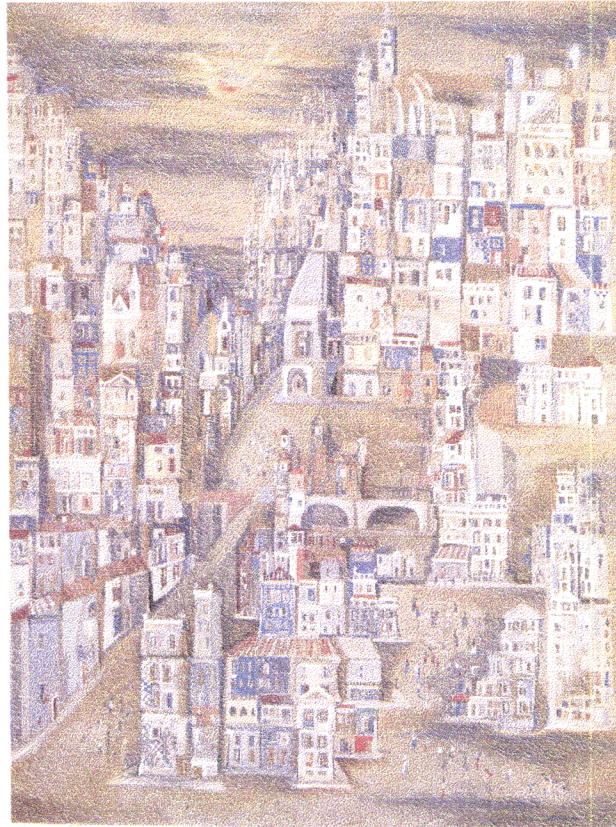


UNIVERSIDADE DE ÉVORA



**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA
EM MEIO RURAL E EM MEIO URBANO**

LUCÍLIA MARIA MARTINS NEVES DO CARMO CARVALHO

**ÉVORA
2000**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA
EM MEIO RURAL E EM MEIO URBANO**



LUCÍLIA MARIA MARTINS NEVES DO CARMO CARVALHO

ORIENTADORA:

Professora Doutora Marta Hansen Lima Basto Correia Frade

104 955

ÉVORA

1999

LUCÍLIA MARIA MARTINS NEVES DO CARMO CARVALHO

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA
EM MEIO RURAL E EM MEIO URBANO**

**Dissertação apresentada para obtenção do
Grau de Mestre em Ecologia Humana pela
Universidade de Évora**

**ÉVORA
1999**

RESUMO

O presente trabalho, de cariz quantitativo, descritivo e analítico, tem a finalidade de contribuir para o conhecimento das diferenças entre as representações sociais da doença dos indivíduos de meio rural e de meio urbano.

Os objectivos traçados foram: identificar os conteúdos e a estrutura das representações sociais da doença em meio rural e meio urbano; analisar comparativamente os conteúdos e a estrutura das representações sociais da doença em função do meio de pertença.

Conceptualizando operacionalmente as representações sociais como um sistema sociocognitivo constituído por um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes dos indivíduos de um grupo, relativamente à doença, passível de ser definido pelo seu conteúdo e pela sua estrutura interna, inquirimos 35 indivíduos do meio rural e 35 do meio urbano, através da aplicação de um formulário e de duas escalas de tipo Lickert: uma para medir o grau de significado dos sintomas da doença (1 a 5); outra para medir a importância atribuída às causas da mesma (1 a 5).

As principais conclusões são que, apesar das representações sociais da doença (sintomas e causas) diferirem qualitativamente entre o meio rural e o meio urbano, esta diferença não é estatisticamente significativa ($p = 0,05$), não se podendo, por isso, generalizar estes resultados.

Sugerimos a replicação do estudo com uma amostra adequada para permitir a utilização de técnicas estatísticas multivariadas de análise de dados, porque há fortes indícios qualitativos de que as representações sociais da doença em meio rural são diferentes das do meio urbano.

ÍNDICE

	Fl.
0 - <u>INTRODUÇÃO</u>	11
1 - <u>REVISÃO DA LITERATURA</u>	15
1.1 - <u>ECOSSISTEMA URBANO / ECOSISTEMA RURAL</u>	15
1.1.1 - <u>Ecosistema rural</u>	18
1.1.1.1 - Densidade populacional	18
1.1.1.2 - Relações Homem / Natureza	19
1.1.1.3 - Relações sociais	20
1.1.1.4 - Tipo de economia	21
1.1.2 - <u>Ecosistema urbano</u>	23
1.2 - <u>REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</u>	28
1.2.1 - <u>O conceito de representação social</u>	31
1.2.2 - <u>Organização e estrutura das representações sociais</u>	33
1.3 - <u>ECOLOGIA HUMANA / SAÚDE / DOENÇA</u>	38
1.4 - <u>A DOENÇA</u>	42
2 - <u>VARIÁVEIS</u>	45
2.1 - <u>VARIÁVEL DEPENDENTE</u>	45
2.2 - <u>VARIÁVEIS INDEPENDENTES</u>	45
3 - <u>METODOLOGIA</u>	47
3.1 - <u>AMOSTRA</u>	47
3.1.1 - <u>Caracterização dos meios de pertença</u>	47
3.2 - <u>COLHEITA DE DADOS</u>	51
4 - <u>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS</u>	52
4.1 - <u>O MEIO DE PERTENÇA</u>	52
4.2 - <u>A IDADE</u>	52
4.3 - <u>A VARIÁVEL SEXO</u>	56
4.4 - <u>A ESCOLARIDADE</u>	58
4.4 - <u>A OCUPAÇÃO</u>	61
4.6 - <u>A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA</u>	66
4.6.1 - <u>Os conteúdos</u>	66
4.6.1.1 - <u>Dos sintomas</u>	66

	Fl.
4.6.1.2 - Das causas	74
4.6.2 - <u>A estrutura</u>	81
4.6.2.1 - Dos sintomas	82
4.6.2.2 - Das causas	89
5 - <u>CONCLUSÕES E SUGESTÕES</u>	96
6 - <u>BIBLIOGRAFIA</u>	99

INDÍCE DE TABELAS

		Fl.
Tabela nº 1	Distribuição da idade em anos na amostra total	53
Tabela nº 2	Distribuição da idade na sub-amostra rural	54
Tabela nº 3	Distribuição da idade na sub-amostra urbana	55
Tabela nº 4	Distribuição da escolaridade na amostra global	58
Tabela nº 5	Distribuição da escolaridade na sub-amostra rural	59
Tabela nº 6	Distribuição da escolaridade na sub-amostra urbana	60
Tabela nº 7	Distribuição da ocupação na amostra global	62
Tabela nº 8	Distribuição da ocupação na sub-amostra rural	68
Tabela nº 9	Distribuição da ocupação na amostra urbana	64

INDÍCE DE QUADROS

	Fl.
Quadro nº 1 Sintomas referidos pelos indivíduos da amostra global	67
Quadro nº 2 Sintomas referidos pelos indivíduos da sub-amostra rural	69
Quadro nº 3 Sintomas referidos pelos indivíduos da sub-amostra urbana	70
Quadro nº 4 Comparação entre os elementos centrais dos conteúdos das representações sociais da doença (sintomas) das sub-amostras rural e urbana	71
Quadro nº 5 Elementos do conteúdo da representação social da doença (sintomas) comuns às duas sub-amostras rural e urbana	73
Quadro nº 6 Causas referidas pelos indivíduos da amostra global	74
Quadro nº 7 Causas referidas pelos indivíduos da sub-amostra rural	76
Quadro nº 8 Causas referidas pelos indivíduos da sub-amostra urbana	78
Quadro nº 9 Comparação entre os elementos centrais dos conteúdos das representações sociais da doença (causas) das sub-amostras rural e urbana	79
Quadro nº 10 Elementos do conteúdo da representação social da doença (causas) comuns às duas sub-amostras rural e urbana	81
Quadro nº 11 Sintomas das doenças segundo o grau de significância que lhes foi atribuído pelos elementos da amostra global	82
Quadro nº 12 Sintomas das doenças segundo o grau de significância que lhes foi atribuído pelos elementos da sub-amostra rural	83
Quadro nº 13 Sintomas das doenças segundo o grau de significância que lhes foi atribuído pelos elementos da sub-amostra urbana	86
Quadro nº 14 Distribuição das distâncias de aglomeração dos sintomas segundo a sub-amostra	88

Quadro nº 15	Causas das doenças segundo o grau de importância que lhes foi atribuído pelos elementos da amostra global	89
Quadro nº 16	Causas das doenças segundo o grau de importância que lhes foi atribuído pelos elementos da sub-amostra rural	90
Quadro nº 17	Causas das doenças segundo o grau de importância que lhes foi atribuído pelos elementos da sub-amostra urbana	92
Quadro nº 18	Distribuição das distâncias de aglomeração das causas segundo a sub-amostra	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	FI.	
Gráfico nº 1	Distribuição da idade em anos na amostra global	53
Gráfico nº 2	Distribuição da idade em anos na sub-amostra rural	54
Gráfico nº 3	Distribuição da idade em anos na sub-amostra urbana	56
Gráfico nº 4	Distribuição do sexo na amostra global	56
Gráfico nº 5	Distribuição do sexo na sub-amostra rural	57
Gráfico nº 6	Distribuição do sexo na sub-amostra urbana	57
Gráfico nº 7	Distribuição da escolaridade na amostra global	58
Gráfico nº 8	Distribuição da escolaridade na sub-amostra rural	59
Gráfico nº 9	Distribuição da escolaridade na sub-amostra urbana	60
Gráfico nº 10	Distribuição da ocupação na amostra global	62
Gráfico nº 11	Distribuição da ocupação na sub-amostra rural	63
Gráfico nº 12	Distribuição da ocupação na sub-amostra urbana	65
Gráfico nº 13	Dendrograma da estrutura das representações dos sintomas na sub-amostra rural	84
Gráfico nº 14	Dendrograma da estrutura das representações dos sintomas na sub-amostra urbana	87
Gráfico nº 15	Dendrograma da estrutura das representações das causas na sub-amostra rural	91
Gráfico nº 16	Dendrograma da estrutura das representações das causas na sub-amostra urbana	93

0 - INTRODUÇÃO

Nos finais do século XIX o biólogo alemão E. Haeckel (1886) baptizou uma nova ciência denominando-a de Ecologia, tendo como objecto de estudo o “oikos”, isto é, a casa da Vida. Uns anos antes Florence Nightingale tinha publicado o seu tratado “Notes on nursing: what it is, what it is not” (1859), onde falava da importância do ambiente na cura das doenças, afirmando que este tinha um papel fundamental, um papel reparador, isto é, bastava o Homem criar as condições necessárias e deixar o ambiente actuar por si para que a cura acontecesse (Nightingale, 1862). Estes dois factos têm como ponto comum a importância que o ambiente tinha já adquirido em tempos e espaços diferentes. São reveladores da emergência de uma sensibilidade e dum conhecimento ambientais talvez de fundamento mais empírico, porque resultante da prática, do que científico.

Num caminhar lento, foi necessário quase um século para que a Ecologia e a Enfermagem emergissem como ciências autonomas, desligando-se a Ecologia da Biologia e a Enfermagem da Medicina.

No despontar do séc. XXI estas duas ciências ainda lutam pelo seu lugar ao sol, continuando a Enfermagem a ter dificuldade em se afirmar como profissão porque o seu campo científico continua indefinido e a Ecologia a confundir-se com ideias ecologistas que de Ecologia só têm o nome.

Pensamos que o cerne da questão está em que ambas as ciências têm como objecto de estudo “esta espécie animal particular, o Homem, que além de ser antropocêntrico é de uma grande mobilidade, encontrando-se em todas as altitudes e em todas as latitudes, destruindo por vezes, os ecossistemas naturais” (Nazareth, 1993) e provocando a doença, situação a que raras pessoas ao longo da sua vida terão escapado, e que sempre foi e continuará a ser de difícil aceitação.

A doença, este “lado obscuro” da nossa vida, embora fenómeno universal e intemporal, porque é natural, não é vivida de igual forma por todos os

indivíduos. Quando surge, ainda hoje levanta imensas questões de que destacamos as clássicas: Porquê eu ? Porquê esta doença? As respostas a estas questões serão tantas quantos os indivíduos. Efectivamente o nosso conhecimento baseado não só na praxis de todos os dias, como também no conhecimento adquirido na pesquisa efectuada, diz-nos que cada um de nós vai reagir à doença de forma diferente. Enquanto uma dor de cabeça para uns não passa de um pequeno incómodo a que não vale a pena atribuir grande valor, para outros é motivo mais que suficiente para tomar qualquer droga que num espaço de tempo mais ou menos curto resolva o problema. Para outros ainda, ela constitui uma situação de tal maneira grave que obriga a alterar toda a rotina diária. Vários serão os factores que interferem na forma de viver esta questão - dor de cabeça - o tempo o espaço , a idade, o sexo, a cultura, etc. Há portanto factores de carácter individual, social e ambiental. Claro que estão todos intrinsecamente relacionados, conforme se depreende do modelo de "health status" de Amaral-Mendes et al. (1994), ilustrado pelo seguinte diagrama:

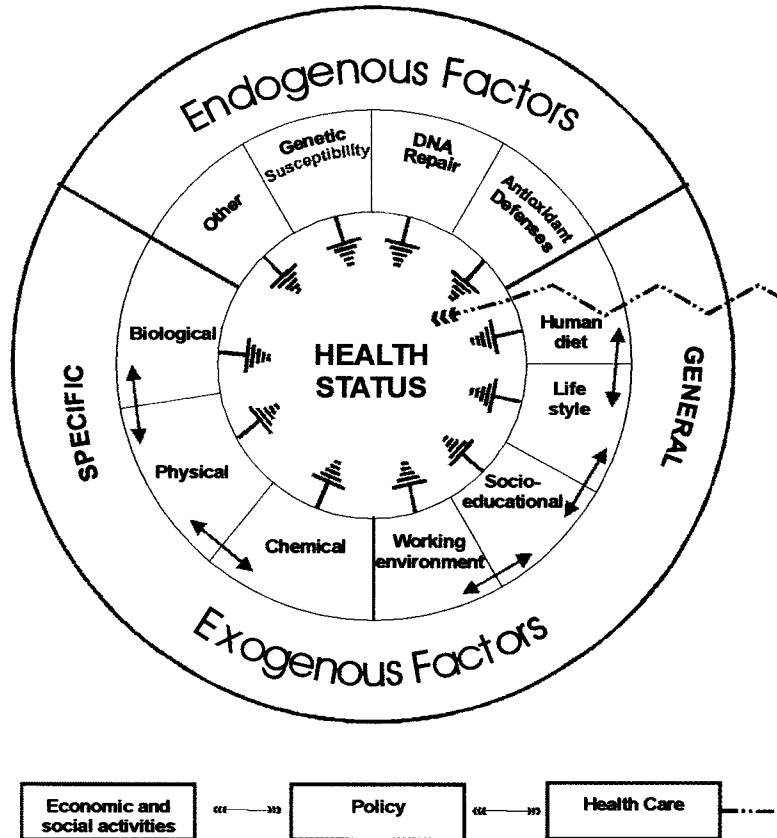


Figura nº 1 – Os determinantes do "Health Status"

Daqui se conclui que o estado de saúde da pessoa é simultaneamente conjugado por factores endógenos e exógenos. De entre estes últimos queremos destacar os que são denominados de gerais – a dieta humana, o estilo de vida, os aspectos socio-educacionais e o entorno laboral – porque em face da nossa localização no modelo, isto é, no sistema de cuidados de Saúde, e dada a nossa condição de docente de Enfermagem em Saúde Comunitária, nos parecem ser aqueles que são mais susceptíveis de actuação sobre eles através de intervenções de educação para a Saúde.

Estas intervenções deverão de considerar dois aspectos intrinsecamente relacionados: os relativos à Saúde Ambiental, porque a pessoa humana integra um ecossistema, e os que se prendem com as atitudes e mudanças de comportamento, porque esse é um dos desideratos da educação para a Saúde.

Na perspectiva da Saúde Ambiental existem vários problemas nos países industrializados que deverão ser tidos em consideração para o estabelecimento de prioridades de actuação, nomeadamente no campo da educação para a Saúde:

- a forma de prevenir e lidar com os poluentes habitacionais;
- os comportamentos adequados para conseguir a segurança na cadeia alimentar;
- a sensibilização para os riscos decorrentes de desastres industriais;
- a prevenção e redução do risco da sinistralidade, nomeadamente na área da condução automóvel, nos entornos laborais e nos domésticos;
- as formas de diminuir os riscos e de lidar com os poluentes resultantes do desenvolvimento da indústria química de compostos sintéticos (Amaral-Mendes, 1994).

Relativamente ao segundo aspecto, as acções nesta área, educação para a Saúde, partem do pressuposto que a transmissão adequada de conhecimentos adequados, através das mudanças de atitude que provoca, induz mudanças de comportamentos e adopção de estilos de vida saudáveis (Pender, 1995). Daí as campanhas de esclarecimento sobre os malefícios do tabaco, visando a prevenção das doenças cardiovasculares e do cancro, ou sobre as vantagens

do uso de preservativo para prevenção da sida e das outras doenças sexualmente transmissíveis, etc..

A relação entre conhecimento, atitude e comportamento tem sido objecto de estudo de várias disciplinas, nomeadamente da Psicologia Social, e, nesta última, também na óptica da teoria das representações sociais, entendidas como “elaboração de um objecto social por uma comunidade, com o objectivo de agir e de comunicar” (Moscovici, 1963).

Nesta perspectiva, e porque as actividades de educação para a Saúde tanto se desenvolvem nos campos como na cidade, dado o carácter socio-comunitário das representações sociais, enquanto fundamentos da acção e da comunicação, colocámos a seguinte questão: será que as representações sociais da doença em meio rural são diferentes das do meio urbano?

Entre toda a literatura consultada (Abric, 1997; Deschamps e Beauvois, 1996; Flick, 1992; Doise, Clemence e Lorenzi-Cioldi, 1992; e Jodelet, 1989) na procura de resposta para a nossa questão, não a encontramos. Resolvemos por isso encetar este nosso estudo, que mais não visa do que dar uma contribuição para esclarecer este tema.

Uma vez que as representações sociais apresentam um conteúdo e uma estrutura (Abric, 1997), os objectivos deste nosso estudo são os seguintes:

- Contribuir para a identificação dos elementos do conteúdo das representações sociais da doença em indivíduos do meio rural e do meio urbano;
- Contribuir para a identificação da estrutura das representações sociais da doença de indivíduos de meio rural e de meio urbano;
- Analisar comparativamente os conteúdos e a estrutura das representações sociais da doença em função do meio de pertença dos indivíduos.

1 - REVISÃO DA LITERATURA

1.1 - ECOSSISTEMA RURAL / ECOSSISTEMA URBANO

Na cidade (como notou Jacinto) nunca se olham nem lembram os astros - por causa dos candeeiros a gás ou dos globos de electricidade que os ofuscam. Por isso (como eu notei) nunca se entra nessa comunhão com o universo que é a única gloria e única consolação na vida. Mas na serra, sem prédios disformes de seis andares, sem a fumaraça que tapa Deus, sem os cuidados que como pedaços de chumbo puxam a alma para o pó rasteiro, ... olham para os astros e os astros olham para eles.

Eça de Queirós

De uma forma mais ou menos consciente, mais ou menos esclarecida, o Homem sempre se interessou pelo seu habitat. Desde os tempos mais remotos que aprendeu a encontrar o seu sustento, a refugiar-se das inclemências do tempo, a realizar actividades que lhe permitiram não só subsistir, como criar as condições mais propícias, a essa subsistência ou seja a transformar o ecossistema natural de forma a que este pudesse dar resposta às suas necessidades.

O crescimento demográfico dos clãs, a descoberta do fogo, a transformação das paisagens pela pastorícia e pela agricultura, a sedentarização, criaram novas formas de agrupamento que por sua vez conduziram a estilos de vida diferentes. A destruição das paisagens primitivas levou ao aparecimento de paisagens humanas o que provocou e provoca a derrocada de equilíbrios ecológicos de associativismos e ciclos naturais (Teles, 1975).

Actualmente qualquer espaço é o resultado de uma longa evolução modelada pelas transformações físicas e pela presença humana, tentando o Homem encontrar um novo equilíbrio ecológico em substituição do destruído.

Novos ecossistemas foram criados que por sua vez deram origem a novos aglomerados populacionais com dimensão e funcionamento próprio. De entre estes destacamos os ecossistemas rurais e os ecossistemas urbanos porque são objecto do nosso estudo.

Poder-se-á questionar porquê utilizar o conceito de ecossistema e não o de meio ou o de espaço? Porque meio como Morin referência "é mais limitado geograficamente e impõe necessariamente antolhos quando se trata de complexidade ou seja da ciência do vivo ou da ciência do social. Remete unicamente para características físicas que actuam por determinismo ou condicionamento sobre os seres vivos ou sociais" (1998). Quanto ao conceito de espaço, embora seja mais um produto cultural ele será utilizado ainda que tenhamos a noção de que a sua proximidade se situa mais ao nível das relações sociais, e nós não concebemos o Homem, logo o seu ecossistema, fora dessas mesmas relações.

Explicitada esta nossa opção, prossigamos.

Se consideramos que o ecossistema é um conjunto de interacções e de interdependências no seio de um nicho ecológico que varia de rural para urbano, aceitamos facilmente que o espaço onde esse processo se desenrola seja determinante. Embora haja quem tenha afirmado que a dicotomia campo cidade se tinha tornado obsoleta, mas que mesmo nas sociedades mais desenvolvidas continuavam a subsistir teimosamente concepções de valores rurais, estruturas sociais, instituições e modos de comportamento inconciliáveis com a cultura industrial (Eisermann, 1962).

Se equacionarmos o ecossistema rural e o ecossistema urbano como dois sistemas abertos numa relação de independência / dependência continua a fazer sentido falar de um e de outro não como opostos, mas como complementares. A sua diferenciação não implica, por isso, uma compartimentação estanque: há dissemelhanças, mas há dependências.

É indiscutível que o ecossistema rural apresenta hoje uma mutação profunda nas suas funções e relações com o ecossistema urbano. Os dois ecossistemas se interpenetram tanto ao nível do próprio espaço como das interrelações que desenvolvem. E isto também porque o número de interações entre os sistemas sociais locais e a sociedade globalizante aumenta permanentemente (Valente et al. 1994), assim como a arbitrariedade espacial de grupos sociais diversos.

Cada vez mais assistimos ao renascimento de movimentos ecologistas ruralistas que assumem uma relação rural/natureza procurando romanticamente no campo toda a sua pureza, a grande harmonia entre as suas casas e os espaços verdes, uma existência autêntica, que há muito perderam, mas que impõem muitas vezes o modus vivendis dos cidadãos, o neo-arcaísmo urbano (Morin 1998).

Os grandes eixos rodoviários, a água corrente, a electricidade, o gás, as vias de comunicação, o grau de escolaridade, os mass média, etc., tudo isto contribui para encurtar a distância entre o rural e o urbano.

O mundo rural tem sido invadido pelo mundo urbano, mas ainda que esta invasão tenha provocado grandes alterações há mais ou menos unanimidade nos critérios de diferenciação que caracterizam o ecossistema rural e o ecossistema urbano.

1.1.1 - Ecosistema rural

“O Alentejo é na verdade o máximo e o mínimo a que podemos aspirar: o descampado dum sonho infinito e a realidade dum solo exausto. E talvez nada haja de mais expressivo do que esse limite nítido entre a intimidade do Homem e a integridade do ambiente.”

Miguel Torga

Pode ser problemático falar do ecossistema rural porque, ao falar deste, imediatamente nos ocorre um espaço “quase idílico”. Mas a complexidade deste ecossistema vai muito além destes aspectos.

Actualmente poucos serão os lugares na terra totalmente “puros” . O Homem tem conseguido alterar e até adulterar em seu proveito todos os ecossistemas naturais e tem tentado recriar de acordo com as suas necessidades os espaços de que necessita. Daqui resulta uma imensa variedade de espaços rurais.

Se atendermos ainda ao ponto de vista do investigador, ao tipo de estudo pretendido, ao tempo/ época em que se desenvolveu, diversas serão as formas de falar acerca deste ecossistema. Mas porque é necessário um marco de referência, optámos por utilizar na caracterização de ecossistema rural, a densidade populacional, a relação Homem/Natureza, as relações familiares e de vizinhança e o tipo de economia existente.

Porquê estes aspectos? Porque eles reúnem o consenso da maior parte dos estudiosos e foi com base neles que partimos para a caracterização do nosso ecossistema rural.

1.1.1.1 - Densidade Populacional

A fraca densidade populacional, assim como a sua dispersão, é uma das características do ecossistema rural.

Para Kayser “o problema da definição do espaço rural resumia-se á densidade populacional, sendo produzida uma definição “residual” de espaço rural, uma

vez que é não urbana, logo rural, a comuna que não contenha ou não esteja contida numa aglomeração de mais de 2000 habitantes, sendo uma aglomeração um grupo de casas separadas umas das outras por menos de 200 m de distancia.” (in Pedroso, 1998).

Análises mais pormenorizadas fazem ainda a distinção entre a população de “montes”, quintas e população de aldeias. Tanto numa situação como na outra a densidade é baixa não só de habitantes como de construções. Construções estas que são essencialmente térreas e permitem a alternância com as paisagens vegetais mais ou menos vastas.

Como Rowles afirma, no ecossistema rural “ há a ausência de um alto grau de verticalidade apresentada pela forma arquitectónica das cidades contemporâneas” (1983): tudo fica mais à dimensão humana.

1.1.1.2 - Relações Homem / Natureza

Nos ecossistemas rurais os espaços são mais vastos, possuem mais plantas, mais árvores, aproximam-se mais do meio natural do qual o Homem ainda guarda reminiscências. Este facto vai criar uma dependência em relação aos processos naturais e uma estreita ligação não só ao espaço local como entre os agentes sociais que nele habitam.

No ecossistema rural o Homem vive em sintonia com o tempo; levanta-se quando o sol nasce e deita-se pouco depois que este desaparece na linha do horizonte.

Fazendo uma breve pausa no seu trabalho, ou seduzido pelo que o cerca, espraia o olhar nos verdes campos até ao infinito, onde o azul se funde e o castanho dá o toque de descontinuidade necessário para um maior equilíbrio psicológico.

E assim as cores características deste ecossistema vão permitindo criar entre o Homem e a natureza uma sintonia, uma complementaridade quase perfeita e que é determinada pelo ciclo natural do tempo. O Homem, o espaço e o tempo tríade sempre presente e que vai interagir com outros estímulos vindos dos elementos naturais como a terra, a água, e vai criar as situações adequadas de forma a tirar delas aquilo de que necessita para o seu dia a dia. O verão, o inverno, o sol e a chuva são desejados na hora certa a fim de poderem decidir se a cultura vai ser boa ou não. O relógio do Homem rural é o relógio da Terra. Este Homem tem perfeita consciência de que tudo vem da terra e daí o seu enorme respeito por esta.

Esta coexistência leva a uma identificação quase perfeita do Homem com o seu nicho ecológico, criando-lhe representações simbólicas do que lhe acontece e sobretudo daquilo para o qual dentro dos seus conhecimentos não encontra muitas vezes a resposta, como seja o caso da doença . Esta transcende-o e só a pode aceitar como fenómeno natural dentro da sua simbologia.

1.1.1.3 - Relações sociais

As relações, no ecossistema rural, são “cara a cara”, são mais próximas, mais humanizadas embora em menor quantidade do que no ecossistema urbano.

Apesar da separação da população no espaço, o ambiente rural é caracterizado pelas redes de consciência nas quais há conhecimento de nomes, de estilos de vida, estado de saúde e muitos mais detalhes particulares acerca de cada um uma vez que “os contextos rurais tendem a possuir um alto nível de estabilidade populacional um facto que reforça o desenvolvimento de relações de suporte ao longo dos anos”. (Rowles, 1983.)

A estabilidade populacional reforça o desenvolvimento de relações mais fortes, mais próximas, mas vai determinar uma cultura mais tradicional, mais “conservadora”. O nível dos conhecimentos muda pouco e muito lentamente. O Homem rural está muito apegado a usos e costumes, defendendo os

valores familiares e grupais das gerações anteriores. A noção de pertença a uma comunidade é muito forte (Mucchielle, 1976.). Toda a vida psicológica está estreitamente ligada aos lugares e á sua expressão espacial, assim como aos vizinhos, aos parentes, e á família mais próxima.

A família rural onde o índice de fecundidade é maior (Larson,1974) desenvolve uma relação muito mais forte, não só porque há uma proximidade física muito maior, mas porque o tipo de actividade desenvolvida envolve quase todos os elementos da família. No seio do grupo familiar a mulher não é somente “dona de casa” mas também trabalhadora agrícola. Os filhos colaboram nas actividades do campo desde que a idade o permita e os velhos continuam a vida de trabalho também durante longo tempo até que as forças lhe faltem (Hoyois, 1968.)

Neste ecossistema “as festas, as feiras, o adro da igreja, a praça da aldeia, são acontecimentos e espaços que fomentam a “coesão” dos grupos, a regulação sócio-moral aceite, a mistura das classes sociais, a polivalência dos lideres, a primazia do projecto colectivo sobre as escolhas individuais” (Mucchielle, 1976).

Esta especificidade do ecossistema rural onde a ligação de todos os seus elementos à natureza é um factor de identidade, vai forçosamente determinar os modos de vida e o tipo de relações sociais. Podemos assim dizer que o espaço físico e o espaço social interagem: um condiciona o outro. Esta grande interacção tem por outro lado um aspecto considerado por alguns como menos positivo ou seja a quase impossibilidade de se manter o “anonimato” pessoal o que pode ser gerador de conflitos, pois o indivíduo sente a sua privacidade invadida: “as relações de vizinhança suscitaram sempre algumas relações conflituosas (Badovin, 1982).

1.1.1.4 - Tipo de economia

Nas sociedades modernas, apenas no ecossistema rural, o lugar de residência de ocupação e a família se encontram estreitamente ligados. Como afirma Pinto (1995), “no espaço rural continua a persistência do grupo doméstico enquanto unidade de produção, consumo e residência” embora as práticas agrícolas apelem cada vez mais às novas tecnologias, máquinas e utilização de produtos químicos que vão pondo em perigo os equilíbrios ecológicos. A economia de subsistência vai dando lugar a novas economias de mercado, mas a noção de dependência dos recursos naturais continua a desenvolver no Homem rural uma relação muito próxima com o espaço, uma vez que é deste que toda a sua economia provem. É este espaço que lhe assegura toda a produção de bens que são a fonte do seu rendimento. A sua ligação á terra é muito forte. Dela tira tudo ou quase tudo de que necessita. Entre a casa que habita, a terra que cultiva, e a taberna que frequenta, e que serve de ponto de encontro e de distracção, a distância é curta e aqueles com que se cruza são os mesmos de todos os dias e de todas as ocasiões.

1.1.2 - Ecosistema Urbano

A vida na moderna cidade tornou-se um símbolo do facto de que o Homem se pode adaptar a céus sem estrelas, a avenidas sem árvores, a edifícios disformes, a pão sem sabor, a festas sem alegria, a prazeres sem espírito, a uma vida sem referência ao passado, amor pelo presente e esperança no futuro (Dubos, 1968).

As primeiras cidades apareceram há cerca de 5000 a 6500 anos, nas grandes planícies junto aos recursos de água. O rio Nilo, o Tigre, o Eufrates assim como o mar foram ecossistemas naturais a partir dos quais várias civilizações evoluíram, incluindo a nossa (Sozcka, 1998).

Mas não só o elemento água foi decisivo para o aparecimento das cidades. Outros factores estiveram presentes como sejam as vias de passagem e de migração, onde as possibilidades de produção e de troca eram grandes, as características do solo, do subsolo, o clima etc. . O Homem sempre utilizou a Natureza transformando-a de acordo com as necessidades sentidas e recriando novos ecossistemas que melhor resposta davam aos seus interesses. É sabido que as cidades dos tempos passados pouco ou nada têm a ver com as grandes metrópoles de hoje, mas “todas as grandes cidades da nossa época tiveram uma génese comandada pela sua situação geográfica ou melhor dizendo ecológica” (Laborit, 1971).

Neste rápido percurso pela história verificamos que as cidades há muito existem. Elas fazem parte do passado, do presente, e possivelmente do futuro do Homem. São o reflexo de diferentes culturas, são o resultado da acção do Homem sobre o ambiente, são as maiores unidades de produção de bens e de conhecimento, são a matriz de muitas das nossas necessidades, mas nem sempre criam os mecanismos necessários para lhe dar resposta, o que leva a que alguns, e em número cada vez maior, se questionem e argumentem que elas são também a maior causa de “stress”, das “Doenças da civilização”, levando á esquizofrenização e que o estilo de vida a que obrigam conduz á

quebra dos laços familiares, gerando anomia, encontros ocasionais, relações fugitivas (Laplantine, 1978).

A controvérsia acerca das vantagens e desvantagens deste ecossistema urbano é cada vez maior e se para uns ele é uma ameaça constante noutros exerce um enorme poder de atracção.

Calcula-se que hoje em dia um quarto da humanidade viva em grandes concentrações urbanas e que a tendência seja para o aumento rápido da urbanização da população á escala mundial (Fischer 1978). Isto pode levar-nos a concluir que possivelmente os defensores dos grandes aglomerados são mais do que os que argumentam contra ou que embora lhe encontrem “defeitos”, feito o balanço, as qualidades são mais.

Mas se de facto os grandes aglomerados estão na origem dos graves problemas ecológicos do fim do nosso século, pondo em risco não só o planeta Gaia como o próprio Homem, como solucionar tão problemática questão?

Pensamos que o que está na base de toda esta discórdia não é a cidade, ecossistema urbano em si, mas é a rápida urbanização devida em parte à grande densidade populacional e que tem na origem as mudanças rápidas que caracterizam as sociedades industriais. Enquanto o modo de vida permitia a adaptação do sistema (indivíduo, família, sociedade) a novos modelos e os ecossistemas não entravam em ruptura, sendo possível a sua reversibilidade, o Homem foi gerindo com saldo positivo quase todas as agressões á sua Mãe-Natureza. Mas a partir do momento em que isto deixou de acontecer os problemas começaram a surgir, agudizando-se a cada dia que passa.

Chegados aqui outro problema se nos levanta ou seja será que estes enormes aglomerados tão diversificados na sua essência podem ser considerados ecossistemas urbanos? Morin define o espaço urbano como ecossistema ao considerar a totalidade das relações e das interacções por ele desenvolvidas no seio de uma unidade ecológica tão localizável como o “nicho”: “este aglomerado, para lá de uma certa quantidade e densidade populacional um

meio no qual interferem as organizações e as instituições económicas, políticas, sociais, culturais, os artefactos, máquinas, e produtos múltiplos, os grupos sociais e os indivíduos. É esta multiplicidade de sistemas heterogéneos relacionados uns com os outros e reagindo de maneira encadeada uns nos outros, que constitui o carácter urbano do aglomerado e ao mesmo tempo o seu carácter ecossistémico” (Morin, 1998) .

Aceitando o princípio de que o espaço urbano é de facto um ecossistema, o que o aproxima ou afasta de outros espaços, concretamente do espaço rural, são os seguintes aspectos:

- a grande densidade populacional e a sua heterogeneidade;
- o tipo de relações que se estabelece entre os indivíduos e entre estes e o seu espaço;
- e as unidades de produção, não só de bens como dos próprios conhecimentos.

De acordo com um ensaio publicado por Wirth em 1938 “Urbanism as way of life” (o urbanismo como estilo de vida) o ecossistema urbano é definido como uma maneira de ser nova que se explica pela incidência de grande densidade populacional, pela heterogeneidade dos seus habitantes e pela sua grande extensão.

A grande densidade populacional conduz á rotina e parcialidade das relações sociais. Estas relações são muito diversas mas muito frágeis. Não há tempo nem espaço para que elas se sedimentem o que conduz á apatia e à indiferença.

Porque o local onde vivemos faz parte do ambiente do nosso dia a dia, da nossa vida, ele é determinante para o tipo de relações que estabelecemos, não só com os outros mas também com o próprio espaço.

O espaço urbano arquitectonicamente é caracterizado pela verticalidade das formas dos seus edifícios intercalando com os espaços horizontais dos parques de estacionamento, das grandes avenidas. O vermelho e o branco quebram

ocasionalmente a monotonia do cinzento cor predominante neste espaço . Por vezes, como que para manter na memória a recordação de outros espaços aparecem pequenas manchas de verde dos parques e jardins.

Mas segundo Rémy e Voy (in Castels, 1984) é sobretudo na diferença da utilização do espaço pelo Homem que se distingue o rural do urbano. Enquanto no primeiro há um enraizamento no espaço, no citadino há uma dissociação entre este, que se repercute em todos os domínios.

Este desenraizamento deve-se á grande heterogeneidade e mobilidade das pessoas na cidade. A mobilidade física e a mobilidade social conduzem por sua vez ao tipo de relações existentes entre os indivíduos.

Para Wirth (in Rodriguez, 1991) quanto maior é a cidade maior a diferença entre os indivíduos, o que provoca debilidade nos laços de interacção que passam a secundários em lugar de primários, dando azo a relações impessoais e superficiais a que se atribui pouco significado.

Um outro modo de ver a cidade é como “um mosaico cultural, com a sua justaposição de estratos sociais e funções diferenciadas conotadas com específicas formas de viver o quotidiano, nos matizes das suas crenças, ideologias, valores, costumes e representações sociais. Na cidade estamos longe da relativa homogeneidade cultural e funcional que são apanágio das comunidades rurais, onde a mobilidade é muito menor e as estratificações tradicionais mais acentuadas “ (Soczka, 1997). Mas em contrapartida só no espaço urbano é possível “as oportunidades expansíveis para aprender novos rumos, para participar num maior número de actividades, para cultivar uma maior variedade de interesses e gostos, para desenvolver maiores capacidades para compreender e fluir experiências mais ricas” (Webber in Mellor, 1984).

É este tipo de vida em que as pessoas têm necessidade de se adaptarem rapidamente não só ao espaço como a novas culturas que leva por sua vez “á passagem das relações primárias a secundárias, á segmentarização dos

papeis, ao anonimato, ao isolamento, a relações instrumentais, á ausência de controle social directo ao abrandamento dos laços familiares (Castells, 1984).

As relações de vizinhança, são praticamente inexistentes, porque o próprio espaço onde se desenrolam assim o proporciona, mas também porque os lugares onde se vive onde se trabalha, e onde se convive, são dissociados , distantes

As relações do domínio social e as do domínio privado estão totalmente separadas por espaços mais ou menos longos. É esta parcelização da existência entre o grupo família, emprego, e tempos de lazer que gera o aparecimento de vários conflitos e é neste meio que a pessoa ou se adapta para sobreviver ou fracassa perdendo-se neste complexo processo (Wirth in Rodriguez, 1991). Mas é também neste multifacetado ecossistema que a produção de bens de serviços e da própria ciência atinge o seu desenvolvimento máximo.

È a versatilidade do ecossistema urbano que permite a inovação, que cria uma nova ideia de liberdade, que valoriza as coisas pessoais e que vai desenvolver novos mecanismos sociais de controle.

1.2 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Representar a saúde e a doença em termos de oposição indivíduo/sociedade é não somente uma forma de tornar inteligível o que é estranho, mas é ainda um método de construção social dum conhecimento partilhado.

Elejabarriete, 1996

Todos nós de uma forma mais simples, mais empírica ou com maior profundidade, mais fundamentados, temos necessidade de saber acerca do mundo que nos rodeia e de aprender a lidar com os problemas que este nos apresenta. Para compreender e aceitar esses problemas recorremos a modelos explicativos a partir dos quais construímos a nossa realidade que, por sua vez, origina novas formas de conhecimento.

A Saúde e a Doença são duas realidades sociais perante as quais os indivíduos enquanto elementos de um grupo específico urbano ou rural têm que tomar uma posição que está directamente ligada com a “visão do mundo “ em que acreditam. Esta visão do mundo nós a partilhamos com os outros, daí surgindo a necessidade das representações sociais que nos guiam “na maneira de numerar e definir juntos os diferentes aspectos da nossa realidade de todos os dias na maneira de interpretar, perceber os outros e se assim acontecer tomar uma posição de respeito ou de defesa” (Jodelet, 1989).

Em 1898 surge pela primeira vez o conceito durkheimiano de representações colectivas que cai em desuso e só em 1961 é resgatado por Moscovici ao publicar “Psychanalyse: son image et son public “. Para Durkheim a vida social é “essencialmente formada de representações” que são representações colectivas, e que, apesar de comparáveis às individuais, são radicalmente distintas e exteriores a elas (Vala, 1998).

Moscovici diz-nos “da necessidade de fazer da representação uma passagem entre o mundo individual e o mundo social, de a associar em seguida á

perspectiva duma sociedade que se transforma, e que motiva a modificação em questão. Trata-se de compreender não mais a tradição, mas a inovação; não mais uma vida social já feita, mas a vida social em vias de se fazer (Moscovici, 1969).

No entanto só com a ajuda desse grande mestre que é o tempo, há cerca de quinze anos é que a teoria das representações sociais começa a ser aceite e reconhecida. Este lento caminhar deve-se, por um lado, a ser uma teoria nova e a, por outro, ela abandonar a clássica abordagem comportamentalista do sujeito/ objecto. Ela evidencia “que não há um corte entre o universo exterior e o universo interior do indivíduo ou do grupo, que o sujeito e o objecto não são essencialmente distintos” (Moscovici, 1969), mas formam um grupo, pois não pode haver representação sem objecto e este, por sua vez, necessita de um sujeito.

Aos poucos esta teoria vai ganhando força e cada vez mais ela é utilizada pelas várias ciências sociais, pois permite as mais diversas abordagens. No entanto ainda hoje alguns autores “mais puristas “ a questionam. Por um lado, talvez devido á sua complexidade, á sua localização na encruzilhada entre a psicologia e a sociologia, ao tipo de conhecimento “naif em que se fundamenta ou á forma como é consumida transformada e assimilada. Por outro lado, devido às metodologias qualitativas a que mais frequentemente tem recorrido (análise de conteúdo) e que ainda hoje levantam bastantes controvérsias.

Se atendermos ainda ao importante papel desempenhado pelo “cientista amador “ (Moscovici 1976) e a que “as representações sociais se alimentam não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações quotidianas “ (Vala, 1998), fácil será compreender o lento caminhar desta teoria.

Se “não resta dúvida de que todo o nosso conhecimento começa pela experiência (Kant in Gadamer, 1998), e que é nesta experiência que todos nós baseamos não só o conhecimento de nós próprios como o dos outros, as representações sociais são, sem dúvida, o instrumento que nos permite abalizar este vasto e complexo mundo da saúde e da doença

1.2.1 - O conceito de representação social

O conceito de representação social designa um complexo número de fenómenos e processos pelo que se torna difícil objectivá-lo. Moscovici chama-nos a atenção para este aspecto ao afirmar que “se é fácil captar a realidade das representações sociais, não é fácil captar o conceito “ (1976). Em 1963 este autor define representação social como “a elaboração dum objecto social por uma comunidade com o objectivo de agir e de comunicar” (Moscovici, 1963). Esta definição aparentemente simples encerra o jogo de vários elementos que se relacionam entre si e se condicionam.

Para Abric (1997) as representações sociais são visões do mundo, enquanto que Jodelet (1989) afirma que elas são sistemas de interpretação que regem a nossa relação com o mundo e com os outros e que organizam as condutas e as comunicações sociais.

Elejabarrieta conceptualiza-as como constituindo “principalmente uma actividade colectiva de interpretação e de construção que produz um conhecimento onde os conteúdos cognitivos, afectivos e simbólicos jogam um papel primordial quanto á maneira de pensar e quanto á acção das pessoas na vida quotidiana.” (1996)

As representações sociais, para cada indivíduo ou grupo, traduzem-se na apropriação do mundo exterior e na procura de um sentido para a sua acção. A construção de uma representação é um processo que reenvia para as experiências de vida quotidiana e para a actividade cognitiva que os indivíduos, a partir daí, desenvolvem. A representação surge assim como uma modalidade do conhecimento construída na interacção quotidiana e que se alimenta não só das teorias científicas, da ideologia e cultura dominantes, mas também das experiências e comunicações quotidianas ou, como refere Jodelet, “é 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 “ (1989).

Isto permite definir a representação social como uma visão funcional do mundo, que possibilita ao indivíduo ou grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade, através do seu próprio sistema de referências. Não é a realidade, mas sim a representação que o indivíduo faz dela que vai determinar o seu comportamento.

Para Moscovici as representações sociais constituem uma forma de conhecimento específico que integra duas componentes :

- a componente cognitiva;
- e a componente social.

A componente cognitiva supõe um sujeito activo, “uma textura psicológica “ (Moscovici, 1976), submetido às regras que regem os processos cognitivos. Estes processos são, no entanto, determinados pelas condições sociais (componente social) nas quais se elabora e se transmite uma representação social. A representação é social na medida em que é colectivamente produzida e partilhada. De acordo com Jodelet as representações sociais são “um saber prático que ajuda á construção social de nova realidade (Jodelet, 1989). É na coexistência destes processos socio-cognitivos que a representação integra os aspectos racionais e irracionais.

1.2.2 - Organização e estrutura das representações sociais

A representação não é uma reprodução do mundo exterior, mas envolve um processo de construção que assenta em três eixos fundamentais, que segundo Moscovici (1976) são:

- as atitudes;
- a informação;
- e o campo da representação.

As atitudes, ou sejam “as predisposições comportamentais adquiridas e introduzidas na análise do comportamento social para dar conta das variações de comportamento em situações aparentemente iguais “ (Jos Jaspars in Vala 1986), expressam sempre a relação afectiva com o objecto. E mesmo quando a pessoa ou grupo não possui a informação suficiente sobre o objecto, isso não é motivo suficiente para não tomar posição perante ele, como por exemplo, na situação de tomada de posição perante a sida quando do seu surgimento.

A informação prende-se com o conhecimento que temos acerca do objecto representado. Este conhecimento depende da informação recebida e muitas vezes a dispersão da informação reenvia para um desfasamento quantitativo e qualitativo entre a informação disponível e a informação necessária para a compreensão solida de um problema ou de um objecto. Os meios de acesso, os grupos sociais, os diversos objectos e as suas características são condicionadores desta informação. Vala diz que “este desfasamento não é independente das clivagens sociais: não só a informação não circula da mesma forma, como não circula o mesmo tipo de informação em todos os grupos sociais“ (Vala, 1986). São igualmente importantes as fontes de informação, dado que ela difere também em função de ser obtida em contacto directo com o objecto ou, por exemplo, por via indirecta através dos mass media.

O campo de representação refere-se à organização e hierarquização dos seus elementos. Os elementos constitutivos da representação são hierarquizados segundo uma ponderação e tecem entre si as relações que determinam o significado e o lugar que ocupam no sistema representacional“ (Abric 1997).

Abric (1997) defende que toda a representação é organizada em torno de um núcleo central que organiza os elementos periféricos. Este núcleo central, ou núcleo estruturante, é constituído por um ou mais elementos que dão à representação a sua significação. A determinação do núcleo central depende do tempo e do espaço em que é representado o objecto, pois ele está ligado às condições históricas, sociológicas e ideológicas, aos valores e às normas: “é a base comum propriamente social e colectiva que define a homogeneidade dum grupo e impede os comportamentos individualizados que podem parecer contraditórios” (Abric, 1997).

Ainda de acordo com este autor, é pelo processo de objectivação que o núcleo central se constrói. Ele é a parte mais estável, rígida e mais coerente da representação.

A objectivação traduz-se num ajustamento dos conhecimentos relativos ao objecto da representação social. Ela “diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade vista como natural” (Vala, 1986). Este processo de objectivação pressupõe três fases:

- a construção selectiva;
- a esquematização estruturante;
- e a naturalização.

Na construção selectiva todas as informações, ideias e crenças acerca do objecto da representação são seleccionadas, e apenas algumas são retidas, permitindo a formação de um todo coerente. Nem toda a informação acerca do objecto é útil pelo que ela é esquecida ou passa despercebida. Outra há que é desenvolvida e tornada fundamental. Objectivar toda a informação sobre o objecto é impossível. E os elementos seleccionados vão ser posteriormente reorganizados. Este “processo de selecção e reorganização dos elementos relativos a um objecto não é neutro ou aleatório, mas tem subjacente normas e valores do próprio grupo de pertença do sujeito” (Vala, 1997).

A segunda etapa da objectivação faz-se pela esquematização estruturante e consta de um processo de apropriação dos elementos estruturantes, que se objectivam num esquema ou nó figurativo de pensamento simples e sintético constituindo um padrão de relações estruturadas.

Por último temos a naturalização que permite que os conceitos se transformem em categorias sociais de linguagem que expressam directamente a realidade. Assim os conceitos retidos no esquema figurativo e as respectivas relações se constituem como categorias naturais e adquirem materialidade. Não só o abstrato se torna concreto através da sua expressão em imagens e metáforas, como o que era percepção se torna realidade, tornando equivalentes a realidade e os conceitos (Vala, 1997). Os conceitos ontologizam-se e tomam automaticamente vida. Por outras palavras, podemos dizer que a objectivação, pelos vários processos anteriormente referenciados, torna concreto aquilo que é abstracto, isto é, muda a visão do saber científico em imagem de uma coisa de mais fácil apreensão pelas pessoas comuns com o fim de facilitar a comunicação, o que é muito importante para a coesão social. A objectivação “facilita a comunicação pela dissociação do conceito ou dum enunciado com o quadro conceptual científico ou ideológico que lhe dá o seu sentido completo. Tudo se passa como se o senso comum não tolerasse a existência duma ligação entre os elementos do saber que ele assimila e os sistemas do saber de outra ordem” (Doise, 1992).

Um outro processo pelo qual as representações sociais se formam é através da ancoragem.

O processo de ancoragem permite aos indivíduos compreender como é que os elementos teóricos contribuem para exprimir e constituir relações sociais, ao mesmo tempo que provoca um reajustamento do seu sistema de categorias, fornecendo-lhes novas categorias que vão agir sobre o meio através de novos comportamentos e de novas orientações de conduta social: “como a objectivação, a ancoragem permite transformar o que é estranho em qualquer coisa familiar, permite “domesticar “ e tornar inteligível” (Elejabarrieta, 1996).

Há duas modalidades para descrever o funcionamento da ancoragem (Doise, 1992):

- a inserção do objecto da representação no quadro de referência conhecido e preexistente;
- e a instrumentalização social do objecto representado.

Quando num grupo surge um fenómeno estranho ou uma ideia nova, que é sentida como ameaçadora para a sua identidade enquanto grupo, dá-se a confrontação, não em particular, mas de todos os elementos do grupo com este acontecimento. Todos os sistemas de pensamento, as representações sociais e o conhecimento anteriores, constituem pontos de referência, permitindo diminuir o impacto entre o que é novo e estranho e o já conhecido. É o que acontece, por exemplo, quando do aparecimento da sida, doença nova, desconhecida e ameaçadora: os meios de comunicação social apresentaram-na como sendo a peste do nosso século, doença esta já familiar. Da peste já havia um conhecimento anterior, já fazia parte da memória colectiva, sendo assim possível, a partir daqui, abalizar a gravidade ou não da sida. “Quando um grupo é confrontado com um fenómeno estranho, uma ideia nova, ele utiliza os seus pontos de referência anteriores para pensar o novo objecto, pois o universo mental do sujeito não é uma tábua rasa, e, por isso, ele vai socorrer-se de experiências anteriores e do conhecimento já existente e é a partir daqui que ele vai inserir o objecto de representação” (Vala, 1997).

A segunda forma de ancoragem permite a inserção das representações na dinâmica social, proporcionando os instrumentos necessários á comunicação e á compreensão comum. Ela possibilita a comunicação das pessoas nos grupos a que pertencem, possibilita a utilização da mesma linguagem para compreender os acontecimentos, as pessoas ou os outros grupos. Resumindo, o processo de ancoragem consiste na incorporação de novos elementos do saber num saber já existente.

Os processos de objectivação e de ancoragem, “processos de base na formação e no funcionamento das representações sociais têm uma relação

dialéctica (Jodelet in Elejabarrieta, 1996) e “combinam-se para tornar inteligível a realidade e para que desta inteligibilidade resulte um conhecimento prático e funcional. Um conhecimento social que nos permita evoluir na rede de relações e de situações da vida quotidiana (Elejabarrieta, 1996).

1.3 - ECOLOGIA HUMANA / SAÚDE /DOENÇA

Boa saúde e bem estar exigem um ambiente limpo e harmonioso no qual todos os factores físicos, psicológicos, sociais, estéticos, recebam o seu justo lugar. Um tal ambiente deverá ser tratado como um recurso para o melhoramento das condições de vida e bem estar.

Carta Europeia do Ambiente e da Saúde - OMS 1989

Quando o Homem surge há muitos milhões de anos atrás, inicia um longo processo de alteração dos ecossistemas naturais. Primeiro de uma forma lenta sem colocar em causa os ritmos da adaptação ecológica. Posteriormente, com a descoberta do fogo, o início da agricultura e do pastoreio, a degradação e transformação do ambiente veio-se dando de forma gradual e progressiva deixando de ser "natural " e tornando-se cada vez mais "artificial", senão mesmo irreversível nos nossos dias. Embora a percepção da importância das relações que o Homem estabelece com o seu ecossistema tenha atravessado o tempo, constituindo motivo de estudo e reflexão desde há muito, de acordo com documentos chineses, hindus e mesmo cristãos, no ocidente, só no século XX, através dos trabalhos pioneiros de Ezra Park, é que a Ecologia Humana surge como ciência, enquanto ramo da Ecologia que estuda as inter-relações entre a espécie Homo e os seus ambientes. (Nazareth, 1993).

A Ecologia científica dos primeiros decénios do nosso século desenvolveu-se à sombra das ciências biológicas e deve a Darwin as suas concepções essenciais ou seja : os organismos vivos estabelecem relações e existe um processo de adaptação ao meio.

Tansley (1935), botânico inglês, introduziu a noção de ecossistema como sendo o resultado das interacções entre o biótopo e a biocenose. O biótopo ou local de vida é o conjunto desorganizado do habitat e é formado por factores abióticos (ar, luz, água, solo, clima, gases,). Para além destes, existem também no habitat organismos vivos, organizados vivendo em comunidade. A

este conjunto de seres vivos que vivem num biótopo dá-se o nome de biocenose (bios= vida, koinos = comum) .

A biocenose caracteriza-se por relações de dois tipos: as relações intra específicas, isto é, as relações que se estabelecem dentro da mesma espécie, e as relações inter-específicas, ou seja, as relações entre espécies diferentes. Destas relações queremos destacar a de predação (consumir ou ser consumido) que conduz á noção de cadeia trófica.

Ao conceptualizarmos qualquer ser vivo implicitamente estamos a considerar que o mesmo faz parte dum ecossistema. É esta inevitabilidade que fundamenta a Ecologia: o logos do abrigo.

Enquanto ser vivo o Homem não escapa a esta regra universal. Por isso é legítimo falarmos de Ecologia Humana, quando falamos de saúde e de doença, de vida e de morte, uma vez que todos estes aspectos são inerentes ao Homem, e os pratos da balança oscilarem para a saúde ou para a doença deve-se essencialmente á relação que o Homem for capaz de estabelecer com o seu ecossistema.

Numa escala de tempo da espécie humana podemos perspectivar os resultados desta interacção como entrópicos ou neguentrópicos para os indivíduos da espécie, consoante o balanço seja positivo ou negativo para eles. Mas quando dilatamos a escala para a duração dos indivíduos, uma geração digamos, o resultado é sempre de entropia para os indivíduos ainda que de neguentropia para a espécie. É bem conhecida de todos esta inevitabilidade, mas também é conhecido que o percurso mais ou menos longo que possamos efectuar depende de vários factores biológicos e culturais. Para ter saúde o Homem deve adoptar determinados comportamentos que o conduzam a uma relação ecológica equilibrada no sentido de ambos, Homem e ambiente, saírem beneficiados.

A saúde e a doença não dependem só do património genético, pois de acordo com Clarke os genes que herdamos não são em si mesmos bons ou maus, mas eles podem vir a sê-lo relativamente ao meio ambiente no qual vive o

indivíduo que os transporta consigo (Clarke, 1980). Logo um segundo elemento determinante desta situação é realmente o ambiente, isto é, o ecossistema onde o indivíduo se insere. Além destes dois aspectos, (não interessa aqui saber qual deles é o mais importante, pois se há teorias a defender o determinismo da genética outras há que colocam a tônica no ambiente) ainda temos a considerar os comportamentos individuais e a qualidade dos serviços de saúde.

Destes quatro determinantes do binómio saúde doença merece especial atenção da nossa parte o ecossistema, onde o Homem tem de abandonar a sua posição antropocêntrica e colocar-se no meio ou, como diz Michel Serres, “colocarmos a natureza em toda a parte e nós no seu meio” (Serres 1991), para que a relação seja igualitária e equilibrada.

Um ecossistema caracteriza-se por um conjunto de interacções interdependências, acasos e incertezas e por uma auto-organização espontânea. Nele se criam e recriam equilíbrios, se estabelecem regularidades. Tal como nas sociedades humanas em que as hierarquias, os conflitos, as relações de solidariedade, os desequilíbrios e as agressões fazem parte dos fundamentos dum sistema organizado, também no ecossistema que surge como uma totalidade auto-organizada, a competição e o ajustamento são fundamentais. Podemos até falar de saúde dos ecossistemas, cujos requisitos, na óptica de Amaral-Mendes (1998) são: estarem livres de opressão; serem recuperáveis; serem auto-sustentáveis; não perturbar os sistemas vizinhos; serem livres de factores de risco; serem economicamente viáveis; e poderem suportar comunidades humanas saudáveis.

A relação ecossistémica é uma relação integradora entre dois sistemas abertos em que cada um deles é parte do outro ainda que constituam um todo.

Mas a relação ecológica do sistema Homem é sempre uma relação de interdependências entre o ecossistema natural e o ecossistema social. Tudo se passa como se a evolução humana houvesse tido duas componentes: uma orgânica, biológica, e a outra cultural. Conforme as épocas, uma foi mais

importante que a outra e vice versa. Mas elas estiveram sempre ligadas. As transformações que nos fizeram tal como somos hoje em dia provêm da interacção constante destes dois elementos, o biológico e o cultural, apesar de alguns autores defenderem que a evolução biológica ter sido quase inteiramente substituída por uma evolução cultural e social (Clarke, 1980). A cultura é por conseguinte o meio de adaptação mais eficaz do Homem ao seu ecossistema. E o Homem não só se soube adaptar como o fez de diferentes formas, gerando diferentes culturas.

Morin afirma que “o Homem social não é um ser que sofre passivamente a marca do meio, nem é um ser comportamental que responde ao estímulo com uma resposta não aleatória” (Morin, 1998). Diz ainda que o comportamento do Homem social é incompreensível se esquecermos a combinação da informação genética e da informação cultural. Qualquer que seja a lente utilizada para analisar a interacção entre os atributos naturais e os culturais do Homem, a Ecologia humana deve ter sempre em conta a flexibilidade e variedade deste em matéria de conduta, a sua capacidade de adaptação e de controle sobre os seus vizinhos imediatos e a sua tendência para desenvolver actividades (socio-económicas e culturais) independentemente do ambiente.

A diversidade de culturas não é apenas a prova de que o Homem soube adaptar-se a condições muito diferentes, mas também a prova de que essa capacidade de adaptação moldou os comportamentos de acordo com as necessidades sociais. Ao longo do percurso deste Ser, enquanto passageiro do mundo, enquanto pessoa social, vários serão os desequilíbrios geradores de doença a que será submetido, e a maneira como irá lidar com eles dependerá da cultura onde está inserido. As doenças são processos em que o equilíbrio ecológico está perturbado. Poder-se-á dizer que é um ajuste de contas entre o indivíduo e o seu ecossistema. Mas, na espécie humana, a forma de encarar e resolver esta situação anormal mais ou menos prolongada depende muito da representação social que se tem da doença.

1.4 - A DOENÇA

A doença é um acontecimento infeliz que ameaça ou modifica, por vezes irremediavelmente, a nossa vida individual, a nossa inserção social e logo o equilíbrio colectivo (Herzlich,1992)

E m todas as sociedades e em todos os tempos este fenómeno tem sido motivo de preocupação. Desde que o Homem existe que há referência a episódios de doença. Já na pré-história, “ele tinha os mesmos reumatismos que nós, as mesmas deformações ósseas, vestígios de tuberculose óssea” (Clark 1980). Mas cada época tem as suas doenças e faz leituras diferentes das mesmas.

Há muitos séculos atrás a doença era castigo dos deuses, era a fase mágica da doença, onde os factores etiológicos se situavam na categoria do sobrenatural, frequentemente atribuídos á acção de deuses, de demónios ou das forças do mal. À medida que o tempo foi passando, e estas sociedades se foram estruturando de forma diferente, os estilos de vida foram mudando, novas normas, novos valores foram assimilados e a origem da doença também sofreu alterações. Os deuses foram sendo substituídos por um só Deus e este passou a ser o responsável máximo. Ainda nos nossos dias, nas sociedades de cunho judaico-cristão, para grande parte dos indivíduos a doença não é mais do que o castigo de Deus: para alguns a Sida ainda é fruto do pecado.

Na Idade Média os adeptos da teoria miasmática foram numerosos. Do solo emanavam “miasmas” ou seja substâncias supostamente nocivas que andavam no ar e provocavam as doenças. As grandes epidemias assolaram este período. As deficientes condições de existência da maior parte dos indivíduos, a falta de higiene, o desconhecimento da forma de contágio, tudo isto contribuiu para que doenças como a peste se tornassem um flagelo. .

Posteriormente, já na Idade Moderna, no século XVIII, nova concepção de doença surgiu: a fase microbiológica, em que os agentes causadores de doença eram microorganismos. Já no século XIX, Pasteur, com as suas

importantes descobertas, muito contribuiu para que a doença ganhasse uma nova perspectiva. Segundo Herzlich (1992) "o modelo microbiano sempre presente nas afirmações dos doentes de ontem, como de hoje, identifica-se sem equívocos nas representações sobre a causa preponderante do mal biológico". Mas este modelo, embora muito divulgado e aceite, não foi suficiente para dar resposta a todas as situações de doença que iam surgindo. Por ser um modelo demasiado específico não permitiu aos indivíduos integrar as múltiplas causas de doença. Não permitiu que os indivíduos atribuíssem um sentido á doença. Esta inadequação do modelo para explicar integralmente a etiologia das doenças deu azo ao aparecimento de um outro, multicausal, ou seja, um modelo que reconhece que as causas das doenças são de natureza multifactorial. Ele veio abrir novas perspectivas ao incorporar o social, ou melhor, o psicossocial para explicar o aparecimento e manutenção das doenças na sociedade: "só através da integração num modelo pluri e multicausal é que a doença pode ser verdadeiramente explicada" (Herzlich, 1992). O estilo de vida actual encontra-se hoje no centro da causalidade das doenças e é através dele que os indivíduos fazem a integração dos diversos factores que estão na sua origem. Alguns defendem que o estilo de vida é da responsabilidade do próprio, logo a situação de doença será igualmente da sua responsabilidade. De certa forma em conflito com esta corrente outra há que atribui a responsabilidade da doença á sociedade. O stress, a poluição, uma alimentação incorrecta, são factores que a sociedade industrializada dos nossos dias cobra ao indivíduo e que este paga com a perda da saúde ou seja com o aparecimento da doença. Assim o factor específico da doença passou a ser integrado numa causalidade mais vasta que toma em conta o ambiente do indivíduo e frequentemente exprime o antagonismo entre o modo de vida urbano e o modo de vida rural: "a génese da doença é imputada á sociedade agressiva e penosa devido a um modo de vida urbano, mal são, imposto ao indivíduo identificado com a saúde" (Herzlich, 1992).

A consciência de que o modo de vida do indivíduo pode ser a causa primeira de doença deu azo que vários modelos ecológicos de saúde doença tenham surgido, colocando os agentes etiológicos ora no hospedeiro (por exemplo genéticos), ora no ambiente. Numa situação ou noutra, a doença nunca é

considerada como fenómeno isolado. Ela faz parte da cultura da sociedade. Não podemos compreender as reacções das pessoas á doença sem compreender de que forma elas percebem e interpretam esse mundo da doença . Quando o indivíduo adoece e se questiona porquê ele, porquê agora, não encontra resposta no modelo biomédico, mas pode encontrá-la na sociedade. As reacções pessoais e interpessoais á doença são culturalmente construídas. São modeladas por factores culturais. A representação que um grupo social tem da doença é uma imagem criada a partir do conhecimento anterior da situação de doença e do ecossistema onde a sua inserção se processa. O Homem rural, através da sua ligação quotidiana á terra onde trabalha e de que depende a sua sobrevivência, construiu uma visão do mundo, e logo da doença, muito mais pragmática do que o cidadão para quem a representação da doença será logicamente diferente. De acordo com a representação social que o indivíduo tem da doença assim o seu comportamento se processará face a esta situação: como comunicar aos outros as preocupações sobre este acontecimento da sua vida?; como apresentar as manifestações da doença ?; a quem apresentar? á família? aos amigos?; quanto tempo vai esperar para recorrer ao médico?; como integrar na sua vida diária esta doença?. Eis algumas questões. A forma como o indivíduo vai lidar com estas questões, e com outras que eventualmente vão surgir, depende muito da representação social que ele tiver da doença.

2 - VARIÁVEIS

2.1 - VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável dependente deste nosso estudo é a representação social da doença, perspectivada como um sistema sociocognitivo constituído por um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes dos indivíduos de um grupo, relativamente ao fenómeno doença, passível de ser definida pelo seu conteúdo e pela sua estrutura interna (Abric, 1997).

Serão pois os elementos do campo da representação social da doença e a sua estrutura interna que, operacionalmente, constituirão mais propriamente o objecto de estudo neste nosso trabalho.

Enquanto objecto das ciências da saúde, a doença é fundamentalmente abordada sob duas perspectivas: a semiológica e a etiológica. É a partir daqui que se identifica a doença enquanto entidade nosológica - o diagnóstico médico - que permite a prescrição fundamentada de uma terapêutica.

Assim sendo, também a representação social da doença é passível de ser duplamente categorizada em:

- representação social dos sinais e sintomas de doença;
- e representação social das causas da doença.

2.2 - VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Na sequência dos nossos objectivos, e tendo em conta o quadro de referência anteriormente estabelecido, as nossas variáveis independentes são as seguintes:

- Meio de pertença
- Idade em anos;
- Sexo;

- Escolaridade;
- Ocupação;

O meio de pertença foi perspectivado sob o ponto de vista ecológico e categorizado em urbano e rural de acordo com os seguintes indicadores:

- Local de nascimento (Monte, Aldeia, Vila ou Cidade);
- Locais de residência durante mais de um ano (Monte, Aldeia, Vila ou Cidade);
- Local de residência actual (Monte, Aldeia, Vila ou Cidade);

Apesar de incluídas neste subcapítulo, as primeiras três variáveis - meio de pertença, idade e sexo - foram por nós controladas, de modo a serem utilizadas também como critérios de inclusão na amostra, com a finalidade de que as duas sub-amostras - rural e urbana - apresentassem uma composição o mais semelhante possível relativamente a estas variáveis.

3 - METODOLOGIA

A nossa abordagem metodológica orientou-se fundamentalmente pela abordagem preconizada por Abric (1997) e Doise, Clemence e Cioldi (1992) relativamente às representações sociais.

3.1 - AMOSTRA

Dada a nossa limitação de meios resolvemos trabalhar com uma amostra intencional constituída por um total de 70 indivíduos, divididos em duas sub-amostras: 35 pertencentes ao meio rural, recrutados numa aldeia com 753 habitantes, e 35 pertencentes ao meio urbano, recrutados numa cidade, capital de distrito, com 25092 habitantes, segundo o censo de 1991. Tal como anteriormente afirmámos, procurámos que cada sub-amostra fosse equilibrada em termos de idade e sexo.

3.1.1 - Caracterização dos meios de pertença

Em primeiro lugar vamos resumidamente caracterizar São Matias, onde colhemos os dados referentes à sub-amostra rural.

É uma pequena aldeia de casas térreas, caiadas de branco, com as suas barras amarelas ou azuis, como manda a tradição, agrupadas ao longo da rua até ao adro da igreja, onde os mais velhos se juntam para comentar as novidades, jogar á carta e deixar o tempo passar.

Com 753 habitantes e uma densidade populacional de 10,77 habitantes/Km², São Matias, como qualquer outra aldeia alentejana, é uma “aldeia de velhos”. Os mais novos vêem-se obrigados a partir procurando noutros lugares o que este lhes nega, ou seja, emprego e melhores condições de vida.

Aldeia tão próxima e tão longe de tudo. Situada a 10 Km de Beja, atravessada pela estrada que vai para Évora, mas mesmo assim com um apoio viário

deficiente uma vez que ao fim de semana não há “camioneta” e durante a semana o horário não parece responder às necessidades dos seus residentes de acordo com a opinião destes. Fornecida com rede de abastecimento público, alguns dos seus habitantes continuam a ir às fontes próximas porque a “ água é melhor”. Todas as casas têm pelo menos uma televisão e quase todas têm telefone. Quanto aos aspectos culturais queremos salientar o seguinte: os programas da Rádio Vidigueira são os mais ouvidos 0.17 (6 dos inquiridos); da nossa amostra ainda , 0.45 (16) raramente ouve rádio e 0.37 (13) nunca ouve; de acordo com a mesma amostra 0.14 (5) são analfabetos e dos restantes , 0.42,(15) nunca lêem jornais nem revistas e os outros 0.17 (6) raramente o fazem, indo as suas preferências para os jornais locais, as revistas “Maria” e “TV Mais”, assim como para os jornais desportivos. Daqui podemos concluir que a informação que chega do exterior é veiculada essencialmente pela televisão.

Passemos agora à caracterização breve do meio urbano que utilizámos para obter as informações relativas à sub-amostra urbana: Beja.

Falar em ecossistemas urbanos “num país marcadamente rural” (Soczka, 1997), pode parecer contraditório. Mais ainda se esse ecossistema urbano se situar no Baixo Alentejo, região tradicionalmente agrícola, onde o homem e a terra por vezes se confundem. Mas se atendermos às mudanças sofridas nos últimos anos assim como aos critérios utilizados para caracterizar o ecossistema urbano e diferenciá-lo do rural, facilmente podemos verificar que Beja é um ecossistema urbano, que não cortou totalmente as raízes com o seu passado rural, o que o torna diferente de todos os outros. Nele se entrecruzam com frequência os modos de vida de um cidadão e as reminiscências de um outro modo de vida mais rural. Sede de concelho com 35.827 habitantes, e com uma densidade populacional de 54,9 habitantes/Km². ela divide-se em dois espaços distintos. Um, a parte velha da cidade, de tecido urbano apertado, ruas estreitas, que em determinados pontos se afastam , para logo se voltarem a aproximar das antigas muralhas, e o outro, espaço roubado aos campos circundantes, onde proliferam os novos bairros, de ruas largas e construções recentes. Primeiro cidade romana, Pax- Julia, por aqui se ter celebrado o

tratado de paz entre Júlio César e os Lusitanos, após uma guerra sangrenta pela expansão e manutenção do poder imperial romano. Pax Julia foi sede de uma das mais ricas colónias, das três em que se dividia a província da Lusitânia. Riqueza que lhe advinha do minério, da agro-pecuária e do garum, (pasta de peixe). (Borrela, 1998). A sua importância estratégica e económica fazia dela um alvo de cobiça permanente. E assim continuou a ser devastada pelos “bárbaros” durante os séculos. IV e V, ficando por último senhores dela os visigodos até ao século VIII, quando foi novamente invadida, agora por Tarik, adaptando-a este então às leis do Islão, mudando-lhe o nome para Baja e transformando as estruturas existentes, adaptando-as a seu modo. Esta influência ainda hoje é visível na maneira de construir e no modo de ser do povo, e no nome de algumas das ruas, como a do poeta Al-Mu'tamida em outras, como a da Mouraria. Durante o domínio muçulmano a cidade continua a ser palco de confrontações, passando para a posse dos cristãos em 1234. Recomeça um novo ciclo. A reconstrução das muralhas, a edificação das suas igrejas góticas, da torre de Menagem e de tantos outros belos monumentos que continuam a fazer de Beja uma bonita cidade. Com uma carga histórica significativa só há pouco tempo conseguiu “dar o salto” necessário para se tornar uma cidade com um processo evolutivo marcante. Pensamos ser esta evolução fruto da sua boa localização, - a 180 Km de Lisboa, a 80 Km do litoral, a 50 km da fronteira espanhola, a 153 km de Faro -, e dos fáceis acessos, bem como da recente criação do ensino superior, que, com a vinda de milhares de estudantes, forçosamente contribuiu para o desenvolvimento socio-económico e alterou o modo de vida dos seus habitantes.

Cidade de contrastes nem sempre bem aceites, ganha vida e ritmo com a população estudantil vinda de todas as partes do país e que “obrigou” a um crescimento das actividades culturais e recreativas e, indirectamente, ao desenvolvimento das actividades terciárias que ocupam mais de metade da mão de obra empregada.

A população residente na cidade de Beja, tem sofrido um aumento positivo, ao inverso da evolução demográfica do concelho ao longo das últimas décadas que, não fugindo á regra dos restantes concelhos do Baixo Alentejo, apresenta fortes decréscimos demográficos. O aumento da população nas freguesias

consideradas urbanas, tem resultado da desertificação das freguesias rurais das quais S. Matias faz parte.

3.2 - COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados ocorreu em dois períodos: o primeiro, durante os meses de Outubro e Novembro de 1998; o segundo, entre 1 de Fevereiro e 15 de Março de 1999.

No primeiro período de colheita de dados aplicámos um formulário, constituído por 9 questões abertas: 7 incidentes sobre as variáveis independentes e seus indicadores, e 2 acerca de cada uma das categorias da variável dependente.

No segundo período aplicámos duas escalas, de tipo Likert, preenchidas por nós: uma para hierarquização de 15 sintomas de doença, segundo o seu grau de significância, e a outra para a hierarquização de 14 causas de doença, segundo a sua importância. Estas escalas foram construídas com base na análise de conteúdo aplicada à informação constante nas respostas às perguntas acerca das duas categorias da variável dependente e obtida no primeiro período.

A estabilidade das escalas foi determinada através do procedimento de teste-reteste: na primeira semana de Janeiro aplicámos as escalas a 5 indivíduos de meio urbano e a 5 de meio rural. Na última semana do mesmo mês, voltámos a proceder de forma igual, aos mesmos indivíduos. Os resultados obtidos permitem-nos encarar ambas as escalas como muito aceitáveis: nas duas aplicações da escala de sintomas obtivemos um r de Pearson médio de 0,8056 ($s = 0,1055$; Max = 0,9382, em Depressão; min = 0,5707, em Maldisposto); e nas da escala de causas o r de Pearson médio que obtivemos foi igual a 0,7905 ($s = 0,148$; Max = 0,9386, para o Café; min = 0,3525, para o Descuido).

4 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O presente capítulo encontra-se estruturado a partir do tratamento, análise e apresentação dos dados das variáveis independentes para a variável dependente.

De um modo geral, e a não ser que se especifique, as fontes de obtenção dos dados estão omitidas porque a sua origem foi o nosso inquérito.

O tratamento e análise dos dados seguiu o modelo estatístico, com recurso ao programa Statistica 5, à excepção da informação contida nas respostas às questões números 8 e 9 do formulário aplicado em primeiro lugar, que foram tratadas mediante análise de conteúdo para extracção das unidades de registo relativas às categorias sintoma e causa das doenças.

O nível de significância que nos serviu para a tomada de decisões estatísticas, quando aplicáveis, foi de $p = 0,05$.

4.1 - O MEIO DE PERTENÇA

Tal como previmos conseguimos 35 indivíduos que nasceram e/ou viveram a maior parte das suas vidas e habitam em monte ou aldeia, pertencentes por isso ao meio rural, e 35 indivíduos que nasceram e/ou viveram a maior parte das suas vidas e habitam na cidade, constituindo assim a sub-amostra urbana

4.2 - A IDADE

A distribuição da idade em anos na nossa amostra pode considerar-se normal: D máximo de Kolmogorov-Smirnov = 0,06170, a que corresponde um $p > 0,20$.

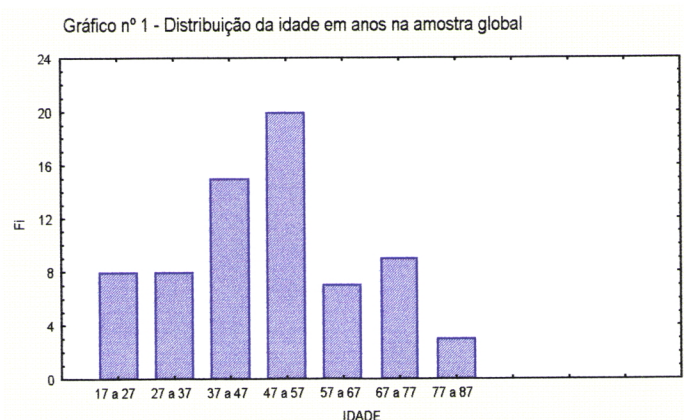
A idade média é de 48,56 anos, com um intervalo de confiança a 0,95 ($IC_{.95}$) = [44,64 a 52,47]. O $s = 16,42$, o valor máximo é de 83 e o mínimo é de 17 anos.

Tabela nº 1 - Distribuição da idade em anos na amostra total

Idade	Fi	Cum Fi	fi	Cum fi
17 a 27	8	8	0,1143	0,1143
27 a 37	8	16	0,1143	0,2286
37 a 47	15	31	0,2143	0,4429
47 a 57	20	51	0,2957	0,7286
57 a 67	7	58	0,1000	0,8286
67 a 77	9	67	0,1286	0,9572
77 a 87	3	70	0,0428	1,0000
Totais	70	-	1,0000	-

Metade dos elementos da amostra têm uma idade igual ou inferior a 48 anos, e 25% apresentam uma idade inferior a 37 anos, inclusive, e outro quarto tem idade superior a 59 anos.

O gráfico nº 1, que se segue, permite ilustrar a distribuição desta variável na nossa amostra.



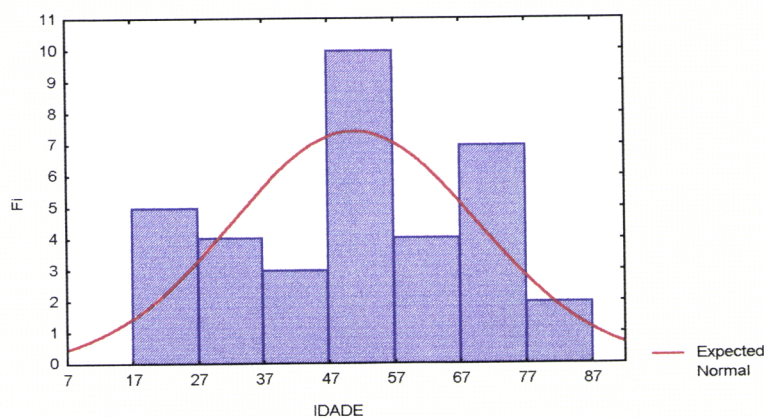
Em seguida vamos apresentar e analisar comparativamente as distribuições da idade nas nossas duas sub-amostras: a dos indivíduos rurais e a dos urbanos.

Tabela nº 2 - Distribuição da idade na sub-amostra rural

Idade	Fi	Cum Fi	fi	Cum fi
17 a 27	5	5	0,1429	0,1429
27 a 37	4	9	0,1143	0,2572
37 a 47	3	12	0,0857	0,3429
47 a 57	10	22	0,2857	0,6286
57 a 67	4	26	0,1143	0,7429
67 a 77	7	33	0,2000	0,9429
77 a 87	2	35	0,0571	1,0000
Totais	35	-	1,0000	-

Atentemos nos parâmetros estatísticos desta sub-amostra rural: média aritmética (\bar{X}) = 50,94 anos com $IC_{.95}$ = [44,50 a 57,38]; s = 18,74; mediana (Me) = 54, com o 1º quartil = 35 anos e o 3º quartil = 68; e intervalo de variação entre os 17 e os 83 anos.

Gráfico nº 2 - Distribuição da idade em anos na sub-amostra rural



É quase intuitivo concluirmos que, à excepção dos tamanhos, não deve de existir uma diferença substancial relativamente à idade da amostra global. Efectivamente assim é: ao testarmos as diferenças entre as respectivas médias

obtivemos um t de Student = 0,6691, a que corresponde um p = 0,5049, com 103 graus de liberdade.

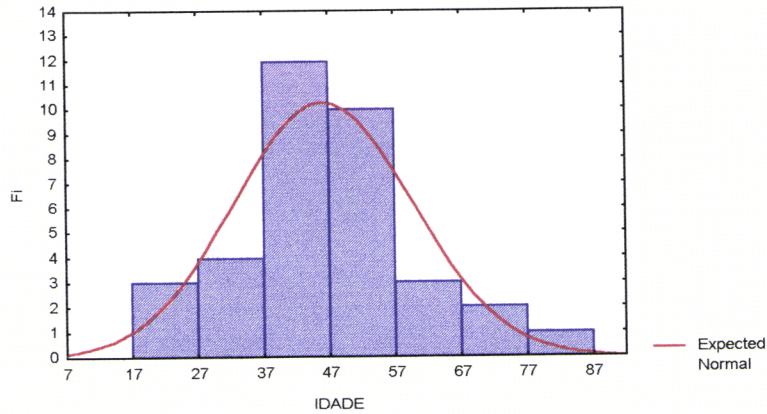
Continuemos com a sub-amostra urbana, constante na tabela que se segue.

Tabela nº 3 - Distribuição da idade na sub-amostra urbana

Idade	Fi	Cum Fi	fi	Cum fi
17 a 27	3	3	0,0857	0,0857
27 a 37	4	7	0,1143	0,2000
37 a 47	12	19	0,3429	0,5429
47 a 57	10	29	0,2857	0,8286
57 a 67	3	32	0,0857	0,9143
67 a 77	2	34	0,0571	0,9714
77 a 87	1	35	0,0286	1,0000
Totais	35	-	1,0000	-

Analisemos agora os valores relativos aos dados constantes nesta tabela: $X = 46,17$ anos com $IC_{.95} = [41,51 \text{ a } 50,83]$; $s = 13,57$; $Me = 45$, com o 1º quartil = 39 anos e o 3º quartil = 52; e intervalo de variação entre os 17 e os 79 anos. Trata-se, portanto, de uma distribuição mais homogénea do que as anteriores. Contudo, e tal como pretendíamos, também esta sub-amostra não difere estatisticamente da amostra global: ao testarmos a diferença entre as duas médias obtivemos um t de Student = 0,7416, a que corresponde um p = 0,4600, com 103 graus de liberdade.

Gráfico nº 3 - Distribuição da idade em anos na sub-amostra urbana

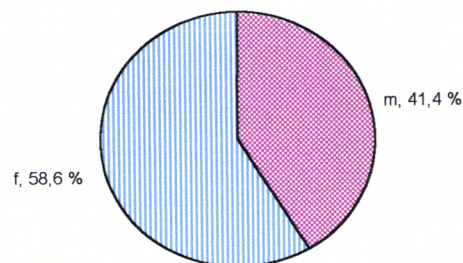


Apesar das análises anteriores há uma outra que se nos impõe, porque para podermos atingir os nossos objectivos é necessário que as sub-amostras rural e urbana não se diferenciem significativamente. Relativamente à idade podemos afirmar que, estatisticamente verificamos a não existência de diferenças: a comparação entre as duas médias proporcionou um t de Student = 1,2005, o que implica $p = 0,2341$, com 68 graus de liberdade; e a razão F entre as variâncias é igual a 1,9291, com $p = 0,0594$, ligeiramente superior ao limiar de significância estabelecido neste trabalho (0,05).

4.3 - A VARIÁVEL SEXO

A composição da amostra global segundo o sexo está ilustrada no gráfico nº 4. Como constatamos, o número de homens ($F_i = 29$) é inferior ao de mulheres ($F_i = 41$).

Gráfico nº 4 - Distribuição do sexo na amostra global



A diferença entre as proporções de homens e de mulheres é estatisticamente significativa ($p = 0,0462$). Esta situação deveu-se ao facto de termos tido uma maior acessibilidade aos indivíduos do sexo feminino devido à forma como aplicámos os nossos instrumentos de colheita de dados.

Comparando as duas sub-amostras, cujos respectivos gráficos se seguem, constatamos

Gráfico nº 5 - Distribuição do sexo na sub-amostra rural

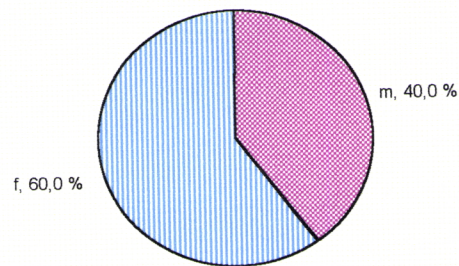
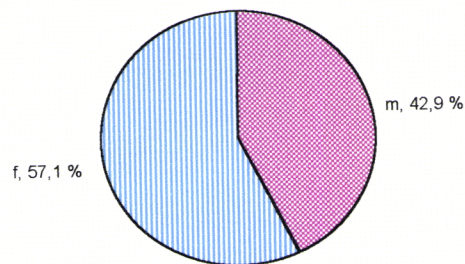


Gráfico nº 6 - Distribuição do sexo na sub-amostra urbana



que a situação das proporções na composição sexual da amostra global se mantém: na sub-amostra rural existem 21 mulheres e 14 homens; e na sub-amostra urbana, para 15 homens há 20 mulheres.

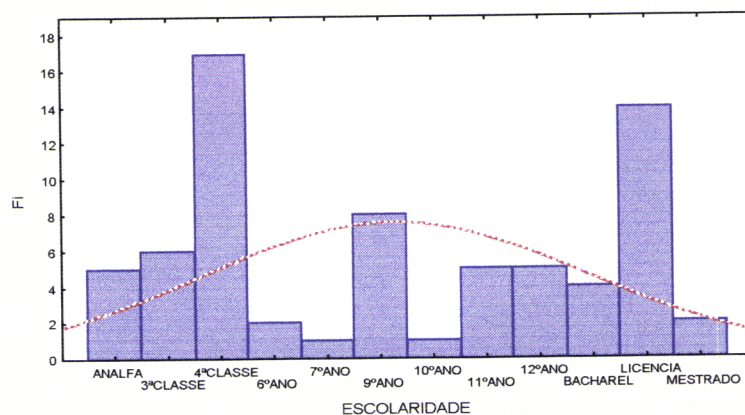
4.4 - A ESCOLARIDADE

De entre as formas de estruturação social a Escola, enquanto instituição, desempenha um papel importante. Ela é simultaneamente um meio de estratificação social (Bertaux, 1978) e, conjuntamente com as instituições Família e Trabalho, onde se reflecte, um instrumento de socialização e aculturação . A tabela nº 4, conjuntamente com o gráfico nº 8, que se seguem, proporciona-nos uma apreciação da amostra global segundo esta perspectiva.

Tabela nº 4 - Distribuição da escolaridade na amostra global

Escolaridade	Fi	Cum Fi	fi	Cum fi
Analfabeto	5	5	0,0714	0,0714
3ª Classe	6	11	0,0857	0,1571
4ª Classe	17	28	0,2429	0,4000
6º Ano	2	30	0,0286	0,4286
7º Ano	1	31	0,0143	0,4429
9º Ano	8	39	0,1143	0,5572
10º Ano	1	40	0,0143	0,5715
11º Ano	5	45	0,0714	0,6429
12º Ano	5	50	0,0714	0,7143
Bacharelato	4	54	0,0571	0,7714
Licenciatura	14	68	0,2000	0,9714
Mestrado	2	70	0,0286	1,000
Totais	70	-	1,0000	-

Gráfico nº 7 - Distribuição da escolaridade na amostra global



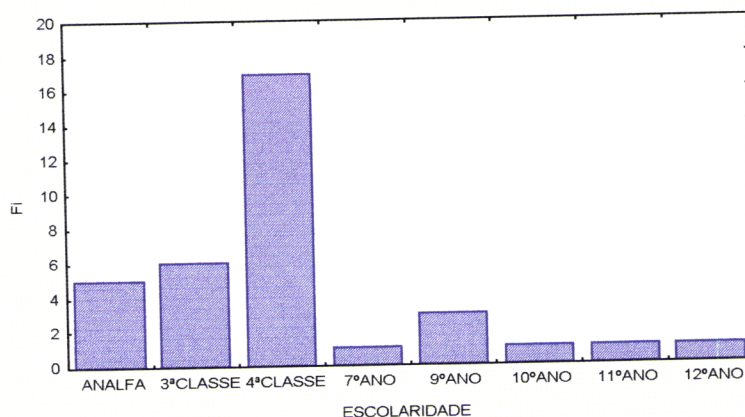
Constatamos assim que a o grau de escolaridade mediano é o 9º Ano, sendo a moda a 4ª Classe, seguida da Licenciatura. Mas a questão é se a escolaridade do meio rural será ou não diferente da do meio urbano?

Vejamos então o que se passa nas duas sub-amostras.

Tabela nº 5 - Distribuição da escolaridade na sub-amostra rural

Escolaridade	Fi	Cum Fi	fi	Cum fi
Analfabeto	5	5	0,1428	0,1428
3ª Classe	6	11	0,1714	0,3142
4ª Classe	17	28	0,4857	0,7999
7º Ano	1	29	0,0286	0,8285
9º Ano	3	32	0,0857	0,9142
10º Ano	1	33	0,0286	0,9428
11º Ano	1	34	0,0286	0,9714
12º Ano	1	35	0,0286	1,0000
Totais	35	-	1,0000	-

Gráfico nº 8 - Distribuição da escolaridade na sub-amostra rural

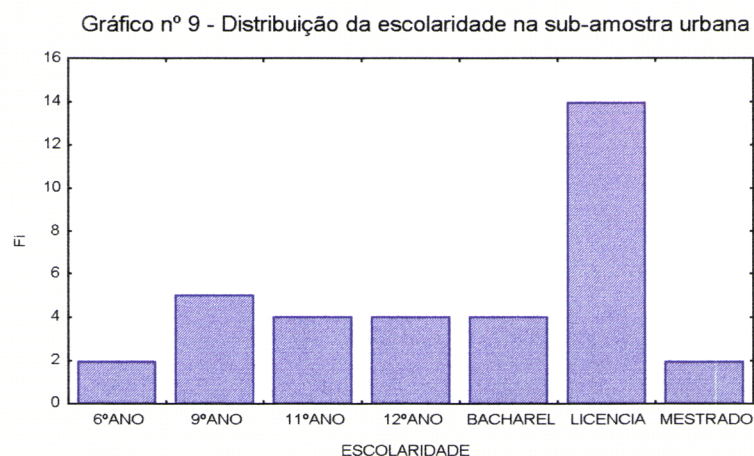


Na sequência dos dados constantes na tabela nº 5, ilustrados pelo gráfico nº 8, a moda (Mo), e a Mediana (Md), na sub-amostra rural, é a 4ª Classe, acumulando 0,7999 da escolaridade, que varia entre Analfabeto, como mínima, e o 12ª Ano, como máxima.

Segue-se a situação relativamente á sub-amostra urbana

Tabela nº 6 - Distribuição da escolaridade na sub-amostra urbana

Escolaridade	Fi	Cum Fi	fi	Cum fi
6º Ano	2	2	0,0571	0,0571
9º Ano	5	7	0,1429	0,2000
11º Ano	4	11	0,1143	0,3143
12º Ano	4	15	0,1143	0,4286
Bacharelato	4	19	0,1143	0,5429
Licenciatura	14	33	0,4000	0,9429
Mestrado	2	35	0,0571	1,000
Totais	35	-	1,0000	-



Conforme constatamos na tabela nº 6, e gráfico nº 9, a escolaridade da sub-amostra urbana é muito diferente: a mais baixa é o 6º ano e a mais elevada é a

licenciatura, que, conjuntamente com os graus de bacharel e mestre, não figuram na sub-amostra rural. Mais de metade (0,5714) dos indivíduos que pertencem a esta sub-amostra possuem um grau académico do subsistema de ensino superior português. Esta situação, apesar de não ser típica do que se verifica nas cidades portuguesas, é, sem dúvida, caracterizável como própria dos meios urbanos.

Nas categorias partilhadas pelas duas sub-amostras, isto é, o 9º Ano, o 11º Ano e o 12º Ano, as diferenças entre as respectivas proporções não são estatisticamente significativas. Contudo, elas são mais elevadas na sub-amostra urbana.

Após todas estas considerações, como seria de esperar, a diferença entre a escolaridade rural e urbana confirma-se estatisticamente, através do teste U de Mann-Whitney, como sendo muito significativa: z observado ajustado para empates = 5,9258, a que corresponde um $p = 0,000000$.

4.5 - A OCUPAÇÃO

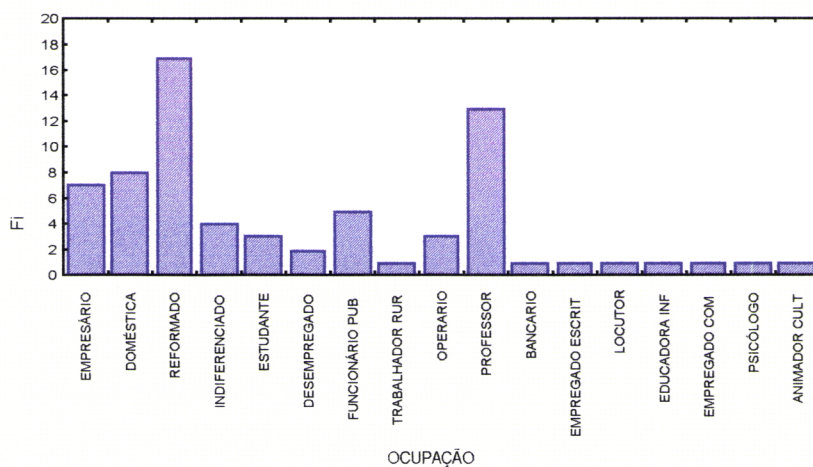
Os indivíduos que constituem a nossa amostra global distribuem-se por 17 situações ocupacionais diferentes, estando representados todos os sectores de actividade económica: primário, secundário e, predominantemente, o terciário. Mais uma vez a forma de colheita de dados levou a que a representação dos trabalhadores rurais fosse reduzida ao mínimo.

A partir da tabela nº 7, e gráfico nº 10, verificamos que a situação ocupacional predominante na amostra global é a de reformado, com 17 (0,2423) indivíduos. Se atendermos a que a condição de reformado agrega indivíduos oriundos de várias profissões, estando fortemente associada à idade, e a que no Baixo Alentejo a população com idade superior a 65 anos representa 20,3 % da população total (INE, 1993), esta situação não é demasiado estranha na composição da nossa amostra, que conta com 20% de indivíduos nesta condição.

Tabela nº 7 - Distribuição da ocupação na amostra global

Ocupação	Fi	fi
Empresário	7	0,1000
Doméstica	8	0,1143
Reformado	17	0,2429
Indiferenciado	4	0,0571
Estudante	3	0,0428
Desempregado	2	0,0286
Funcionário Públ.	5	0,0714
Trabalhador rural	1	0,0143
Operário	3	0,0428
Professor	13	0,1857
Bancário	1	0,0143
Empregado de escr.	1	0,0143
Locutor	1	0,0143
Educadora infantil	1	0,0143
Empregado de com.	1	0,0143
Psicólogo	1	0,0143
Animador cultural	1	0,0143
Totais	70	1,0000

Gráfico nº 10 - Distribuição da ocupação na amostra global

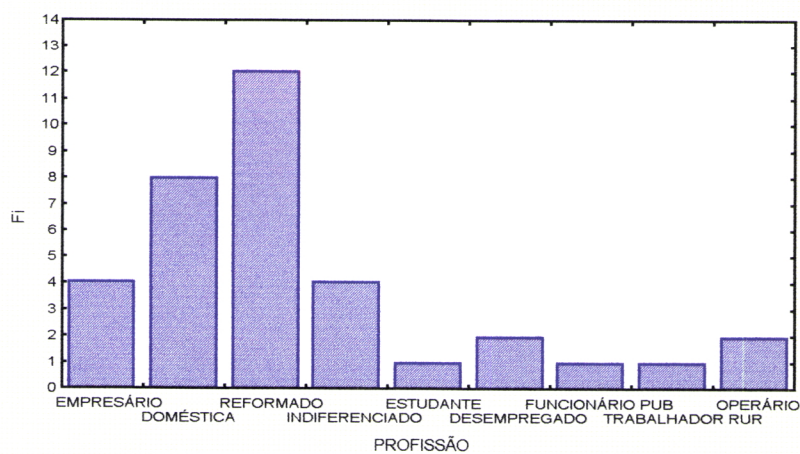


Se desdobrarmos esta amostra global nas suas componentes rural e urbana, vamo-nos deparar com algumas diferenças, tal como seria de esperar. Começemos pela sub-amostra rural (tabela nº 8, e gráfico nº 11).

Tabela nº 8 - Distribuição da ocupação na sub-amostra rural

Ocupação	Fi	fi
Empresário	4	0,1143
Doméstica	8	0,2286
Reformado	12	0,3428
Indiferenciado	4	0,1143
Estudante	1	0,0286
Desempregado	2	0,0571
Funcionário Públ.	1	0,0286
Trabalhador rural	1	0,0286
Operário	2	0,0571
Totais	35	1,0000

Gráfico nº 11 - Distribuição da profissão na sub-amostra rural



Os reformados são a categoria com maior proporção (0,3428). Este grupo é constituído por 6 homens e 6 mulheres, dos quais 4 homens tinham como

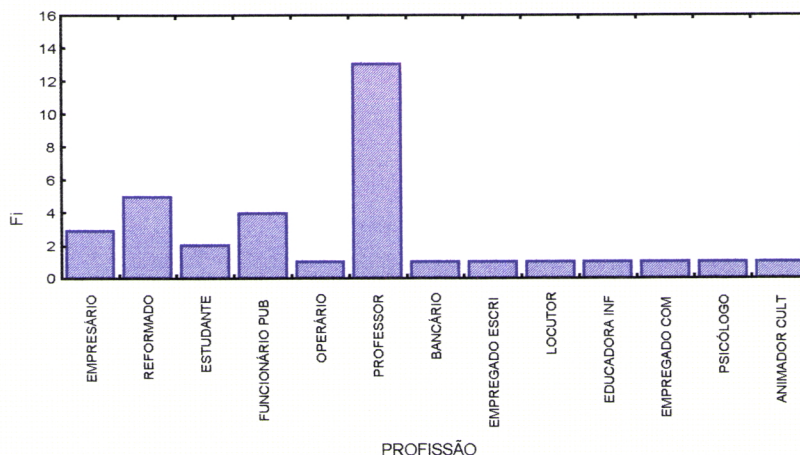
profissão anterior o trabalho rural, e todas as mulheres foram trabalhadoras rurais. Deste modo a sub-representatividade dos trabalhadores rurais está bastante diminuída, porque é, de certo modo, camuflada pela categoria de reformado. Este aspecto da ruralidade é ainda reforçado nesta sub-amostra se considerarmos que três da categoria de empresário exercem a sua actividade na agricultura.

Em face das ocupações constatadas, julgamos não errar muito ao considerar que esta estrutura ocupacional é, sob o ponto de vista qualitativo, característica das aldeias do Baixo Alentejo. De qualquer modo, ela é muito diferente da ocupação que encontramos no meio urbano (tabela nº 9 e gráfico nº 12)

Tabela nº 9 - Distribuição da ocupação na sub-amostra urbana

Ocupação	Fi	fi
Empresário	3	0,0857
Reformado	5	0,1428
Estudante	2	0,0571
Funcionário Públ.	4	0,1142
Operário	1	0,0286
Professor	13	0,3714
Bancário	1	0,0286
Empregado de escr.	1	0,0286
Locutor	1	0,0286
Educadora infantil	1	0,0286
Empregado de com.	1	0,0286
Psicólogo	1	0,0286
Animador cultural	1	0,0286
Totais	35	1,0000

Gráfico nº 12 - Distribuição da profissão na sub-amostra urbana



Na sub-amostra urbana, o grupo ocupacional predominante é o dos professores (0,3714), estando mesmo sobre-representado. De qualquer modo, o que pretendíamos obter era uma sub-amostra que fosse nitidamente urbana na sua composição ocupacional. E isso julgamos poder afirmar que, sob o ponto de vista qualitativo, foi conseguido, atendendo ao tipo de ocupações referidas pelos indivíduos.

Neste caso, o da sub-amostra urbana, o grupo de reformados é constituído por 2 homens e 3 mulheres. De entre os homens, um foi funcionário público e o outro foi funcionário autárquico. Todas as mulheres reformadas foram funcionárias públicas.

É ainda de referir que não entrevistámos nenhuma dona de casa, apesar dessa ser a ocupação actual das 3 mulheres reformadas. Contudo, como anteriormente já referimos, a nossa intenção foi obter um grupo nitidamente urbano. E a lista de ocupações obtida preenche qualitativamente este desiderato.

Comparando as duas sub-amostras podemos facilmente constatar a sua diferença: apenas as categorias ocupacionais de empresário, reformado, estudante, funcionário público e operário são comuns, em proporções estatisticamente semelhantes. Todas as restantes 12 categorias são diferentes,

sendo seis - professor, bancário, empregado de escritório, locutor, educadora infantil e psicólogo - "próprias" da cidade.

4.6 - A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA

A partir da definição operacional da nossa variável dependente vamos agora analisar os dados obtidos relativamente ao conteúdo e à estrutura da representação social da doença, nas suas componentes semiológica e etiológica, comparando a sub-amostra rural com a urbana.

4.6.1 - Os Conteúdos

4.6.1.1 - Dos sintomas

As respostas à questão nº 7 - "Para si, quais são os sintomas das doenças?", e à questão nº 8 - "Na sua opinião, quais são as causas das doenças?", ambas constantes no formulário, foram transcritas e, posteriormente, submetidas a análise de conteúdo com a finalidade de contar as unidades de registo que constituíssem respectivamente sintomas ou causas de doença. Trata-se aqui de detectar substantivos ou expressões substantivas literalmente referidos pelos inquiridos nas suas respostas às questões anteriores.

Deste modo obtivemos os dados que nos permitiram elaborar o quadro nº 1 onde constam os 42 sintomas referidos pelos 70 indivíduos pertencentes à amostra global.

Os 42 sintomas foram nomeados 316 vezes pelos indivíduos da amostra global. Isto significa uma nomeação média de 7,5 vezes. Se utilizarmos este critério para determinar os elementos mais comuns dos conteúdos semiológicos da representação social da doença, iremos reter os 14 sintomas que foram nomeados mais de 7,5 vezes:

Quadro nº 1 - Sintomas referidos pelos indivíduos da amostra global

Sintomas	Fi	Sintomas	Fi
Dor	51	Sem vontade de mexer-se	3
Mau estar	33	Choro	2
Febre	23	Angústia	2
Olhos fundos	22	Cansaço	2
Aspecto doentio	20	Fastio	2
Cor doentia	18	Fraqueza	2
Mal encarado	15	Moleza	2
Tristeza	15	Preocupação	2
Má disposição	12	Esquecimento	1
Incapacidade de trabalhar	11	Confusão	1
Palidez	11	Falta de ar	1
Depressão	10	Fragilidade	1
Incapacidade de lidar	8	Frustração	1
Olheiras	8	Gordura a mais	1
Cara de doente	7	Impaciência	1
Sem vontade de falar	6	Incapacidade de viver	1
Falta de forças	4	Instabilidade emocional	1
Postura abatida	3	Lábios roxos	1
Apatia	3	Medo	1
Emagrecimento	3	Palpitações	1
Sem vontade de viver	3	Vómitos	1

1. Dor;
2. Mau estar;
3. Febre;
4. Olhos fundos;
5. Aspecto doentio;
6. Cor doentia;
7. Mal encarado;

8. Tristeza;
9. Má disposição;
10. Incapacidade de trabalhar;
11. Palidez;
12. Depressão;
13. Incapacidade de lidar;
14. Olheiras.

Deste modo poderemos deduzir que, dada a frequência de cada um destes sintomas, serão eles os elementos centrais do conteúdo da representação na amostra global (Abric, 1997). Mas esta será uma questão a confirmar posteriormente. Passemos de seguida a analisar a sub-amostra rural, cujos dados se encontram no quadro nº 2.

Os 35 indivíduos da sub-amostra rural nomearam 26 sintomas num total de 132 vezes, o que dá uma média de 5,1 nomeações por sintoma. Adoptando o mesmo critério que usámos para a amostra global, verificamos que os elementos mais centrais, isto é, aqueles que obtiveram uma frequência de nomeações superior à média, num total de 10, foram:

1. Dor;
2. Má disposição;
3. Olhos fundos;
4. Incapacidade de trabalhar;
5. Febre;
6. Incapacidade de lidar;
7. Mal encarado;
8. Tristeza;
9. Aspecto doentio;
10. Mau estar.

Quadro nº 2 - Sintomas referidos pelos indivíduos da sub-amostra rural

Sintomas	Fi	Sintomas	Fi
Dor	27	Falta de ar	1
Ma disposição	9	Sem vontade de mexer-se	1
Olhos fundos	9	Impaciência	1
Incapacidade de trabalhar	8	Postura abatida	1
Febre	7	Vómitos	1
Incapacidade de lidar	7	Esquecimento	0
Mal encarado	7	Angústia	0
Tristeza	7	Apatia	0
Aspecto doentio	6	Cansaço	0
Mau estar	6	Choro	0
Cara de doente	5	Emagrecimento	0
Cor doentia	5	Fragilidade	0
Falta de forças	4	Frustração	0
Palidez	4	Gordura a mais	0
Depressão	3	Incapacidade de viver	0
Sem vontade de falar	3	Instabilidade emocional	0
Olheiras	3	Lábios roxos	0
Fastio	2	Medo	0
Fraqueza	2	Moleza	0
Sem vontade de viver	2	Palpitações	0
Confusão	1	Preocupação	0

Todos eles fazem parte do grupo de elementos centrais da representação da amostra global, continuando a Dor a figurar em primeiro lugar. Mas a partir daí a ordem altera-se, sendo o caso mais flagrante o do Mau estar, que, na amostra global se situa em segundo lugar e, na sub-amostra urbana, se localiza na décima e última posição. Passemos já de seguida aos dados da sub-amostra urbana (Quadro nº 3).

Quadro nº 3 - Sintomas referidos pelos indivíduos da sub-amostra urbana

Sintomas	Fi	Sintomas	Fi
Mau estar	27	Moleza	2
Dor	24	Postura abatida	2
Febre	16	Preocupação	2
Aspecto doentio	14	Esquecimento	1
Cor doentia	13	Fragilidade	1
Olhos fundos	13	Frustração	1
Mal encarado	8	Gordura a mais	1
Tristeza	8	Incapacidade de viver	1
Depressão	7	Instabilidade emocional	1
Palidez	7	Lábios roxos	1
Olheiras	5	Incapacidade de lidar	1
Apatia	3	Medo	1
Emagrecimento	3	Palpitações	1
Sem vontade de falar	3	Sem vontade de viver	1
Má disposição	3	Falta de forças	0
Incapacidade de trabalhar	3	Confusão	0
Angústia	2	Falta de ar	0
Cansaço	2	Fastio	0
Cara de doente	2	Fraqueza	0
Choro	2	Impaciência	0
Sem vontade de mexer-se	2	Vómitos	0

Nesta sub-amostra urbana foram 184 vezes nomeados 35 sintomas, o que proporciona uma média de 5,3 nomeações por cada um deles. Aplicando o critério que vimos seguindo, verifica-se que os sintomas que obtiveram uma frequência de nomeações igual ou superior à média foram:

1. Mau estar
2. Dor
3. Febre

4. Aspecto doentio
5. Cor doentia
6. Olhos fundos
7. Mal encarado
8. Tristeza
9. Depressão
10. Palidez

Como o nosso interesse é analisar comparativamente as sub-amostras rural e urbana, elaborámos um quadro comparativo com base nos elementos centrais de cada uma delas (Quadro nº 4).

Quadro nº 4 - Comparação entre os elementos centrais dos conteúdos das representações sociais da doença (sintomas) das sub-amostras rural e urbana

Sub-amostra rural	Sub-amostra urbana
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dor; 2. Má disposição; 3. Olhos fundos; 4. Incapacidade de trabalhar; 5. Febre; 6. Incapacidade de lidar; 7. Mal encarado; 8. Tristeza; 9. Aspecto doentio; 10. Mau estar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mau estar 2. Dor 3. Febre 4. Aspecto doentio 5. Cor doentia 6. Olhos fundos 7. Mal encarado 8. Tristeza 9. Depressão 10. Palidez

Evidencia-se o facto do último sintoma rural figurar em primeiro lugar entre os urbanos - Mau estar - continuando a Dor a ocupar um lugar de relevo. Em seguida constatamos que os sintomas comuns - Dor, Olhos fundos, Febre,

Aspecto doentio e Mau estar - se encontram ordenados de forma diferente numa e noutra sub-amostra.

Na sub-amostra rural figuram 3 sintomas que não fazem parte da urbana: Má disposição; Incapacidade de trabalhar; e Incapacidade de lidar. Se os considerarmos de carácter físico e pragmático, podemos pensar que há aqui uma valorização dos aspectos socio-biológicos que afectam o fazer quotidiano: está-se doente quando não conseguimos desempenhar as tarefas da lide diária, quer seja a da casa, quer seja a do trabalho, que, de uma forma geral, é mais pesado do que o trabalho em meio urbano.

Os indivíduos da sub-amostra urbana, ao “valorizarem” os sintomas Cor doentia, Depressão e Palidez, que não figuram como elementos centrais nos rurais, deixam perceber a importância da aparência como sinalizador de doença: está doente quem aparenta estar.

Mas também existem comunalidades: os sintomas Mal encarado e Tristeza ocupam as mesmas posições.

Até aqui temo-nos debruçado sobre o que, na sequência de Abric (1997), consideramos elementos centrais do conteúdo da representação. Mas façamos uma comparação mais abrangente entre todos os elementos nomeados comuns às duas sub-amostras (Quadro nº 5).

A análise dos 19 sintomas comuns, que constam no quadro que se segue, limita-se a confirmar os comentários que temos vindo a tecer relativamente às diferenças entre as duas sub-amostras: são os sintomas Incapacidade de trabalhar, Incapacidade de lidar, Má disposição os que apresentam uma diferença significativa em favor dos indivíduos rurais, e o sintoma Mau estar é significativamente mais nomeado pelos indivíduos urbanos.

Quadro nº 5 - Elementos do conteúdo da representação social da doença (sintomas) comuns às duas sub-amostras rural e urbana

Sub-amostra rural			Sub-amostra urbana			p de
Sintoma	Fi	fi	Sintoma	Fi	fi	fi _{ru} - fi _{ur}
Aspecto doentio	6	0,0500	Aspecto doentio	14	0,0881	0,2231
Cara de doente	5	0,0417	Cara de doente	2	0,0126	0,1252
Cor doentia	5	0,0417	Cor doentia	13	0,0818	0,1783
Depressão	3	0,0250	Depressão	7	0,0440	0,3896
Dor	27	0,2250	Dor	24	0,1509	0,1140
Febre	7	0,0583	Febre	16	0,1006	0,2044
Incapacidade de lidar	7	0,0583	Incapacidade de lidar	1	0,0063	0,0090
Incapac. de trabalhar	8	0,0667	Incapac. de trabalhar	3	0,0189	0,0337
Má disposição	9	0,0750	Má disposição	3	0,0189	0,0268
Mal encarado	7	0,0583	Mal encarado	8	0,0503	0,7240
Mau estar	6	0,0500	Mau estar	27	0,1698	0,0024
Olheiras	3	0,0250	Olheiras	5	0,0314	0,9466
Olhos fundos	9	0,0750	Olhos fundos	13	0,0818	0,8349
Palidez	4	0,0333	Palidez	7	0,0440	0,6496
Postura abatida	1	0,0083	Postura abatida	2	0,0126	0,7305
Sem vontade de falar	3	0,0250	Sem vontade de falar	3	0,0189	0,7790
S/ vontade de mexer-se	1	0,0083	S/ vontade de mexer-se	2	0,0126	0,7305
Sem vontade de viver	2	0,0167	Sem vontade de viver	1	0,0063	0,4055
Tristeza	7	0,0583	Tristeza	8	0,0503	0,7240
Total	120	1	Total	159	1	-

Passemos de seguida a abordar ainda o conteúdo da representação, mas na perspectiva das causas.

4.6.1.2 - Das causas

Vamos proceder à semelhança do que fizemos para os sintomas. Assim, a partir da análise de conteúdo da informação constante nas respostas à questão nº 8 do formulário, construímos o quadro nº 6, que segue, relativo à amostra global.

Quadro nº 6 - Causas referidas pelos indivíduos da amostra global

Causas	Fi
Comida	45
Sítio onde se vive	25
Estilo de vida	23
Hereditariedade	19
Stress	14
Tabaco	14
Química	10
Descuido	8
Álcool	7
Destino	6
Higiene	5
Poluição	5
Café	4
Contágio	4
Sociedade	4
Droga	3
Água	2
Comportamento	1
Deficiência imunitária	1
Ofender a natureza	1
Trabalho	1

Os 70 indivíduos da amostra global nomearam 202 vezes as 21 causas que associam à doença, o que implica uma nomeação média de 9,6 vezes por cada causa. No quadro anterior apenas encontramos 7 causas que foram nomeadas 10 ou mais vezes. São as seguintes:

1. Comida;
2. Sítio onde se vive;
3. Estilo de vida;
4. Hereditariedade;
5. Stress;
6. Tabaco;
7. Química.

Será provavelmente entre este grupo que se encontrarão os elementos mais agregadores da representação. Queremos sublinhar que são causas de carácter ecológico (Sítio onde se vive, Comida e Química), comportamental (Estilo de vida, Tabaco e Stress) e biológico (Hereditariedade). Quase todas elas são controláveis pelo Homem, sendo a mais difícil a Hereditariedade.

Prosseguindo com os resultados obtidos na sub-amostra rural, analisemos o quadro nº 7, que, por questões gráficas, se encontra na folha que se segue.

Quadro nº 7 - Causas referidas pelos indivíduos da amostra rural

Causas	Fi
Comida	21
Química	8
Sítio onde se vive	7
Tabaco	7
Estilo de vida	6
Destino	5
Hereditariedade	5
Álcool	4
Higiene	4
Descuido	3
Droga	3
Água	2
Contágio	2
Poluição	2
Stress	2
Sociedade	1
Trabalho	1
Café	0
Comportamento	0
Deficiência imunitária	0
Ofender a natureza	0

Como as 17 causas identificadas foram nomeadas 83 vezes, obtivemos uma média de 4,9 nomeações por causa. Neste caso os elementos centrais da representação são constituídos por 7 causas:

1. Comida
2. Química
3. Sítio onde se vive

4. Tabaco
5. Estilo de vida
6. Destino
7. Hereditariedade

Comparando este grupo de causas com os elementos centrais da amostra global, notamos a exclusão do Stress e a inclusão do Destino. Atendendo às características da ruralidade, em que a vida é cíclica e “natural”, onde a mobilidade social vertical é mais “lenta” (Mucchielli, 1976), compreende-se esta troca. Mas isso é o que poderemos ou não confirmar com a análise dos dados referentes à sub-amostra urbana.

Através do quadro nº 8 (folha seguinte), podemos verificar que, à semelhança do que aconteceu relativamente aos sintomas, também neste caso os urbanos referiram um maior número de causas (18) com uma maior frequência (119), o que proporciona uma média de nomeação por causa igual a 6,6 vezes.

Como podemos constatar só 6 causas se encontram nomeadas mais de 6,6 vezes:

1. Comida
2. Sítio onde se vive
3. Estilo de vida
4. Hereditariedade
5. Stress
6. Tabaco

Quadro nº 8 - Causas referidas pelos indivíduos da sub-amostra urbana

Causas	Fi
Comida	24
Sítio onde se vive	18
Estilo de vida	17
Hereditariedade	14
Stress	12
Tabaco	7
Descuido	5
Café	4
Álcool	3
Poluição	3
Sociedade	3
Contágio	2
Química	2
Comportamento	1
Deficiência imunitária	1
Destino	1
Higiene	1
Ofender a natureza	1
Água	0
Droga	0
Trabalho	0

Estamos agora em condições de comparar as duas sub-amostras em função das causas que referiram (Quadro nº 9).

**Quadro nº 9 - Comparação entre os elementos centrais dos conteúdos
das representações sociais da doença (causas)
das sub-amostras rural e urbana**

Sub-amostra rural	Sub-amostra urbana
1. Comida	1. Comida
2. Química	2. Sítio onde se vive
3. Sítio onde se vive	3. Estilo de vida
4. Tabaco	4. Hereditariedade
5. Estilo de vida	5. Stress
6. Destino	6. Tabaco
7. Hereditariedade	

A Comida, tal como na amostra global, posiciona-se em primeiro lugar em ambas as sub-amostras. Este facto não surpreende, porque em termos de “senso comum” é muito frequente ouvir-se dizer: “sinto-me mal. Isto deve de ser qualquer coisa que comi e me fez mal.”. Além disso a dieta é um dos aspectos que é sempre controlado em todos os serviços de internamento hospitalar.

Os restantes elementos comuns - Sítio onde se vive, Estilo de vida, Hereditariedade e Tabaco - também seguem uma ordem semelhante nos dois grupos.

A atribuição da etiologia da doença ao Sítio onde se vive é tão velha quanto a medicina de Hipócrates, ou talvez mais: uma das terapias para se conseguir o equilíbrio dos humores era a mudança de ambiente, elemento este que funcionava simultaneamente como explicação etiológica de algumas doenças. Esta “tradição” tem atravessado os tempos e ainda hoje se manifesta através das saídas massissas de fim de semana por parte dos habitantes das grandes cidades, consideradas insalubres por todos. Deste modo, o Estilo de vida está intimamente associado a esta causa: poderemos dizer que há um estilo de vida rural, “natural” e saudável, e um estilo de vida urbano, gerador de stress e

insalubre. Talvez esta seja a razão da presença do Stress entre os elementos centrais do grupo urbano, a sua ausência no grupo rural. Efectivamente o stress é de facto um fenómeno eminentemente da cidade, intimamente ligado à maior densidade populacional, aos ritmos de vida e à competição nos estreitos caminhos da mobilidade (Gifford, 1997).

Para além da presença do Stress na sub-amostra urbana e da sua ausência na rural, as outras diferenças consistem na referência à Química e ao Destino no grupo rural, não constando no urbano. Porquê a Química com este papel de relevo? Apesar de aqui não transparecer, durante a aplicação do formulário os indivíduos rurais associavam fortemente a química à alimentação e ao trabalho no campo: “as comidas agora são uma porcaria: é tudo à base de químicas.” ou “ a agricultura e a criação dos animais é tudo à base de químicos. É por isso, por causa dos adubos e das farinhas que a gente fica com estas doenças.”

Quanto ao Destino já anteriormente comentámos este facto.

Sigamos agora para uma comparação entre as causas comuns às duas sub-amostras

A análise do quadro nº 10 (folha seguinte) permite-nos confirmar as comunicações e as diferenças anteriormente detectadas entre os dois grupos.

De entre as 14 causas comuns às duas sub-amostras, apenas o Destino, a Química e o Stress são referidos de uma forma significativamente diferente: as duas primeiras causas com maior frequência no grupo rural, e a última no grupo urbano. Todos os restantes elementos do conteúdo da representação social da doença, relativamente aos sintomas, têm uma proporção de nomeações estatisticamente idêntica.

Quadro nº 10 - Elementos do conteúdo da representação social da doença (causas) comuns às duas sub-amostras rural e urbana

Sub-amostra urbana			Sub-amostra rural			p da Difer.
Causa	Fi	fi	Causa	Fi	fi	entre fi
Álcool	4	0,0519	Álcool	3	0,0268	0,3704
Comida	21	0,2727	Comida	24	0,2143	0,3555
Contágio	2	0,0260	Contágio	2	0,0179	0,7045
Descuido	3	0,0390	Descuido	5	0,0446	0,8512
Destino	5	0,0649	Destino	1	0,0089	0,0322
Estilo de vida	6	0,0779	Estilo de vida	17	0,1518	0,1285
Hereditariedade	5	0,0649	Hereditariedade	14	0,1250	0,1786
Higiene	4	0,0519	Higiene	1	0,0089	0,0717
Poluição	2	0,0260	Poluição	3	0,0268	0,8961
Química	8	0,1039	Química	2	0,0179	0,0102
Sítio onde se vive	7	0,0909	Sítio onde se vive	18	0,1607	0,1656
Sociedade	1	0,0130	Sociedade	3	0,0268	0,5181
Stress	2	0,0260	Stress	12	0,1071	0,0500
Tabaco	7	0,0909	Tabaco	7	0,0625	0,4648
Total	77	1,0000	Total	112	1,0000	-

4.6.2 - A estrutura

Após a análise dos elementos do conteúdo das representações vamos agora iniciar a abordagem da estrutura das mesmas, utilizando os dados obtidos mediante a aplicação de duas escalas incidentes, uma sobre o grau de significado que os 70 indivíduos da nossa amostra global atribuem a um conjunto de 21 sintomas - os que ambas as sub-amostras nomearam -, e a outra sobre a importância que os mesmos elementos atribuem às 14 causas também nomeadas pelos elementos de ambos os grupos.

4.6.2.1 - Dos sintomas

O grau de significado do sintoma como um sinal de se estar doente pode variar entre 1 - nada significativo- e 5 - muito significativo, já que utilizámos uma escala tipo Likert para medir este aspecto. Por esse motivo vamos apresentar os resultados obtidos na amostra global indicando e hierarquizando os sintomas através do grau médio de significância que lhe foi atribuída pelos elementos da amostra global (Quadro nº 11).

Quadro nº 11 - Sintomas das doenças segundo o grau de significância que lhes foi atribuído pelos elementos da amostra global

Sintomas	Média aritmét.	Int. confiança a .95		Valor		Desvio padrão
		lim	LIM	min	MAX	
Dor	4,400	4,191	4,609	3	5	0,875
Mau estar	4,000	3,750	4,250	2	5	1,049
Febre	3,871	3,661	4,082	3	5	0,883
Mal encarado	3,771	3,521	4,022	2	5	1,052
Aspecto doentio	3,771	3,505	4,038	2	5	1,119
Olhos fundos	3,671	3,397	3,946	2	5	1,151
Cara de doente	3,471	3,239	3,704	2	5	0,974
Cor doentia	3,429	3,161	3,697	2	5	1,124
Má disposição	3,371	3,152	3,591	2	5	0,920
Olheiras	3,214	2,971	3,457	2	5	1,020
Tristeza	2,843	2,618	3,068	1	5	0,942
Depressão	2,714	2,507	2,922	1	5	0,870
Palidez	2,629	2,429	2,828	1	5	0,837
Postura abatida	2,614	2,414	2,814	1	5	0,839
Incapacidade de trabalhar	2,543	2,341	2,745	1	5	0,846
S/ vontade de viver	2,400	2,231	2,569	1	4	0,710
Incapacidade de lidar	2,371	2,160	2,583	1	5	0,887
S/ vontade de falar	2,371	2,194	2,549	1	4	0,745
S/ vontade de mexer-se	2,229	2,056	2,402	1	4	0,726

Se compararmos estes resultados com os constantes no quadro nº 1, constatamos que os sintomas Dor, Mau estar e Febre continuam a ocupar as

três primeiras posições, também seguidos de sintomas ligados à aparência: Mal encarado, Aspecto doentio, Olhos fundos, Cara doente, Cor doentia. É de facto a aparência da pessoa que conta para percebermos que ela está doente.

Desagreguemos estes dados, iniciando pelos referentes ao meio rural (quadro nº 12).

Quadro nº 12 - Sintomas da doença segundo o grau de significância que lhes foi atribuído pelos elementos da sub-amostra rural

Sintomas	Média aritmética	Interv. de confiança a .95		Valor		Desvio padrão
		lim	LIM	min	MAX	
Dor	4,400	4,109	4,691	3	5	0,847
Mal encarado	3,914	3,557	4,271	2	5	1,040
Febre	3,657	3,382	3,933	3	5	0,802
Má disposição	3,571	3,246	3,897	2	5	0,948
Olheiras	3,514	3,120	3,908	2	5	1,147
Aspecto doentio	3,486	3,149	3,823	2	5	0,981
Cara de doente	3,486	3,170	3,802	2	5	0,919
Mau estar	3,400	3,086	3,714	2	5	0,914
Cor doentia	3,257	2,920	3,594	2	5	0,980
Olhos fundos	3,257	2,872	3,642	2	5	1,120
Depressão	3,171	2,902	3,441	2	5	0,785
S/ vontade de viver	2,743	2,533	2,953	2	4	0,611
Palidez	2,686	2,425	2,946	1	4	0,758
Tristeza	2,571	2,268	2,875	1	4	0,884
Incapacid. de trabalhar	2,286	2,042	2,530	1	3	0,710
Incapacidade de lidar	2,286	2,028	2,543	1	3	0,750
Postura abatida	2,200	1,967	2,433	1	3	0,677
S/ vontade de mexer-se	2,171	1,915	2,428	1	3	0,747
S/ vontade de falar	2,057	1,838	2,277	1	3	0,639

Da comparação dos resultados constantes no quadro anterior com os contidos no quadro nº 2, que se refere aos sintomas nomeados pelo grupo rural, sublinhamos que nos primeiros 10, os que então, provisoriamente denominamos de elementos centrais, há 7 que se mantêm: Dor, Mal encarado, Febre, Má disposição, Aspecto doentio, Mau estar e Olhos fundos. Mas há três

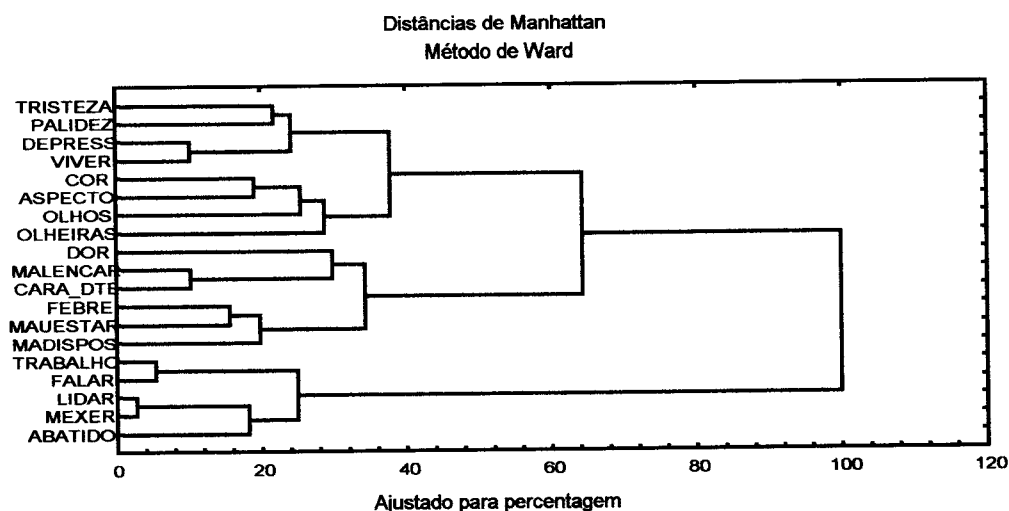
que entram para este conjunto - Olheiras, Cara doente e Cor doentia - em substituição de: Incapacidade para trabalhar, Incapacidade para lidar e Tristeza. Neste caso os sintomas de aparência de estar doente substituem os sinais físicos que dificultam os desempenhos quotidianos.

Em face destes resultados poderemos ser levados a pensar que os 7 sintomas anteriormente mencionados são os elementos organizadores do campo da representação (Abric, 1997). Mas será assim? É o que vamos verificar através de uma análise de classificação hierárquica de todos estes elementos, a partir das distâncias de Manhattan entre eles, e segundo o método de Ward, seguindo a metodologia sugerida por Doise, Clemence e Cioldi (1992).

No dendrograma que se segue (Gráfico nº 13), que foi ajustado para que no eixo das ordenadas apareça uma distância máxima de 100, tracemos um corte à distância de 36. Começamos por detectar um núcleo em que ao par Tristeza-Palidez se agrega o par Depressão-Sem vontade de viver. É o núcleo da sintomatologia depressiva.

O grupo de sintomas seguinte é maioritariamente ligado à aparência: funda-se a partir do par Cor doentia-Aspecto doentio, a que se juntam isoladamente Olhos fundos e, depois, Olheiras.

Gráfico nº 13 - Dendrograma da estrutura das representações dos sintomas da sub-amostra rural



O terceiro núcleo de sintomas é constituído pelo par Cara de doente - Mal encarado, a que se junta a Dor e, a seguir, o par Febre-Mau estar adicionando-se-lhe a Má disposição depois. É o grupo do sofrimento físico.

Por fim aparece um quarto grupo com base no par Incapacidade de lidar-Sem vontade de mexer-se a que se agrega um sintoma isolado, Postura abatida, e um outro par: Incapacidade de trabalhar-Sem vontade de falar. É nitidamente um grupo de sintomatologia motora.

Qual deles será o mais importante? Para responder a esta questão, com base nos dados contidos no quadro nº 12, calculámos a significância média de cada um deles. Assim, o núcleo mais significativo é o do sofrimento físico com uma média de 3,74, seguindo-se o da aparência com 3,38 de média, depois o da sintomatologia depressiva, com 2,79 e, por fim o dos sintomas motores que apresenta a média de 2,43.

Prossigamos agora com a sub-amostra urbana (quadro nº 13). Comparando-o com os dados constantes no quadro nº 3, verificamos que no grupo dos 10 primeiros sintomas há uma saída da Depressão e da Palidez, e uma entrada do sintoma Cara de doente e Má disposição. Os sintomas Mau estar, Dor, Olhos fundos, Febre, Aspecto doentio, Mal encarado, Cor doentia e Tristeza continuam a fazer parte do que denominámos elementos centrais.

Relativamente ao grau de significância atribuído pela sub-amostra rural (quadro nº 12), o grupo urbano também apresenta diferenças. Para além do Mau estar se apresentar aqui como o sintoma de maior significância, ocupando o oitavo lugar no grupo rural, há ainda a destacar que os Olhos fundos, sintoma que ocupa a décima posição no grupo rural, está aqui colocado em terceiro.

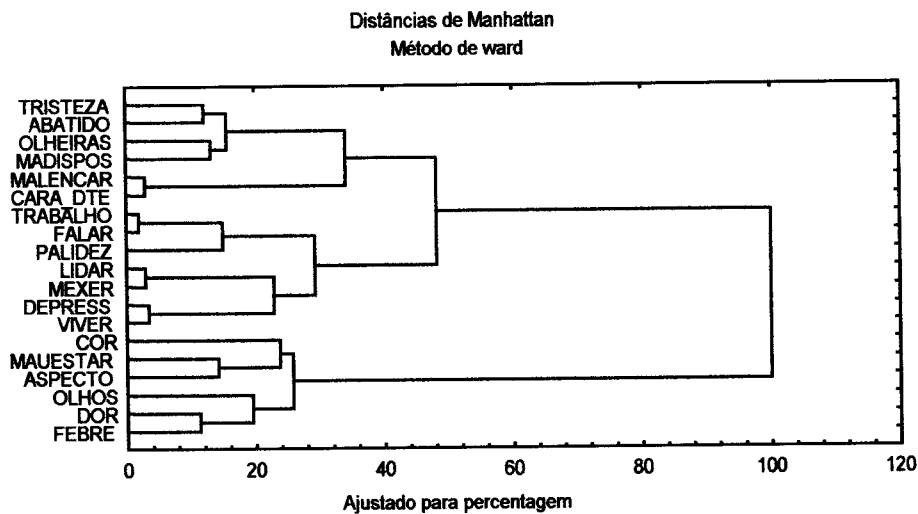
Mantêm-se, por isso, as diferenças qualitativas entre os dois grupos, pelo menos no que se refere aos elementos até aqui considerados como mais centrais.

Quadro nº 13 - Sintomas da doença segundo o grau de significância que lhes foi atribuído pelos elementos da sub-amostra urbana

Sintomas	Média aritmética	Intervalo de confiança a .95		Valor		Desv. padrão
		lim	LIM	min	MAX	
Mau estar	4,600	4,321	4,88	2	5	0,812
Dor	4,400	4,086	4,71	3	5	0,914
Olhos fundos	4,086	3,729	4,44	2	5	1,040
Febre	4,086	3,770	4,4	3	5	0,919
Aspecto doentio	4,057	3,649	4,46	2	5	1,187
Mal encarado	3,629	3,265	3,99	2	5	1,060
Cor doentia	3,600	3,174	4,03	2	5	1,241
Cara de doente	3,457	3,100	3,81	2	5	1,039
Má disposição	3,171	2,877	3,47	2	5	0,857
Tristeza	3,114	2,794	3,43	1	5	0,932
Postura abatida	3,029	2,759	3,3	2	5	0,785
Olheiras	2,914	2,646	3,18	2	5	0,781
Incapacid. de trabalhar	2,800	2,491	3,11	1	5	0,901
S/ vontade de falar	2,686	2,439	2,932	1	4	0,718
Palidez	2,571	2,257	2,89	1	5	0,917
Incapacidade de lidar	2,457	2,110	2,8	1	5	1,010
S/ vontade de mexer-se	2,286	2,042	2,530	1	4	0,710
Depressão	2,257	2,016	2,5	1	4	0,701
S/ vontade de viver	2,057	1,838	2,277	1	3	0,639

Para uma melhor visualização, e confirmação ou não destas diferenças, analisemos o dendrograma da estrutura das representação urbana (Gráfico nº 14).

Gráfico nº 14 - Dendrograma da estrutura das representações dos sintomas da sub-amostra urbana



Esta estrutura é muito diferente da rural. Em primeiro lugar, utilizando os mesmos critérios de corte do dendrograma, deparamo-nos com três grupos de sintomas.

O primeiro grupo de sintomas contém Tristeza, Postura abatida, Olheiras, Má disposição, Mal encarado e Cara de doente. É um grupo que poderíamos denominar do abatimento.

Em seguida deparamos com o agregado formado por: Incapacidade de trabalhar, Sem vontade de falar, Palidez, Incapacidade de lidar, Sem vontade de mexer-se, Depressão e Sem vontade de viver. A este grupo de sintomas associamos o rótulo de depressão motora.

Por fim temos o núcleo que se inicia com o par Dor-Febre, a que se agrega Olhos fundos, e, depois, Cor doentia e Mau estar-Aspecto doentio. Denominá-lo-emos de grupo do síndrome gripal, porque todos estes sintomas são característicos da gripe.

Em termos de grau de significância, os núcleos de sintomas ficam assim ordenados, de acordo com as respectivas médias (Quadro nº 13):

1. núcleo do síndrome gripal, com 4,13;
2. núcleo do abatimento, com 3,24;
3. e núcleo da depressão motora, com 2,45;

Dado que um dos nossos objectivos é verificar se a estrutura das representações sociais dos sintomas da doença no meio rural é ou não diferente da do meio urbano, utilizámos as distâncias euclidianas quadradas de aglomeração entre os elementos das duas sub-amostras, (Quadro nº 14), para testarmos se as duas distribuições apresentam diferentes médias.

Quadro nº 14 - Distribuição das distâncias de aglomeração dos sintomas segundo a sub-amostra

Aglomerado	Urbano	Rural
1	4	4
2	6	8
3	9	19
4	14	27
5	35	31
6	36	36
7	41	39
8	43	42
9	44	47
10	54	48
11	61	50
12	62	62
13	63	79
14	80	83
15	95	84
16	115	102
17	151	122
18	261	238
TOTAL	1174	1121

A distância média de aglomeração da sub-amostra urbana é de 65,22 e a da rural é de 62,27. Submetemos a diferença entre as médias a uma prova t de Student e concluímos que, com 34 graus de liberdade, $t = 0,1515$ a que corresponde um $p = 0,8805$. Não existe portanto uma diferença

estatisticamente significativa entre as duas estruturas, apesar das grandes diferenças qualitativas anteriormente referidas.

4.6.2.2. - Das causas

À semelhança dos sintomas, também as causas podem variar de acordo com o grau de importância que os elementos da amostra lhe podem atribuir: de um máximo de 5 a um mínimo de 1. Seguindo os passos anteriormente dados, iniciemos esta análise pela amostra global, cujos dados se encontram no quadro nº 15.

Quadro nº 15 - Causas das doenças segundo o grau de importância que lhes foi atribuído pelos elementos da amostra global

Causas	Média aritmética	Int. de confiança a .95		Valor		Desvio padrão
		lim	LIM	min	MAX	
Comida	4,371	4,156	4,587	2	5	0,904
Estilo de Vida	3,757	3,502	4,012	2	5	1,069
Sítio onde se vive	3,586	3,309	3,863	2	5	1,161
Tabaco	3,457	3,229	3,686	0	5	0,958
Stress	3,400	3,169	3,631	2	5	0,969
Química	3,200	2,972	3,428	2	5	0,957
Hereditariedade	3,186	2,892	3,479	1	5	1,231
Sociedade	3,157	2,889	3,425	1	5	1,125
Descuido	3,029	2,795	3,262	2	5	0,978
Poluição	3,014	2,818	3,211	2	5	0,825
Higiene	2,829	2,638	3,019	2	5	0,798
Destino	2,629	2,388	2,869	1	5	1,010
Alcool	2,514	2,289	2,739	1	5	0,944
Contágio	2,500	2,329	2,671	2	5	0,717

Utilizando a informação contida no quadro nº 6 para termo de comparação deparamos com as primeiras 7 causas coincidentes em nomeação e em importância. O que varia são as suas posições relativas, à excepção da Comida, que se mantém em primeiro lugar em ambos os casos.

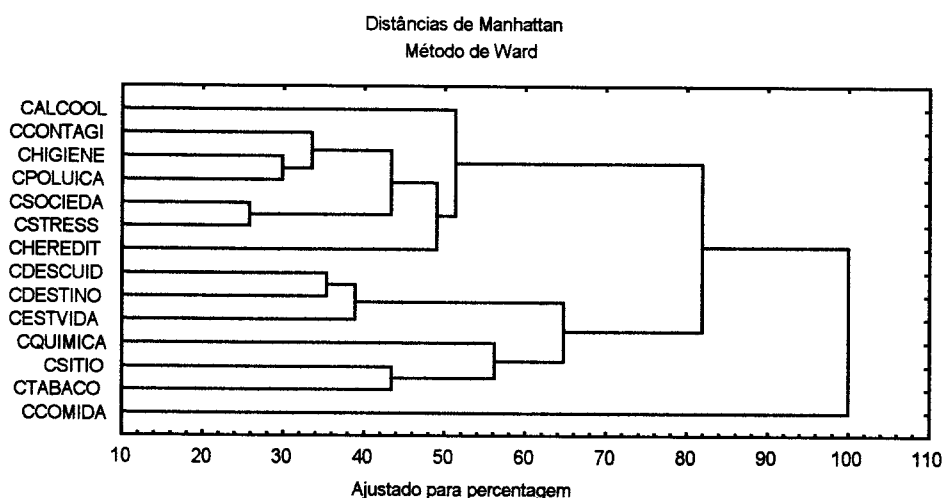
Vejamos se esta situação se mantém nas duas sub-amostras, começando pela rural (Quadro nº 16).

Quadro nº 16 - Causas da doença segundo o grau de importância que lhes foi atribuído pelos elementos da sub-amostra rural

Causas	Média aritmética	Int. de confiança a .95		Valor		Desvio padrão
		lim	LIM	min	MAX	
Comida	4,286	3,968	4,604	3	5	0,926
Tabaco	3,429	3,137	3,721	2	5	0,850
Química	3,371	2,998	3,745	2	5	1,087
Estilo de vida	3,286	2,957	3,614	2	5	0,957
Sítio onde se vive	3,257	2,900	3,614	2	5	1,039
Destino	3,029	2,690	3,367	2	5	0,985
Stress	3,029	2,772	3,285	2	5	0,747
Descuido	2,971	2,677	3,266	2	5	0,857
Poluição	2,943	2,667	3,218	2	5	0,802
Hereditariedade	2,714	2,346	3,083	1	5	1,073
Higiene	2,657	2,382	2,933	2	5	0,802
Álcool	2,600	2,245	2,955	1	5	1,035
Contagio	2,486	2,260	2,712	2	5	0,658
Sociedade	2,486	2,231	2,741	1	4	0,742

O grupo das 6 primeiras causas coincide com o das primeiras 6 mais nomeadas (Quadro nº 9), verificando-se mais uma vez uma troca de posições entre elas, com a Comida a manter-se em primeiro lugar, e o Tabaco a subir da quarta para a segunda posição. O que há de novo é o Stress, que foi a 15ª causa nomeada, vir desalojar a Hereditariedade do sétimo posto. Tal como então prevíamos há assim uma certa constância de causas em termos de nomeação e de importância, confirmando a sua centralidade (Abric, 1997). Vejamos se estas causas centrais se aglomeram ou se, pelo contrário, se desagregam entre si, dando origem a diferentes núcleos. Procedamos a uma análise de aglomerados com a técnica anteriormente utilizada: distância de Manhattan e método de Ward (Gráfico nº 15, na folha seguinte).

Gráfico nº 15 - Dendrograma da estrutura das representações
das causas da sub-amostra rural



Ao adoptarmos o mesmo critério de corte anteriormente utilizado (36) deparamos com 5 das causas mais centrais numa posição isolada: a Comida, o Tabaco, o Sítio onde se vive, a Química e o Estilo de vida. A Comida só agrupa à distância máxima, o que, conjugado com a sua importância, nos leva a concluir que é uma causa fortemente peculiar e central. À distância de 58 há três destas causas que agrupam: a Química, o Sítio onde se vive e o Tabaco. Par a associação Química-Tabaco encontramos uma explicação possível: talvez as campanhas antitabagistas tenham tido o efeito de ligar estes dois aspectos. Agora para o Sítio não conseguimos encontrar razão aparente para este tipo de associação.

As outras causas "isoladas" a esta distância (36) são a Hereditariedade e o Álcool. A primeira agrupa com um núcleo formado por Poluição, Higiene, Contágio, Sociedade e Stress, à distância de 50, o que, para nós, pouco esclarece acerca do seu papel. Agora o Álcool mantém-se isolado, mesmo a essa distância: só se junta a este grupo à distância de 52.

Nesta condição de análise encontramos 3 núcleos: Contágio, Higiene e Poluição; Sociedade e Stress; e Descuido e Destino. Digamos que o primeiro é ecológico; o segundo é social; e o terceiro é individual. Adoptando a sua média de importância como critério, podemos ordená-los do seguinte modo:

1. o individual, com a média de 3;
2. o social, com 2,76;
3. e o ecológico que apresenta a média de 2,70.

São assim menos importantes do que a Comida (4,29), o Tabaco (3,43), a Química (3,71), o Estilo de vida (3,29), e o Sítio onde se vive (3,26).

Analisemos agora a sub-amostra urbana para podermos comparar os dados.

Quadro nº 17 - Causas da doença segundo o grau de importância que lhes foi atribuído pelos elementos da sub-amostra urbana

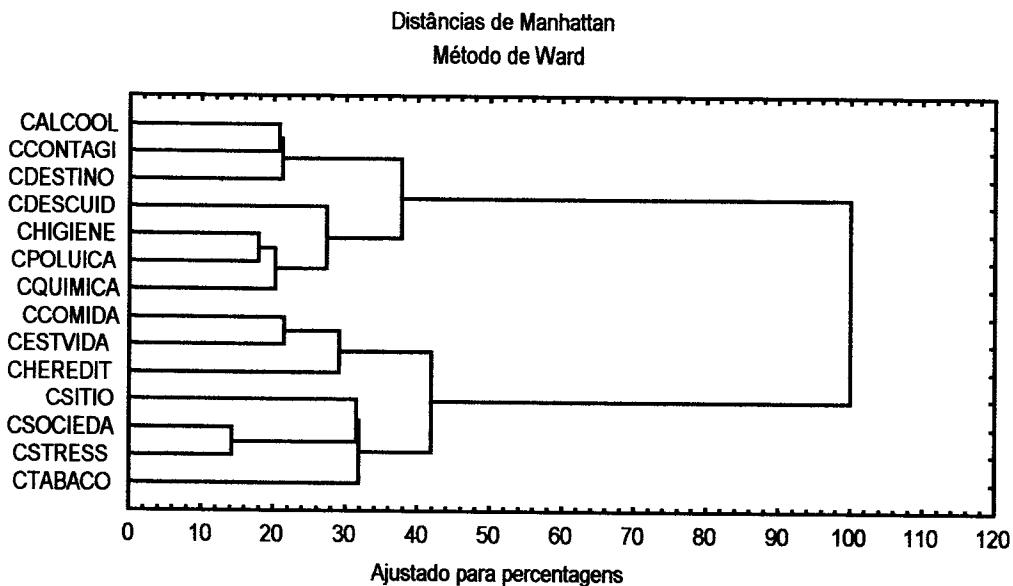
Causas	Média aritmética	Int. de confiança a .95		Valor		Desvio padrão
		lim	LIM	min	MAX	
Comida	4,457	4,153	4,761	2	5	0,886
Estilo de vida	4,229	3,894	4,563	2	5	0,973
Sítio onde se vive	3,914	3,503	4,326	2	5	1,197
Sociedade	3,829	3,470	4,187	2	5	1,043
Stress	3,771	3,417	4,126	2	5	1,031
Hereditariedade	3,657	3,241	4,073	2	5	1,211
Tabaco	3,486	3,119	3,852	0	5	1,067
Descuido	3,086	2,710	3,462	2	5	1,095
Poluição	3,086	2,793	3,379	2	5	0,853
Química	3,029	2,759	3,298	2	5	0,785
Higiene	3,000	2,737	3,263	2	5	0,767
Contagio	2,514	2,246	2,783	2	5	0,781
Alcool	2,429	2,137	2,721	1	5	0,850
Destino	2,229	1,927	2,530	1	5	0,877

De entre as 6 primeiras causas mais nomeadas pelos indivíduos da sub-amostra urbana (Quadro nº 8), há 5 que se mantêm, apenas saindo o Tabaco que foi substituído pela Sociedade. Mantém-se assim a característica central das cinco causas comuns em frequência de nomeação e em importância atribuída.

Relativamente à sub-amostra rural (Quadro nº 16), de entre as 6 primeiras causas mais importantes apenas a Comida, o Estilo de vida, e o Sítio onde se vive são comuns. As outras 3 são diferentes: na rural o Tabaco aparece em

segundo lugar sendo remetido para sétimo na urbana; também a Química baixa da terceira posição, na rural, para a décima, na urbana; e o destino sai da sexta, na rural, para a última na urbana. Para uma melhor análise destas diferenças recorramos ao dendrograma (Gráfico nº 16).

Gráfico nº 16 - Dendrograma da estrutura das representações das causas da sub-amostra urbana



Com o critério de corte que utilizámos anteriormente (36), imediatamente obtemos 4 grupos de causas, o que nos dá uma estrutura completamente diferente da do meio rural, e seguindo mais de perto a ordenação detectada na distribuição da importância média (Quadro nº 17). As causas mais centrais no campo da representação agrupam-se entre si, o mesmo acontecendo com as mais periféricas.

Em primeiro lugar detectamos um grupo de 3 elementos que agrupam quase todos à mesma distância: Alcool-Contágio e Destino. Estas causas são de natureza muito heterogénea, não se vislumbrando a possível associação lógica entre elas.

O segundo grupo tem por base o par Higiene-Poluição, a que se agrega depois a Química e, por fim, o Descuido. No nosso ponto de vista é o núcleo dos comportamentos ambientais.

Depois, o grupo seguinte, constituído pelo par Comida-Estilo de vida e pelo elemento isolado Hereditariedade, é também logicamente muito heterogéneo. A associação entre os elementos do par é compreensível: a alimentação, quer nos aspectos da sua composição, quer na forma como as pessoas se alimentam, é um dos aspectos do Estilo de vida. Na continuidade deste raciocínio, e sem forçar muito a lógica, será que em termos de “senso comum” urbano o Estilo de vida é também influenciado pela Hereditariedade? Admitamos que sim em função destes elementos. Nestas circunstâncias poderíamos denominar este grupo com o rótulo de Estilo de vida, dado o papel preponderante que esta causa assim desempenharia.

O quarto grupo, baseado no par Sociedade-Stress com os elementos Sítio onde se vive e Tabaco, tem um carácter claramente socio-ambiental.

A hierarquização destes núcleos de causas segundo a importância média de cada um deles, calculada a partir dos dados do Quadro nº17, é a seguinte:

1. o núcleo do estilo de vida, com 4,11;
2. o núcleo socio-ambiental, com 3,75;
3. o núcleo de comportamentos ambientais, com 3,05;
4. e o núcleo de causas heterogéneas, com 2,39.

Testemos agora estatisticamente se existem ou não diferenças entre a estrutura de aglomeração da sub-amostra rural e a da sub-amostra urbana, recorrendo mais uma vez às distâncias euclidianas quadradas e ao teste t de Student.

Quadro nº 18 - Distribuição das distâncias de aglomeração das causas segundo a sub-amostra

Aglomerado	Urbano	Rural
1	20,00	19,00
2	25,00	22,00
3	28,33	24,67
4	29,00	26,00
5	29,67	28,67
6	30,00	31,93
7	38,17	32,00
8	40,67	36,07
9	44,00	37,76
10	44,50	41,34
11	52,69	47,67
12	58,54	60,29
13	139,57	73,62
TOTAL	580,14	481,02

A distância média na sub-amostra urbana é de 44,63, Com $s = 30,65$, e a da sub-amostra rural é de 37, com $s = 15,71$. Os resultados do teste T de Student para a diferença entre as médias, com variâncias diferentes, proporcionou os seguintes valores: $t = 0,7983$, a que, com 18 graus de liberdade, corresponde um $p = 0,4335$. Por esta razão concluímos que, estatisticamente, não há diferença entre a estrutura das representações das causas das doenças nas sub-amostra urbana e rural.

5 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

As principais conclusões que extraímos deste nosso trabalho, incidente sobre uma amostra global de 70 indivíduos, com uma idade média de 48,56 anos, $IC_{.95} = [44,54; 52,47]$, e um intervalo de variação entre os 17 e os 83 anos, pertencendo 35 ao meio urbano, com uma idade média = 46,17, $IC_{.95} = [41,51; 50,83]$, variando entre um mínimo de 17 e um máximo de 79 anos, e os outros 35 pertencem ao meio rural, com uma média de idade de 50,94 anos, $IC_{.95} = [44,50; 57,38]$, sendo o intervalo de variação balizado pelos 17 e Os 83 anos, e com uma composição por sexos semelhante na a sub-amostra rural (0,60 de mulheres e 0,40 de homens) e na urbana (0,57 de mulheres e 0,43 de homens), são as seguintes:

Tal como esperávamos a escolaridade do meio urbano é mais elevada do que a do meio rural: para uma Md = Bacharelato na meio urbano, contrapõe-se uma Md = 4ª classe no meio rural. Através do U de Mann-Whitney obtivemos um $p = 0,00000$.

Na amostra global a situação ocupacional dominante é a de reformado, com 0,2423 o que é ligeiramente superior á proporção de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos no Baixo Alentejo que é de 20,3% da população total. Ainda relativamente à situação ocupacional encontrámos 0,3428 de reformados na sub-amostra rural, sendo o grupo dominante, ao passo que, na sub-amostra urbana a proporção mais elevada é de professor, com 0,3714.

De acordo com Abric (1997), os sintomas que constituem os elementos centrais do conteúdo da representação da doença na amostra global são: dor, mau estar, febre, olhos fundos, aspecto doentio, cor doentia, mal encarado, tristeza, má disposição, incapacidade de trabalhar, palidez, depressão, incapacidade de lidar e olheiras. Na sub-amostra rural, seguindo o mesmo critério, os elementos centrais do conteúdo da representação social da doença (sintomas) são: dor, má disposição, olhos fundos, incapacidade de trabalhar, febre, incapacidade de lidar, mal encarado, tristeza, aspecto doentio e mau

estar. Na sub-amostra urbana, os sintomas correspondentes aos anteriores são: mau estar, dor, febre, aspecto doentio, cor doentia, olhos fundos, mal encarado, tristeza, depressão e palidez. Concluímos assim que as principais diferenças qualitativas são: o último sintoma rural é o primeiro urbano; os sintomas má disposição, incapacidade de trabalhar e incapacidade de lidar surgem apenas na amostra rural, ao passo que os sintomas: cor doentia, depressão e palidez apenas aparecem nos urbanos. Em termos de centralidade o conteúdo da representação urbana é qualitativamente diferente do da rural.

Na amostra global as causas associadas à doença que foram mais nomeadas são: comida, sítio onde vive, estilo de vida, hereditariedade, stress, tabaco e química. Considerando a sub-amostra rural encontramos as seguintes: comida, química, sítio onde se vive, tabaco, estilo de vida, destino e hereditariedade. A sub-amostra urbana nomeia as seguintes causas: comida, sítio onde se vive, estilo de vida, hereditariedade, stress e tabaco. Deste modo surge uma diferença qualitativa entre as duas sub-amostras: enquanto os urbanos nomeiam o stress entre as principais causas, os rurais não; em compensação, estes últimos, nomeiam a química e o destino, que não figuram nas causas mais nomeadas entre os urbanos. Verifica-se novamente uma diferença qualitativa, ainda que mínima, nos elementos centrais do conteúdo da representação urbana e rural.

Na perspectiva da estrutura semiológica das representações sociais da doença, não existe diferença estatisticamente significativa entre a sub-amostra rural e a urbana: a distância euclidiana quadrática média da agregação dos sintomas da sub-amostra rural ($X = 62,27$) é semelhante à da sub-amostra urbana ($X = 65,22$), de acordo com os resultados do teste t de Student em que se obteve um $p = 0,8805$, com 34 graus de liberdade.

No entanto, sob o ponto de vista qualitativo, os sintomas na sub-amostra rural organizam-se em quatro grupos ordenados do seguinte modo: o do sofrimento físico; o da aparência; o da sintomatologia depressiva; e o dos sintomas motores. Na sub-amostra urbana a organização ordenada é: grupo do

síndrome gripal; núcleo do abatimento; e núcleo da depressão motora. Mais uma vez se detectam diferenças qualitativas.

Relativamente às causas, também não se detectam diferenças estatisticamente significativas entre as estruturas da sub-amostra urbana e a da rural, de acordo com o teste t de Student utilizado para avaliar a diferença entre a média da importância atribuída às causas pelos rurais ($X = 37$, com $s = 15,71$) e a média da importância atribuída pela sub-amostra urbana ($X = 44,63$, com $s = 30,65$). Ao t observado corresponde um $p = 0,4335$, muito superior ao limiar de 0,05 que havíamos estabelecido como critério de decisão. Contudo há a referir a diferença entre as variâncias: a sub-amostra urbana é muito mais dispersa do que a rural, o que significa que os elementos centrais do conteúdo da representação urbana se organizam a uma maior distância entre si do que os da sub-amostra rural, que é mais homogénea.

Na perspectiva qualitativa, as causas da doença segundo os rurais organizam-se diferentemente das dos urbanos. Para os primeiros elas dificilmente se agregam, verificando-se 5 causas isoladas e três grupos de duas ou três causas. Nos urbanos existe claramente a constituição de quatro grupos: o do estilo de vida; o socio-ambiental; o de comportamentos ambientais; e o de causas heterogéneas. Também, deste modo, concluímos pela existência de uma diferença qualitativa.

Destas conclusões derivámos duas sugestões: apesar da perspectiva qualitativa permitir uma mais fina análise dos conteúdos e estrutura das representações, há que fazer uma replicação deste estudo, com uma amostra maior e mais representativa dos grupos urbano e rural, de modo a permitir a utilização de técnicas estatísticas multivariadas que, fundamentadamente, permitam decidir acerca da existência de diferenças; em face da importância da comida, da química, do sítio onde se vive, do tabaco, do estilo de vida e do stress, enquanto factores etiológicos da doença segundo as representações sociais dos inquiridos, julgamos ser legítimo sugerirmos a realização de estudos incidentes sobre estas questões numa perspectiva de Saúde Ambiental.

6 - BIBLIOGRAFIA

- Abric, J.-C.; Flamente C. (1996) - L'Étude expérimentale des représentations sociales in Deschampes, Jean-Claude; Beauvois, Jean-Léon - Des attitudes aux attributions: sur la construction social de la réalité. Grenoble Presses Universitaires
- Abric, Jean-Claude, (1994) - Pratiques sociales et représentations. Paris, ed. Presses Universitaires de France
- Al Gore (1993). - A Terra á procura de equilíbrio: ecologia e espirito humano. Lisboa, ed. Presença
- Allegre, Claude (1993) - Ecologia das cidades, Ecologia dos campos, Lisboa, Instituto Piaget
- Amaral-Mendes, J.J. (1994) - A Saúde Ambiental. O seu conceito, 4º Congresso Nacional do Ambiente
- Amaral-Mendes, J.J. (1998) - A Saúde Ambiental. Uma tentativa de definição, in Revista da Ordem dos Médicos, ano 14 (6), Junho
- Badovin, Robert (1982) - Socio-economia do ordenamento rural. Porto, ed. Rés
- Bertaux, Daniel (1978) - Destinos pessoais e estrutura de classe. Lisboa, Moraes
- Carapinheiro, Graça (1993) - Saberes e poderes no Hospital. Lisboa, ed, Afrontamento
- Castells, Manuel (1984) - Problemas de investigação em sociologia urbana, Lisboa, ed. Presença
- Clarke, Robert (1980) - O nascimento do Homem. Lisboa, Gradiva
- Clemence, A.; Lorenzi-Cioldi, F. (1996) - La recherche sur les représentations sociales in Deschampes, Jean-Claude; Beauvois, Jean-Léon - Des attitudes aux attributions: sur la construction social de la réalité. Grenoble, Presses Universitaires
- Dajoz, Roger (1983) - Ecologia Geral. Petropolis, ed. Vozes

- Deschamps, Jean-Claude; Beauvois, Jean-Léon (1996) - Des attitudes aux attributions, sur la construction de la réalité social. Grenoble, ed. Presses Universitaires
- Doise, W; Clemence, A; Lorenzi-Cioldi, F. (1992) - Représentations sociales et analyses de données. Grenoble , ed. Presses Universitaires de Grenoble
- Drouin, Jean -Marc (1991) - Reinventar a Natureza. Lisboa, Instituto Piaget
- Eisermann, Gottfried, (1973) - Sociologia.. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian
- Elejabarrieta, F. (1996) - Le concept de representation social. in Deschamps, J. C.; Beauvois. J. L. - Des attitudes aux attributions: sur la construction social de la réalité. Grenoble, ed. Presses Universitaires. ,
- Flick, Uwe (1992)- La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Paris, ed. L´Harmattan
- Gifford, Robert (1997) - Environmental Psychology. Boston, ed. Allyn and Bacon
- Goff, Jacques Le (1985) - As doenças têm história. Lisboa, Ed, Terramar
- Goldsmith, Edouard (s/ d.) -O desafio ecológico. Lisboa, Instituto Piaget
- Heijmans, Monique; Ridder, Denise (1998) - Structure and Determinants of illness, Representations in chronic Disease. in Journal of Health Psychology vol. 3 (4), October 1998, S. Francisco, ed. Sage Publications
- Herzlich, Claudine (1992) - Représentations sociales de lá santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. in Flick, U. - La Perception quotidienne de lá santé et de lá maladie. Paris, ed. L´Harmattan
- Hoyois, Giovanni (1968) - Sociologie rurale. Paris, ed. Universitaires
- Jaspers, Karl (1986) - O médico na era da técnica. Lisboa, Ed, 70
- Jodelet, Denise (1989) - Les Représentations sociales. Paris, ed. Presses Universitaires de France
- Laborit, Henri (1971) - O homem e a cidade. Lisboa, Iniciativas Editoriais
- Lamy, Michel (s/ d) - As camadas ecológicas do homem. Lisboa, Instituto Piaget
- Larson, Olaf F. (1974) - Sociedade rural in. Enciclopédia Internacional de las Ciencias Sociales. Madrid, ed. Aguilar

- Valente, Claudia et al (1994) - Apontamentos sobre o rural urbanizado - reflexões sobre as relações entre o rural e o urbano do ponto de vista rural in. Forum Sociológico, nº .4, Instituto de Estudos e de Divulgação Sociológica
- Verres, Rolf (1992) - Responsabilité et recherche sur la santé: De la façon de différencier et d'approfondir la reconstruction des théories. in Flick, U. - La Perception quotidienne de la santé et de la maladie. Paris, ed. L 'Harmattan



- Lorenz, Konrad (1988) - O homem ameaçado, Lisboa. Publicações Dom Quixote
- Mellor, J. R. (1984) - Sociologia urbana. Porto, ed. Rés
- Mendras, Henri (1976) - Sociétés paysannes. Paris, ed. Armand Collin
- Morin, Edgar (1998) - Sociologia: a sociologia do Microsocial ao Macroplanetário. Lisboa, ed. Europa- America
- Moscovici, S. (1961) - La Psychanalyse, son image et son public. Paris, ed. P.U.F.
- Mucchielli, Roger (1976) - Psychosociologie d'une commune rurale. Paris. ed. E S F
- Mumford, Lewis,(1974) - Ciudad in Enciclopedia Internacional de las ciencias sociales. Madrid, ed. Aguilar
- Nazareth, J. M. (1993) - Demografia e ecologia humana in Análise Social, vol. XXVIII (123 - 124), 879 - 885
- Odum, Eugene P. (1973) - Fundamentos de ecologia. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian
- Pedroso, Paulo (1998).- Formação e desenvolvimento rural. Oeiras, ed. Celta
- Ribeiro, José Luis Pais (1998). Psicologia e saúde. Lisboa ,I S P A
- Soczka, Luis (1997) - Para uma perspectiva ecológica em psicologia social in Vala, J.; Monteiro, M. B. - Psicologia social, Lisboa, Ed, Fundação Calouste Gulbenkian
- Sontag, Susan (1998) - A doença como metáfora e a sida e as suas metáforas. Lisboa, ed. Quetzal
- Soromenho-Marques, Viriato (1994) - Regressar á Terra: Consciência ecológica e politica de ambiente. Lisboa, Ed. Fim de Século
- Teles,Gonçalo Ribeiro (1975) - Da formação do solo á socialização da paisagem in Fernandes, J. A. et alt. - Uns comem os figos.... Lisboa, Seara Nova
- Vala, Jorge (1997) - Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social in Vala, J. e Monteiro, M. B. - Psicologia social, Lisboa, ed. Fundação Calouste Gulbenkian