



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DO CÂNCER DE BOCA NA ZONA
RURAL DE CAJAZEIRAS-PB**

THIAGO DIAS QUIRINO DE MOURA

**CAJAZEIRAS – PB
2010**

THIAGO DIAS QUIRINO DE MOURA

Universidade Federal de Campina Grande - (UFG)
Instituto de Saúde - Biotecnologia - Biotecnologia em Saúde
Campina Grande - Paraíba

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DO CÂNCER DE BOCA NA ZONA RURAL DE CAJAZEIRAS-PB

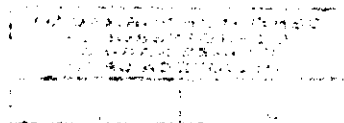
Monografia de Graduação
2010

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em enfermagem

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Adriane Bezerra de Moura.
Co-orientador: Prof. Dr. Antonio Fernandes Filho.

CAJAZEIRAS – PB
2010





Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

M929r MOURA, Thiago Dias Quirino de
A representação social acerca do câncer de boca na
zona rural de Cajazeiras-PB./Thiago Dias Quirino de
Moura. Cajazeiras, 2010.
50f.

Orientador: Sérgio Adriane Bezerra de Moura
Co-Orientador: Antônio Fernandes Filho
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1. Câncer de boca. I. Título.

UFPG/CFP/BS

CDU- 616.31-002.4

THIAGO DIAS QUIRINO DE MOURA

**TÍTULO: A REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DO CÂNCER DE BOCA NA
ZONA RURAL DE CAJAZEIRAS-PB**

Aprovada em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sérgio Adriane Bezerra de Moura

(Orientador -UFRN)

Prof. Dr. Antonio Fernandes Filho

(Co-orientador – UFCG)

Prof. Msc. José Ferreira Lima Júnior

(Membro – UFCG/ETSC)

Prof. Dr. José Cesário de Almeida

(Suplente - UFCG)

**Aos meus pais,
por sempre acreditarem
no meu potencial,
pela vida que me deram
e pelas lições de amor que me ensinaram.**

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

AGRADECIMENTOS

À minha doce e amada Gê, pela paciência, pelo incentivo e pela inspiração.

Aos professores e grandes amigos Sérgio, Antonio e Carlos Augusto, não só pela relação professor/aluno, mas pela amizade que construímos ao longo de microscópios, slides e botequins.

Ao meu avô, Chico Dias, pela força que me passava apenas com os gestos, pelas tardes de conversa no terraço de casa, por eu ter o privilégio de ter um segundo pai.

Aos meus irmãos Felipe e Izabella, pela saudade que passamos e pelo amor que sentimos.

Aos meus grandes amigos César, Sérvulo, Diógenes e Hugo, por tudo que passamos juntos, pelas gargalhadas que demos e pelas jornadas que ainda virão.

À turma 2006.1 por todos os grandes momentos que desfrutamos nesses quatro anos e meio juntos.

Aos meus tios e tias pela força e incentivo de sempre.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse sonho.

RESUMO

MOURA, T.D.Q. de. **A representação social acerca do câncer de boca na zona rural de Cajazeiras-PB.** Trabalho de conclusão de curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2010. 50 folhas.

Câncer é o nome dado às alterações patológicas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. O câncer de boca é principalmente representado pelo carcinoma epidermóide (espinocelular ou de células escamosas) e representa uma enfermidade crônica e multifatorial. Este trabalho objetivou estudar a representação social de moradores da zona rural de Cajazeiras/PB acerca do câncer de boca. A representação social refere-se a um conteúdo estruturado sobre um fenômeno ou objeto social relevante, que inclui aspectos de natureza simbólica, cognitiva, avaliativa e afetiva. Para tal, recorreu-se ao referencial teórico-metodológico da produção de sentidos e das práticas discursivas. Foi realizado um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa utilizou como cenário a zona rural da cidade de Cajazeiras-PB e o número de sujeitos foi determinado pela a qualidade dos relatos envolvidos, sendo a coleta encerrada após atingir o grau satisfatório (n=50). Os entrevistados se referem ao câncer de boca expressando nas suas falas associações com medo, morte e doença incurável. Algumas expressões têm conotação de fuga, evitando comentários acerca da problemática. Os aspectos culturais norteiam as representações acerca do câncer de boca e observa-se uma necessidade de se empreender atividades educativas continuadas no intuito de favorecer uma ressignificação a respeito da doença. As campanhas educativas, por sua vez devem privilegiar a desmistificação do câncer, convidando as pessoas a participarem de um problema que é de saúde coletiva e não promover a idéia de associação entre câncer e morte, gerando uma imagem de impotência individual.

Palavras Chave: Câncer de boca, representação social, práticas discursivas.

ABSTRACT

MOURA, T.D.Q. de. **The social representation of oral cancer in countryside of Cajazeiras-PB.** Work of completion Bachelor of Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2010. 50 pages.

Cancer is the name given to the pathological changes that have in common the uncontrolled growth of cells that invade tissues and organs. Rapidly dividing, these cells tend to be very aggressive and uncontrollable, causing the formation of malignant tumors that can spread to other body regions. Oral cancer is mainly represented by squamous cell carcinoma (or squamous cell carcinoma) and represents a chronic and multifactorial disease. This study investigated the social representation of residents of countryside of Cajazeiras-PB about oral cancer. The social representation refers to a structured content on a relevant social phenomenon or object, which includes aspects of a symbolic nature, cognitive, affective and evaluative. To this end, we used theoretical method of production of meanings and discursive practices. We conducted a descriptive exploratory study with a qualitative approach. The survey used as a backdrop to the countryside of Cajazeiras-PB and the number of subjects was determined by the quality of the reports involved collection being closed after reaching satisfactory (n = 50). Respondents refer to oral cancer in their speeches expressing associations with fear, death and incurable disease. Some expressions have the connotation of fleeing, avoiding comments on the issue. Cultural aspects guide the representations about the mouth cancer and there is a need to undertake continuing education activities in order to promote a reinterpretation about the disease. Educational campaigns in turn should focus on the demystification of cancer, inviting people to participate in a problem that is of public health and not to promote the idea of an association between cancer and death, generating an image of individual impotence.

Key-words: Oral cancer, social representation, discursive practices.

LISTA DE QUADROS

Gráfico 1	Distribuição dos sujeitos de acordo com o sexo.	29
Gráfico 2	Distribuição dos sujeitos de acordo com a cor da pele	29
Gráfico 3	Distribuição dos sujeitos de acordo com o conhecimento acerca da existência do câncer de boca.	30
Gráfico 4	Distribuição dos sujeitos de acordo com o conhecimento de campanha de esclarecimento sobre o câncer de boca.	30
Gráfico 5	Distribuição dos sujeitos de acordo com a orientação sobre a existência de doenças da boca.	31
Gráfico 6	Distribuição dos sujeitos de acordo com o conhecimento prévio de pessoas com câncer de boca	31
Gráfico 7	Distribuição dos sujeitos de acordo com o conhecimento da etiologia do câncer de boca	32
Gráfico 8	Distribuição dos sujeitos de acordo com o conhecimento das formas de apresentação do câncer de boca.	32
Gráfico 9	Distribuição dos sujeitos de acordo com o com o consumo de tabaco.	33
Gráfico 10	Distribuição dos sujeitos de acordo com o tipo de cigarro utilizado pelos mesmos.	33
Gráfico 11	Distribuição dos sujeitos de acordo com o consumo do álcool.	34
Gráfico 12	Distribuição dos sujeitos de acordo com a frequência de consumo do álcool.	34
Gráfico 13	Distribuição dos sujeitos de acordo com o tipo de bebida consumida.	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Sobrevida em relação ao estadiamento.	17
----------	---------------------------------------	----

SUMÁRIO

1 REFLEXÕES INICIAIS	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 Câncer de boca – aspectos gerais	16
3.2 Etiologia	17
3.2.1 Tabaco	17
3.2.2 Álcool	18
3.2.3 Radiação	18
3.2.4 HPV	18
3.2.5 Deficiências Sistêmicas	19
3.3 Características clínicas	19
3.3.1 Carcinoma do vermelhão dos lábios	20
3.4 Metástases	20
3.5 Representações sociais	20
3.5.1 As representações sociais e a subjetividade	22
3.6 Práticas discursivas	23
4 PERCURSO METODOLÓGICO	25
4.1. Tipo de Estudo	26
4.2. Local da Pesquisa	26
4.3. População e Amostra	26
4.4. Instrumento e Coleta de Dados	27
4.5. Análise dos Dados	27
4.6. Posicionamento Ético dos Pesquisadores	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	43
ANEXOS	49

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

REFLEXÕES INICIAIS

1. REFLEXÕES INICIAIS

O Câncer é uma doença degenerativa, provocada pelo crescimento de uma massa anormal de tecido que ultrapassa os tecidos normais, persistindo de maneira excessiva, mesmo após a interrupção de seus estímulos desencadeantes. A palavra câncer, apesar das suas origens antigas serem um pouco incertas, está relacionada a caranguejo em Latim, pelo fato de se prender como que em garras aderindo a qualquer parte de modo obstinado e o termo Neoplasia significa literalmente novo crescimento e esse novo crescimento é denominado neoplasma. Câncer é usado como termo comum para todos os tumores malignos. (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005). Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o termo é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, o que inclui tumores malignos de diferentes localizações. Desde 2003, as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida. (INCA, 2009).

O câncer de boca tem como sua forma mais freqüente o carcinoma epidermóide que é responsável por 95% dos casos e define-se, como a maioria das neoplasias malignas, como uma doença crônica e multifatorial. (NEVILLE et. al., 2005). É entendido como um problema de saúde pública, devido a sua alta morbidade e mortalidade, sua incidência e prevalência. (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003) O prognóstico do câncer bucal depende do estágio do tumor, a taxa de sobrevivência de cinco anos livres da doença, para o carcinoma epidermóide é de 76%, sem a ocorrência de metástase até o diagnóstico; 41% se os nódulos cervicais estiverem envolvidos e apenas 9% quando há metástase abaixo da clavícula. (NEVILLE et. al., 2005; RIBEIRO et. al., 2008)

A etiologia do câncer de boca está relacionada ao uso freqüente de tabaco, álcool e exposição prolongada ao sol, além da ação de microorganismos como o vírus HPV subtipos 16 e 18, deficiência imunológica e dieta (PEREIRA et. al., 2007; LIMA et. al., 2005; REGEZI et. al., 2008). O carcinoma epidermóide oral acomete principalmente indivíduos do sexo masculino e acima de 40 anos, apresentando comportamento agressivo e metástase precoce. (RIBEIRO et. al., 2008; NEVILLE et. al., 2005)

Para entender o significado e o sentido atribuído ao câncer de boca, recorreremos ao referencial teórico das representações sociais. Em 1898, o sociólogo francês Emile Durkheim definiu que a representação coletiva é como a sociedade vê a si mesma e ao mundo que a rodeia, através de suas lendas, mitos, concepções religiosas, crenças morais etc.

(QUINTANEIRO, BARBOSA e OLIVEIRA, 1999). Mais tarde em 1961, Moscovici fundamentou as representações sociais: trata-se de um conteúdo estruturado sobre um fenômeno ou objeto social relevante, que inclui aspectos de natureza simbólica, cognitiva, avaliativa e afetiva e é compartilhado com outras pessoas conscientemente.

Intimamente ligadas às representações sociais, estão as práticas discursivas, desenvolvidas por Spink (1994), que remetem à produção de sentido, ou seja, dar sentido ao mundo que conhecemos, a experiências que vivenciamos e assim ressignificar conceitos pelo próprio conhecimento popular.

O presente trabalho se propõe a identificar o conhecimento dos moradores da zona rural de Cajazeiras sobre a temática do câncer bucal. Sabemos que essa população é guiada por conhecimentos próprios e por crenças peculiares de caráter místico, portanto a representação social na zona rural é de suma importância por ser esta doença acompanhada de estigmas e medos, uma doença que desperta pavor, principalmente numa área em que as pessoas são regidas pela sabedoria popular acumulada ao longo do tempo. De acordo com Prieto et. al. (2005), o câncer é uma das doenças que, por um longo período se evitou nominá-la claramente, tendo sido tanto a doença como os indivíduos acometidos por ela alvo de várias representações e práticas discursivas repletas da sensação da morte.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMACAO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- ✓ Estudar as representações dos moradores da zona rural de Cajazeiras/PB acerca do câncer de boca.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Pesquisar se os sujeitos são conhecedores da existência do câncer de boca.
- ✓ Pesquisar se essa população conhece os fatores envolvidos no seu surgimento e os modos para se evitar tal entidade mórbida.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Câncer de Boca – Aspectos Gerais

O câncer bucal é o sexto tipo de neoplasia maligna em prevalência no mundo e com tendência a crescer em mortalidade e incidência. Esses dados relacionam-se a um envelhecimento geral da população em diversos países. No Brasil, registros de hospitais apontam o câncer de boca como o quinto mais freqüente em homens e o sétimo em mulheres. (PRIETO et. al., 2005). A estimativa 2010 do INCA, mostra que o câncer da cavidade oral é o sétimo mais freqüente no Brasil com cerca de 14.120 casos previstos entre homens e mulheres. (INCA, 2009).

O câncer da cavidade oral, assim como outros tumores malignos, origina-se a partir do acúmulo de eventos genéticos que levam ao câncer. Ele progride por meio de dois estágios biológicos importantes. O primeiro é a perda do controle do ciclo celular por meio da proliferação aumentada e da apoptose – morte celular programada – reduzida. O segundo estágio é o aumento da motilidade das células tumorais que propicia invasão tumoral e metástase. (SCIUBBA et. al. 2008 ; NEVILLE et.al. 2008)

A maior parte dos tumores malignos da cavidade oral é constituída pelo carcinoma epidermóide, que se classifica em: bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado. Embora apresentem menor incidência, deve-se citar outros tipos de tumores que podem ocorrer na cavidade oral, tais como: os tumores salivares (das glândulas salivares menores e da sublingual), os sarcomas (de origem vascular, os musculares e os ósseos), e o melanoma de mucosa. (INCA, 2010)

O prognóstico de pacientes com câncer de boca depende da área da cavidade oral comprometida e do estadiamento do sistema TNM (Classificação dos Tumores Malignos). As lesões localizadas nas porções mais anteriores e as lesões iniciais (I-II) tem um prognóstico melhor do que as mais avançadas (III-IV). (INCA, 2010)

Figura 1 - Sobrevida em relação ao estadiamento

Sítio primário	Sobrevida em cinco anos Percentual / Estádio			
	I	II	III	IV
Língua	35-85	26-77	10-50	0-26
Assoalho da boca	58-75	40-64	21-43	0-15
Rebordo gengival	73	41	17	0-10
Mucosa jugal	77-83	44-65	20-27	0-18
Área retromolar	70	57,8	46,5	0-10
Palato duro	60-80	40-60	20-40	0-30

Fonte: INCA, 2010.

3.2 Etiologia

A causa do câncer de boca é multifatorial. Não há um agente ou fator causador (carcinógeno) isolado, claramente definido ou aceito, mas podem ser considerados tanto fatores extrínsecos como intrínsecos. Os fatores extrínsecos incluem os agentes externos como o fumo de tabaco, álcool, HPV e os raios solares. Os fatores intrínsecos incluem deficiências sistêmicas como a desnutrição geral ou anemia por deficiência de ferro. (NEVILLE et. al. 2005; SCIUBBA et. al. 2008)

3.2.1 Tabaco

Acredita-se que de todos os fatores que contribuem para o surgimento do câncer bucal, o tabaco seja o mais importante. Todas as formas de tabagismo estão fortemente ligadas à causa de câncer bucal. O charuto e o cachimbo estão ligados a um risco maior de desenvolvimento do que o cigarro comum. A proporção de fumantes entre os pacientes com carcinomas bucais é duas a três vezes maior que a da população em geral. (SCIUBBA et. al. 2008 ; NEVILLE et. al. 2005).

Ainda segundo Neville et. al. (2005), o uso do tabaco sem fumaça ou “cuspo do tabaco”, que é comum em culturas ocidentais, é considerado um fator de aumento do risco de aparecimento do carcinoma bucal.

3.2.2 Álcool

Segundo Sciubba et. al. (2008), embora não se acredite que o álcool seja um carcinógeno por si mesmo, ele parece contribuir para o risco do câncer bucal. A identificação do álcool isolado como fator carcinogênico tecidual é em virtude da combinação com o tabagismo e do etilismo por muitos pacientes com este tipo de câncer. Essa afirmação também é confirmada por Neville et. al. (2005), que mostra que não há provas definitivas de que o consumo e abuso do álcool, por si só, seja causador do câncer bucal. Entretanto esse hábito pode potencializar outros fatores etiológicos como o já citado tabaco, considerando que os grandes alcoólatras são também grandes fumantes. Um estudo realizado por Blanc, Baruzzi e Pannuti (2007), isentou os colutórios que contém álcool da etiologia do câncer bucal, visto que não há uma relação direta entre eles.

3.2.3 Radiação

Os raios ultravioletas (UV) são conhecidos agentes carcinogênicos, segundo Sciubba et. al. (2008) e INCA (2010), são fatores significativos para o desenvolvimento do carcinoma basocelular da pele e do carcinoma de células escamosas da pele e dos lábios. A dose acumulativa de luz solar e a quantidade de proteção proporcionada pela pigmentação natural da pele são de importante significado no aparecimento desses cânceres. Há também a discussão dos efeitos da radioterapia (irradiação x), que sendo aplicada na região da cabeça e pescoço pode aumentar o risco de posterior desenvolvimento de uma nova malignidade bucal. Tal efeito pode depender da dosagem, que mesmo baixa para entidades benignas pode aumentar o risco local. Todavia, em pequena quantidade nos exames radiográficos de rotina, para auxílio no diagnóstico, não tem sido relacionada ao surgimento de novas lesões. (NEVILLE et. al 2005).

3.2.4 HPV

Segundo Sciubba et. al. (2008), o Papiloma Vírus Humano, HPV, em seus subtipos 16 e 18 tem desempenhado algum papel no surgimento do carcinoma bucal de células escamosas. Acredita-se que o mecanismo pelo qual o HPV contribui para a carcinogênese seja através da inibição de uma proteína (E6) do p53, que leva à aceleração do ciclo celular e compromete o reparo do DNA. Esse vírus, assim como outros vírus oncogênicos, pode

imortalizar a célula do hospedeiro, desse modo facilitando a transformação maligna. (NEVILLE et. al. 2005)

3.2.5 Deficiências Sistêmicas

Segundo Sciubba et. al. (2008), Neville et. al. (2005) e INCA (2010), apesar do estado de desnutrição ter sido ligado ao risco aumentado do câncer bucal, o único fator nutricional associado a esse tipo de câncer é a deficiência de ferro na *síndrome de Patterson-Kelly, disfagia sideropênica*). Essa síndrome afeta, tipicamente, mulheres da meia idade, e suas características incluem língua vermelha dolorosa, atrofia da mucosa e disfagia causada pelo envolvimento do esôfago e uma predisposição para o desenvolvimento de carcinoma de células escamosas.

3.3 Características Clínicas

Os indivíduos com carcinoma de células escamosas são, mais freqüentemente, homens mais velhos que perceberam alguma alteração em um local de câncer bucal por quatro a oito meses antes de procurar ajuda profissional (oito a 24 meses nos grupos socioeconômicos mais baixos). Há uma dor mínima na fase inicial de crescimento, e isto pode justificar o atraso na procura por cuidados médicos. Se o profissional de saúde não tiver uma forte suspeita, mais algumas semanas ou meses podem passar até que seja feita uma biópsia. (NEVILLE et. al. 2005)

O carcinoma epidermóide tem uma apresentação clínica variada, incluindo: exofítica (formação de massa, fugiforme, papilar, verrucosa); endofítica (invasiva, crateriforme, ulcerada); leucoplásica (placa branca); eritroplásica (placa vermelha); eritroleucoplásica (placa combinada branco-vermelho). (NEVILLE et.al. 2005)

Os casos leucoplásico e eritroleucoplásico provavelmente estão em estágio inicial, ainda sem produção de uma massa ou ulceração. Mudanças na superfície da mucosa são normalmente destruídas pelo desenvolvimento das formas exofítica ou endofítica, mas alguns casos são diagnosticados antes da sua completa destuição e apresentam restos de lesões pré-cancerígenas envolvendo a mucosa adjacente. (SCIUBBA et.al. 2008; NEVILLE et. al. 2005 e INCA 2010)

3.3.1 Carcinoma do vermelhão dos lábios

O carcinoma do vermelhão dos lábios é normalmente encontrado em pessoas de pele clara que se expõem por muito tempo à radiação ultravioleta dos raios solares ou com história de queimadura pelo sol. 70% dos indivíduos afetados trabalham ao ar livre onde o cigarro, charuto ou cachimbo ficam apoiados. Quase 90% das lesões estão localizadas no lábio inferior. O carcinoma típico do vermelhão é uma ulceração endurecida, rígida, exsudativa e com presença de crosta, normalmente menor que 1 cm de diâmetro, quando descoberta. O tumor é caracterizado por um crescimento lento e as metástases ocorrem tardiamente, pode se espalhar para a mandíbula e envolver linfonodos da região submentoniana. (NEVILLE et. al. 2005)

3.4 Metástase

A metástase do carcinoma de células escamosas bucal ocorre através dos vasos linfáticos para os linfonodos ipsilaterais cervicais. Esses linfonodos parecem endurecidos e aumentados de tamanho e após a perfuração da cápsula do nodo ele parece sem mobilidade, fixado ou movendo com dificuldade. A metástase não é um evento que ocorre num estágio inicial do câncer bucal, entretanto 21% dos pacientes possuem metástases cervicais no momento do diagnóstico. (NEVILLE, et.al. 2005; SCIUBBA et. al. 2008).

3.5 Representações Sociais

Segundo Gonzales Rey (2006), a teoria das representações sociais inaugurou o estudo dos processos de subjetivação da vida social. A subjetividade tem ficado muito presente ao identificar a representação social como uma organização simbólica sobre a qual se desenvolvem as diferentes práticas e relações sociais dos membros de um grupo, instituição e comunidade, o que representa uma produção subjetiva.

De acordo com Moscovici (2003), com a teoria das representações sociais, o social deixou de ser percebido em seu caráter objetivo e externo aos indivíduos envolvidos nas diferentes práticas sociais. As representações sociais definem uma forma de produção de conhecimento que assegura a estabilidade do “mundo” no qual as pessoas acreditam, o que

representa um processo de produção subjetiva que garante a identidade e a segurança das pessoas.

As representações sociais constituem a “realidade conhecida” à qual se atribui um valor de realidade como forma de preservar nossa própria subjetividade. As representações sociais foram, portanto, a primeira teoria que, de forma orgânica, enfatizou a construção social da realidade. Neste sentido, o conceito de representação social significou a primeira evidência, dentro da psicologia social, do caráter produzido e subjetivo da realidade social. (GONZALES REY, 2006; MOSCOVICI, 2003; PÉRES et. al. 2008)

Precisamente, de acordo com Rey (2006) a realidade social é construída porque existem processos subjetivos que expressam outros registros da realidade e que são os responsáveis pela produção da realidade social. A subjetividade não é uma cópia, nem um reflexo do mundo real, é uma produção humana de caráter simbólico e de sentido que, dentro da “realidade social” em que o homem vive, lhe permite as diferentes opções de vida cotidiana e de seu desenvolvimento.

As representações sociais, em palavras de Moscovici (2003), representam “um certo modelo recorrente e compreensivo de imagens, crenças e comportamentos simbólicos”. Mais adiante, no mesmo trabalho, o autor explica, “as representações sociais são sociais pelo fato de serem um fato psicológico de três maneiras: elas possuem um aspecto impessoal no sentido de pertencer a todos; elas são a representação de outros, pertencentes a outras pessoas ou a outro grupo; e elas são uma representação pessoal, percebida afetivamente como pertencente ao ego”.

É precisamente essa multiplicidade de facetas que faz da representação social uma produção subjetiva complexa que, simultaneamente, está constituída na subjetividade individual e na social. O aspecto emocional é associado à percepção afetiva como pertencente ao ego, na verdade, responde aos sentidos subjetivos que em cada sujeito individual se organizam na representação social. (GONZALES REY, 2006).

Um dos pontos fortes da teoria das representações sociais no seu início foi o estudo dessas representações sociais em relação às doenças (HERZLICH, 1973; JODELET, 1989). A primeira das autoras mencionadas estudou os diferentes tipos de representações sobre a saúde e a doença e organizou os diferentes eixos que definiam as representações sociais do grupo estudado. Jodelet, de sua parte, fez um estudo dos atributos e práticas que caracterizavam as

representações sociais sobre a loucura em uma colônia familiar na França, que recebeu pacientes de um hospital psiquiátrico aberto, orientado à integração dos pacientes na comunidade. Ambas as pesquisas foram feitas por meio de dinâmicas conversacionais abertas, com uma orientação metodológica qualitativa, o que definiu a forma como usaram a própria categoria de representação social.

3.5.1 As representações sociais e a subjetividade

Segundo Gonzales Rey (2006), o tema da subjetividade, diferente do que com frequência se afirma, nunca encontrou uma definição ontológica própria na história da Psicologia. Para isso, influenciou muito a associação entre espiritualidade e subjetividade que aconteceu na filosofia metafísica, na qual a subjetividade se separou totalmente do campo da ação humana. Esse dualismo ao considerar o subjetivo como espiritualidade e a natureza como algo técnico e concreto, que começou na própria filosofia grega, foi se alimentando no desenvolvimento da filosofia moderna, em particular naquela filosofia que estimulou o desenvolvimento das ciências modernas, começando com Francis Bacon e tomando muita força no positivismo. O método e a objetividade baniram do cenário do pensamento tudo o que lembrava aquela subjetividade superior, separada da ação, encarnação máxima da razão humana, que tinha impedido a relação entre o espiritual e a ciência. Essa dicotomia continuou sendo desenvolvida pela filosofia inspiradora da ciência moderna, só que, neste caso, enfatizando o momento da objetividade e da natureza. (GONZALES REY, 2006)

Em Psicologia, a subjetividade sempre se apresentou como o que pertencia ao sujeito e, no começo, pela sua orientação individual, foi compreendida como a natureza interna do indivíduo, não ficando clara, porém, sua especificidade ontológica. A definição ontológica da subjetividade é dada pela produção de uma qualidade nova da psique humana nas condições da cultura, o que faz da subjetividade um momento inseparável do desenvolvimento da humanidade. O subjetivo não é o contrário do objetivo, é uma forma de objetividade, aquela que caracteriza a especificidade qualitativa dos diferentes processos humanos. Toda atividade humana tem um momento subjetivo que não pode ser ignorado, o que até hoje foi profundamente desconhecido em muitos campos da atividade humana. (GONZALES REY, 2004)

Um pensador que influenciou muito uma representação diferente da essência humana, facilitando assim a emergência de uma nova psicologia, foi Marx, quando definiu a essência

humana como o conjunto das relações humanas. Essa colocação levantada por Marx permitiu integrar a psique ao plano da ação e começar a pensar o seu caráter histórico-social. O desenvolvimento dessas idéias marcou o caráter revolucionário da psicologia soviética e as novas representações sobre a psique que este movimento acrescentou ao desenvolvimento da Psicologia. (GONZALES REY, 2006)

3.6 Práticas Discursivas

As práticas discursivas, desenvolvidas por Mary Jane Spink (1994), estão intimamente ligadas às representações sociais, essas práticas determinam a produção de sentido, servem como um complemento à representação, enfatizando o conhecimento. Portanto, a produção de sentido está relacionada diretamente com o campo do saber social. As representações sociais exigem o conhecimento e concomitantemente conhecer é dar sentido ao mundo. Não se trata, portanto, de um processo de informação ao acaso, da adesão de teorias científicas, ou da possibilidade cognitiva da construção lógica do pensamento. O conhecimento na ótica da produção de sentido implica no posicionamento perante dados, as teorias, e os outros – os interlocutores diretos ou indiretos. A produção de sentido é um processo de negociação continuada de identidades sociais. Nesta linha de pensamento ela se articula com três aspectos distintos: 1) Dar sentido é sempre uma atividade cognitiva, ou seja, implica no uso de conexões neurais habituais desenvolvidas pela experiência no enquadre das contingências do contexto cultural e social. Esta articulação com o contexto cultural e social pressupõe a interface entre dois tempos distintos: o tempo histórico em que se inscrevem os conteúdos imaginários derivados das formações discursivas de diferentes épocas; e o tempo vivido em que se inscrevem os conteúdos derivados dos processos de socialização primária e secundária. (SPINK, 1994); 2) dar sentido ao mundo implica, também, em posicionar-se em uma rede de relações e pertence, assim, à ordem da intersubjetividade. Isso implica em trazer para o cenário o tempo presente, como sabiamente afirmou Spink (1994), “a microescala da interação social onde se torna possível a ruptura entre o instituído e o instituinte que possibilita a atividade criativa e a construção de novos sentidos. É a ênfase na funcionalidade na esfera da intersubjetividade que permite postular que, para entender a processualidade intrínseca da atividade de significação, é preciso focalizar as rupturas”. É aí, no espaço entre o habitual e o não familiar, que podemos visualizar melhor o esforço de produção de sentido e a atividade criativa do sujeito no enfrentamento do mundo; 3) dar sentido implica, ainda, em posicionar-se no fluxo dos acontecimentos. Ou seja, estabelecer suficiente coerência e

continuidade de modo a reconhecer-se como sujeito histórico (ou sujeito que tem uma história) em um mundo caracterizado pela polissemia. (SPINK, 1994).

Embora decorrentes da aceitação da polissemia do mundo vivido, esses pressupostos sobre a produção de sentido não desembocam necessariamente numa postura relativista. Os processos sócio-cognitivos que sustentam o conhecimento não são autônomos; dependem intrinsecamente da história, seja no âmbito do indivíduo ou das formações discursivas próprias à cultura em que ele se insere. (SPINK, 1994).

Pertencendo ao campo da intersubjetividade, o dado empírico por excelência para a compreensão do conhecimento como produção de sentido são as práticas discursivas. Portanto, de acordo com Spink (1994), entende-se por práticas discursivas as diferentes maneiras em que as pessoas, através dos discursos, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais. O discurso é por sua vez entendido como o uso institucionalizado da linguagem e de sistemas de sinais de tipo lingüístico sendo que a institucionalização pode ocorrer tanto no nível mais alto dos sistemas políticos e disciplinares, quanto no nível mais restrito dos grupos sociais. (SPINK, 1994)

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

PERCURSO METODOLÓGICO

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de Estudo

Para que os objetivos investigatórios fossem alcançados, fez-se a opção por um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, para retratar as representações sociais acerca do câncer de boca na zona rural de Cajazeiras/PB. O estudo de natureza exploratória procura diagnosticar um problema através da observação da repetição e percepção de sua ocorrência, sendo assim, explorar é tornar-se mais íntimo de um tema (SANTOS, 2000).

De acordo com Gil (1996), a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever particularidades de determinada população ou fenômeno. Utiliza-se de questionários e observação sistemática, para padronizar a coleta de dados. A pesquisa com abordagem qualitativa busca entender um fenômeno específico em profundidade. Ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações, a qualitativa trabalha com descrições, comparações e interpretações (FIGUEIREDO, 2007).

4.2. Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na zona rural da cidade de Cajazeiras/PB, cidade localizada na região do alto sertão da Paraíba, atualmente com 58 mil habitantes, apresenta uma extensão territorial de 586 km². Cajazeiras é um dos maiores e mais ricos municípios do estado da Paraíba. O interesse em realizar uma investigação na zona rural deveu-se ao pequeno acesso que essa população possui aos meios de divulgação da saúde pública e pelos seus princípios de conhecimento arraigados desde tempos antigos, constituindo uma sabedoria própria para diversos conceitos populares.

4.3. População e Amostra

A população foi constituída por moradores da zona rural de Cajazeiras que habitam as seguintes comunidades: Xique-Xique, Patamuté, Barreiros, Jardineiro, Capoeiras e Papa-mel.

O número de sujeitos foi determinado pela qualidade dos relatos envolvidos, sendo a coleta encerrada após atingir o grau satisfatório, sem repetição ou ausência de novos fatos,

assim como afirmam Spindola e Santos (2003), que após os dados atingirem sua saturação, onde os fatos tornam-se repetitivos e novos não são acrescentados, a coleta pode ser cessada.

4.4. Instrumento e Coleta de Dados

Foi utilizado um questionário semi-estruturado contendo questões que abordaram os dados do sexo e idade dos participantes além dos dados específicos do estudo. Na visão de Silva; Menezes (2001) o questionário se constitui de uma série ordenada de questionamentos, devendo ser objetivo, limitado em extensão e estar acompanhado de instruções que facilitem o preenchimento. Os dados foram coletados no mês de Junho após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer nº 0166.0.133.000-10)

4.5. Análise dos Dados

Os dados foram distribuídos em planilhas utilizando o programa *Microsoft Excel* de modo a facilitar a visualização em conjunto dos mesmos com a finalidade de facilitar a interpretação das falas dos sujeitos. A análise dos dados qualitativos foi efetuada de acordo com a técnica de análise das representações sociais desenvolvidas por Moscovici (1961) e pelas práticas discursivas, definida por Spink (1994) como *“linguagem em ação, isto é, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas”*. Tais técnicas enfocam as diversas maneiras com que as pessoas, através do discurso, produzem realidades psicológicas e sociais.

4.6. Posicionamento Ético dos Pesquisadores

A pesquisa foi norteada seguindo os observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos, principalmente no cumprimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que versa sobre confidencialidade dos dados, anonimato, participação espontânea, desistência em qualquer etapa da pesquisa e autorização para publicação da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 50 moradores de 6 comunidades rurais de Cajazeiras-PB. Durante a análise do perfil, verificou-se que a idade dos participantes variou entre 19 e 74 anos (média de 40,54 anos) sendo 28 que (56%) eram do sexo feminino e 22 (44%) do sexo masculino.

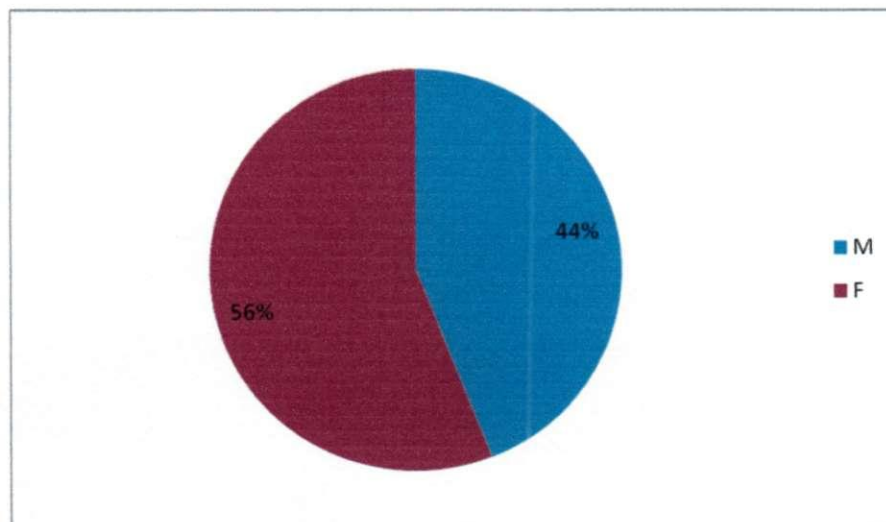


Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o sexo. (Cajazeiras/PB, 2010)

Com relação à cor da pele, 70% eram feodermas (pardos), 26% leucodermas (brancos) e 4% melanodermas (negros), desse resultado conclui-se que nas comunidades rurais do município predomina-se a cor parda.

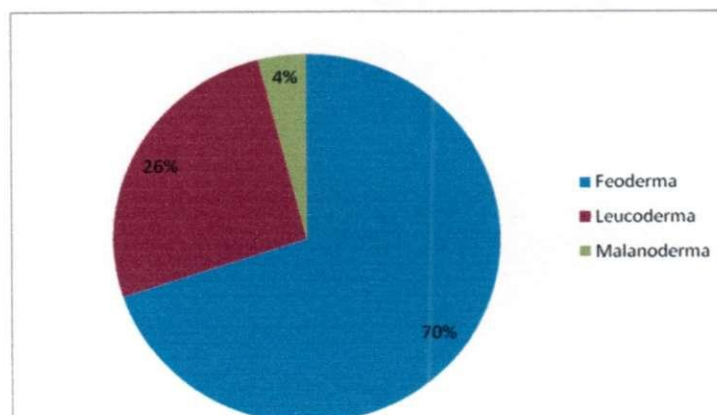


Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a cor da pele. (Cajazeiras/PB, 2010)

No que tange ao conhecimento dos sujeitos sobre a existência do câncer de boca, 36 pessoas (72%) afirmaram ter ouvido falar na doença e 28% afirmaram não conhecer o problema. O trabalho de Ribeiro et. al. (2008), realizado na zona urbana de São Paulo, capital, revelou que 635 pessoas (87%) dos entrevistados sabiam da existência do câncer oral,

enquanto 96 pessoas (13%) desconheciam a lesão. Isso nos remete a um conhecimento quase igualitário comparando entre zona urbana e zona rural apenas sobre a ocorrência do câncer na cavidade oral.

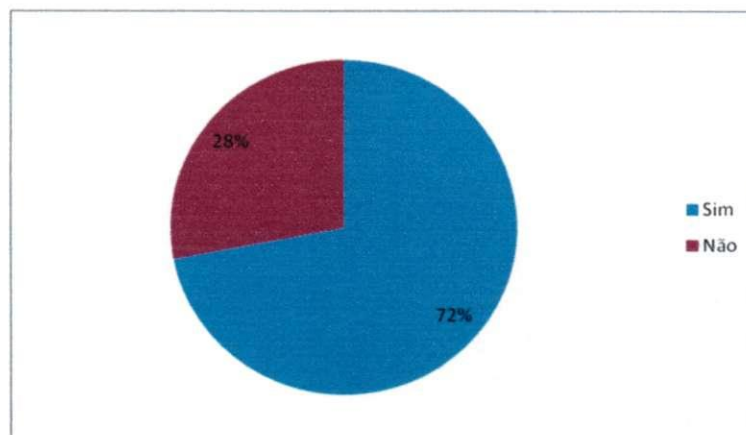


Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o conhecimento acerca da existência do câncer de boca. (Cajazeiras/PB, 2010)

Quando abordados se já viram alguma campanha de esclarecimento sobre o câncer de boca na zona rural ou na cidade, 40 dos entrevistados (80%) relataram não ter visto alguma campanha e apenas 10 sujeitos (20%) afirmaram que já haviam visto tal campanha. Desses 20%, 9 pessoas confirmaram que presenciaram o esclarecimento em uma palestra na Zona Urbana e apenas 1 pessoa observou a campanha na zona rural, sendo ela realizada a praticamente mais de 20 anos. Esse resultado mostra a deficiência no sistema de saúde local, no que refere-se à educação em saúde, concernente à orientação sobre o câncer oral.

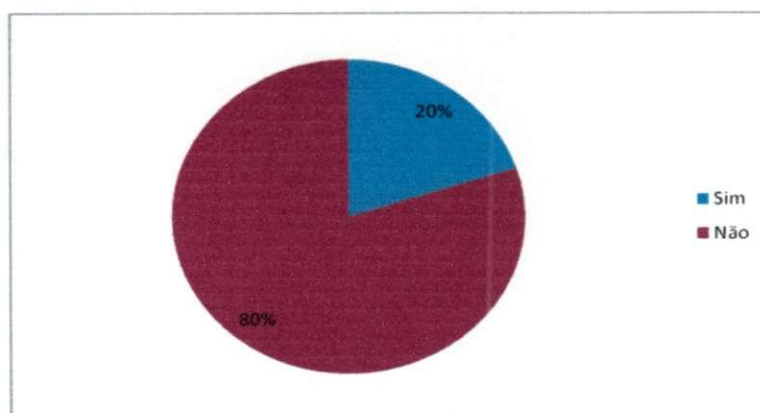


Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o conhecimento de campanha de esclarecimento sobre o câncer de boca. (Cajazeiras/PB, 2010)

Em seguida foram interpelados sobre se, alguma vez, em atendimento odontológico, médico ou de enfermagem, os moradores já foram orientados sobre a existência de doenças da

boca, 38 pessoas (76%) relataram que nunca tiveram qualquer orientação sobre tais doenças e apenas 12 pessoas (24%) afirmaram que haviam sido orientados. Mais uma vez, o sistema de saúde municipal, especificamente os profissionais de saúde, mostra uma deficiência em relação à educação em saúde, fato este que deixa a população, principalmente da zona rural, que já sofre com descasos, desinformada no que tange a um grave problema de saúde.

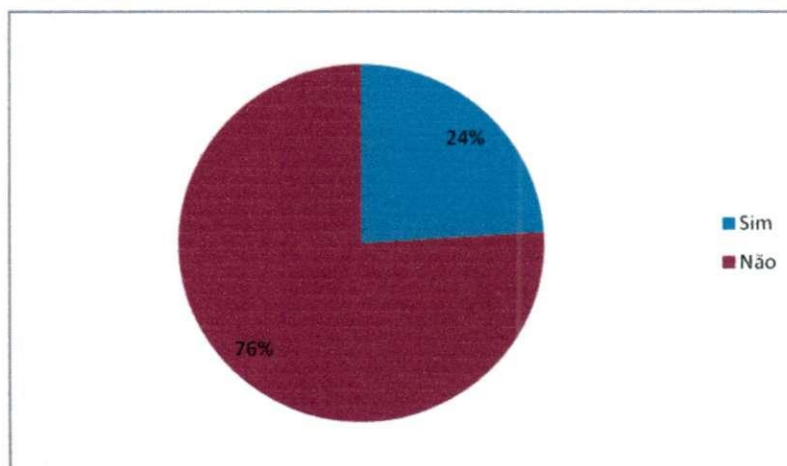


Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a orientação sobre a existência de doenças da boca. (Cajazeiras/PB, 2010)

Neste âmbito, os entrevistados foram indagados se já ouviram falar ou conheceram alguém que já teve câncer de boca, o resultado aponta que 11 pessoas (22%) já ouviram falar ou conheceram alguém, porém 39 pessoas (78%) nunca viram tal doença em alguém conhecido.

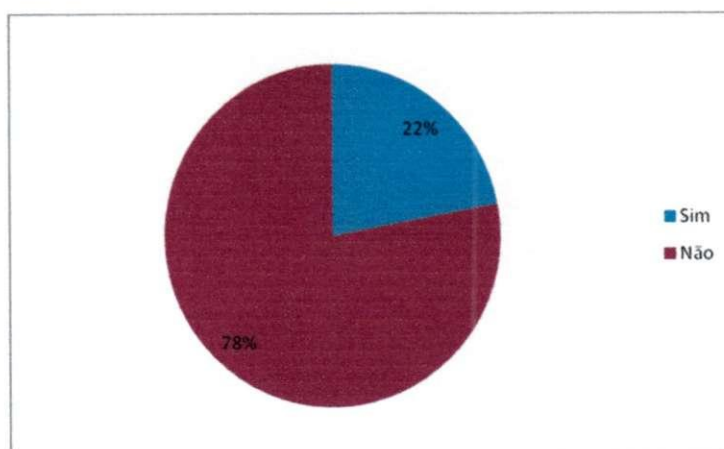


Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o conhecimento prévio de pessoas com câncer de boca. (Cajazeiras/PB, 2010)

Em se tratando do conhecimento da etiologia do câncer de boca, dos 50 participantes, 14 (28%) afirmaram conhecer as causas, como tabaco, bebidas alcoólicas e exposição ao sol, nenhum relatou o conhecimento sobre o HPV. Por outro lado 36 pessoas (72%) relataram não conhecer as causas do câncer oral.

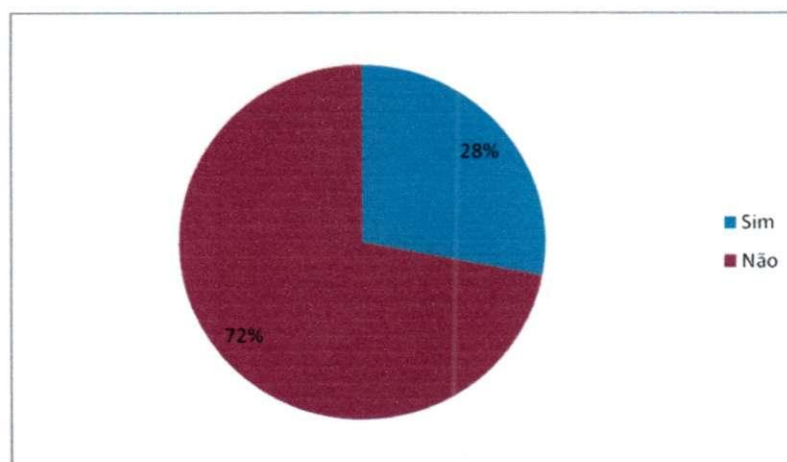
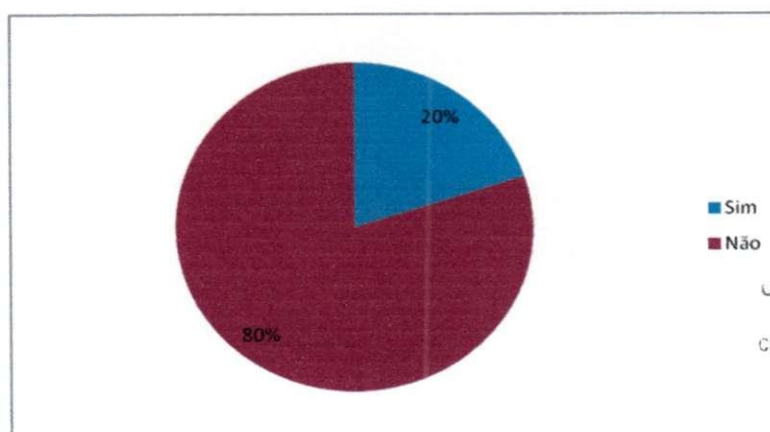


Gráfico 7 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o conhecimento da etiologia do câncer de boca. (Cajazeiras/PB, 2010)

Enquanto perguntados sobre o conhecimento de como se apresenta o câncer de boca, 10 sujeitos (20%) afirmaram conhecer as formas de apresentação da doença, tais como pequenas úlceras e manchas avermelhadas; 40 sujeitos (80%) relataram que desconheciam essas formas.



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

Gráfico 8 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o conhecimento das formas de apresentação do câncer de boca. (Cajazeiras/PB, 2010)

A respeito do consumo de tabaco pelos sujeitos da pesquisa, 12 afirmaram que são fumantes (24%), enquanto que 38 participantes (76%) relataram que não são fumantes.

Desses 12, seis são usuários de cigarro de palha, 4 consomem cigarro comum, 1 consome cigarro comum e de palha e 1 consome todo tipo de tabaco, numa média de 8 cigarros por dia para cada sujeito. Lima et. al. (2005), relata em seu estudo, que 30% das mortes estejam relacionadas com o tabagismo. Provavelmente, grande parte da população da zona rural desconheça o potencial carcinogênico deste fator no câncer oral, apesar de a maioria dos sujeitos sejam não-fumantes.

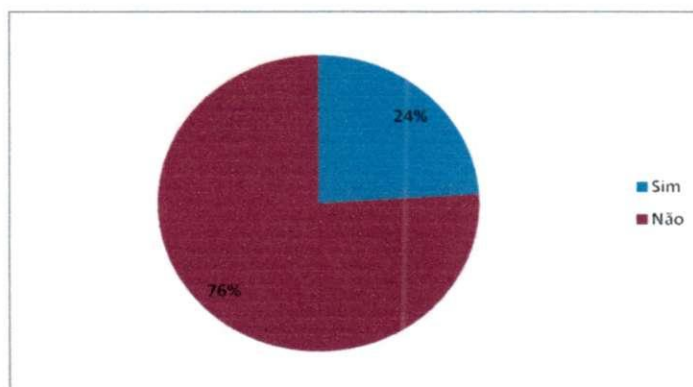


Gráfico 9 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o consumo de tabaco. (Cajazeiras/PB, 2010)

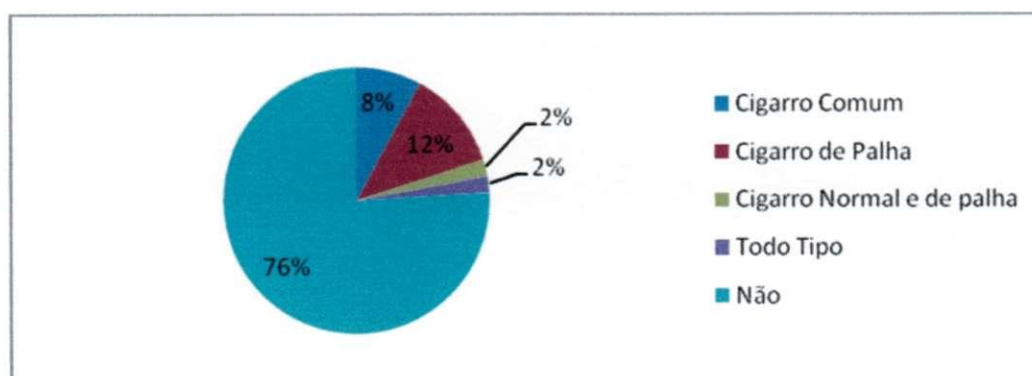


Gráfico 10 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o tipo de cigarro utilizado pelos mesmos. (Cajazeiras/PB, 2010)

Concernente ao consumo de bebidas alcoólicas, 29 dos sujeitos (58%) são consumidores e 21 sujeitos (42%) não fazem uso do álcool. Dentro desses 29 consumidores, 16 recorrem à bebida alcoólica raramente, 10 nos finais de semana e 3 consomem todos os dias. Ainda com relação aos sujeitos consumidores, 15 ingerem todo o tipo de bebida, 11 apenas cerveja e 3 apenas cachaça. É fato, que o consumo de álcool exibe grande possibilidade de aparecimento do câncer oral, e se usado junto com o tabaco essa proporção só é aumentada, segundo os diversos estudos já feitos sobre a temática. (NEVILLE, et. al. 2008; SCIUBBA et. al., 2008; RIBEIRO et. al. 2005)

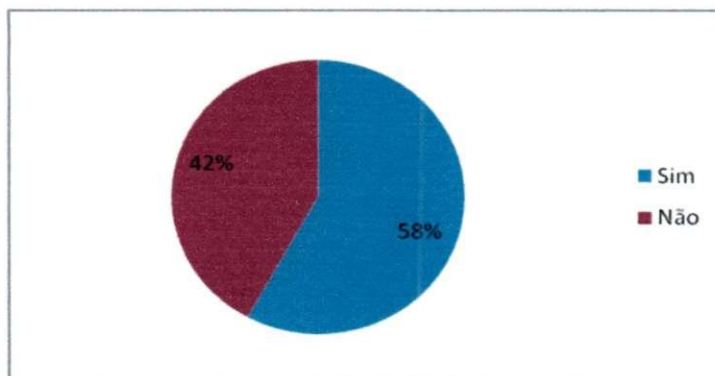


Gráfico 11 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o consumo do álcool. (Cajazeiras/PB, 2010)

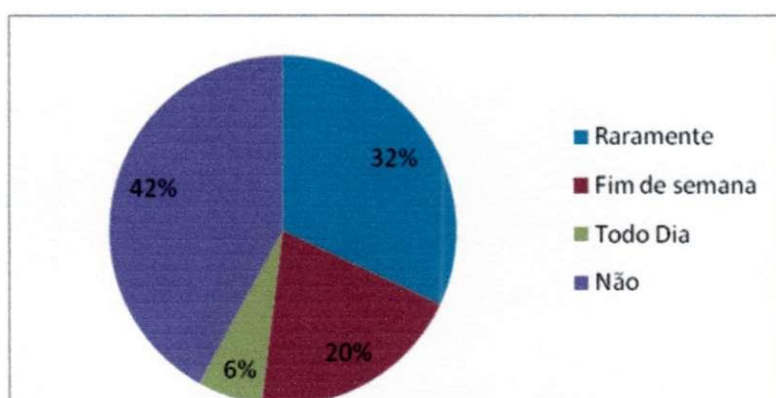


Gráfico 12 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a frequência de consumo do álcool. (Cajazeiras/PB, 2010)

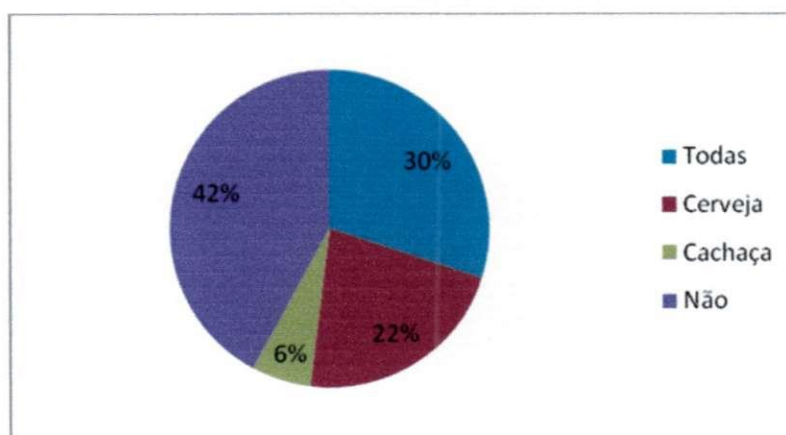


Gráfico 13 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o tipo de bebida consumida. (Cajazeiras/PB, 2010)

Analisando as falas dos sujeitos acerca do que significa a palavra câncer para eles, percebeu-se toda influência da subjetividade e da espontaneidade típica do morador da zona rural.

“É uma doença grave, mata, cuidando cedo deve ter cura” (Sexo masculino, 59 anos)

“Doença grave, se cuidar cedo tem cura, passando o tempo não tem cura.” (Sexo feminino, 21 anos)

“Doença muito grave, se prevenir pode curar.” (Sexo Masculino, 23 anos)

Essas expressões remetem, por um lado, à gravidade da doença, entretanto é enfatizada a questão da prevenção, da importância de práticas preventivas, bem como, a possibilidade de prognóstico favorável da doença quando se empreende o tratamento adequado. Esse conhecimento pode ser advindo de campanhas educativas ou publicitárias, das próprias consultas de saúde, quando da visita domiciliar, ou nos Programas de Saúde da Família, tanto na zona rural quanto na zona urbana.

No contexto da estigmatização da doença, duas falas resumem todo o impacto causado pelo câncer nos sujeitos da região pesquisada:

“Deus me livre! Essa palavra dói no coração, doença grave, incurável!” (Sexo feminino, 45 anos)

“Na antiguidade era uma doença malvada, quem falasse essa palavra cuspi no chão, é uma doença muito perigosa, hoje todo mundo fala esse nome, é triste essa doença.” (Sexo feminino, 68 anos)

Os sujeitos se referem ao câncer com fortes nuances de medo, uma vez que as neoplasias malignas estão disseminadas no imaginário popular como uma doença que fatalmente conduz a morte. Observa-se que na zona rural as crenças populares se apresentam de forma mais arraigada e são transmitidas ao longo das gerações. É bem verdade que as ações de saúde estão cada vez mais disseminadas nas comunidades rurais, particularmente através da Estratégia de Saúde da Família, no entanto, é importante salientar que o contexto sócio-histórico em que estão inseridos os moradores da zona rural do nordeste brasileiro é permeado por crenças e superstições de modo que as orientações acerca da saúde, se não conduzidas de forma criteriosa e numa linguagem adequada aos saberes regionais, podem não surtir os efeitos desejáveis, capazes de provocar impacto nos modos de vida dos sujeitos. Salienta-se que alguns sujeitos alimentam o lado sombrio do câncer de tal forma que não se apercebem que se trata de uma condição patológica passível de cura a depender do grau de avanço da doença. Em outras falas analisadas, a presença do “medo”, da “doença triste”, do

“pavor”, só reforça a opinião embasada apenas no conhecimento popular, empírico e desprovido de informações pertinentes.

“É meio espantoso, que dá medo, que não tem cura de jeito nenhum.” (Sexo masculino, 37 anos)

“Dá pavor, doenças podem gerar câncer, não tem cura, pode combater mas se não cuidar logo morre.” (Sexo feminino, 20 anos)

“Doença sem cura, terrível, não tem pra onde correr, pode melhorar um pouquinho, mas depois piora e morre.” (Sexo feminino, 25 anos)

Desse modo, reforça-se a necessidade de ações de saúde que não privilegiem somente os aspectos curativos das doenças, mas, sobretudo enfatizem os componentes voltados para a promoção e prevenção em saúde, conforme preconiza o sistema de saúde vigente no país. A desatenção a esses preceitos contribui para que não haja ressignificação do pensamento dos sujeitos e com isso favorece que haja a permanência das aflições dos moradores quanto ao câncer, especialmente por entenderem que se trata de uma doença incurável.

“Sinto muita coisa, meu marido morreu de câncer e minha irmã também, triste do ser humano que tem aquela doença!” (Sexo feminino, 60 anos)

“Morte, dá medo, é uma doença grave, sem cura, as pessoas que eu conheço com câncer todas morreram, não duraram muito.” (Sexo feminino, 42 anos)

“Doença chata, minha mãe morreu de câncer, doença grave.” (Sexo masculino 21 anos)

Na observação dessas falas, fica evidente o impacto da doença nos membros da família de pessoas acometidas por tal entidade mórbida, dessa forma, tal convívio pode gerar um sentimento de perda e de angústia. O próprio termo “câncer” passa a funcionar no imaginário dessas pessoas como um gatilho que faz ressurgir as imagens e sofrimentos previamente experimentados, de tal forma que esses sujeitos evitam nomeá-la e substitui tal termo pela expressão “aquela doença”.

O câncer representa uma das enfermidades que mais receio provoca na sociedade contemporânea, devido às representações de morte, dor e sofrimento. Tal fato pode derivar da elevada mortalidade e morbidade tão características dessa doença, e deve-se considerar ainda

o papel dos órgãos de comunicação social que contribuem para a perpetuação dessas imagens (CASCAIS et. al., 2008).

A experiência de uma doença como o câncer proporciona a vivência de sentimentos como impotência, medo da dor, da morte, ansiedade, desesperança e mesmo depressão, os quais consistem em variáveis psicológicas que contribuem para o sofrimento da dor no câncer. Para além das alterações ocorridas em nível físico, como a presença de cicatrizes cirúrgicas, efeitos da quimioterapia e radioterapia, ocorre também todo um conjunto de alterações em nível cognitivo, emocional, social, cultural e espiritual (CARVALHO, 1994).

A morte tem um papel de grande relevância nas sociedades e observa-se que há modos distintos com que algumas culturas têm lidado com a morte e o morrer. De acordo com Carvalho (1996) é comum as pessoas evitarem falar da morte, bem como, de ver o corpo do moribundo, pois isto nos traz à consciência a idéia de nossa própria finitude.

A perda é encarada como uma tragédia, muito pela convivência com a pessoa doente, pelo fracasso do tratamento e pelo sentimento de impotência diante de tal situação onde a morte é incontornável. Mais uma vez, como se observa na primeira fala acima, a palavra câncer sequer é mencionada, tão forte foi o choque causado na vida da entrevistada, levando a mesma a dar um novo sentido à doença, não a relatando, apagando assim, de seu vocabulário comum.

“Palavra triste, não tem cura, acabando a pessoa, fica comendo tudo por dentro.”
(Sexo feminino, 44 anos)

“É triste, a pessoa vai se acabando aos poucos, é bom se tivesse um remédio para combater.” (Sexo masculino, 53 anos)

“Medo, doença grave, não tem cura, vai comendo a carne e contaminando o sangue.”
(Sexo masculino, 62 anos)

As representações acerca do câncer se encontram ancoradas nas experiências sociais, isto é, derivam também das vivências pessoais de cada um, nomeadamente no acompanhamento de familiares, amigos ou de vizinhos, ao longo de todo o processo de adoecimento por câncer, que por vezes pode resultar na morte de pessoas significativas. Esse conhecimento construído a partir do dia-a-dia e das vivências de cada um e difundido pela mídia, possibilita a construção de uma realidade comum a esse grupo social. Ademais, o próprio processo de tratamento é carregado de imagens negativas, nomeadamente a ocorrência de ressecções cirúrgicas, amputações para além dos efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia (CASCAIS et al, 2008; SILVA et al, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma das doenças que, por um longo período, se evitou invocar pelo nome, tendo uma multiplicidade de representações investidas da sensação de morte. As representações sociais podem ser consideradas como uma expressão da realidade individual, uma exteriorização dos sentimentos e afeto, e que apóiam e revelam o poder da criação e de transformação da realidade social.

Em torno do câncer giram fantasias e metáforas que o associam com a morte, e tudo que não consegue ser claro e bem definido no plano físico tende a ser cercado por explicações psicológicas ou espirituais. A pronúncia da palavra “câncer” suscita nos sujeitos a idéia de dor, morte e sofrimento, com caráter persecutório tão evidente que é comum às pessoas negarem-se a pronunciá-la, substituindo por *aquela doença*, como, se a palavra “câncer”, evocasse uma entidade demoníaca de grande poder destruidor. Ao longo dos tempos, os termos empregados para designar tal entidade mórbida passaram por modificações e foi nominada “aquela doença”, “C.A.”, “aquele mal” e, sobretudo, aponta para um problema social que requer enfrentamento constante, essa palavra incitou, no contexto nacional, os leigos a tecerem considerações sobre a doença e suas vítimas.

É necessário que os profissionais de saúde sejam conhecedores das percepções, crenças e modelos explicativos da população, e tal conhecimento concorre para facilitar a comunicação e para a realização das atividades educativas, preventivas, curativas e reabilitadoras. Entende-se que os trabalhadores da saúde devam compreender as representações sociais ligadas às diversas doenças que acometem uma população de forma que tal conhecimento torna-se facilitador no processo de comunicação e torna-se um dos requisitos necessários para o bom exercício profissional.

Salienta-se ainda o importante papel dos veículos de comunicação que devem atuar na direção do esclarecimento acerca do câncer, evitando os aspectos amedrontadores e punitivos da doença.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

REFERÊNCIAS

BORGES, D.M.L.; SENA, M.F.; FERREIRA, M.A.F; RONCALLI, A.G. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 25, n. 2, p. 321-327, fev.2009.

BLANC, S.V.L.; BARUZZI, A.M.; PANNUTI, C.M. Colutórios que contém álcool e câncer bucal – Revisão de estudos epidemiológicos. **R. Periodontia**. Dez. 2007 – Vol. 17. n. 4.

CAGNIN, E.R.G.; LISTON, N.M.; DUPAS, G. Representação social da criança sobre o câncer. **Rev. Esc. Enferm. USP**; vol. 38, n. 4, p. 51-60. 2004

CARVALHO, V. A. A vida que há na morte. In.: BROMBERG, M. H. P. et al. **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

CARVALHO M. **Introdução à psiconcologia**. São Paulo: Psy II; 1994.

CASCAIS A. F. M. V.; MARTINI J. G.; ALMEIDA P. J. S. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.495-500, out/dez 2008.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**, 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

GONZÁLES REY, F.L. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicologia: Teoria e Prática**. vol. 8, n.2, p. 69-85, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 159p.

HERZLICH, C. **Health and illness. A social psychological analysis**. London: Academic Press, 1973.

INCA, **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

KUMAR, V; ABBAS, A.K.; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran Patologia: Bases patológicas das doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LIMA, A.A.S.; FRANÇA, B.H.S.; IGNÁCIO, S.A.; BAIONI, C.S. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Revista Brasileira de Cancerologia** vol. 51, n. 4, p. 283-288, 2005.

MIRANDA, F.A.N.; SIMPSON, C.A.; FERNANDES, R.L.; SILVA, M.D.; SABINO, M.G.G. Representações sociais e o papel terapêutico dos acadêmicos de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília. 62 n. 5, p. 663-9, set-out. 2009

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF, 1961.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1978.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A representação social acerca do câncer de boca na zona rural de Cajazeiras – PB

A) OBJETIVO E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA:

Obrigado (a) pela sua participação como voluntário (a) em nossa pesquisa.

Objetiva-se com esta pesquisa, reconhecer o nível de conhecimento da população da zona rural do município de Cajazeiras acerca do câncer oral, através da aplicação de questionário, para que com esses dados possam ser instituídas medidas de prevenção e controle do câncer oral na população, através da instituição de campanhas educativas sendo possível então, o diagnóstico precoce e conseqüentemente a instituição de uma correta terapêutica, aumentando dessa forma a sobrevivência dos pacientes que venham a ser acometidos por esta neoplasia.

B) RISCOS POSSÍVEIS E BENEFÍCIOS ESPERADOS:

Através da aplicação do questionário, espera-se melhorar o nível de conhecimento da população no tangente ao câncer de boca, para que o mesmo seja diagnosticado precocemente sendo possível dessa forma a instituição do tratamento eficaz, melhorando as condições de cura do paciente acometido por esta doença.

C) RESSARCIMENTO:

Você não terá nenhum gasto financeiro por qualquer procedimento executado por essa pesquisa e terá direito a ressarcimento em caso de dano comprovadamente ocorrido por sua participação na mesma.

D) ACESSO ÀS INFORMAÇÕES:

Você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, mesmo que você tenha assinado este termo de consentimento. As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico, sem divulgar o nome do participante. O pesquisador e o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba terão acesso aos arquivos dos participantes, para verificação de dados, sem contudo violar a confidencialidade necessária, ou seja, sem divulgar o seu nome verdadeiro, podendo usar um apelido ou pseudônimo para esse fim.

Somente com a assinatura deste documento é que podemos realizar o que lhe explicamos anteriormente, que é a pesquisa em si.

E) TERMO DE CONSENTIMENTO:

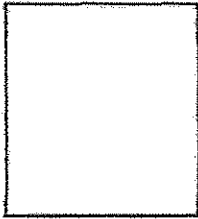
Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste documento, concordo em participar desse estudo.

E através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo o aluno Thiago Dias Quirino de Moura, do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, número de matrícula 50612130, residente à Av. Francisco Matias Rolim, 75, Bairro Alto Belo Horizonte, Cajazeiras/PB e o Prof. Dr. Sérgio Adriane Bezerra de Moura, portador da cédula de identidade: 959.275 SSP-RN, residente à Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n, Casas Populares, Cajazeiras/PB, Telefone: (84) 94312736, E-mail: sergioabm@gmail.com, a

utilizar as informações obtidas sobre minha pessoa, através do que for falado, escrito, visto e examinado, com a finalidade de desenvolver trabalho científico na área da saúde bucal coletiva.

Autorizo também a publicação do referido trabalho, de forma escrita, fotografias e resultados de exames. Concedo também o direito de retenção e uso para fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tendo a exigir a título de indenização pela minha participação na pesquisa, que deverá ser livre e espontânea.

Cajazeiras, _____, De acordo,



Endereço:

RG: _____ CPF _____

Thiago Dias Quirino de Moura

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

Eu, **Thiago Dias Quirino de Moura**, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com meu orientador, o **Prof. Dr. Sergio Adriane Bezerra de Moura**, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado **“A REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DO CÂNCER DE BOCA NA ZONA RURAL DE CAJAZEIRAS - PB”** e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares, assim como a Resolução nº 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem da UFCG/CFP/UACV.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do Pesquisador Participante

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário a ser aplicado aos moradores da Zona Rural de Cajazeiras

- 1) Sexo F M
- 2) Idade _____
- 3) Cor da pele Leucoderma Feoderma Melanoderma Xantoderma
- 4) Você já ouviu falar de câncer de boca?
 Sim Não
- 5) O que vem à sua mente ao ouvir falar a palavra CÂNCER?

- 6) Já viu alguma campanha de esclarecimento e prevenção de câncer de boca na Zona Rural ou na cidade?

Sim Não

Local: _____

- 7) Algum vez durante o atendimento odontológico ou em consulta médica ou de enfermagem você foi alertado sobre doenças da boca?

Sim Não

- 8) Algum familiar seu já teve câncer de boca?

Sim Não

- 9) Você sabe o que pode causar o câncer de boca?

Sim Não

- 10) Sabe como se apresenta a doença?

Sim Não

- 11) Você fuma?

Sim Não

- 12) Em caso afirmativo, especificar o tipo de fumo e a quantidade por dia

Tipo: _____ Quantidade: _____

- 13) Você tem hábito de ingestão de bebida alcoólica