey: Englewood Cliffs, 1994.

WOUDE, George F. V. ; GILDEN, Raymond V. – **Principios de la biología del cáncer: biología molecular.** In: DeVita, Vincent T. Jr.; Hellman, Samuel; Rosenberg, Steven A. – *Cáncer: principios y práctica de oncología.* 2ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1988. ISBN: 84-345-2612-3. Tomo I, p 23-46.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

VI CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

Este questionário destina-se a um estudo sobre Representações Sociais do cancro

Marília Andrade Neves

Este questionário é anônimo e confidencial, por isso não o assine.

Não é um teste, por isso não se preocupe se as suas respostas são certas ou erradas.

Encontrará questões de resposta aberta, às quais deverá responder da forma mais espontânea possível, dando a informação ou opinião mais adequada à situação indicada.

Nas respostas às questões fechadas deverá assinalar com uma (X) a, ou as respostas que correspondem à sua opinião.

Exemplo - Tem televisão? Sim Não

Leia com atenção as questões

Responda às questões pela ordem em que se apresentam.

Não passe de folha, nem a vire, sem ter respondido às questões que nela constam.

Não deixe nenhuma questão por responder, pois anularia o questionário e a sua preciosa colaboração.

Obrigado pela sua colaboração

PARTE I
Dados Pessoais

1. Sexo :

Masculino

Feminino

2. Idade _____ anos

3. Estado civil _____

4. Nível mais elevado de escolaridade completa _____

5. Profissão ou ocupação _____

PARTE II

Questões

Nesta 1ª questão, escreva sem hesitar as palavras que lhe forem surgindo sem se preocupar com o que escreve. Escreva cada uma em sua linha, pela ordem em que lhe surgem.

EXEMPLO:

- Se lhe fosse pedido que escrevesse as palavras que associa ao **VERÃO**, provavelmente escreveria:

1ª calor

2ª praia

3ª férias

6. A que associa a palavra **CANCRO**:

1ª _____

2ª _____

3ª _____

4ª _____

5ª _____

6ª _____

7ª _____

8ª _____

9ª _____

10ª _____

8. De uma forma mais extensa, descreva o seu conceito de cancro:

9. Em sua opinião, o que pode provocar esta doença?

10. Assinale os aspectos que considere serem Sinais de Alerta do Cancro:

Emagrecimento	
Problemas na digestão ou dificuldade em engolir	
Fadiga	
Mudança nos hábitos do funcionamento intestinal ou urinário	
Hemorragia ou secreção não justificadas	
Palidez acentuada	
Alterações evidentes de um sinal ou verruga	
Eczema na pele	
Dores nas mamas	
Endurecimento ou 'caroços' na mama ou em qualquer outra parte	
Ferida que não cicatriza	
Deformações ou irregularidades na pele	
Tosse ou rouquidão persistentes	

11. Leia cada uma das afirmações e assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor represente a sua opinião.

Exemplo:

Hoje vê-se muita televisão	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
----------------------------	----------------	----------	----------	----------------

1	Nem todos os que sofrem de cancro morrem dele	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
2	A maioria dos cancros é hoje tratável	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
3	Muitas pessoas recuperam do cancro	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
4	Há hipóteses de eu ter cancro, há história da doença na família	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
5	Não há vantagens em fazer exames de rastreio, não são eficazes	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
6	Se o cancro tiver de surgir nada o pode impedir	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
7	Os meus hábitos de vida aumentam a possibilidade de vir a ter cancro	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
8	A sociedade actual não ajuda a levar uma vida saudável	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
9	Vale a pena fazer um esforço para manter uma vida saudável	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
10	Se o cancro for detectado cedo poderá ser tratado com êxito	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
11	Os exames de rastreio ajudam a reduzir as mortes por cancro	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
12	Existe muita informação sobre estes exames	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
13	A maioria dos exames de rastreio são embaraçosos	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
14	O medo dos resultados leva as pessoas a não os fazerem	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
15	Os exames de rastreio não são acessíveis a toda a gente	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
16	A falta de disponibilidade e de tempo dificulta a adesão aos rastreios	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
17	Sigo as regras de uma vida saudável, não vejo hipótese de vir a ter cancro	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
18	Nada indica que eu possa ter cancro	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
19	O cancro altera completamente a vida de uma pessoa	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
20	Mais cedo ou mais tarde o cancro acaba por matar	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
21	Não há nada que detenha esta doença	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
22	Sempre fui saudável, não creio que venha a ter cancro	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito

12. Faz, habitualmente, exames de rastreio do cancro: auto-exame da mama, auto-exame dos testículos, mamografia, citologia vaginal, exame rectal, etc.?

Se a sua resposta é **Sim**, assinale com um (X) na **coluna da Esquerda** as situações condizentes com o seu caso.

Se a sua resposta é **Não**, proceda da mesma forma na **coluna da Direita**.

Sim, porque:

Um profissional de saúde aconselhou	
Os amigos também participam	
Apareceram sinais/sintomas suspeitos	
Sentiu necessidade de fazer-los	
Está bem informado do que são	
Conhece as suas vantagens	
Um familiar/amigo o convenceu	
Leu artigos/cartazes/folhetos que os aconselham	
Num programa de televisão/rádio os aconselharam	
Se houver doença, quanto mais cedo se descobrir melhor	
Ajudaram na situação de um familiar/amigo	
Recebeu uma convocatória	

Não, porque:

Tem medo do exame	
Não sabe onde se fazem	
Nunca ouviu falar deles	
Tem vergonha	
Não sabe como é que são	
Não sabe para que é que servem	
Nenhum profissional de saúde os aconselhou	
Tem medo do resultado	
Não vê vantagens em os fazer	
Os familiares/amigos também não os fazem	
Não sente necessidade de os fazer	
Um familiar/amigo fazia-os e não lhe valeu de nada	
A família se opõe	
Receia que sejam desconfortáveis/dolorosos	
Nunca precisou de os fazer	

Se há outros motivos que não encontrou nas colunas acima, escreva-os aqui:

13. Onde procura informação sobre o cancro ?

Assinale apenas as situações a que habitualmente recorre, ordenando-as por ordem de preferência.

Exemplo:

- nos livros 2º
- em revistas _____
- outras: perguntando a um familiar médico 1º

- 2 – em conversas com amigos _____
- 3 – em artigos de jornais e revistas _____
- 4 – perguntando aos médicos _____
- 5 – nos panfletos e cartazes _____
- 6 – na Liga Portuguesa contra o cancro _____
- 7 – perguntando aos enfermeiros _____
- 8 – em palestras no Centro de saúde / Hospital _____
- 9 – outros _____

14. Já viveu a experiência de cuidar de alguém com cancro ?

Sim

Não

Estou a vivê-la

Obrigado pelas suas respostas

***ANEXO II – MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS
DO CONCEITO DE CANCRO***

Matriz de redução de dados do Conceito de cancro

Categorias	Unidades de análise	Participantes
Alteração celular	<i>Proliferação anormal das células de um tecido ou de um órgão.</i>	P ₃
	<i>É uma deterioração anormal das células de qualquer tecido ou órgão.</i>	P ₄
	<i>Grupo de doenças devidas ao crescimento descontrolado de células num dos órgãos ou tecidos do corpo. É a segunda maior causa de morte em Portugal.</i>	P ₇
	<i>Pode ser maligno ou benigno.</i>	P ₁₀
	<i>Doença em que há uma deformação das células, tendo estas desenvolvimento para metástases, espalhando-se para todo o corpo</i>	P ₂₂
	<i>Formação desordenada de células.</i>	P ₂₆
	<i>É uma doença das células, que se formam mal provocando o alastramento a células saudáveis.</i>	P ₄₀
	<i>Pode ser um tumor maligno ou não, são células que degeneram.</i>	P ₄₄
	<i>Reprodução anormal e anárquica das células de um órgão.</i>	P ₅₀
	<i>É o resultado de divisões celulares erradas.</i>	P ₅₃
	<i>Desenvolvimento descontrolado de células.</i>	P ₆₄
	<i>Rápido alastramento de células devido a anomalias no ADN.</i>	P ₆₆
	<i>Células aparentemente normais que não param de se multiplicar.</i>	P ₆₇
<i>Alterações celulares que por sua vez se multiplicam e alastram.</i>	P ₇₃	
<i>Divisão anormal das células.</i>	P ₇₇	
<i>È uma doença que pode atingir qualquer órgão do corpo humano (...) que se inicia quando há uma alteração na divisão celular (...) que passa a ser anormal, desmedida e maligna.</i>	P ₈₃	

Doença Imprevisível	<i>Doença inesperada e muito perigosa</i>	P ₁
	<i>Doença que às vezes surge de repente</i>	P ₉
	<i>É uma doença imprevisível</i>	P ₂₇
	<i>Doença que aparece de forma inesperada, desenvolvendo-se rapidamente</i>	P ₄₂
	<i>Doença que aparece de forma inesperada</i>	P ₄₃
	<i>Aparece de forma inesperada</i>	P ₅₄
	<i>Doença terrível que surge inesperadamente</i>	P ₆₂
	<i>Doença inesperada</i>	P ₇₀
Doença Assustadora	<i>É das doenças que mais me assusta (...) amedronta</i>	P ₂₄
	<i>Tenho pavor ao pensar nela (...) nunca pensei a sério nessa ideia de a vir a ter</i>	P ₂₅
	<i>Nunca nos sai do pensamento</i>	P ₂₉
	<i>Doença que todos nós nos horrorizamos só em falar a palavra</i>	P ₃₃
	<i>Algo bastante aterrador</i>	P ₅₆
Doença Desconcertante	<i>É uma das formas mais terríveis de acabar a vida</i>	P ₇₂
	<i>Muitos casos em curto espaço de tempo são levados à morte</i>	P ₂₀
	<i>É uma doença que pode ser ou não fatal</i>	P ₃₈
	<i>É uma doença que surge não se sabe como nem porquê</i>	P ₃₉
	<i>Doença traiçoeira, isto é: não poupa ninguém</i>	P ₄₉
	<i>Tem situações nas quais o seu desenvolvimento é rápido e noutras bastante lento</i>	P ₅₆
	<i>Após tanta luta, labuta, cuidados tomados e sem mais nem menos constatar que é possuidor da terrível doença</i>	P ₇₂
	<i>Algo de estranho ao qual está associado sofrimento</i>	P ₇₄
	<i>Doença que pode ou não ter cura</i>	P ₇₉

Doença Incurável	<i>É uma doença terrível, sem cura</i>	P ₆
	<i>Tem um tratamento difícil, é incurável</i>	P ₁₈
	<i>Doença que neste momento não tem cura</i>	P ₂₀
	<i>Doença ainda sem cura</i>	P ₆₇
	<i>Doença que não tem cura</i>	P _{32, P_{35, P_{39, P_{41, P_{46, P₈₂}}}}}
Doença Fatal	<i>Infelizmente poucas hipóteses dá às pessoas que o contraem</i>	P ₂
	<i>Raras vezes se consegue debelar</i>	P ₆
	<i>É um mal que mata a gente</i>	P ₁₃
	<i>Mata em pouco tempo</i>	P ₁₅
	<i>Não há qualquer hipótese de salvação</i>	P ₂₄
	<i>Doença mortal</i>	P _{25, P_{40, P₈₂}}
	<i>Um “bichinho” cruel que mata lentamente</i>	P ₂₈
	<i>Doença de rápida disseminação, mortal</i>	P ₅₂
	<i>Doença fatídica</i>	P ₅₇
	<i>“Bicho” traiçoeiro que vai minando em silêncio na busca da morte, que é o seu fito único</i>	P ₅₈
Doença difícil de explicar	<i>Leva por fim à morte</i>	P ₈₁
	<i>Doença muito má</i>	P ₁₄
	<i>É um dos males do século</i>	P ₅₁
	<i>Algo de muito mau</i>	P ₆₁
	<i>Doença ruim</i>	P ₆₅
	<i>É um dos flagelos da humanidade</i>	P ₇₆
	<i>Doença que dá para pensar no mal</i>	P ₇₉

Doença que pode ser curável	<i>Doença que pode ser curada em alguns casos</i>	P ₁
	<i>Se for detectada a tempo (diagnosticada na sua fase inicial) 'pode ser curada com tratamentos adequados', 'pode efectuar-se tratamento com êxito', 'pode ter um tratamento eficaz', 'terá mais hipóteses de ter cura'</i>	P ₁₀ , P ₁₁ P ₂₁ , P ₈₃
	<i>É uma doença grave, embora nalguns casos seja uma doença curável</i>	P ₄₅
	<i>Se for detectada a tempo e tratada convenientemente, não tem que ser obrigatoriamente mortal</i>	P ₄₉
	<i>Tem-se avançado na diminuição das mortes, devido ao avanço das novas tecnologias, tanto a nível de exames que detectam a tempo a doença como a nível de tratamentos mais avançados</i>	P ₅₁
	<i>Para muitos tipos já existe cura</i>	P ₅₅
	<i>Apesar de tudo, nos dias de hoje existem técnicas bastante desenvolvidas que podem curar o cancro</i>	P ₅₉
	<i>Doença grave, hoje com hipóteses de ser curada se combatida precocemente</i>	P ₆₀

***ANEXO III – MATRIX DE REDUÇÃO DE DADOS
DA ETIOGÊNESE DO CANCRO***

Matriz de redução de dados da etiogénese do cancro

Categoria	Unidades de análise	Participantes
Causas inespecíficas	<i>Existe muitas coisas que o podem provocar</i>	P ₁
	<i>Um cancro é geralmente causado por factores cancerígenos</i>	P ₃
	<i>Infelizmente ainda não há certezas do possível aparecimento dessa doença</i>	P ₄
	<i>Quase tudo se for em excesso</i>	P ₁₂
	<i>Não se conhece bem a causa</i>	P ₁₈
	<i>Deformação de células</i>	P ₂₂
	<i>Interrogo-me muitas vezes precisamente sobre as causas, poderão ser algumas, mas não sei dizer realmente o que a provoca</i>	P ₂₄
	<i>Tudo o que é inimaginável pode provocar o cancro porque há diferentes tipos</i>	P ₂₅
	<i>Tudo aquilo que se fala</i>	P ₂₈
	<i>Tudo e mais alguma coisa</i>	P ₃₂
	<i>Existem formas da doença em que não há explicação para o seu aparecimento</i>	P ₃₈
	<i>Na maioria é difícil responder o porquê do surgir desta doença</i>	P ₄₄
	<i>Existem um sem número de razões que podem provocar esta doença</i>	P ₅₃
	<i>Diversas coisas consoante o tipo de cancro</i>	P ₅₄
	<i>Existem várias coisas e outras ainda por descobrir</i>	P ₅₆
	<i>Exposição, contacto ou ingestão de produtos cancerígenos</i>	P ₅₇
<i>Os factores mais diversos</i>	P ₆₀	
<i>De certa forma tudo o que altere o ADN de forma prejudicial</i>	P ₆₆	

Categoria	Sub-categoria	Unidades de análise	Participantes	
Causalidade exógena	Susceptibilidade Genética	<i>Pré-disposição genética</i>	P ₅₃	
		<i>Causas / factores genéticos</i>	P ₅ , P ₅₈ , P ₇₄ , P ₇₅ , P ₇₆ , P ₈₃	
		<i>Causas / tendência hereditárias</i>	P ₄ , P ₁₂ , P ₂₈	
		<i>Hereditariedade</i>	P ₅₉ , P ₆₈ , P ₇₃	
		Factores do meio ambiente	<i>Ambiente</i>	P ₁₀ , P ₆₁
			<i>Poluição</i>	Total de 16 P
			<i>Fontes de radiação</i>	P ₇ , P ₇₇
			<i>Sol / radiação solar</i>	Total de 17 P
			<i>Produtos / compostos químicos</i>	P ₈ , P ₃₃ , P ₈₄
			<i>Produtos tóxicos</i>	P ₈₅
	<i>Tabaco</i>		Total de 33 P	
	<i>Fumo do tabaco</i>		P ₃ , P ₂₃	
	<i>Alimentação</i>		Total de 12 P	
	<i>Álcool</i>		Total de 13 P	
	<i>Produtos químicos, desde os que se utilizam nas sementeiras aos adubos</i>		P ₁₃	
	<i>Os químicos que colocam nas coisas para elas se conservarem</i>	P ₁₅		
	<i>Adição de corantes, conservantes e hormonas nos animais</i>	P ₈₄		
	Factores físicos	<i>Ferida mal curada</i>	P ₉ , P ₃₄ , P ₈₂	
		<i>Uma pancada</i>	P ₉ , P ₂₇ , P ₃₆ , P ₆₅ , P ₈₂	
		<i>Inflamação dos tecidos</i>	P ₄	
		<i>Esforços</i>	P ₂₅	

Categoria	Sub-categoria	Unidades de análise	Participantes
Causalidade endógena	<i>Estilo de vida</i>	<i>Hábitos da pessoa</i>	P ₇ , P ₂₆
		<i>Maus hábitos de vida</i>	P ₅₂
		<i>Abusos de vários tipos</i>	P ₇₃
		<i>Estilos de vida pouco saudáveis como fumar, alimentação pobre em verduras e fruta, exposição ao sol</i>	P ₁₈
		<i>O novo estilo de vida: sedentarismo, tabaco, obesidade, fast-food, exposição solar excessiva</i>	P ₄₂
			Total de 13 P
		<i>Fumar / consumo de tabaco</i>	P ₂ , P ₃₈ , P ₆₄ , P ₈₁
		<i>Consumo de álcool</i>	P ₁₂ , P ₂₀
		<i>Bebidas em excesso</i>	P ₇₄ , P ₇₅ , P ₈₃
		<i>Hábitos alimentares</i>	Total de 14 P
		<i>Má alimentação</i>	P ₂ , P ₂₈ , P ₆₃
		<i>Alimentação desregrada</i>	P ₂₁ , P ₅₀ , P ₅₃ , P ₇₃
		<i>Erros alimentares</i>	Total de 17 P
		<i>Exposição ao sol</i>	P ₂ , P ₆ , P ₂₈ , P ₆₄ , P ₇₀ , P ₇₂
<i>Stress / vida agitada</i>			

***ANEXO IV – MATRIZ GLOBAL DE VOCÁBULOS
ASSOCIADOS AO CANCRO***

Álcool	-	-	2	0.46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	3	0.69	
Ajuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	1	0.23	1	0.23	-	-	-	-	-	3	0.69	
Maligno	1	0.23	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Fé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	1	0.23	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Coragem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Investigação	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Alimentação	1	0.23	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Desgosto	-	-	1	0.23	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Desfiguração	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Cemitério	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	1	0.23	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Incerteza	-	-	-	-	2	0.46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Fadiga	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Preocupação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Ansiedade	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Saúde	1	0.23	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.46	
Hereditariedade	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Resignação	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Bicho	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Infelicidade	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Destruição	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Sacrifício	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Inesperado	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Exclusão	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Solidariedade	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Afastamento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Penoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Paciência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Desalento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Desamparo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Raiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	1	0.23	
Mudança	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	1	0.23	
Desânimo	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	
Invalidez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.23	1	0.23
TOTAL	78	18.30	70	16.48	57	13.30	51	12.01	45	10.43	38	8.80	27	6.25	25	5.78	24	5.55	13	3.10	428	100.00			