

Cristiana Isabel Moreira da Fonseca

PREVENÇÃO DO CANCRO EM CONTEXTO ESCOLAR

**O PAPEL DA LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO
(NÚCLEO REGIONAL DO NORTE)**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Educação para a Saúde apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto sob a orientação da Professora Doutora Preciosa Fernandes da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Porto

2016

ÍNDICE

RESUMO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUÇÃO	3
I. SAÚDE E DOENÇA: UMA DÉCADE EM EVOLUÇÃO	6
Nota introdutória.....	6
I.1 – Saúde e doença: clarificação de conceitos	7
I.2 – Inter-relação da dimensão social e cultural com a saúde/doença.....	13
I.3 – Remediar; Prevenir; Promover: Que atitude/perspetiva adotar?	16
II. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: CONCEITOS E PERSPETIVAS	22
Nota introdutória.....	22
II.1 – Contextualização e Evolução Histórica do conceito de Educação para a Saúde.....	23
II.2 – Educação para a saúde em contexto escolar	27
II.3 – Literacia em saúde.....	32
III. CANCRO: PARA UMA CONTEXTUALIZAÇÃO DA DOENÇA EM FAVOR DA SUA PREVENÇÃO	35
Nota introdutória.....	35
III.1 – O cancro: caracterização da doença.....	37
III.2 – A “luta” contra o cancro: contextualização sócio-cultural	39
III.3 – O papel da LPCC na prevenção do cancro.....	43
IV. OPÇÕES E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
Nota introdutória.....	45
IV.1 – Abordagem qualitativa	46
IV.1.1 – Estudo de Caso	47
IV.2 – Técnicas de recolha e análise de informação.....	49
IV.2.1 – Pesquisa documental	49
IV.2.2 – Entrevista semiestruturada.....	50
V. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	53
Nota Introdutória	53
V.1 –Construindo uma narrativa sobre a LPCC.....	54
V.1.1 – Origem e Papel da LPCC.....	55
V.1.2 – A educação para a saúde/prevenção do cancro em contexto escolar	61
V.1.3 –Educação e literacia para a saúde	67
V.1.4 – Fatores adjuvantes e constrangimentos.....	72
V.2 –Triangulação de dados	77

CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
BIBLIOGRAFIA	82
Anexo 1	89
Anexo 2	91
Anexo 3	92
Anexo 4	98
A educação para a saúde/	103
prevenção do cancro em contexto escolar	103
A educação para a saúde/	104
prevenção do cancro em contexto escolar	104
A educação para a saúde/	105
prevenção do cancro em contexto escolar	105

RESUMO

O caráter crónico do cancro perpetua no tempo as necessidades que levaram ao aparecimento, há 75 anos, da Liga Portuguesa Contra o Cancro, tornando-se um tema tão atual como transversal a todos os setores da sociedade. Apesar disso, os mitos e preconceitos acerca do cancro persistem, reforçando a necessidade de um trabalho de prevenção envolvendo várias abordagens, prolongadas no tempo e orientadas por diversos agentes, transmitindo mensagens mais claras às pessoas, de forma a melhorar o conhecimento geral sobre o cancro. A Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) tem tido um papel preponderante nesse trabalho de prevenção em contextos diversificados e, especificamente, em contexto escolar. O trabalho com as escolas tem vindo a ser assegurado pelo Departamento de Educação para a Saúde (DES) e muitos são os projetos e ações que aquela Instituição tem levado a cabo. Embora exista um reconhecimento indubitável quanto ao papel social da LPCC, a “sua história” relativamente à educação para a saúde não tinha ainda sido narrada. Este foi um dos fatores que esteve na origem desta investigação. Com ela pretendeu-se caracterizar o papel da LPCC – NRN na Educação para a Saúde; compreender significados atribuídos pela comunidade educativa às informações preventivas veiculadas no âmbito dos projetos de educação para a saúde promovidos pela LPCC – NRN; identificar efeitos da intervenção da LPCC na literacia para a saúde e compreender fatores adjuvantes e constrangimentos no desenvolvimento de ações de educação para a saúde em contexto escolar, nomeadamente no domínio da prevenção do cancro.

Metodologicamente a investigação ancorou-se numa abordagem qualitativa, na forma de estudo de caso. Para tal recorreu-se à pesquisa de documentos internos à LPCC e a entrevistas semiestruturadas realizadas a interlocutores com uma ligação de longa data a esta Instituição. Genericamente os dados apontam para um grande reconhecimento do papel da LPCC na prevenção do cancro e no desenvolvimento de ações de educação para a saúde, e de literacia em saúde, em contexto escolar, promovidas pelo Departamento de Educação para a Saúde (DES). Reconhece-se, todavia, que a literacia em saúde poderá alcançar maior abrangência se for desenvolvida em parceria com outros agentes locais com responsabilidades sociais e educacionais.

Palavras-Chave: LPCC; Educação para a Saúde em contexto escolar; Cancro; Prevenção.

ABSTRACT

The chronic nature of cancer perpetuates in time the needs which led to the appearance, 75 years ago, of the Portuguese League Against Cancer, becoming this theme as current as transversal to all sectors of society. Nevertheless, the myths and prejudices about cancer endure, reinforcing the need for preventive work involving several approaches, extended in time and guided by several agents, delivering clearer messages to people in order to improve the general knowledge about cancer. The Portuguese League Against Cancer (LPCC) has played a leading role in this prevention work in different contexts, and specifically in schools. Work with schools has been assured by the Department of Health Education (DES) and many are the projects and actions that this institution has carried out. Although there is an undoubted recognition of the social role of the LPCC, its "history" on health education field had not yet been told. This was one of the factors which led to this investigation. The aim is to characterize the role of the LPCC - NRN in Health Education; understanding meanings assigned by the educational community as preventive information provided in the context of education projects for health promoted by LPCC - NRN; identifying effects of the intervention of the LPCC in literacy for health and understanding auxiliary factors and constraints in the development of health education activities in schools, particularly in the field of cancer prevention.

Methodologically research it is anchored in a qualitative approach presented as a case study. To do this we made a research of internal documents of the LPCC and semi-structured interviews with actors with a long date connection to this institution. Generally the information points to a great recognition of the role of LPCC in cancer prevention and development of education activities for health and health literacy in schools, promoted by the Department of Health Education (DES). It is recognized, however, that literacy in health can achieve greater coverage if it is developed in partnership with other local agents with social and educational responsibilities.

Keywords: LPCC; Health Education in school context; Cancer; Prevention.

INTRODUÇÃO

A escolha da problemática a estudo no âmbito da dissertação do Mestrado em Educação para a Saúde surge numa relação direta com a atividade profissional que, há mais de 15 anos, venho a desenvolver no Departamento de Educação para a Saúde¹ da Liga Portuguesa Contra o Cancro – Núcleo Regional do Norte².

Assim, orienta-me o reconhecimento do trabalho pioneiro efetuado pela LPCC – NRN nos últimos 52 anos nas várias dimensões do apoio ao doente oncológico, desde o voluntariado aos cuidados paliativos, constituindo a prevenção uma prioridade, o que justificou a criação, há 27 anos, de um departamento específico de Educação para a Saúde.

Nesta trajetória profissional, reconheço que o trabalho desenvolvido tem vindo a diversificar-se e, simultaneamente, a ampliar-se, quer ao nível do número de escolas que integram a rede de abrangência da LPCC – NRN, quer das respetivas áreas temáticas de intervenção. Apesar disso, os mitos e preconceitos acerca do cancro persistem, reforçando a necessidade de um trabalho de prevenção envolvendo várias abordagens, prolongadas no tempo e orientadas por diversos agentes, transmitindo mensagens mais claras às pessoas, de forma a melhorar o conhecimento geral sobre o cancro. Efetivamente, apesar de a sociedade atual se caracterizar pelo fácil acesso às novas tecnologias e pela circulação veloz de informação (Fernandes, 2008), continua a persistir a adoção de comportamentos de risco, reforçando, assim, a ideia de que a mudança comportamental extravasa, em muito, a mera aquisição de informação (Kemmer, 1991).

A realização desta investigação constitui, portanto, uma oportunidade para refletir sobre o trabalho efetuado e, mobilizando o conhecimento científico e técnico propiciado pela frequência deste Mestrado, para compreender a trajetória seguida pela LPCC. Ao mesmo tempo, o conhecimento mais profundo desta realidade constituirá uma importante base para otimizar os projetos realizados com a comunidade, tornando-os mais adequados aos interesses e motivações dos grupos a que se destinam.

¹ Doravante designada pela sigla DES

² Doravante designada pela sigla LPCC – NRN

É neste contexto que se define como objeto de estudo o papel da LPCC – NRN na Educação para a Saúde, nomeadamente no que à prevenção do cancro diz respeito. O carácter crónico do cancro, perpetua no tempo as necessidades que levaram ao aparecimento, há 75 anos, da LPCC, tornando-se um tema tão atual como transversal a todos os setores da sociedade.

Tendo por base estes pressupostos, o estudo estruturou-se em torno das seguintes questões, configuradoras do problema a estudar:

- Qual o papel da LPCC – NRN na promoção e educação para a saúde, especificamente na prevenção do cancro?

- Que contributo tem tido a LPCC – NRN na literacia das comunidades educativas sobre formas de prevenção e deteção precoce de cancro?

No sentido de melhor responder ao problema, elaborou-se um conjunto de questões subsidiárias, a saber:

- No âmbito das ações de Educação para a Saúde em contexto escolar, que importância é atribuída à prevenção do cancro?

- Quais são os fatores adjuvantes e constrangimentos identificados na prática da educação para a saúde?

Para a concretização destas questões, o estudo tem como principais objetivos:

- Caracterizar o papel desempenhado pela LPCC – NRN na Educação para a Saúde em Portugal

- Compreender significados atribuídos pela comunidade educativa às informações preventivas veiculadas no âmbito dos projetos de educação para a saúde promovidos pela LPCC – NRN

- Identificar os efeitos da intervenção da LPCC na literacia da comunidade educativa

Face aos pressupostos teóricos já apresentados, e tendo em conta as questões e objetivos norteadores do estudo, o presente trabalho enquadra-se numa orientação qualitativa, associada ao paradigma fenomenológico-interpretativo (Amado, 2013), com recurso ao estudo de caso (Stake, 2008).

O texto está organizado cinco capítulos. Os três primeiros capítulos são dedicados à construção da problemática e revisão da literatura, com o aprofundamento teórico de diferentes estudos. No primeiro são revistos conceitos e perspetivas relativos ao binómio saúde-doença, à educação para a

saúde e à prevenção do cancro, analisando a sua evolução histórica e impacto sócio-cultural. O segundo capítulo, focado na educação para a saúde, clarifica o conceito e constrói uma contextualização e evolução histórica acerca mesmo e, num segundo tópico, aborda a temática da educação para a saúde em contexto escolar. O capítulo finaliza com uma reflexão sobre a literacia em saúde.

A componente metodológica é apresentada no capítulo IV, começando-se por enquadrar e justificar a utilização do método qualitativo, com ênfase para o estudo de caso, bem como as técnicas de recolha e análise de informação. Por último, no V capítulo, apresenta-se o estudo empírico situando, primeiro, o contexto de investigação e os sujeitos participantes do estudo, a que se segue o ponto relativo à análise dos dados obtidos através do contato direto com o meio, da análise documental e do discurso dos participantes no estudo. O trabalho finaliza com as considerações finais e as referências bibliográficas.

I. SAÚDE E DOENÇA: UMA DÉCADE EM EVOLUÇÃO

*“Ao nascer, todos nós adquirimos uma dupla cidadania:
a do reino da saúde e a do reino da doença”
(Sontag, 2009, p.11)*

Nota introdutória

Pretende-se com este capítulo clarificar os conceitos de saúde e de doença fazendo uma abordagem histórica mas também uma análise social e cultural, realçando o facto de que estes conceitos se alteram ao longo dos anos e diferem de acordo com as experiências de cada um.

Saúde e doença são temas centrais na existência humana, talvez porque não representam estados diferentes, mas sim áreas de um espaço contínuo (Lewis, 1998) a que nenhum ser humano consegue escapar, fazendo, todavia, esforços “para que se concretize o potencial máximo de saúde a que pode aspirar” (Miguel cit in Loureiro & Miranda, 2010, p. 7), através de várias ações promotoras de saúde. Com várias definições e interpretações, e abrangendo todas as culturas, a saúde assume-se como uma das prioridades dos indivíduos que habitualmente reconhecem que “desde que haja saúde tudo o resto vem por acréscimo”.

Por outro lado, a saúde, definida no seu sentido lato, é um bem não só pessoal mas também da comunidade, sendo um dos indicadores de desenvolvimento e de riqueza de um país e influenciando parâmetros como a mortalidade e a esperança média de vida. É justamente este aumento da esperança média de vida que se apresenta como um fator condicionante para uma maior prevalência das doenças crónico-degenerativas, nomeadamente o cancro (Sobrinho Simões, 2015³), que sendo uma doença de longa duração, afeta profundamente a vida dos indivíduos, implicando muitas vezes uma intervenção médica meramente paliativa, visando mais o controlo dos sintomas do que a cura. Nesta perspetiva, o doente crónico tem uma desvantagem que se traduz, entre outros aspetos, por uma dificuldade de adaptação às exigências do meio, sob variadíssimos pontos de vista (Paúl & Fonseca, 2001). Paralelamente, as mudanças demográficas e dos padrões de doença, as novas

³ In Jornal O Público, <https://www.publico.pt/ciencia/noticia/cancro-o-imperador-de-todos-os-males-1703017>, consultado em agosto de 2016

tecnologias médicas e a evolução do próprio conceito de saúde, deram origem a uma maior consciencialização dos cidadãos do seu direito à saúde (Dias, 1999).

Sendo a compreensão das ideias dos indivíduos relativamente à saúde e à doença fundamental para a adoção de comportamentos e cuidados de saúde, de atitudes de prevenção e promoção de saúde bem como para o sucesso da comunicação em saúde (Simmons, 1989; Boruchovich e Mednick, 2002), será o primeiro tema a abordar no âmbito da dissertação.

I.1 – Saúde e doença: clarificação de conceitos

“E essa dor, uma dor surda, abafada, que não cessava um segundo sequer, parecia receber, em consequência das palavras imprecisas do médico, um significado novo, mais sério. Ivan Ilich prestava agora atenção a ela com um sentimento penoso diferente.”

(A Morte de Ivan Ilich, Tolstoi)

De um ponto de vista histórico, os conceitos de saúde e de doença não são únicos ou universais; pelo contrário, são conceitos mutáveis que assumem diferentes concetualizações de acordo com as épocas e contextos político-sociais e científicos. Inerentemente subjetivos e relativos, decorrem das experiências e vivências dos indivíduos, integrados por valores culturais e normais sociais (Gavidia & Talavera, 2012; Costa, 2012; Balog, 2005; Boruchovitch & Mednick, 2002, Droege et al, s/d⁴)

Etimologicamente, a palavra “saúde” aparece pela primeira vez, por volta do ano 1000 d.C., derivando do inglês antigo “*hoelth*”. Definida como “o estado e a condição de integridade ou estar completo” (Dolfman, 1973, p.491), a saúde associava-se não apenas ao funcionamento fisiológico, mas igualmente a uma solidez mental e moral, bem como a uma redenção espiritual. Esta visão holística, segundo a qual a saúde resultava da harmonia entre o corpo, o ambiente e os estilos de vida, perdurou até à revolução cartesiana do século XVII. A dualidade entre corpo e mente defendida por Descartes fez com que a saúde fosse entendida, a partir desse momento,

⁴ In http://samples.jbpub.com/9780763764081/64081_SEC_A_CH01.pdf consultado em agosto 2016

como um dos pólos de um contínuo que apresentava a doença no pólo oposto. Nas palavras de Dolfman, citado por Simmons (1989, pp. 156), “tal como o silêncio não coexiste com o barulho, também a presença da doença implicaria a não existência de saúde”. Durante séculos, vigorou esta percepção de saúde, mecanicista e biológica.

Apenas no século XX, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), voltando à visão holística inicial, positiva, ainda que estática, define saúde como sendo “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não mera ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 1948, pp. 1). Esta definição tem vindo a ser alvo de diversas análises críticas ao longo dos anos, a maior parte das quais aludindo ao carácter vago e algo inatingível do conceito de saúde (Boorse, 1975, Segre e Ferraz, 1997; Lewis, 1998). Ainda assim continua a ser utilizada, apesar de, atualmente, as críticas começarem a aumentar de tom uma vez que, com o envelhecimento da população, os padrões de doença estão a mudar.

Efetivamente, se em 1948 a maioria das doenças era de carácter agudo e levavam a uma morte prematura, atualmente, envelhecer com doença crónica tornou-se a norma (Huber et al., 2011), verificando-se, um efeito direto na qualidade de vida dos indivíduos afetados e dos que lhes estão próximos, bem como, a um nível macro, nas economias dos países que assumem para si as responsabilidades de saúde e de segurança social dos cidadãos incapacitados. Ter uma doença crónica significa que a pessoa tem de continuar a viver com a sua doença no mundo da saúde (Paúl & Fonseca, 2001). Neste contexto, a definição apresentada pela OMS nos anos 40 correu o risco de ser contraproducente pois declarou pessoas com doença crónica e incapacidade definitivamente doentes, diminuindo assim o papel da capacidade humana para lidar autonomamente com as mudanças da vida, sejam estas físicas, emocionais ou sociais, sentindo auto-realização e bem estar (mesmo com doença crónica ou incapacidade) (Huber, et al., 2011).

O conceito de adaptação, complementar ao de equilíbrio, foi, justamente, o contributo de Dubos (1960, cit in Gavidia & Talavera, 2012, p. 169) para a definição de saúde, conferindo-lhe um maior dinamismo ao atribuir ao indivíduo a capacidade de “adaptação ao meio e a capacidade de funcionar em melhores condições nesse meio”. Canguilhem (2009) reforça esta ideia ao

defender que a saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico. De facto, se o indivíduo se sente predominantemente bem, pode considerar-se que ele está com saúde, mesmo que apresente índices que o desviam do que se considera um funcionamento regular, tenha algum grau de sofrimento ou revele, até, sinais de uma doença (Coelho & Filho, 2003). Por outro lado, praticamente todos os indivíduos têm uma doença ao longo da vida e há mesmo casos particulares como a cárie dentária ou a irritação pulmonar que são quase universais (Boorse, 1975). Possuir a capacidade de adaptação às novas situações com que continuamente vamos lidando permite alcançar uma vida sã, equilibrada e completa. Neste sentido, saúde e doença podem coexistir, sendo que a última aparece dada a dificuldade de adaptação às contínuas exigências do ambiente (Gavidia & Talavera, 2012).

A conceção dinâmica da saúde, como algo que se pode almejar mediante a superação de obstáculos é bem patente nas atas da Conferência de Alma-Ata, que a identificam como um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades, apelando à “participação comunitária e individual no planeamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros” (1978, p.4). A saúde é, então, apresentada como uma conquista diária, através da qual se pode melhorar a qualidade de vida, ideia também apresentada no Congresso dos Médicos e Biólogos de Língua Catalã (1978) no qual se veicula a ideia de que o indivíduo é responsabilizado pelas ações que podem melhorar ou piorar o seu estado de saúde, sendo-lhe conferido o papel de protagonista da sua própria saúde. Preconiza-se, neste contexto, um entendimento de saúde como “forma de viver que é autónoma, solidária e profundamente gozosa; o locus de controlo está dentro do próprio indivíduo” (1978, cit in Loureiro e Miranda, 2010, p. 19; Gavidia & Talavera, 2012, p. 171). Enquadra-se também nesta visão o conceito de “saúde comportamental” introduzido por Matarazzo (1980), ao reforçar e promover a ideia da importância do indivíduo como responsável pela adoção de comportamentos que previnem a doença ou mantêm a saúde, e ao realçar a importância da identificação de condutas que incrementam a frequência e intensidade dos fatores de risco, o que conflui para o conceito atualmente utilizado de estilo de vida. O corolário destas assunções surge no

documento “Targets for Health for All” (1985, p. 5) que indica como objetivo “dar ao indivíduo um sentido positivo de saúde de forma a que utilize totalmente as suas capacidades físicas, mentais e emocionais, pelo que a ênfase devia ser na promoção da saúde e prevenção da doença. Deve-se, no entanto, ter em atenção que eleger um estilo de vida saudável depende da vontade (“querer”), mas também do conhecimento (“saber”) e da acessibilidade (ou percepção de acessibilidade a) ao mesmo (“poder”). Assumem assim especial importância as atitudes do indivíduo face à saúde, ao grau de controlo que pensa ter sobre o seu comportamento, aos valores subjacentes a uma vida saudável e à capacidade de auto-preservação (Gavidia & Talavera, 2012).

Sistematizando esta retrospectiva relativamente ao conceito de saúde, podem-se identificar, de acordo com Boruchovich e Mednick (2012) três perspetivas/conceitos distintas/os: (1) o *conceito médico tradicional* que caracteriza a saúde como ausência de doença, sintomas, sinais ou problemas, pelo que uma pessoa é saudável se o estado de doença for eliminado ou, pelo menos, controlado. Trata-se de uma visão de saúde que negligencia o indivíduo como um todo, focando-se e enfatizando doenças e partes do corpo específicas, apresentando uma dicotomia que pode, como se viu anteriormente, não corresponder totalmente à verdade pois, para serem saudáveis, os indivíduos não têm que estar necessariamente livres de doença; (2) o *conceito clássico* da Organização Mundial de Saúde (1948), mediante o qual a saúde é definida não pela “ausência”, mas antes pela “presença” de qualidades absolutas e positivas, entre as quais as dimensões psicológica e social, que permitem caracterizar a saúde e a doença como essencialmente multi-causais, mudando igualmente o foco da ausência de doença para o estado da pessoa; e (3) o *conceito ecológico* das décadas de 60 e 70, que enfatiza a relação entre o ambiente e a qualidade de vida dos indivíduos, baseando-se na avaliação do nível de funcionamento do indivíduo e no grau de adaptação ao ambiente⁵ (Simmons, 1989).

⁵ Neste contexto poderá ser interessante o caso apresentado por Simmons (1989, pp. 159): “Desde a sua alta hospitalar, há seis semanas, Roger não revelou qualquer capacidade de adaptação aos acontecimentos da vida quotidiana ou de adaptação de estilos de vida. Apesar de o seu cirurgião lhe ter assegurado que “todo o tumor foi removido”, Roger recusa-se a ir para o trabalho, temeroso de que possa haver um reaparecimento do cancro. Para além disso, não tem apetite, falta-lhe energia para as atividades quotidianas e não manifesta qualquer interesse em socializar com a família e amigos. O

Por seu lado, Balog (2005) insistiu na importância de integrar todas estas diferentes visões numa única definição unificadora, referindo dois aspetos chave essenciais e inseparáveis: a) os objetivos funcionais pessoais e biológicos e b) o bom funcionamento do indivíduo em termos físicos e mentais. Paúl & Fonseca (2001) em concordância com Balog (2005) consideram que a estes pode-se acrescentar a perspetiva social, enquanto conjugação entre o nível psicológico (a saúde/doença como uma experiência subjetiva vivida ao nível do corpo) e o social (realidade que implica políticas de saúde e capacidade financeira dos governos) que nos dá a total dimensão do binómio saúde/doença.

Conclui-se portanto que a saúde é um conceito que incorpora múltiplas definições e interpretações. Pode ser vista como um estado ideal, uma capacidade funcional, uma comodidade, ou a capacidade de adaptação (Boorse, 1975; Boruchovich e Mednick, 2012; Gavidia e Talavera, 2012; Huber et al, 2011). Pode ainda ser entendida como um meio essencial para chegar a vários fins ou um fim a ser alcançado por si próprio, como um objetivo social que se deve ter sempre presente (Dolfman, 1973, Gavidia & Talavera, 2012).

A dificuldade que se verifica quando se tenta definir o conceito de saúde ocorre igualmente em relação à definição de doença, que é, da mesma forma, afetada pelos julgamentos de valor, pelas normas e variáveis sociais e de contexto (Boorse, 1975; Boruchovich e Mednick, 2012). Para alguns autores, a saúde e o adoecer são formas de manifestação da vida e refletem a forma como o indivíduo interage com os eventos que vão moldando a sua existência desde a tenra infância (Coelho & Filho, 2003; Czeresnia, 2003). A doença pode, assim, ser encarada como uma situação de crise, geradora de stress, pondo em ação mecanismos adaptativos que resultam numa maior ou menor capacidade para superar as dificuldades (Paúl & Fonseca, 2001).

Grmek (cit in Costa, 2012, p. 27) alerta, no entanto para o facto de que “a doença, seja ela qual for, é acima de tudo um conceito, uma construção teórica que reflete, não só as ideias, mas também a realidade patológica de um determinado período histórico”. Nesta perspetiva, a doença corresponderia a uma experiência singular e subjetiva, impossível de ser reconhecida a não ser

estado atual de Roger reflete uma incapacidade de adaptação bio-psico-social bem como uma falta de motivação para maximizar o seu potencial de vida”

através do discurso do doente e do significado que lhe é atribuída. É na relação entre a ocorrência do fenómeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional de saúde que se alcançará a verdadeira dimensão da doença (Czeresnia, 2003). Esta constatação implica, segundo Boorse (1975) que seja necessário conciliar dois discursos: o do saber médico fundado no conhecimento científico e o do sentir subjetivo da doença, da dor e do sofrimento. Será útil aqui, e recorrendo ao vocabulário inglês, distinguir doença/“disease” (patologia definida pela medicina) de doença/“illness” (experiência do indivíduo) pois têm significados diferentes, podendo a primeira ser entendida, no plano teórico, como o antónimo de saúde e a segunda, já no plano prático e ético, implicando uma maior severidade e incapacidade e dependendo da perceção do indivíduo sobre a doença e da relação que estabelece com o seu corpo. Nas palavras de Czeresnia (2003, p. 41), “trata-se da distância entre o conceito de doença – construção mental – e o adoecer – experiência de vida”. Nesta perspetiva, a metáfora de que o corpo é como uma máquina que avaria e é objeto de conserto pelo médico deve ser substituída pela ideia do corpo vivenciado (que é muito mais do que o corpo fisiológico), integrado num ambiente natural, cultural e histórico (Paúl & Fonseca, 2001) que justifica ainda a existência de uma terceira designação de doença em inglês, a palavra “sickness”, relativa ao estatuto social da pessoa atingida (Paúl & Fonseca, 2001).

Em síntese, e na linha defendida pelo construcionismo social, a questão não é tanto a existência ou não de doença, mas antes a interpretação das experiências que, existindo como realidade biológica, têm de ser compreendidas como experiências pessoais mas também sociais pois, variando de indivíduo para indivíduo, são influenciadas pelas suas crenças e pelo contexto sócio-histórico (Paúl & Fonseca, 2001).

I.2 – Inter-relação da dimensão social e cultural com a saúde/doença

“A saúde e a doença não são acontecimentos que ocorram exclusivamente no espaço privado da nossa vida pessoal. A qualidade de vida, o cuidado e promoção de saúde, a prevenção, a reabilitação, os problemas de saúde, e a própria morte acontecem num denso tecido social e ecológico em que decorre a vida pessoal”

(Costa e Lopez, 1986, cit in Gavidia e Talavera, 2012, p. 162)

A fronteira entre saúde e doença, refletindo-se ao nível individual, é influenciada pelos planos social, económico, político, histórico e cultural. Da mesma forma que as sociedades mudam e os indivíduos que as compõem evoluem, os conceitos com que cada sociedade representa a realidade também mudam (Gavidia & Talavera, 2012). Assim, as definições de saúde e de doença variam com base no conhecimento científico mas também no conhecimento cultural em causa, sendo subjetivas sob várias formas (Droege et al, s/d⁶). Por isso, e pensando concretamente na doença oncológica, o que acontece atualmente é que há uma maior consciência do aumento da incidência de cancro, fruto de um melhor diagnóstico precoce, que permite à população reconhecer melhor os sinais e sintomas, identificando a doença e tornando obsoletas expressões como “doença prolongada” ou “causa desconhecida”.

Porque aquilo que se reconhece, na prática, é a presença da doença, não da saúde. Como consideram alguns autores, não existem indicações positivas de saúde em que nos possamos basear; considerando-se saudáveis todas as pessoas que não tenham evidência de doença ou enfermidade (Boorse, 1975; Lewis, 1998). Este dilema foi explicado a fundo por Erich Fromm (cit in Lewis, 1998, p. 155). Segundo o autor, o

“termo normal, ou saudável, pode ser definido de duas maneiras: em primeiro lugar do ponto de vista da sociedade funcional, uma pessoa pode ser considerada normal ou saudável quando é capaz de desempenhar o papel social que se espera dela naquela determinada sociedade – se ela está apta a colaborar na reprodução da sociedade.

⁶ In http://samples.jbpub.com/9780763764081/64081_SEC_A_CH01.pdf consultado em agosto 2016

Em segundo lugar, do ponto de vista do indivíduo, encaramos a normalidade ou a saúde como a sua condição favorável ao crescimento e à felicidade”.

Por outro lado, a saúde e a doença dependem do processo de simbolização da estimulação; se o indivíduo não consegue dar um sentido ao que lhe acontece ou se lhe dá um sentido penoso, o resultado pode ser a doença (Coelho & Filho, 2003). De realçar, na linha das ideias de Boorse (1975), que a saúde é considerada o estado “normal” ou “natural”; o organismo é, em teoria, saudável, livre de doença, apto a realizar uma série de tarefas de forma harmoniosa de forma a atingir objetivos de funcionamento. No entanto, face a uma mesma situação, membros de um mesmo grupo podem apresentar diferentes respostas, mediante, por exemplo, o seu nível de tolerância à dor ou experiências vivenciadas no passado.

No primeiro quartel do século XX, o problema da saúde era visto como um assunto individual, mas de ordem social. Por seu turno, a morte era um acontecimento quotidiano, e a saúde de cada um (ou a falta dela) era vista por grande parte da sociedade como uma fatalidade, cujo desenlace, favorável ou não, seria o resultado da ação divina, em cuja intervenção se chegava a confiar mais para a resolução dos problemas de saúde, do que na ação terapêutica da própria medicina convencional (Costa, 2012).

Com a passagem do padrão de morbilidade das doenças agudas infecciosas para as doenças crónicas e as grandes oscilações na situação económica, provocadas essencialmente pela II Guerra Mundial, desencadeiam-se sucessivas mudanças na organização da saúde que se continuam a manifestar ainda atualmente como se pode depreender das palavras de Araújo (2016⁷), “encontramo-nos numa fase de viragem na forma como gerimos o cancro, que evoluiu de uma patologia causadora inexorável da morte para uma doença potencialmente crónica”.

Nesta perspetiva, não se podem mais encarar conceitos como a saúde e a doença ou a própria história da medicina como fatos acabados mas antes

⁷ In <http://www.myoncologia.pt/opini%C3%A3o/151-cancro-a-sua-transforma%C3%A7%C3%A3o-em-doen%C3%A7a-cr%C3%B3nica.html>, consultado em agosto de 2016

como estando em constante evolução, fruto que são do cruzamento da história social com as ciências, a cultura ou a antropologia.

Segundo Jorge Alves (cit in Costa, 2012, p. 16),

“há uma nova história da Medicina em construção, a que procura reconhecer os modos sociais como se tem encarado a saúde e a doença ao longo do tempo, nas suas vivências, nos seus medos e fantasmas, nos seus combates emotivos ou tecnicamente especializados. (...) procura interpretar os discursos, desocultar instituições, reconhecer a diversidade das atividades profissionais afins, valorizar filantropias elitistas sensibilizadas e preocupadas com novas formas de sofrimento, sem descuidar o registo dos avanços técnicos e científicos no combate às doenças.”

Reforça-se assim a importância da abordagem emergente na segunda metade do século XX relativamente às conceções e representações sociais do patológico, dos estados mórbidos, da doença e da cura que não as reduz ao discurso dos profissionais de saúde mas contempla igualmente o discurso sobre a saúde/doença do ponto de vista dos usuários, ou seja, do doente. Urge atender aos discursos produzidos, procurando interpreta-los, desmistificando crenças erróneas e compreendendo preconceitos recorrentes.

I.3 – Remediar; Prevenir; Promover: Que atitude/perspetiva adotar?

“O cuidado médico começa com os doentes e procura mantê-los vivos, assegurar o seu bem estar ou minimizar a incapacidade.

A prevenção da doença começa com a ameaça à saúde – através de uma doença ou por um fator ambiental – e procura proteger tantas pessoas quantas possível das consequências dessa ameaça.

A promoção de saúde começa com pessoas que são basicamente saudáveis e procuram o desenvolvimento de medidas individuais e comunitárias que podem ajudar ao desenvolvimento de estilos de vida que mantenham e melhorem o bem-estar”

(US Department of Health, Education and Welfare, 1979, p 1⁸)

Clarificados os conceitos de saúde e de doença e a sua relação com a dimensão social e cultural, importa agora abordar construtos fundamentais como prevenção de doenças e promoção de saúde.

O termo “prevenir”, do latim *praevenio*, *-ire*, significa “vir adiante, preceder, ultrapassar, antecipar, dispor de antemão, preparar; precaver; avisar, informar, advertir; tratar de evitar, acautelar-se contra; livrar-se de; evitar; impedir” (de acordo com o dicionário Priberam, 2008-2013⁹). A prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (Leavell & Clarck, 1976, p. 17, cit in Czeresnia, 2003, p.45), reduzindo a sua incidência e prevalência nas populações. Assim sendo, a prevenção é habitualmente dividida em: (i) primária, que visa evitar o aparecimento da doença num indivíduo saudável; (ii) secundária, que visa identificar o mais precocemente possível uma doença que não provoca (ainda) sinais e sintomas clínicos, tornando mais efetivas as medidas de intervenção; (iii) terciária, que pretende evitar complicações em indivíduos a quem a doença já foi diagnosticada como a dor ou a incapacidade resultante da patologia (Gordis, 2009).

⁸ Para esclarecimento do leitor, esta obra é paginada capítulo a capítulo, correspondendo esta página ao capítulo 10.

⁹ In <http://www.priberam.pt/dlpo/prevenir>, consultado em agosto de 2016

A base do discurso preventivo é, portanto, o conhecimento epidemiológico moderno e o seu objetivo é o controlo da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Para tal, os projetos de prevenção e educação para a saúde estruturam-se mediante informação científica e de recomendações normativas (Czeresnia, 2003). O modelo de prevenção sugere que as mudanças no comportamento ocorrem quando a pessoa percebe que o seu comportamento atual pode levar a condições pouco saudáveis e que a eliminação desse comportamento e/ou adoção de outro reduz a probabilidade da doença ou incapacidade dela decorrente (Paúl & Fonseca, 2001).

“Promover”, do latim *promoveo*, *-ere*, significa “fazer com que se execute, que se ponha em prática alguma coisa; fomentar, desenvolver; causar, originar” (de acordo com o dicionário Priberam, 2008-2013¹⁰). Assume, assim, uma abordagem muito mais ampla do que a da prevenção uma vez que esta, seja ela primária, secundária ou terciária, tem como ponto de partida teórico-prático a “doença”, a promoção desenvolve-se em torno dos conceitos de “saúde” ou de bem estar bio-psico-social, colocando a tónica no aumento de capacidades e resistências dos indivíduos e dos grupos para lidar de forma positiva com os fatores adversos da vida (Antonovsky, 1979). O modelo de promoção de saúde foca, assim, as consequências positivas da adoção de um novo comportamento, mais do que os riscos associados à manutenção de um comportamento de risco, aplicando-se quer a pessoas doentes quer a pessoas saudáveis.

A ligação entre estes dois conceitos não é recente remontando à Mitologia Grega, em que a medicina é associada às deusas Panacea (deusa da cura) e Hígia (deusa da saúde, limpeza e sanidade, associada à prevenção da doença e continuação de uma boa saúde) que, juntamente, com o seu pai, Esculápio, e avô, Apolo, durante séculos figuraram no juramento de Hipócrates:

“Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo o meu poder e a minha razão, a promessa que se segue (...)”¹¹

¹⁰ In <http://www.priberam.pt/dlpo/promover>, consultado em agosto de 2016

¹¹ Juramento de Hipócrates, In http://www.cremers.org.br/pdf/juramento_hipocrates.pdf, consultado em agosto 2016

Na era moderna, registaram-se marcos importantes no processo da prevenção como as reformas sanitárias no final do século XIX ou a descoberta das vacinas em meados do século XX que, a par com o crescente conhecimento das causas e fatores de risco das doenças crónicas situam-nos num momento histórico em que a prevenção de um grande número de doenças fatais está sob o controlo humano. São, assim, ainda mais enfatizadas as ações em prol da saúde individual numa atitude pro-ativa que evita ter que “remediar”. A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora pois, partindo de uma conceção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação do saber científico com o do senso comum, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de forma a lidar com as situações e resolvê-las. Nos anos 60 e 70 surgem iniciativas que promovem a participação comunitária e o *empowerment*¹² dos cidadãos na tomada de decisão em saúde, capacitando-os, nomeadamente, para enfrentar as doenças crónicas (Buss, 2000). A educação para a saúde constitui o coração destas estratégias (Loureiro & Miranda, 2010).

Desde a divulgação do documento “A New Perspective on the Health of the Canadians”, também conhecido como Informe Lalonde (1974, cit in Buss, 2000) – que apresentava o campo da saúde decomposto em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde -, múltiplos foram os eventos internacionais que se sucederam permitindo elaborar e desenvolver o conceito de promoção de saúde. Apenas para referir o início, decorre, em 1978, a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Alma Ata que preconiza que

“Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde

¹² Em promoção de saúde, *empowerment* é o processo através do qual as pessoas ganham maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (Health Promotion Glossary, OMS, 1998)

constituem a chave para que essa meta seja atingida (Alma-Ata, 1978, p. 3)

Posteriormente, em 1979, o Surgeon General's Report (1979) reforça a necessidade de ação conjunta de educação para a saúde e respetivas intervenções a nível organizacional, político e económico visando facilitar mudanças de comportamento e do ambiente conducentes à saúde. Efetivamente, a ideia de promoção envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde. Trata-se do fortalecimento da saúde por meio da promoção da capacidade de escolha, bem como da utilização do conhecimento com o discernimento de atentar às diferenças e singularidades dos acontecimentos (Czeresnia, 2003).

Sete anos depois, em 1986, ocorre aquele que, ainda hoje, é um marco para todos os que trabalham nesta área (Nunes, 2011): a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Ottawa (WHO, 1986) que introduz definitivamente conceitos como o *empowerment* nas práticas de educação e promoção de saúde.

Voltaremos a este assunto de forma mais aprofundada no capítulo relativo à educação para a saúde. Para já importa realçar a ênfase que tem vindo a ser colocada no processo – a construção de capital social, de redes de apoio social – como meio de melhorar a saúde e de combater as desigualdades sociais de que é também reflexo a Conferência do Rio sobre Ambiente e Desenvolvimento (1992). Foi precisamente no âmbito dessa conferência que se criaram condições para a Agenda 21, um Plano de Ação que incentivou a participação social e a implementação de medidas para um desenvolvimento sustentável, constituindo uma abordagem verdadeiramente holística ao desenvolvimento, que se centra em todos os aspetos da vida: espiritualidade, *empowerment*, sociedade, ambiente e economia (Loureiro & Miranda, 2010). Desde então realizaram-se diversos encontros e cimeiras mundiais¹³ que permitiram consolidar uma mudança de paradigma em que a salutogénese¹⁴, o *empowerment* e as abordagens inter-setoriais para lidar com

¹³ Serão abordados posteriormente no capítulo relativo à educação para saúde

¹⁴ Modelo proposto por Antonovsky, que se opõe à abordagem patogénica que tenta entender porque é que as pessoas ficam doentes e morrem. Para Antonovsky (1991, p. 4) "O verdadeiro mistério é compreender como é que algumas pessoas, em algum momento, sofrem menos do que outras, e se

os determinantes da saúde têm um papel fundamental, conduzindo ao modelo de saúde sócio-ecológico¹⁵ e ao conceito positivo de saúde. Assim, a saúde é progressivamente compreendida nas suas dimensões sócio-económica e sócio-ecológica e a participação das pessoas cada vez mais valorizada, sendo a autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais um dos eixos básicos do discurso da promoção de saúde (Czeresnia, 2003).

Sumariando, as diversas concetualizações disponíveis relativas à ideia de promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos de acordo com Sutherland e Fulton (1992 cit in Buss, 2000). No primeiro, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e enquadrando-os no seio das famílias e das comunidades em que se integram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos como, por exemplo, o hábito de fumar, a dieta ou a atividade física. Já no segundo grupo, confere-se protagonismo aos determinantes gerais sobre as condições de saúde, entendendo-se a saúde como o produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, pelo que as atividades de promoção de saúde estariam mais voltadas para o coletivo de indivíduos e para o ambiente – físico, social, político, económico e cultural –, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço da capacidade (*empowerment*) dos indivíduos e das comunidades. Isto acarreta a necessidade de acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações de educação para a saúde em casa, no trabalho e em variados outros contextos coletivos (Buss, 2000). Potencializam-se, assim, os contextos em que o indivíduo tem acesso à

orientam para a saúde (...) Percebi que o nosso vocabulário não tinha palavras para expressar esta questão. Por isso criei o neologismo "salutogénese" – as origens da saúde"

¹⁵ O modelo social ecológico de promoção de saúde entende que a saúde é determinada por uma complexa relação entre fatores ambientais, organizacionais e pessoais, partindo dos indivíduos para as populações e saindo de uma visão mecanicista e reducionista dos problemas de saúde, fatores de risco e causalidade linear rumo a uma conceção holística, considerando todo o contexto e os locais onde as pessoas vivem (Dooris 2005)

informação, permitindo uma escolha livre e esclarecida que, como é atualmente admitido, beneficia a saúde dos cidadãos (Miguel, in Loureiro & Miranda, 2010).

Refletindo sobre o exposto, parece poder concluir-se que a nova concepção de saúde encerra uma visão positiva, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Assim sendo, a intervenção deve visar não apenas diminuir o risco de doenças (remediar), mas aumentar as hipóteses de saúde e de vida, implicando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-doença (prevenir). Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vivida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, dependem de escolhas informadas (promover). Como sublinham Gavidia e Talavera (2012, p. 172), “não vivemos para ter saúde, mas procuramos ter saúde para viver com mais intensidade e melhor”.

II. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: CONCEITOS E PERSPETIVAS

“A mudança está a chegar e tenho a certeza que vamos conseguir. Temos que conseguir. As crianças de hoje, e as que ainda não nasceram mas serão um terço da população no ano 2000 não nos perdoarão se não conseguirmos”

(Mahler, H., 1981¹⁶)

Nota introdutória

Este é um capítulo central na dissertação pois aborda as várias teorias, conceitos e perspetivas que estruturam o trabalho de educação para a saúde, refletindo na sua aplicação em contexto escolar e na influência para a literacia em saúde dos mais jovens.

O Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (1990, p. 10) define o desenvolvimento humano como “o processo de alargamento das escolhas dos indivíduos. As mais cruciais consistem em viver uma vida longa e saudável, adquirir conhecimentos e gozar um nível de vida decente”. O trabalho desenvolvido em educação para a saúde está perfeitamente enquadrado nesta ideia quer no que diz respeito aos valores subjacentes, quer quanto às estratégias e competências necessárias para os concretizar pois pretende, indubitavelmente, tornar o indivíduo mais capaz de escolher em áreas fundamentais para o seu desenvolvimento.

A importância desse trabalho é inegável, não só pelos conhecimentos específicos que oferece mas, sobretudo, porque melhora as competências gerais, incluindo o desenvolvimento do pensamento crítico e das capacidades para a tomada de decisão (Loureiro & Miranda, 2010). A educação proporciona aos indivíduos uma vida melhor em diversas vertentes, fazendo-os sentir mais capazes para fazer escolhas em áreas fundamentais como a saúde, o controlo sobre os recursos materiais e a segurança pessoal (UNDP, 2014). Essas competências devem ser desenvolvidas ao longo do ciclo de vida (incluindo a

¹⁶ In <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2016.106136> consultado em março de 2016

primeira infância e a transição da adolescência para a juventude e da idade adulta para a velhice, a fim de reforçar a resiliência ao longo da vida) e nos vários domínios sociais: em casa e na comunidade, nos serviços de saúde e no local de trabalho, na política e economia (Kickbusch & Maag, 2008).

De acordo com esta ideia, o índice de desenvolvimento humano é avaliado segundo três vertentes: esperança de vida com saúde, capacidade de controlo dos recursos e grau de literacia (UDPV, 1990). É justamente este último – a literacia – que é definido, em 1998, pela OMS como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso de informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998).

Por isso se justifica que uma dimensão crucial do trabalho de educação para a saúde seja o processo de capacitação dos indivíduos (*empowerment*). Incluindo variáveis como a motivação e o interesse, a auto-estima e a auto-eficácia, a capacidade crítica, a perceção de controlo e de intenção para agir (OMS, 1998). Trata-se de um processo que permite aos indivíduos aumentar o controlo sobre a sua saúde, mediante uma melhor capacidade para procurar informação e assumir responsabilidades daí decorrentes.

II.1 – Contextualização e Evolução Histórica do conceito de Educação para a Saúde

“A Educação para a Saúde como uma ferramenta da promoção de saúde é essencial para a melhoria da saúde da população e para a promoção do capital de saúde”
(OMS, 2012, p.5)

A definição de Educação para a Saúde evoluiu com o tempo e a experiência à medida que foi sendo reconhecida como parte integrante dos esforços para a prevenção da doença, respondendo aos objetivos estipulados para as intervenções em saúde pública (Russel, 1996; Glanz, 2002). Uma vez que é frequente alguma dificuldade em distinguir e mesmo alguma sobreposição entre os conceitos de educação para a saúde, promoção de saúde e outros conceitos como prevenção ou literacia em saúde (OMS, 2012) é

importante, no contexto desta dissertação, realçar que a educação para a saúde constitui um instrumento ou estratégia que permite concretizar os objetivos da promoção de saúde, a par com outras dimensões como a adoção de políticas de saúde pública ou a prevenção das doenças ao nível primário, secundário ou terciário (Dias, 2004). A literacia em saúde, por outro lado, é um resultado da educação para a saúde, melhorando as capacidades dos indivíduos para aceder e utilizar a informação de saúde de forma a tomar as decisões adequadas à manutenção da sua saúde (OMS, 2012).

Focando-nos por agora na evolução do conceito de educação para a saúde, realçam-se, entre outros, os contributos de Griffiths (1972), que fala em tentativa de aproximação entre a saúde real e a ideal, e os de Green e Kreuter (1991) que referem o carácter voluntário e informado do comportamento.

De acordo com a OMS (2012), a educação para a saúde assenta em quatro sólidos pilares: as ciências da saúde, as ciências do comportamento, as ciências da educação e as ciências da comunicação. As ciências da saúde dizem respeito a questões relacionadas com as situações e os comportamentos que contribuem para uma melhoria da saúde, pensada, obviamente, no sentido holístico. Já as ciências do comportamento ajudam a analisar e compreender os fatores causais dos comportamentos, quer individuais, quer coletivos, compreendendo-se aqui também os estilos de vida, a cultura, as crenças e costumes dos indivíduos. Quanto às ciências da educação, possibilitando a compreensão dos diferentes processos de aprendizagem bem como dos diferentes métodos educativos utilizados com as diferentes faixas etárias, são também indispensáveis para um trabalho eficaz de educação para a saúde. Finalmente, as ciências da comunicação dizem respeito às estratégias utilizadas e nesse sentido são centrais para a educação para a saúde pois quer seja o suporte escrito, individual, oral ou audiovisual, em grupo ou para massas, presencial ou virtual, educar para a saúde é essencialmente, comunicar uma mensagem.

Cada abordagem apresenta um interesse próprio ajudando a compreender melhor a totalidade da abordagem a realizar.

Assim pensada, a educação para a saúde parece um território simples: depois de definidos os comportamentos a alterar desenvolve-se um conjunto de atividades que forneçam informação aos indivíduos, utilizando diversas

estratégias, explícitas ou implícitas, que pressionem as pessoas a mudar comportamentos. Ora, esta aparente simplicidade da educação para a saúde é um dos seus maiores obstáculos, até porque esta visão demasiado simplista que reforça a causalidade informação/tomada de decisão acaba, segundo Silva (2002) por penalizar o indivíduo, culpabilizando-o e podendo desencadear um processo oposto ao pretendido. No entanto, é importante não esquecer que os comportamentos não dependem apenas da vontade individual mas são, ao invés, resultado do contexto psicossocial e cultural do indivíduo. Tal como o comportamento em geral, os comportamentos de saúde podem ser influenciados por atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e, até mesmo, por modas que caracterizam o estilo de vida de cada pessoa (Dias et al, 2004).

A multicausalidade dos problemas de saúde já exposta no capítulo anterior exige intervenções multidimensionais (McLeroy, 1988) e, para tal, é necessário perceber como é que os fatores causais interagem e como é que as intervenções atuam nessas interações.

O ponto-chave em educação para a saúde parece ser o de relacionar as teorias existentes em diferentes níveis de análise e criar modelos que possam ser usados para planear intervenções mais efetivas nos ambientes complexos em que os educadores para a saúde trabalham (Freudenberg, et al., 1995), contribuindo para um uso mais efetivo e eficiente de recursos. A coerência no que diz respeito ao racional que enquadra os objetivos, às atividades de intervenção e à definição do papel do educador para a saúde é essencial para o sucesso das intervenções e isso é mais exequível mediante a presença de uma teoria subjacente.

Buchanan (2006) faz uma leitura comparativa entre dois modelos possíveis para uma educação para a saúde – o *modelo médico* e o *modelo educativo* –, o primeiro reportando-se aos métodos exatos das ciências naturais, nomeadamente e experimental pois que ao testar hipóteses, poder-se-iam identificar as causas do comportamento individual e o segundo contemplando uma educação alargada mediante o desenvolvimento do julgamento crítico, da auto-compreensão, da liberalização, da justiça e do civismo. Se no modelo médico os objetivos são definidos de forma independente dos meios, quer na forma como são determinados, quer na forma

como são atingidos sendo priorizados com base em preocupações de eficiência, no modelo educativo os métodos da educação estão intrinsecamente ligados aos seus resultados, sendo difícil definir à partida objetivos (o que significa “ser educado”?) e formas apropriadas de medir os resultados em educação. Do confronto das duas teorias, parece realçar-se a necessidade de um ponto de equilíbrio que conjugue a definição de objetivos a atingir e respetivas estratégias para os alcançar com a auto-disciplina e a capacidade de auto-controlo que conferem a dignidade e integridade ao indivíduo. Neste sentido, para Buchanan (2006, p.301), seria importante

“voltar às raízes e os educadores para a saúde assumirem o papel de disseminadores de informação factual (...) e facilitadores de escolhas racionais. (...) mais do que esperar que as pessoas mudem o seu comportamento com base na informação (ou ficar frustrado quando isso não acontece), o desafio mais interessante seria ajudar as pessoas a fazer juízos de valor críticos acerca das suas prioridades, dos passos que têm que tomar para atingir os seus objetivos, o lugar dos hábitos “saudáveis” na sua visão de pessoa de futuro, e o tipo de sociedade em que querem viver”.

Apesar da importância do estilo de vida, é necessário não esquecer a dimensão holística da saúde e a sua interação sócio-cultural-histórica-económica, como vimos no capítulo anterior. Sendo a mudança pretendida ao nível do indivíduo, não se pode descurar a influência e interação com a família, a comunidade e a sociedade. E é precisamente nesta linha de pensamento que a educação para a saúde tem que ser, necessariamente, pensada no âmbito mais alargado da promoção de saúde. É no quadro deste entendimento que, atualmente, a OMS define educação para a saúde como uma “combinação de experiências de aprendizagem que envolvam alguma forma de comunicação com o intuito de aumentar a literacia em saúde, incluindo melhorar o conhecimento e desenvolver *life skills* que conduzam à saúde individual ou coletiva” (OMS, 2016¹⁷).

¹⁷ In http://www.who.int/topics/health_education/en/ consultado em agosto 2016

II.2 – Educação para a saúde em contexto escolar

“O objetivo ultimo da educação para a saúde é influenciar positivamente, através do processo educacional, o comportamento de saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, a saúde das comunidades”

(OMS, 2012, p. 48)

A educação para a saúde terá surgido, eventualmente, como resultado da necessidade de informar os membros de uma comunidade acerca das regras elementares de proteção contra doenças (OMS, 2012). Desenvolvendo-se ao longo dos anos, a educação para a saúde realiza-se atualmente, numa série de contextos, desde o sistema de saúde aos locais de trabalho e ao contexto escolar em que nos deteremos dado o trabalho que a LPCC desenvolve com as escolas.

A abordagem centrada em *settings* foi uma das iniciativas implementadas após a aprovação da Carta de Ottawa, com destaque para a Rede das Escolas Promotoras de Saúde, de que Portugal também faz parte (Nunes, 2011), desde 1994. A Carta de Ottawa, já referida, resultante da primeira conferência de promoção de saúde realizada em 1986, continua a ser incontornável quando se fala em educação para a saúde porquanto definiu o conceito de promoção de saúde de forma abrangente (OMS, 1986). Para além de cinco áreas de ação bem definidas, o documento realçou a importância da participação da comunidade e introduziu o conceito de *empowerment*. Duas das áreas de ação então apresentadas – desenvolvimento de competências pessoais e fortalecimento da ação da comunidade – podem ser consideradas como dimensões de educação para a saúde. As restantes áreas de ação serão complementares a esta pois dizem respeito a mudanças nos serviços de forma a torná-los mais eficazes e acessíveis (trabalho a ser realizado ao nível institucional, nomeadamente em escolas) e mudanças organizacionais e governamentais (nomeadamente no que diz respeito a legislação e criação de

ambientes favoráveis à saúde). Conjugando todas as áreas alcançar-se-ia a promoção de saúde.

Ao longo dos anos, o espírito desta primeira conferência não foi esquecido e várias foram as oportunidades para reforçar e enriquecer as orientações do trabalho em promoção e educação para a saúde. A Conferência de Adelaide, em 1988, venceu a importância da criação de ambientes saudáveis e apontou aqueles que ainda hoje são temas prioritários a trabalhar nas escolas: a alimentação, o tabaco e o álcool. Três anos depois, em Sundsvall, a tónica é colocada no “papel de todos na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde” (1991, p.1), mobilizando para tal recursos e criatividade de indivíduos e comunidades. A equidade e a luta contra a pobreza são preocupações transversais ao longo dos anos e em Jacarta, por ocasião da 4ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, decorridos que estavam quase 20 anos após a Conferência de Alma-Ata que estipulou o objetivo de saúde para todos no ano 2000, foi o momento de refletir e reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI. Conclui-se nessa altura que

“As pesquisas e os estudos de casos realizados mundialmente apresentam provas convincentes de que a promoção da saúde funciona. As estratégias de promoção da saúde podem provocar e modificar estilos de vida, assim como as condições sociais, económicas e ambientais que determinam a saúde. A promoção da saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde”(p.2).

Fica também, nessa altura, bem patente que o desafio para os anos vindouros seria explorar o potencial para a promoção da saúde existente em setores da sociedade, como as comunidades e as famílias. A criação de alianças, tornando os indivíduos mais competentes para lidar com as circunstâncias do quotidiano torna-se meta recorrente das seguintes conferências internacionais, reforçando igualmente a necessidade de ter em atenção o constante desenvolvimento em termos tecnológicos e de comunicação.

Analisando o ocorrido em Portugal durante todo o século XX, é possível constatar a aplicação prática destas ideias. Assim, o primeiro decreto que estrutura a sanidade pública do país data de 1901, tendo sofrido, ao longo dos anos, várias reformas, acompanhando a evolução das necessidades em educação e das preocupações da saúde. É assim que sucessivamente se assiste, em 1902, à regulamentação da legislação em saúde escolar (decreto nº4, de 19 de setembro) e ao aparecimento, em 1918, da “repartição de saúde escolar” que substitui a “inspeção sanitária escolar” (decreto nº 4695, de 23 de julho). Em 1986, a Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei nº 46/86 de 14 de outubro, estabelece o quadro geral do sistema educativo e refere, no artigo 28º, que “será realizado o acompanhamento do saudável crescimento e desenvolvimento dos alunos, o qual é assegurado, em princípio, por serviços especializados dos centros comunitários de saúde em articulação com as estruturas escolares”. Um ano depois, o Governo, consciente da complexidade do problema do uso e abuso de substâncias tóxicas e do seu tráfico ilícito, aprovou, através da Resolução de Conselho de Ministros nº 23/87 de 31 de março de 1987, o plano integrado de combate à droga, designado por Projeto Vida. Neste contexto, as ações de prevenção da toxicod dependência seriam concretizadas através do plano de prevenção em meio escolar, em articulação com os serviços de educação escolar e de educação para a saúde, objetivando este mesmo plano integrar as problemáticas da droga, da sida, do alcoolismo, do tabagismo e auto-medicação nos programas escolares, especificamente na Área-Escola. Os professores participariam em programas de formação, para ficarem sensibilizados para estas temáticas e, em simultâneo, os profissionais de saúde, as associações de pais e estudantes e encarregados de educação, seriam mobilizados com ações de sensibilização e informação, devendo a família ser o principal agente de ação, promovendo a auto-confiança, a auto-estima e a rejeição aos consumos (Rocha et al, 2011).

Punham-se, assim, em prática, as orientações da Carta de Ottawa que levaram também à criação, em setembro de 1989 (coincidindo com o aparecimento, a nível europeu, do programa Europa Contra o Cancro) de um departamento específico de educação para a saúde na Liga Portuguesa Contra o Cancro e que desde então tem desenvolvido variados projetos em contexto escolar.

Só em 1993 é que o Ministério da Educação instituiu o Programa de Promoção e Educação para a Saúde através do despacho nº 172 de 11 de maio de 1993, com o objetivo de assegurar e fomentar a articulação das ações de promoção e educação para a saúde, nomeadamente as de prevenção das toxicodependências e da SIDA. Cinco anos volvidos, a 23 de março de 1998, foi efetivado o primeiro despacho conjunto entre os Ministérios da Educação e da Saúde, de forma a organizar trabalho das duas valências de forma articulada no âmbito da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (despacho conjunto nº 271, entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde). Desde então, têm-se sucedido as tentativas legislativas no sentido de apresentar um trabalho articulado, nomeadamente a criação de um coordenador de saúde, através do despacho nº 2506/2007, de 20 de fevereiro. As mudanças estruturais e alguma instabilidade governamental têm dificultado, no entanto, esta tarefa.

Numa avaliação efetuada sobre a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (Piette et al, 1999; Piette e Rasmussen, 2002 cit in Loureiro & Miranda, 2010, pp.145-146) foram identificados os seguintes obstáculos ao bom desenvolvimento dos programas de educação para a saúde que, de resto, coincidem com as dificuldades identificadas pela Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde:

- Falta de valorização da relação entre o estado de saúde e o sucesso no desempenho académico e profissional
- Baixos níveis de compromisso por parte dos membros dos conselhos executivos das escolas
- Perceção da má preparação nas temáticas de educação para a saúde por parte dos professores
- Insuficiente financiamento das escolas
- Sobredimensão do currículo formal, com pouco ou nenhum tempo para a educação para a saúde
- Falta de reconhecimento, por muitos professores, da contribuição dada

pela educação para a saúde para atingir os objetivos acadêmicos da escola

- Falha dos programas de educação para a saúde no que se refere a documentar adequadamente o desempenho dos alunos no processo de conseguir algum nível de literacia em saúde

Com o desaparecimento, em 2010/2011, das áreas curriculares não disciplinares, e especificamente a área da Formação Cívica, as temáticas da Saúde veem-se novamente confinadas a uma abordagem de carácter disciplinar, nomeadamente no âmbito do Estudo de Meio, as Ciências da Natureza ou a Biologia. Mesmo assim, a acreditar em Beane (2003), parece existir espaço e oportunidade para explorar outras abordagens mas, nesse caso, o professor tem que se situar como mediador e problematizador do aprender, numa postura de constante inovação, desafiando os alunos e mostrando-lhes, entre as várias possibilidades de aprendizagem, caminhos que poderão ser percorridos. Esta não é, no entanto, uma tarefa fácil dado o clima de insatisfação vivido atualmente nas escolas.

Valerá, no entanto, manter presente o que o Programa Nacional de Saúde Escolar (2015) refere:

“Em Saúde Escolar, o desafio da construção de redes de afetos, que melhorem a comunicação, as relações interpessoais e as aptidões essenciais para a vida, é tão importante quanto o desafio das redes tecnológicas. Em suma, redes que promovam e valorizem a saúde física e mental indispensável à capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis” (p.17).

II.3 – Literacia em saúde

“Literacia em saúde é um tijolo na construção da saúde e um pilar para a cidadania moderna”
(Kawachi et al, 1999)

De acordo com Ratzan (2001), o termo “literacia em saúde” foi usado a primeira vez no contexto de educação para a saúde há 30 anos. Segundo o Health Promotion Glossary (1998, p.10), trata-se de um conceito que representa “as capacidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e competência do indivíduo para aceder, compreender e usar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde”. Infere-se daqui que se pretende mais do que apenas uma correta leitura de folhetos, sendo a capacidade de utilização efetiva dessa informação fulcral para atingir o *empowerment*.

A Educação para a Saúde que se faz atualmente, nomeadamente em contexto escolar, faz eco, justamente, desta preocupação, apresentando, nomeadamente, como título do Programa Nacional de Saúde Escolar (2015) “Saúde + Educação = Literacia para a Saúde e Decisões Responsáveis”. Visando o aumento do conhecimento e informação sobre saúde, associando-o com a aprendizagem de novos comportamentos e capacidades de *coping*, por forma a promover a autonomia individual (Paúl e Fonseca, 2001), a educação para a saúde em contexto escolar norteia-se pelos “princípios das Escolas Promotoras de Saúde – equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e *empowerment* de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar” (DGS, 2015, p. 12).

Não se limita, por isso, a informar, mas procura desenvolver estratégias de promoção e de intervenção que conduzam a mudanças de hábitos e de comportamentos relacionados com a prática de vida saudável nas suas dimensões física, intelectual, mental e social (Rocha et al, 2011). Como referimos anteriormente, para tornar a educação para a saúde eficaz não basta aborda-la em termos de mera passagem de informação pois tal revela-se ineficaz na adoção de comportamentos saudáveis. É necessário, para tal, que se aproxime cada vez mais do conceito de aprendizagem crítica, ou seja, uma aprendizagem participativa, com conteúdos e estilos de ensino que funcionam num fluxo contínuo e de permanente negociação (Loureiro & Miranda, 2010). O

sucesso não se baseia na retenção fatural mas no aumento da capacidade para pensar criticamente (Labonte & Laverack, 2001^a cit in Loureiro & Miranda, 2010, p. 153) que, a par com a capacidade de resolver problemas, contribua para ser responsável, produtivo e autónomo na sua aprendizagem. Neste sentido, a Comissão Nacional para os Padrões Nacionais de Educação para a Saúde dos EUA¹⁸ estipula que os alunos com literacia em saúde:

1. Compreendem conceitos relacionados com a promoção da saúde e a prevenção da doença
2. Analisam a influência da família, pares, cultura, media, tecnologia e outros fatores sobre os comportamentos de saúde
3. Demonstram a capacidade de aceder a informação válida bem como a produtos e serviços para promover a saúde
4. Demonstram a sua aptidão para utilizar a comunicação interpessoal para melhorar a saúde e evitar riscos
5. Demonstram a capacidade para tomar decisões para melhorar a saúde
6. Demonstram a capacidade para estabelecer objetivos para melhorar a saúde
7. Demonstram capacidade para adotar comportamentos capazes de melhorar a saúde e evitar ou reduzir os riscos
8. Demonstram a capacidade de advogar em prol da saúde pessoal, familiar e comunitária.

O desenvolvimento destas competências representa o sentido pleno de Promoção de Saúde, aqui entendida enquanto “processo que visa criar as condições para que os indivíduos se responsabilizem pela sua saúde e pela da sua família, dos seus vizinhos e da comunidade a que pertencem” (Navarro, 1999, p. 18). Neste processo, também o aluno passa a ter um novo papel, deixando de ser recetor passivo de informação para se tornar num participante

¹⁸ National Health Education Standards In <http://www.cdc.gov/healthyschools/sher/standards/index.htm> acedido em março de 2016

ativo e implicado e no processo de aprendizagem (Cruz, 2008).

Ao longo do ciclo de vida as necessidades das crianças e dos jovens vão-se tornando cada vez mais complexas e exigentes. Por esse motivo, e em ambiente escolar, os vários temas de saúde são revisitados ao longo do processo de escolarização, de uma forma progressiva, cada vez mais ampla e aprofundada, numa verdadeira abordagem curricular em espiral (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006).

Segundo Navarro (1999, p. 23) a promoção de saúde acontece quando se trabalha em projetos com as seguintes características:

- tenham ponto de partida nas necessidades dos grupos que o integram e por eles expressas;
- percorram uma via de negociação para a tomada de todas as decisões;
- sejam estruturados em torno de atividades que as pessoas/grupos sintam como as mais úteis;
- estabeleçam parcerias entre grupos e organizações;
- os profissionais sejam recursos dinamizadores;
- proporcionem um clima de empatia e descontração;
- sejam por todos avaliados e relançados, se necessário.

III. CANCRO: PARA UMA CONTEXTUALIZAÇÃO DA DOENÇA EM FAVOR DA SUA PREVENÇÃO

“Temos que continuar a trabalhar para o dia em que as nossas crianças necessitem de recorrer aos livros de história para aprender sobre uma doença denominada cancro... será necessário melhor investigação, melhores tratamentos, melhor deteção, e, o mais importante, melhor educação... para prevenirem o cancro e fazerem as melhores escolhas para as suas vidas”

Donna Shalala (1996¹⁹)

Nota introdutória

Tendo em conta que a dissertação versa especificamente a prevenção do cancro em contexto escolar este é um capítulo essencial para a compreensão de todo o trabalho, abordando a patologia, desde a sua etiologia às formas de prevenção e articulando com o papel da LPCC.

O cancro, tido durante muitos séculos como uma enfermidade irremediável e mortal, vai-se tornando, nos dias de hoje, numa doença cada vez mais suscetível de cura ou de evolução crónica, sendo capaz de congregar em seu redor o que de melhor a sociedade pode oferecer: humanismo e sentido de solidariedade. É, no entanto, também capaz de despertar os sentimentos mais variados no indivíduo, desde a abnegação à revolta, coragem, desespero, etc. Durante milhares de anos, a medicina constatou a sua impotência perante esta doença, tão esquiva, intratável e angustiante (Costa, 2012), mas foi no decurso do século XX, com o afastamento do espetro da tuberculose, que o cancro assumiu um estatuto de doença maldita, estigmatizante, discriminatória e desmoralizadora (Sontag, 2009).

Em termos puramente estatísticos, os dados mundiais da OMS²⁰ apontam para cerca de 14 milhões de novos casos de cancro anuais e para 8,2 milhões de mortes em 2012, sendo 4,3 milhões abaixo dos 70 anos. Já em Portugal, o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas de 2015 refere que “os anos potenciais de vida perdidos, por neoplasia maligna, continuam muito significativos, embora se assista a uma diminuição gradual da

¹⁹In <http://archive.hhs.gov/news/speeches/acs.html> consultado em agosto 2016

²⁰In <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> e

file:///C:/Users/CRISTI~1/AppData/Local/Temp/9789241565264_eng.pdf consultada em julho de 2016

mortalidade precoce” (DGS, 2016, p. 33). Em 2014, o somatório das mortes relativas aos dez tumores mais frequentes em Portugal perfazia um total de 15.492 mortes (DGS, 2016, pp. 36-40). Trata-se de um problema de saúde muito significativo, tendo em conta que as projeções da OMS para 2030 continuam a colocar o cancro no mesmo lugar da tabela, mas com uma percentagem superior²¹. Segundo Fátima Cardoso (2016²²), “o cancro é a nova epidemia não contagiosa. Hoje, em países desenvolvidos, um em cada três pessoas terá cancro. Daqui a quinze anos será uma em cada duas” (p.4²³).

A problemática da história do cancro e da oncologia tem vindo a ser cada vez mais abordada, o que revela, por si só, a atualidade da temática em questão (Pereira & Pita, in Costa, 2012, p. 20), justificando o crescente interesse da sua abordagem no âmbito de Educação para a Saúde, em contexto escolar, como forma de prevenção. Sendo uma doença cujo nome, em tempos idos mas ainda lembrados, era apenas “sussurrado” e substituído por expressões como “mal malzinho”, é, sem sombra de dúvidas, ainda hoje considerado “o imperador de todos os males” (Mukherjee, 2012). Apesar do muito que já se tem feito, a linguagem em torno do cancro só se alterará, de forma decisiva, quando a doença for finalmente explicada e a percentagem de curas for muito mais alta (Sontag, 2009).

Foi exatamente nesse sentido que Francisco Gentil, pioneiro da luta contra o cancro em Portugal, iniciou na década de 20 as suas comunicações, ressaltando a natureza social da patologia cujo combate passava pela necessária adoção de estratégias preventivas e de diagnóstico precoce (Costa, 2012). Atualmente, com o desenvolvimento de novas formas de tratamento, e com os números de sobreviventes a aumentar, já se verifica alguma mudança e a linguagem do tratamento evolui gradualmente das metáforas militares alusivas ao clima de guerra para as metáforas que se referem às “defesas naturais” do corpo, começando assim o processo de desmistificação do cancro (Sontag, 2009).

²¹In http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/ consultado em agosto de 2016

²² <http://visao.sapo.pt/actualidade/sociedade/2016-08-27-Nao-vale-a-pena-perguntar-porque.-Morrer-de-cancro-vai-ser-cada-vez-mais-frequente> consultado em setembro de 2016

²³ Documento paginado pela autora

III.1 – O cancro: caracterização da doença

“Enfermidade frustrante, tanto pela natureza insidiosa do seu crescimento quanto pela dificuldade de se debelar, esteve sempre associada a uma aura de incurabilidade, tornando-se num símbolo visível de guerra que o ser humano desde sempre travou contra a finitude humana”
(Costa e Pita, 2011, p.15)

Muito associado a estilos de vida, o cancro pode facilmente ser entendido como uma doença moderna, mas uma análise histórica permite perceber que já existe há muitos séculos. De facto, se as evidências de cancro em fósseis e esqueletos de dinossauros, por exemplo, são pouco conclusivas, os estudos realizados em múmias egípcias são claros quanto à existência de cancro. Também na literatura o cancro é bastante referenciado pelos mais variados autores, desde as civilizações Grega, Romana ou Persa aos textos medievais. A história do cancro caminha, assim, em paralelo com a longa evolução do conhecimento humano, refletindo fielmente os conceitos científicos que lhe estiveram desde sempre associados, os saberes médicos e as mentalidades prevalentes sobre a saúde e a doença (Mukherjee, 2012).

Quando a tecnologia médica foi capaz de começar a reduzir drasticamente a mortalidade por tuberculose pulmonar a partir de meados do século XX, o cancro, que constituía um problema crescente nessa altura, passou a ser doença simbólica do século, substituindo a denominada peste branca (Costa, 2012). Ainda atualmente há evidências fortes de que o cancro é, e continuará a ser, um grave problema de saúde pública (IARC, 2008), sendo inegável a sua maior frequência, o que acontece em parte devido ao aumento da esperança média de vida nas últimas décadas do século passado, vivendo-se agora até aos 70, 80 ou 90 anos. De facto, o cancro, a par com a doença cardíaca, é uma das principais causas de morte em idades avançadas – idades em que as idades crónicas são mais frequentes. Este aumento da esperança média de vida está intimamente relacionado com os avanços científicos e médicos que permitiram curar ou controlar doenças como a peste, a cólera, a diabetes, a malnutrição ou a tuberculose. Por outro lado, as melhorias técnicas, que permitem um melhor diagnóstico, contribuem igualmente para a deteção de mais cancros o que aumenta, por um lado, a

incidência da doença mas permite, por outro, uma detecção precoce e o tratamento atempado (DGS, 2016).

O facto de o cancro ter vindo a aumentar não implica, no entanto, que haja um aumento de mortalidade, ideia por vezes presente na população. Uma das razões que pode levar a esta percepção de que se morre mais atualmente de cancro é o facto de este não ser, até ao início do século XX, doença de declaração obrigatória. Isso, associado ao facto de ser frequente morrer-se de doença prolongada sem que houvesse, efetivamente, um diagnóstico, justifica que só a partir dos anos 30, quando a percentagem de óbitos de causa ignorada baixou brutalmente, dos 38,6% (1916 – 1925) para 8,8% (1930 – 1933), se tenha passado a ter uma imagem muito mais completa, fiável, mas ainda mais preocupante sobre o problema do cancro (Costa, 2012).

Para esta imagem estar correta, importa, desde logo, ter presente que o cancro não é apenas uma doença mas muitas, sendo que o denominador comum é a proliferação anormal e incontável de células (Mukherjee, 2012) o que justifica, também, a dificuldade de diagnóstico e de tratamento. Efetivamente, o “cancro” pode, na realidade, representar mais de uma centena de doenças clinicamente distintas, sendo que cada uma terá a sua causa e a sua forma de tratamento (Sontag, 2009). Verifica-se atualmente um aumento do número de pessoas que desenvolve cancro devido, nomeadamente, à exposição a agentes etiológicos como o fumo do cigarro que tornou um cancro até então raro – o cancro de pulmão – no cancro mais comum do século XX (IARC, 2008). A epidemiologia fornece evidências perentórias de que uma grande proporção de cancros humanos poderia ser evitável. Diferentes populações em diferentes localizações desenvolvem tipos diferentes de cancro, e estes níveis mudam com o tempo. Emigrantes adquirem o padrão de cancro da sua nova casa, por vezes no período de décadas (IARC, 2008). Partindo destas evidências, desenvolveu-se a teoria ambiental da carcinogénese e é atualmente aceite que 80 a 90% dos cancros possam ser atribuíveis a fatores ambientais, no seu sentido lato, que inclui aspetos relacionados com o estilo de vida, alimentação, práticas sociais e culturais. Comparando países desenvolvidos com países sub-desenvolvidos, nos primeiros os cancros mais prevalentes são os do pulmão, mama, próstata e colo-retal, já nos segundos, verifica-se uma maior incidência de cancros de estômago, fígado, cavidade oral

e colo do útero. Este padrão está, no entanto, a mudar com aumentos a nível mundial de cancro do pulmão, mama e colo-retal (OMS, 2016).

Para além das questões biológicas inerentes à doença, é também necessário enquadrar o cancro numa dimensão psicológica, social e emocional. Fruto do determinismo que ainda lhe é associado, o diagnóstico da doença transforma-se, para o indivíduo, numa “sentença de morte (...) despojando-o da sua identidade e vestindo-lhe roupas de doente” (Mukherjee, 2012, p. 25). Uma vez existindo um diagnóstico, o cancro torna-se incontornável na vida dos indivíduos, ocupando por inteiro as suas conversas e pensamentos, numa presença que desgasta o mental mesmo antes dos tratamentos desgastarem o físico.

III.2 – A “luta” contra o cancro: contextualização sócio-cultural

Atacando pobres e ricos, fracos e fortes, velhos e novos... o cancro é uma doença que a todos interessa muito particularmente, e a cujo combate todos têm não só o dever como a conveniência de dar toda a colaboração”
(Marck Athias, 1941, cit in Costa, 2012, p. 181)

O termo “luta” ou “guerra” capta a essência da campanha contra o cancro e talvez por isso a metáfora militar seja uma das mais recorrentes na descrição do cancro. Assim, as células “invadem” e “colonizam”, a partir do tumor inicial, sítios remotos do corpo, começando por instalar ínfimos postos avançados, cuja presença se adivinha, apesar de não se poder detetar (Sontag, 2009). Como em qualquer guerra existirão combatentes, armas, soldados, feridos, sobreviventes... “e também a identificação clara do inimigo e por isso o cancro – uma doença mutante com uma diversidade colossal – foi reformulado como uma entidade única, monolítica. Era apenas uma doença” (Mukherjee, 2012, p. 245).

Olhando a história do cancro não é difícil entender a origem do medo que o mesmo, ainda hoje, causa e que leva a atitudes incompreensíveis como a de pessoas que, considerando o cancro incurável, preferem não aderir a meios de diagnóstico ou adiar a procura de auxílio médico adequado e, até, recusar o tratamento prescrito, perspetivando que a cura pode ser pior do que a doença. Vista como patologia “incurável”, “degenerativa”, “devastadora”,

“invasiva” e “corrosiva”, os tratamentos curativos que lhe estão associados também enfermam da mesma carga metafórica, sendo apelidados de “mutilantes”, “venenosos” e “agressivos” (Sontag, 2009). Subsistem, efetivamente, ainda muitas crenças erróneas que é premente serem desmistificadas. Este são factores que justificam também a realização desta investigação, acreditando que ela pode, efetivamente contribuir para ajudar nesse trabalho de desmistificação da doença e de sensibilização da sociedade e, em particular dos jovens.

A complexidade do cancro nas suas diversas dimensões: biológica, humana e social, reforça a necessidade de articular as ciências da vida com as ciências sociais e humanas, tal como já referimos no primeiro capítulo ao abordar o binómio saúde-doença. Efetivamente, a doença oncológica encerra em si não apenas um significado médico, biológico mas também um significado simbólico que terá, no que à prevenção diz respeito, um papel ainda mais central. Toda a carga simbólica relacionada à inexorabilidade do sofrimento e morte que a doença pode causar faz com que esta tenha impacto direto no indivíduo mas que também transcenda essa dimensão, sendo igualmente impactante nos sistemas e contextos em que o indivíduo vive.

A caracterização do cancro como problema social fez-se a partir do momento em que se tornou mais claro o incremento da incidência em faixas etárias mais produtivas e nos défices assistenciais existentes, tudo isto agravado por fatores demográficos e pelo tenebroso significado psicológico da doença (Costa, 2012). Efetivamente, como sublinha Sontag (2009), nos nossos dias, “o cancro tornou-se a doença que entra sem se anunciar, assumindo o papel de uma doença vivida como uma invasão dissimulada e impiedosa” (p.13).

Em Portugal, no início do século XX, altura em que o cancro começou a entrar na fase dos primeiros estudos epidemiológicos, aquele ainda era visto como um problema marginal quando comparado com outras doenças como a tuberculose, permanecendo no limbo das preocupações políticas sobre a saúde pública até ao início dos anos 20 (Costa, 2012; Costa e Pita, 2011). Nessa altura foi criado o Instituto Português para o Estudo do Cancro, com sede provisória no Hospital de Santa Marta, na 1ª Clínica Cirúrgica (Decreto nº

9333 de 29 de dezembro de 1923). Ao novo estabelecimento passaram a competir uma série de funções, entre as quais “organizar a luta contra o cancro em Portugal e divulgar os conhecimentos e preceitos úteis ao público, realizando uma propaganda eficaz contra «o perigo do cancro» (Costa, 2012; p. 176).

Ainda que se possam identificar algumas preocupações de índole filantrópica ou caritativa na sua origem, a definição de estratégias e de mecanismos de luta contra o cancro é desde cedo monopolizada pelos médicos (Raposo, 2004). Numa conjuntura marcada por uma crescente cumplicidade entre os poderes públicos e a medicina, a tónica passa por um forte investimento em centros de tratamento especializado, reforçando-se a importância da investigação e do diagnóstico precoce. No entanto, os progressos para prevenir e curar a doença oncológica foram sempre lentos, caracterizados por avanços progressivos resultantes de marcos científicos, como sejam a descoberta da anestesia, da radioterapia, e dos primeiros agentes quimioterapêuticos (Costa, 2012) e da própria estrutura anatómica (Mukherjee, 2012). Em Portugal, Francisco Gentil enceta, desde 1906, uma trajetória de gradual afirmação que correspondeu a um trabalho de pressão traduzido em pequenas conquistas até 1923, altura em que obtém a necessária consagração estatal para a criação do Instituto Português para o Estudo do Cancro, a expressão embrionária daquilo que viria a ser, poucos anos depois, o Instituto Português de Oncologia (Raposo, 2004).

Também a nível internacional, o facto de o cancro, mais do que qualquer outra doença, ser considerado como uma enfermidade universal, um "flagelo" que não escolhe vítimas preferenciais, favorecido pelo medo e pela negligência (Costa e Pita, 2011), provoca movimentações no sentido de coordenar os diferentes esforços entretanto desenvolvidos, com a Sociedade das Nações, em 1925, a implicar-se diretamente na criação de uma Comissão do Cancro. Também as diversas Ligas contra o cancro entretanto fundadas e dispersas por todo o mundo, decidem agrupar-se numa união internacional que, em 1933, vê por fim a luz do dia: a União Internacional Contra o Cancro.

Para compreendermos de maneira mais ampla a consolidação da luta contra o cancro em Portugal, torna-se necessário não só apreender a forma

como esta emerge e se institucionaliza, mas fundamentalmente tornar inteligível a forma como esta se legitima, ou seja, o modo como torna efetivamente objetiva para os indivíduos. Efetivamente, como sugere Mukherjee, (2012), para uma luta eficaz contra o cancro é necessário fazê-lo emergir “da cave onde estava escondido para as luzes brilhantes da publicidade” (p. 151), mobilizando, para tal, instrumentos científicos mas também estratégias de marketing como utilização de imagens, slogans, figuras públicas.... O objetivo último é inevitavelmente, aliás como em todos os países onde se desenvolveu a luta contra o cancro, o envolvimento da população, no sentido de a implicar ativamente no empreendimento da luta contra o flagelo, tornando, assim, os indivíduos preciosos colaboradores da “missão” protagonizada, inicialmente, pela profissão médica.

Ora, apesar da questão da propaganda, nomeadamente em termos da educação do público em geral, estar contemplada desde o início na estratégia concebida por Francisco Gentil e seus colaboradores para a luta contra o cancro, a verdade é que tal objetivo só se começa a concretizar de modo assinalável a partir do momento em que passa a contar com o apoio da “Comissão de Iniciativa Particular de Luta Contra o Cancro” (que irá posteriormente desenvolver-se na criação da Liga Portuguesa Contra o Cancro). Esta Comissão, composta por senhoras distintas oriundas das classes possidentes – D. Mécia Mouzinho de Albuquerque, Condessa de Murça, D. Beatriz Magalhães Colaço e Maria Sant’Ana Bénard Guedes – toma forma em 1931, e resolve oferecer o seu auxílio na luta contra o cancro, nomeadamente através da recolha de donativos e na organização de campanhas de sensibilização. Esta iniciativa reflete, em grande medida, o impacto que a ideia do cancro, enquanto problema social, começava a ter junto de algumas camadas esclarecidas da população. A definição “institucional” do cancro como flagelo social era, assim, perentória e exortava a uma mobilização generalizada que entretanto começou gradualmente a tomar forma através de uma propaganda cada vez mais ampla e incisiva (Raposo, 2004).

III.3 – O papel da LPCC na prevenção do cancro

“O cancro é um perigo social que ataca toda a população, sem qualquer discriminação, ameaçando tanto ricos como pobres; neste sentido, a luta contra o cancro interessava tanto às classes dominantes como às menos favorecidas, mas foi inicialmente o recrutamento da elite social que interessou, pelo necessário e indispensável apoio financeiro que poderiam aportar”

(Costa, 2012, p. 187)

Em Portugal, ao contrário de outros países, os doentes oncológicos eram tratados em casa, a cargo das suas famílias, ou ainda num qualquer hospital sem a menor diferenciação relativamente à doença (Costa, 2012). Enquanto flagelo social emergente, o investimento na luta contra o cancro justificou uma mobilização pública que começou nos alvares do século XX, altura em que, pela sua frequência crescente, o cancro se começou a tornar um problema de saúde pública. Aproveitando o trabalho já desenvolvido pela Comissão de Iniciativa Particular Contra o Cancro, partiu-se para o alargamento e transformação desse organismo numa Liga, sendo criada, pela portaria nº 9772, em 4 de abril de 1941, a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), tendo como objetivos fundamentais a humanização e a solidariedade.

Face a um “inimigo” como o cancro, é necessário mudar comportamentos e envolver os indivíduos mas também as organizações e estruturas sociais de que fazem parte. Na visão preconizada pela Carta de Ottawa, é necessário por em prática o *empowerment* e capacitar os indivíduos e as estruturas sociais melhorando os serviços e as políticas públicas.

A generalização da informação, que se foi tornando progressivamente mais sofisticada e mais eficaz pela constância da sua difusão, bem como a massificação da mensagem, garantida pela utilização de vários meios de comunicação social, foi abrangendo camadas cada vez mais vastas da população, motivando-a à cooperação ativa.

Quando se fala em cancro, o termo-chave será, porventura, “controlar” ou “vigiar”. A urgência de atuar em fases precoces da doença, explica-se pelas próprias características inerentes ao cancro cujos sintomas do seu aparecimento são geralmente tidos como escassos e pouco reveladores, sendo uma doença que não se manifesta através de dores, pelo que implica uma

vigilância cuidada do corpo, de forma a interpretar os sinais em tempo útil, ou seja, a tempo de evitar a irreversibilidade da morte. É, por isso, premente, conhecer cada vez melhor a doença oncológica e, assim, controlar; controlar fatores de risco, controlar o seu desenvolvimento através da deteção precoce, controlar a sua proliferação através de meios adequados de tratamento e, em última instância, controlar a dor através de cuidados continuados e paliativos. Como vimos no capítulo anterior, estas várias fases de controlo têm correspondência direta aos vários níveis de prevenção.

Compreende-se assim, a aposta em campanhas de educação do público, pois estas constituíam o principal mecanismo para que o esclarecimento se pudesse fazer. Após alguns anos de ações intensivas e de proximidade nas várias localidades do norte do país, a Direção do Núcleo Regional do Norte decidiu criar um departamento específico que coordenasse todas as atividades de Educação para a Saúde. Decorria, então, o ano de 1988, e sucediam-se iniciativas, a nível nacional, europeu e mundial no rescaldo da Conferência de Ottawa. De realçar que se inicia, também em 1988, o Programa “Europa Contra o Cancro” com o objetivo de diminuir em 15% o número de morte por cancro até ao ano 2000 (conseguiu-se uma redução de 9% de mortalidade) para o que se financiavam ações nas áreas de informação, prevenção, educação e formação, com grande destaque para as duas primeiras dimensões. As primeiras ações do recém-criado Departamento de Educação para a Saúde²⁴ apareceram, justamente, na sequência de candidaturas a este Programa o que possibilitou, por exemplo, a criação e dinamização do “Clube Caça-Cigarros”, campanhas de divulgação do Código Europeu Contra o Cancro e a realização de variadas atividades integradas na Semana Europeia Contra o Cancro.

²⁴ Uma caracterização mais aprofundada deste Departamento é feita no capítulo V

IV. OPÇÕES E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“É necessário conhecer o indivíduo, a sua história de vida, a sociedade onde nasceu, todas as circunstâncias que rodearam a sua existência, (...) porque cada doente reage de forma diferente perante a mesma causa, conforme a sua realidade”
(Nuno Grande, cit in Paúl & Fonseca, 2001, p.22)

Nota introdutória

Tendo em conta o tema da presente dissertação: *Prevenção do cancro em contexto escolar – o papel da Liga Portuguesa Contra o Cancro (Núcleo Regional do Norte)*, realizou-se um estudo de carácter qualitativo orientado para a resposta às questões já apresentadas na Introdução deste trabalho e que aqui situamos de novo:

- Qual o papel da LPCC – NRN na promoção e educação para a saúde, especificamente na prevenção do cancro?

- Que contributo tem tido a LPCC – NRN na literacia das comunidades educativas sobre formas de prevenção e deteção precoce de cancro?

Numa perspetiva fenomenológica, que tenta compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para pessoas vulgares, em situações particulares, enfatizando o componente subjetivo do comportamento das pessoas foram mobilizadas duas técnicas de recolha de informação distintas, embora complementares: a pesquisa documental e a entrevista semi-estruturada (Bogdan & Biklen, 1994).

Efetivamente, consideramos, no âmbito deste trabalho, que a Educação para a Saúde só pode ser entendida se contemplar o discurso dos sujeitos que melhor ajudam a compreender a realidade em estudo. Assim sendo, e tendo em conta a especificidade do contexto em estudo, e os objetivos e questões que o orientam, foram ouvidas vozes de pessoas que estiveram na origem da LPCC - NRN e do Departamento de Educação para a Saúde, bem como de quem põe em prática, diariamente, os projetos desenvolvidos e propostos pela LPCC – NRN no contexto escolar.

IV.1 – Abordagem qualitativa

“A investigação qualitativa de estudo de caso é sustentada pela abordagem pragmática de Merriam, apoiada pelo rigor de Yin e enriquecida pela interpretação criativa de Stake”
(Brown, 2008, p. 9)

Há múltiplas realidades através das quais se pode dar sentido ao mundo, a começar por aquela que cada indivíduo constrói a partir das suas experiências e pontos de vista (Brown, 2008). No que respeita à investigação social importa, acima de tudo, que o investigador seja capaz de conceber e de pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é, no seu sentido mais lato, um método de trabalho (Quivy & Campenhoudt, 2008).

No caso concreto do presente trabalho, estamos perante uma investigação de orientação qualitativa, associada ao paradigma fenomenológico-interpretativo (Amado, 2013), com recurso ao estudo de caso (Stake, 2008), abordagem que consideramos mais apropriada por se tratar de um estudo de carácter organizacional (Yin, 2003).

A abordagem fenomenológica tenta compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para pessoas, em situações particulares (Bogdan & Biklen, 1994). Ou, dito de outro modo, o uso de uma metodologia qualitativa pressupõe uma análise em profundidade de significados, acontecimentos, comportamentos, evidenciando as razões para determinadas crenças ou representações, mais do que a obtenção de resultados de medida. Mas, como referem Chaffee e Tierney (1988 cit in Brown, 2008, p. 2) “isto não pode ser feito através de pesquisa de sofá, mas apenas através do contacto íntimo com o quotidiano da vida institucional”.

O investigador qualitativo estuda, portanto, os fenómenos no seu contexto natural, procurando interpretá-los em termos dos significados que as pessoas lhes atribuem. A investigação qualitativa não é feita com o objetivo de responder a questões prévias ou de testar hipóteses, mas antes com o intuito de, orientados por essas questões, compreender situações e comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação (Bogdan & Biklen, 1994). Deste modo, a opção metodológica por um estudo qualitativo é enquadrada por um interesse na complexidade, descrição e compreensão de um processo,

mais do que nos seus resultados ou produtos. Para tal, obedece a cinco características fundamentais (Bogdan & Biklen, 1994):

1. As ações podem ser melhor compreendidas quando são observadas no seu ambiente habitual de ocorrência sendo o entendimento do investigador o instrumento-chave da análise;
2. A investigação deve ser conduzida tendo em mente a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que leve a uma compreensão mais esclarecedora do objeto de estudo;
3. Interessa mais o processo do que simplesmente os resultados ou os produtos
4. A forma final, o resultado, é desconhecida *a priori*. Só após a recolha e análise dos dados é que se pode construir um quadro concetual.
5. O interesse em perceber a forma como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas.

IV.1.1 – Estudo de Caso

No âmbito da abordagem qualitativa, e tendo em conta as questões e objetivos que norteiam esta investigação, recorreu-se ao estudo de caso. Trata-se, nas palavras de Ponte (2006), de uma metodologia que visa conhecer uma entidade bem definida como uma pessoa, uma instituição, um curso, uma disciplina, um sistema educativo, uma política ou qualquer outra unidade social” (p.2). Na presente dissertação pretendeu-se, justamente, compreender em profundidade a instituição *Liga Portuguesa Contra o Cancro*, evidenciando a sua identidade e respetivas características, objetivos e missão, procurando contribuir para a sua historicidade.

Assim, no estudo de caso mobilizam-se dados informativos e contextuais para interpretar as descobertas sobre o fenómeno a explorar que proporcionem uma compreensão mais completa do objeto de estudo, providenciando informação afetiva que, de outra forma, não poderia ser recolhida (Brown, 2008). É precisamente isso que justifica o realce que Stake (2005) confere ao papel de intérprete desempenhado pelo investigador nos estudos qualitativos em que se insere o estudo de caso.

Ou, dito de uma outra forma, o trabalho de um investigador é identificar “coerência e sequência” de atividades (padrões) no âmbito das delimitações identificadas para o caso em estudo (Stake, 2005, p. 444). Esta é também a visão de Merriam (2002) para quem o estudo de caso “é uma descrição e análise intensiva de um indivíduo, grupo, instituição ou comunidade” (p. 8). Na perspectiva deste autor, o estudo de caso “foca-se na descrição e explanação holística” dos fenómenos em estudo. Neste âmbito, um caso constitui sempre uma entidade bem definida, necessariamente inserida num certo contexto e caracterizada pelas suas determinantes internas (história, natureza, propriedades próprias) e influências externas, próximas e distantes, directas e indirectas que recebe do seu contexto. Assim sendo, justifica-se que num estudo de um caso, seja preponderante dar atenção à sua história desenvolvimental e ao seu contexto (Ponte, 2006).

Numa outra linha argumentativa Brown (2008) considera que “o maior desafio para o investigador em estudo de caso não é a estratégia em si, mas antes a articulação do paradigma de pesquisa e a estrutura teórica que orienta todos os aspetos do trabalho, assegurando a verdade e credibilidade dos dados e dos métodos de pesquisa” (p. 9).

Procurando caracterizar os estudos de caso, Yin (cit in Ponte 2006, p. 6) situa-os em estudos exploratórios (servindo para obter informação acerca do objeto de estudo), estudos descritivos (pretendendo essencialmente descrever o caso em estudo) ou estudos analíticos (procurando problematizar o seu objecto). O presente estudo enquadra-se nesta última categoria, tentando ir além da mera descrição e adotando uma postura analítica e crítica. Tendo em conta que o estudo está a ser conduzido no contexto de trabalho da investigadora, tiveram-se em atenção as advertências de Ponte (2006), procurando-se assegurar o distanciamento necessário reportando, nomadamente, o trabalho a uma perspectiva histórica e não apenas ao trabalho desenvolvido atualmente.

Sendo uma investigação de natureza empírica, o estudo de caso baseia-se em diferentes técnicas de recolha de dados, de entre as quais a análise documental, assume lugar de relevo. No caso do presente estudo essa foi também a técnica privilegiada, completada com o recurso a entrevistas semiestruturadas. Reconhecemos, todavia, em concordância com Bogdan e

Biklen, (1994) que a observação participante configura também uma estratégia fundamental na realização de um estudo de caso. Na presente investigação, essa foi uma técnica a que não recorreremos dada a natureza dos objetivos e questões que o nortearam.

No ponto seguinte apresentam-se de forma mais detalhada as técnicas de recolha de informação a que recorreremos nesta investigação.

IV.2 – Técnicas de recolha e análise de informação

Como já se referiu, neste estudo recorreu-se se à pesquisa documental e à entrevista semiestruturada como técnicas principais de recolha de dados. Neste ponto explicitam-se argumentos que justificam esta opção.

IV.2.1 – Pesquisa documental

Tendo em conta que na base de qualquer trabalho de investigação estão as fontes, é compreensível que a pesquisa documental seja considerada um procedimento metodológico decisivo em ciências sociais e humanas. Nesse sentido, é relevante realçar que o conceito de documento ultrapassa, necessariamente, a ideia de textos escritos e/ou impressos. O documento como fonte de pesquisa pode ser escrito mas pode igualmente revestir a forma de registo áudio-visual, como filmes, vídeos, slides, fotografias ou cartazes. Esses documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (Figueiredo, 2007). Assim sendo, a pesquisa documental remete para materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Ao analisar essas fontes, espera-se que o investigador interprete e sintetize as informações, determinar tendências, e na medida do possível, fazer a inferência (Silva et al, 2009).

Neste sentido, para o presente trabalho, a pesquisa documental visou a análise de registos históricos da LPCC como Livros de Atas, Estatutos da Instituição e Relatórios de Atividades, para além da análise atenta de todo o

acervo documental do Departamento de Educação para a Saúde, entre dossiers e registos de atividades, fotografias, vídeos, etc.

Pretendeu-se assim recolher informação que permitisse construir uma narrativa histórica sobre a LPCC, para a qual contribui também a visão de um conjunto de pessoas, que ao longo dos tempos foram construindo a história da LPCC, recolhida através de entrevistas semiestruturadas.

IV.2.2 – Entrevista semiestruturada

Se as leituras teóricas ajudam a constituir o estado da arte sobre determinado tema, as entrevistas servem para encontrar pistas de reflexão, ideias e elementos que apoiem a compreensão do fenómeno e/ou situação em estudo.

A entrevista é definida por Haguette (1997:86) como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Para tal, é necessário preparar a entrevista para que alcance o objetivo desejado, selecionando os interlocutores adequados e assegurando a sua disponibilidade (Lakatos, 1996).

Numa entrevista semiestruturada o objetivo é conduzir a pessoa interrogada a exprimir-se de forma livre acerca do tema, situação ou fenómeno em estudo, suscitando-se por vezes um exercício de memória ao entrevistado (Bourdieu, 1999). O entrevistador orienta-se por um guião que concebe para o efeito, contemplando perguntas relativamente amplas para deixar o campo aberto a respostas diferentes daquelas que o investigador teria podido explicitamente prever no seu trabalho. Combinando perguntas abertas e fechadas, a entrevista semiestruturada permite seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas num contexto muito semelhante ao de uma conversa informal (Boni e Quaresma, 2005), permitindo captar as experiências únicas de cada entrevistado (Stake, 2005).

Assim, as entrevistas semi-estruturadas exigem que o investigador opere a dois níveis. Por um lado deve manter a linha de questões previamente definida de forma a responder às necessidades inerentes ao seu estudo; por

outro lado deve formular questões “amigáveis” mantendo a conversa num registo não ameaçador para o entrevistado (Yin, 2003).

Tendo sempre em vista os principais temas, assuntos e questões a ter em conta, a entrevista semi-estruturada permite ao investigador explorar os pontos de vista e opiniões expressos, adicionando novas questões (Gray, 2004, p. 217).

Uma última palavra relativa às categorias de pessoas consideradas interlocutores válidos. Segundo Quivy e Campenhoudt (2008), há três grupos a ser considerados: 1) docentes, investigadores especializados e peritos no domínio de investigação; 2) testemunhas privilegiadas, ou seja, pessoas que pela sua posição, ação ou responsabilidades têm um bom conhecimento do problema e 3) pessoas que constituem o público a que o estudo diz diretamente respeito.

No caso do presente estudo, foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas a pessoas de todos os grupos, com maior realce para os dois últimos, construindo-se, para o efeito, um guião orientador, desdobrado em dois (anexos 1 e 2), dependendo do contexto de referência dos entrevistados (mais relacionados com a instituição Liga Portuguesa Contra o Cancro ou mais relacionados com as escolas).

IV.2.3 – Análise de conteúdo

A análise de conteúdo baseia-se numa análise de significados (análise temática) e também de significantes (análise léxica), ou seja, consiste numa análise do conteúdo das mensagens por procedimentos sistemáticos e objetivos (Bardin, 2009). Segundo esta autora de referência histórica, a análise de conteúdo pressupõe a pré-análise, a exploração do material, o tratamento e interpretação dos resultados obtidos, a definição de categorias de análise. Corresponde, neste sentido, a uma fase crucial de simplificação do material recolhido, pois permite fazer inferências sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas, permitindo assim fazer uma interpretação dos dados obtidos.

O tratamento descritivo constitui, portanto, uma primeira fase do procedimento (Bardin, 2009) possibilitando definir categorias que vão ser a

base do processo de análise, o que permite a classificação dos elementos de significação que compõem a mensagem.

A análise de conteúdo pode ser caracterizada por várias fases: a descrição, a interpretação e a inferência, sendo precisamente esta última, como salienta Bardin (2009), que permite a passagem da descrição à interpretação, através da atribuição de sentido às características do material recolhido.

Tendo como base este referencial teórico, o procedimento seguido percorreu as seguintes etapas:

- Definição de categorias à priori
- Leitura flutuante dos discursos
- Definição de categorias e subcategorias à posteriori
- Construção de grelhas de análise com categorias e respectivas unidades de sentido.

Foi com base neste procedimento que analisamos e interpretamos os dados empíricos, que no capítulo seguinte apresentamos.

V. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

*“Através da razão o homem observa-se;
mas ele só se conhece através da consciência”*

(Guerra e Paz, Tolstoi)

Nota Introdutória

Este capítulo constitui o corolário do trabalho de investigação efetuado. Nele se apresentam, e interpretam à luz do quadro teórico mobilizado, os dados empíricos. Intenta-se, pois, responder aos objetivos que nos estimularam para esta investigação nomeadamente o de construirmos uma narrativa, devidamente fundamentada sobre o papel da Liga Portuguesa Contra o Cancro na prevenção do cancro em contexto escolar, que contribua para uma compreensão mais ampla da importância, e da missão, desta Instituição na sociedade.

A apresentação e análise dos dados tiveram por base as questões e objetivos da investigação. Como se referiu, foi realizada uma análise de documentos caracterizadores da missão da LPCC e do seu funcionamento. Esta análise permitiu a construção de uma leitura histórica que apoiou a compreensão da missão da LPCC– NRN e das ações de educação para a saúde que tem vindo a realizar ao longo dos seus cinquenta e dois anos na prevenção e luta contra o cancro. Foram também realizadas sete entrevistas semiestruturadas a interlocutores chave com ligação à LPCC – NRN e ao Departamento de Educação para a Saúde (DES), de entre os quais professores das escolas com as quais este departamento tem vindo a trabalhar e pessoas ligadas à gestão e coordenação da Instituição. Assim, foram entrevistados quatro professores de disciplinas distintas (Ciências da Natureza/Matemática; Português/Francês; Educação Visual e Tecnológica e Educação Moral Religiosa e Católica) que desenvolveram, ao longo dos últimos 25 anos, vários projetos com a LPCC – NRN na área de educação para a saúde. A seleção destes professores decorreu da disponibilidade por eles manifestada para participarem nesta investigação e teve em conta também a sua experiência no âmbito de projetos de educação para a saúde.

Foram também entrevistadas três pessoas diretamente relacionadas com o trabalho realizado pela LPCC – NRN e que estão ligadas ao

Departamento de Educação para a Saúde desde a sua origem, sendo, por isso, por nós considerados importantes para “contarem a história da Liga” e contribuírem, com a sua visão, para a construção da narrativa deste Instituição. Optou-se, então, por entrevistar o presidente da Direção da LPCC; a primeira coordenadora do Departamento de Educação para a Saúde e a administrativa que se mantém no Departamento desde a sua criação.

De referir que todos eles revelaram grande disponibilidade para colaborar no estudo e fizeram-no com bastante agrado e empenho.

As entrevistas, foram realizadas com base num guião concebido para o efeito (Anexo 1 e Anexo 2); foram gravadas em áudio, com a devida autorização dos entrevistados, e depois transcritas (Anexo²⁵ 3). Para análise das entrevistas foram definidas algumas categorias prévias, com base nos objetivos e questões da investigação, orientaram já a primeira leitura dos discursos, leitura flutuante (Bardin, 2009). Num segundo momento, foram construídas grelhas de análise com categorias e respetivas unidades de sentido (Anexo 4) e que constituíram suporte para a análise e apresentação dos dados.

V.1 –Construindo uma narrativa sobre a LPCC

A narrativa sobre a LPCC estruturou-se na base do cruzamento de discursos dos documentos com os discursos dos entrevistados por se considerar que a compreensão e aprofundamento dos focos/categorias em análise sairiam fortalecidos. Para uma organização mais compreensiva dessa narrativa seguimos as seguintes categorias: 1) *origem e papel da LPCC*; 2) *A educação para a saúde/prevenção do cancro em contexto escolar* 3) *educação e literacia para a saúde*; 4) *fatores adjuvantes e constrangimentos*.

Este foi um procedimento que possibilitou uma melhor compreensão da história/narrativa da LPCC e do seu papel na Educação para a Saúde, por um lado, e a ação da LPCC no contexto escolar e efeitos percebidos, por outro. A apresentação dos dados segue o sistema categorial atrás referido.

²⁵ Por uma questão de volume do trabalho inclui-se no anexo, como ilustração, apenas um exemplo de uma transcrição de uma das entrevistas.

V.1.1 – Origem e Papel da LPCC

A análise de atas permitiu-nos verificar que foi no dia 20 de abril de 1940 que a então Comissão de Iniciativa Particular de Luta Contra o Cancro aprovou “por unanimidade a sua transformação em Liga Portuguesa Contra o Cancro” (Ata nº1), posteriormente legalizada pela Portaria nº 9772 de 4 de abril de 1941²⁶. A LPCC iniciou, assim, a sua atividade centralizada em Lisboa, mas esta natural concentração inicial, cedo deixou perceber a necessidade de uma descentralização que permitisse que as suas atividades abrangessem todo o território nacional. Assim, em 1964 surge o Núcleo Regional do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro²⁷. Foram necessárias sensivelmente duas décadas para que se criassem as condições logísticas de funcionamento, nomeadamente a construção do edifício da sede deste Núcleo. Para tal desenvolveram-se atividades de angariação de fundos, que visavam em simultâneo o apoio à construção do IPO Porto, consubstanciando um dos fins da Liga: contribuir para o desenvolvimento de centros nacionais para o diagnóstico, tratamento e reabilitação dos doentes oncológicos²⁸. Esse é o sentimento expresso por uma das entrevistadas, a trabalhar na LPCC desde 1989 quando refere que “tudo o que foi construído o que nós fomos construindo ao longo dos anos, (...), a construção do edifício, foram sempre valências que eram necessárias para responder às necessidades que as pessoas sentiam” (E2).

Concluída essa fase começa um novo período na LPCC – NRN em que a tónica passa a ser a *educação para a saúde sobre cancro*. Esta orientação, como sublinha Licínio (2014), é, à data, reflexo de “um conceito de modernidade clínica, (que) estava direcionada à prevenção primária, como tentativa primeira de, a montante, evitar o aparecimento da doença” (p. 69). Talvez tenha sido por isso que, em 1983, foi criado um Departamento de Difusão da Informação, com a “potencialidade de veicular para o grande público, uma informação contínua, de ordem educativa e até científica, que o mantenha esclarecido e informado” (Relatório e Contas 1983, p. 1).

²⁶ No Diário do Governo, Iª Série, Nº 78, de 4 de abril de 1941, pp.317 - 318

²⁷ A ata de 28 de outubro de 1964 é ata única de um livro em arquivo no Núcleo Regional do Norte

²⁸ Estatutos da LPCC, Coimbra, 1989

A análise dos relatórios dos anos seguintes permite verificar um trabalho intenso na área da educação do público sobre o cancro, com recurso à produção, distribuição e divulgação de impressos, cartazes e autocolantes, desdobráveis e manuais, entrevistas nos meios de comunicação social, cursos para professores e deslocação a escolas e outras associações para palestras, havendo igualmente lugar a eventos divulgativos de trabalhos realizados nas escolas (Relatórios e Contas 1983-1989).

Na opinião da entrevistada com responsabilidades na LPCC nessa altura, houve, efetivamente, um conjunto de “pessoas chave na Liga que deram um grande impulso a esta área, na medida em que reconheceram que fazia sentido, ter um trabalho mais intencional e mais sistematizado” (E3). Estes foram os responsáveis pela criação, em 1989, de um Departamento de Ensino, tal como evidencia o registo identificado no relatório de atividades e contas: “dada a envergadura dos projetos que se nos deparam na área da Educação para a Saúde sobre Cancro, exige dedicação a tempo inteiro (de) um Departamento de Ensino cuja coordenadora tem revelado grande empenho e dinamismo nas suas funções” (Relatório e Contas 1989, p. 9). A ideia de dedicação a tempo inteiro expressa neste documento talvez se relacionem com o facto de se estar a iniciar um projeto novo. Nas palavras da então coordenadora aquele Departamento foi o

“primeiro emprego, (...) comecei dois dias depois de me ter licenciado em psicologia, dia 2 de outubro de 1989 foi daquelas datas que não se esquecem e foi um trabalho muito interessante porque foi um trabalho de crescimento pessoal enorme e um bocadinho também de exploração de terreno que era totalmente novo para mim e no qual me foi dada grande liberdade de ação” (E3).

Tendo como missão o apoio ao doente oncológico, e sua família, na promoção de saúde, na prevenção do cancro e no estímulo à formação e investigação em oncologia, a LPCC prossegue, entre outros, o objetivo de “divulgar informação sobre o cancro e promover a educação para a saúde, com ênfase para a sua prevenção” (Estatutos da LPCC, Capt.I, Artº4º). Este objetivo é realçado por Costa (2012), ao referir que LPCC mostrou, desde sempre “um vigor e iniciativa significativos (...) destacando-se sobretudo através da promoção e patrocínio de conferências em paralelo com a arrecadação de

fundos” (p.193). Reportando-se a esta época, uma das nossas entrevistadas, funcionária administrativa do Departamento, lembra que

“antes do departamento ser criado, a Liga já tinha a vertente de educação para a saúde, só que era uma parceria com alguns funcionários do IPO (...) enfermeiros e alguns médicos que se disponibilizavam (...) e eles próprios iam pontualmente, conforme iam surgindo pedidos das escolas, ou uma atividade ou outra e iam fazendo...” (E2).

O relacionamento estratégico estabelecido entre a LPCC e o IPO, compreensível dada a causa comum, reflete-se também nas palavras do atual presidente da LPCC, quando refere:

“antes disso (de fazer parte de órgãos da LPCC) colaborei muitas vezes com a Liga, dei muitas, muitas preleções, palestras, conferências (...) e fi-lo com muita satisfação e portanto penso que essa ligação é uma ligação desde sempre que sempre acarinhei e que sempre gostei de fazer essas ações (...)eu trabalhei muito na educação para a saúde no sentido de sensibilizar, de dar a conhecer um determinado número de aspetos importantíssimos para uma prevenção primária” (E1).

Esta atitude de disponibilidade face à Liga é transversal ao discurso de todos os entrevistados sendo referenciado que vários “médicos que no IPO e de boa vontade iam às escolas” (E3), e que “alguns dos voluntários (...) universitários como a nível até dos próprios estágios que abrimos de diferentes áreas (...), se mostravam sempre disponíveis...e também nunca deixamos de ter o apoio dos professores que se envolveram” (E2). Uma das professoras entrevistadas reforça esta disponibilidade lembrando:

“eu comecei sem horas nenhuma e lá está, porque acreditávamos que valia, e vale, a pena... e quem vale a pena mesmo são os miúdos. Porque às vezes nós estamos chateados com o sistema, com a direção, com o ministério em si, e a verdade é que incentivos de fora não têm, são só os miúdos... Os miúdos, os alunos, é que continuam sempre a valer a pena, é nós a vermos os resultados. E a ver que fazemos a diferença de algum modo” (E5).

Tendo a LPCC na sua origem o trabalho voluntário de muitas pessoas que solidariamente se uniram à causa, é interessante verificar que ainda hoje parece ser esse “amor à camisola” que se verifica quando se fala no trabalho desenvolvido. Ilustra esta ideia o seguinte excerto da entrevista à pessoa a trabalhar na Liga há mais tempo: “a questão que me está a colocar tem a ver com o amor que, com a dedicação que quem trabalha no departamento tem pelo que faz porque há muita coisa que é feita com algum esforço pessoal de todos” (E2).

Apesar de esta ser uma atitude reconhecida publicamente, e de ser expressa de forma transversal nos vários relatórios de atividades analisados, essa dedicação, no entanto, parece também assumir registos de desmotivação e cansaço, tal como revelam os seguintes testemunhos:

“eu devo dizer que uma das razões que me levou a abandonar o emprego na Liga foi um pouco esta exigência de uma grande disponibilidade pessoal, eu recordo-me de períodos em que chegava a ir para fora quase de 15 em 15 dias, e fins-de-semana” (E3);

“com a introdução de uma renovação dos currículos, do sistema de ensino os professores tiveram menos disponibilidade, não tiveram tempo no seu horário, para poder dedicar-se ao Clube Caça Cigarros e lembro-me que eu próprio também me senti forçado a deixar esse empenho, essa disponibilidade que eu tinha” (E6).

Esta é uma questão que parece ter merecido a atenção da Direção da LPCC, como se consegue depreender das palavras do seu presidente:

“eu tenho a perfeita noção que há muito pouca gente a trabalhar nesse setor, o número de colaboradores é pequeno e que portanto trabalham muito, é um esforço muito grande, mas conseguem atingir grupos enormes dos vários grupos etários, mas nomeadamente a nível dos jovens, portanto eu penso que isso é muito importante, há dezenas de milhares que conseguimos atingir e que são veículos, obviamente, de disseminação de toda esta mensagem que nós queremos transmitir a toda a população” (E1).

Também deste testemunho ressalta a ideia da importância da prevenção e de uma atitude de divulgação e sensibilização que deve ser cada vez mais abrangente. A propósito, o mesmo entrevistado lembra os resultados de um inquérito efetuado a nível nacional:

“o ano passado, (...) perguntaram quem é que no País fazia mais, quem é que fazia a prevenção primária, 60% da população disse que era a Liga Portuguesa Contra o Cancro versus 20% em relação ao governo. Portanto daí repare bem a importância que a Liga adquire em relação a esta prevenção primária” (E1).

Se, por um lado parece poder concluir-se, daqui, a preponderância do papel da LPCC no que diz respeito à prevenção de cancro, reconhecendo-se que “ a Liga não compete com o Estado, a Liga coloca-se precisamente, digamos, nos intervalos que são deixados livres pelo Estado” (E1); por outro, considera-se que este discurso está imbuído de um sentimento a que não é alheio o facto de ser proferido pelo presidente da LPCC. Esta, é, aliás, uma

observação que precisamos de ter em consideração para todos os entrevistados. O modo como se referem à LPCC não é dissociado do papel que desempenharam e ou que continuam a desempenhar.

O reconhecimento do trabalho da LPCC parece ser legitimado pelos relatos de outros entrevistados:

“quando se fala em Liga, até hoje, as portas abrem-se, porque a instituição é credível e tem um peso grande na sociedade porque o que se faz é visível, portanto não levanta suspeitas ou dúvidas, recolhem-se fundos e as pessoas veem aplicados e na maioria dos casos quando recorrem à instituição, são respondidas” (E2);

“a Liga, a instituição em si é conhecida, não é, é muito conhecida, e só isso dá-nos segurança a nós, quando dizemos que é um projeto da Liga portuguesa Contra o Cancro, as pessoas já aderem com outra segurança porque sabem que é uma instituição com credibilidade” (E5);

“eu quero o protocolo para cada ano porque eu quero que a diretora assuma, quero que a diretora assine e quero que os pais também conheçam o projecto” (E7).

Este reconhecimento parece ser muito importante dado que, conforme se verifica nos folhetos da LPCC, esta é uma organização sem fins lucrativos, dependendo exclusivamente de donativos de empresas e dos cidadãos. É possível encontrar traços desta relação simbiótica no realce conferido pela Direção ao “contínuo e paciente esforço, no sentido de haver uma intercomunicação permanente entre Núcleo e população, válida nos dois sentidos: uma ação centrífuga de informação sobre cancro e uma outra centrípeta, de apoio material à nossa atividade” (Relatório e Contas 1985, p. 5). Uma das entrevistadas, refere a este propósito, “a Liga sempre desempenhou um papel muito importante na sociedade, com as carências económicas e tudo o mais, mas é uma mais-valia e isso vê-se na população, no reconhecimento que temos” (E2).

De forma mais contundente, é enunciado no Relatório de Contas de 1987 que se investiram “alguns milhares de contos, que foram totalmente recuperados e até ultrapassados por generosos donativos enviados pelos recetores da informação” (p.9), excerto que deixa transparecer um sentimento de orgulho face ao trabalho realizado. O mesmo sentimento é expresso pelo presidente do Núcleo Regional do Norte quando refere “a Liga digamos que é a organização não governamental com maior prestígio e notoriedade a nível nacional e, digamos também, a nível internacional” (E1).

A afirmação social da LPCC parece ter sido fortalecida pelo trabalho em rede, nomeadamente pelo estabelecimento de parcerias. Ainda assim o Presidente revela um posicionamento cauteloso considerando que embora a LPCC tenha bastante notoriedade, “as parcerias têm de ser muito bem pensadas, muito bem estruturadas, e sobretudo com parceiros idóneos e que efetivamente correspondam às expectativas que nós temos em todos os aspetos” (E1). Parece aqui vislumbrar-se um posicionamento tácito face aos acordos e protocolos que a Liga estabelece com outros parceiros sociais numa simbiose reconhecida por outra das entrevistadas ao afirmar que “as parcerias tornam-se fáceis de conseguir porque o nosso parceiro também fica com uma boa imagem para ele também ...é uma mais valia ser associado à nossa instituição” (E2).

Nesta linha, a análise documental permitiu também constatar que o “esforço da Liga portuguesa Contra o Cancro, em conjugação com o Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (foi) reconhecido, em reuniões e publicações da CEE como altamente relevante” a nível europeu (Relatório e Contas 1987, p. 7). Este facto é também realçado por Licínio (2014), no livro comemorativo dos 50 anos da LPCC – NRN, no qual reforça a ideia de que

“mediante os resultados das sondagens feitas nos 12 países que, em 1987, constituíam a CEE, Portugal ter sido considerado o país em que se registava maior melhoria de conhecimentos e esclarecimentos sobre a prevenção e o diagnóstico precoce de cancro” (p.36).

Apesar de terem passado já 30 anos sobre este feito, é curioso notar que este aspeto foi realçado, de forma espontânea, pelos dois entrevistados com cargos na LPCC, o que atesta da sua importância. Referem, assim:

“o próprio Programa Europa Contra o Cancro (...) fez um estudo comparativo e curiosamente Portugal aparecia nos lugares cimeiros, éramos pessoas super-informadas, e na altura a Liga achou que tinha tido um papel importante nesse resultado e eu acredito que sim” (E3);

“nós conseguimos a nível da Europa ser considerados o país que no espaço mais curto de tempo conseguimos adquirir um maior número de conhecimentos e graças à Liga Portuguesa Contra o Cancro, já nessa altura” (E1).

Ainda relativamente à relevância europeia que o trabalho da LPCC parece ter assumido nos primeiros anos de funcionamento do Núcleo Regional do Norte, realça-se o facto de a LPCC ter sido citada no Boletim da *Union*

Internationale Contre le Cancer (UICC), sendo “considerada modelar na reunião sobre educação nas escolas realizadas em Budapeste” (Relatório e Contas 1988, p. 7). Este mesmo trabalho foi apresentado em Dublin, numa conferência de Educação sobre o Cancro nas Escolas (Relatório e Contas 1989, p.9). O facto de a LPCC estar integrada em redes europeias como a *Union Internationale Contre le Cancer* (UICC) ou a *European Cancer Leagues* (ECL) trouxe, como argumenta a primeira coordenadora do Departamento de Educação para a Saúde, a

“mais-valias para a Liga na medida em que estávamos sempre a acompanhar o que se passava noutros países e a trabalhar dentro do possível em colaboração. Chegamos a ter projetos europeus em que fomos parceiros ativos e importantes e acho que isso também deu ali uma grande ajuda à dinâmica do departamento” (E3).

De realçar que esta representatividade europeia ainda se mantém atualmente, assumindo o Núcleo Regional do Norte a vice-presidência da *European Cancer Leagues* (ECL), podendo assim articular com outros países ações importantes na luta contra o cancro, nomeadamente a nível da pressão política. A este respeito, salienta-se o que o presidente da LPCC, na sua entrevista, considerou ser “uma grande vitória”:

“fizemos uma petição à Assembleia da República e um dos pedidos que formulava era que para além da equidade que deveria haver em tudo o que dizia respeito ao cancro, em relação à população em geral é que efetivamente criassem um grupo de reflexão de oncologia a nível de grupo parlamentar de saúde e isso acabou de me ser transmitido há dois dias pelo senhor presidente da comissão parlamentar de saúde da assembleia da república” (E1)

Em síntese, os discursos apontam para um importante papel social da LPCC na sociedade e em campanhas de sensibilização e de prevenção do cancro.

V.1.2 – A educação para a saúde/prevenção do cancro em contexto escolar

O reconhecimento por parte da Direção da LPCC que

“das coisas mais grandiosas que temos levado a cabo neste campo, (são) as que são dirigidas aos jovens, através dos cursos para professores do ensino básico e secundário, e também este ano, do ensino primário (...) abrangendo cerca de 400 escolas e muitas dezenas de milhares de alunos, e através deles as suas famílias” (Relatório e Contas 1986, p. 6)

parece ter sido o móbil para a criação, em outubro de 1989, do Departamento de Educação para a Saúde, já referido, de forma a melhor orientar as atividades. Segundo a coordenadora da altura, a criação desse Departamento foi importante porque “não havia nada sistematizado, a Liga servia de mediadora entre as escolas e os técnicos” (E3). Esta visão está também expressa no Relatório e Contas (1985) no qual se pode ser que o trabalho até então realizado “a nível das escolas, associações, clubes rotários, etc, dentro das possibilidades do restrito número de especialistas do IPO disponíveis para este tipo de ações” (Relatório e Contas 1985, p. 7) parecia já não bastar para corresponder aos objetivos da Instituição. Remetendo-se a esse tempo, a pessoa responsável pelas questões administrativas que acompanhou todo o desenvolvimento do Departamento recorda que

“... no início, quando o departamento foi criado (...) alguns desses técnicos continuaram a colaborar com o Departamento de Educação mas aí já era a Liga com uma estrutura que se deslocava com a colaboração desses técnicos (...) nós recorremos sempre tanto aos médicos como enfermeiros do IPO que eram os nossos colaboradores, para irem fazer essas ações” (E2).

É nesse período que se inicia o trabalho do DES na produção e divulgação de material informativo, cursos para professores de educação para a saúde e prevenção do cancro, concursos e comemorações de efemérides. Esta dinâmica é salientada por Licínio, (2014) quando refere que foram várias as iniciativas desenvolvidas “ em contexto escolar, nomeadamente projetos emblemáticos e na esteira das propostas a nível europeu como o *Clube Caça-Cigarros* (...) a que em 19 anos de projeto, aderiram mais de 100.000 sócios, alunos de ensino básico e secundário (...), o projeto Liga-te (...) e o projeto Jovens Promotores de Saúde” (Licínio, 2014, pp. 36-37).

Nas palavras da entrevistada que acompanhou todo este historial, “o Departamento traz uma diferença porque (...) abrimos o leque de públicos, de instituições em que íamos colaborar e mesmo de técnicos... E de projetos porque nós, quando se começou, era só palestras depois já com a criação do departamento surgiu a necessidade de criar um clube, de abranger os mais novos, mesmo cursos de formação para os professores já foi outra vertente, quer dizer, julgo que, julgo não, tenho a certeza, ao longo destes anos os projetos foram enriquecendo a campanha, a educação para a saúde” (E2).

Uma das professoras que foram entrevistadas recorda que “ainda nem se falava em educação para a saúde das escolas e já a Liga estava a

implementar, em colaboração com as escolas, o Clube dos Caça-Cigarros (...) para mim a Liga foi pioneira nesta área de educação para a saúde” (E5).

Para a então coordenadora do Departamento, que apenas se quis pronunciar sobre o período de tempo em que manteve contacto com a LPCC, “esse foi um período de 10 anos, eu acho que se fez um caminho grande e interessante” (E3). De realçar, no entanto, que a entrevistada deixa transparecer, no seu discurso, algum desinteresse quanto ao percurso que instituição fez após a sua saída, aludindo a compromissos profissionais que, então, assumiu e que não lhe permitiram ter “espaço para continuar muito atenta” (E3). No entanto, é também possível verificar, pela análise das suas palavras, algum orgulho pelo trabalho realizado:

“e ainda hoje recebo estudantes que quando descobrem que eu era coordenadora dos caça-cigarros tem uma emoção enorme porque foi, de facto, algo que os envolveu (...)às vezes descubro um estudante particularmente sensível a estas questões e quando vou a saber descubro que de alguma forma esteve ligado à Liga, fico com um sentimento de realização pessoal” (E3).

Analisando, quer através dos documentos que regulamentam a ação da LPCC, quer dos discursos dos responsáveis pela sua institucionalização, no trabalho desenvolvido pelo Departamento sobressai, essencialmente, o investimento na população jovem. A este facto parece não ser alheia a posição do presidente e a sua visão institucional, considerando que as instituições desta natureza devem estar orientadas

“para populações muito jovens, escolas secundárias e também universitários, a criação dos Jovens Promotores de Saúde que para mim são extremamente importantes, são a semente, são todos esses são digamos veículos para disseminarem a mensagem e nós sabemos perfeitamente que muitas vezes a juventude e sobretudo as camadas mais jovens são aquelas que são mais agressivas, mais incisivas, para com a família, para com os pais, para não terem comportamentos de riscos e para adotarem sistemas de vida mais saudáveis” (E1).

A este propósito, ficam alguns relatos dos professores entrevistados, quando se reportam aos alunos, e que ilustram bem esta capacidade mobilizadora dos mais novos:

“professora, eu já não posso, nem eu, nem a minha família, nem os meus vizinhos já não podemos ouvir falar mais de cancro colo-retal porque desde que a professora fez aquela sessão e falou na aula da colonoscopia eu já não aguento o meu filho”. Eu achei aquilo o máximo em feedback sobre um trabalho que estava a ser feito. Porque aquele miúdo levou e eu soube que ele levou para casa, ficou preocupado, e

preocupou e andou a falar a toda a gente que conhecia e isso foi a melhor coisa que me podiam ter dito” (E4);

“os alunos levam, já sabemos que os alunos são como as cantarinhas, não é, levam a informação, transportam de um lado para o outro, são os veículos, de informação. Mas, por exemplo, nesta turma são os pais que estão a colaborar com os filhos e a fazer o pulmão em madeira e tal e é a família toda que está envolvida no projeto. “ (E5);

“eu quando mando para casa, os pais já sabem do que se trata e colaboram também porque os pais muitos vê-se que há trabalho dos pais ali. Há um trabalho transversal entre os pais e filhos; os filhos fazem as coisas em casa, fazem com a ajuda dos pais. os pais não são ativos na escola mas são ativos em casa” (E7).

O projeto Clube Caça-Cigarros, constituiu uma forma que o Departamento encontrou de promover a prevenção tabágica junto das escolas do ensino básico, tal como é enunciado no Relatório e Contas (1989):

“o clube arrancou de facto em janeiro de 1990, alastrando rapidamente a várias escolas (...) em dezembro, havia já 3.046 sócios destes clubes, o que denota o grande dinamismo e a rapidez com que se tem expandido a nível das escolas, nomeadamente entre jovens dos 8 aos 14 anos” (Relatório e Contas 1989, p. 6).

Esta ideia sobre o projeto Clube Caça-Cigarros, é reforçada no Relatório e Contas (1990) no qual se considera ser um projeto altamente mobilizador das escolas e dos alunos devendo, por isso, nas palavras da Direção do Núcleo, “ser apoiado sem hesitações”(p.15). Um dos professores entrevistados menciona,

“atividades diversas numa linha oposta que pretendia fazer algo de bonito, algo de agradável, já com um sentido de reutilização, já nesses anos, de trocar um maço de tabaco por fruta, enfim, havia todo um conjunto de iniciativas que mostravam o quão agradável, o quão bom é podermos viver sem tabaco” (E6).

Outra das entrevistadas, professora dinamizadora do Clube lembra “que a gente passava na rua e via uma camisola dos Caça-Cigarros e pensávamos: aqui mora um Caça-Cigarros. E... era importante. “ (E5).

Estes relatos são indiciadores do impacto deste projeto que, pela leitura dos relatórios de atividades da década de 90, registou um crescimento exponencial de sócios até alcançarem os 100.000 sócios referidos anteriormente.

Os documentos analisados mostram que o Departamento de Educação para a Saúde, devidamente organizado e estruturado começou a receber novas solicitações, tendo-se mantido a mesma equipa ao longo dos anos. De

realçar o lançamento, em 1998, de um outro projeto denominado “Jovens Promotores de Saúde” com o qual se pretendia alargar o âmbito e campo de ação do Clube dos Caça-Cigarros, especialmente em relação ao seu conteúdo, passando de um foco na prevenção do tabagismo para a promoção de um conceito de saúde mais holístico. Como é referido no relatório de contas desse mesmo ano pretendeu-se, igualmente, apoiar os professores dinamizadores do Clube, formando jovens de modo a serem, eles próprios, assumir o papel de líderes e dinamizadores junto dos outros colegas da escola. (Relatório e Contas 1998, p. 4).

Relativamente ao trabalho desenvolvido pelas escolas e à sua permanência na rede constituída pelo Departamento, a leitura das entrevistas parece fazer antever que o “segredo” poderá passar por não ser um “fruto obrigatório”:

“o projeto é apresentado às escolas e só os que estão interessados é que aderem, se veem nisso, à partida, um ponto positivoporque se leram e gostaram do projeto e quando vão desenvolver já vão com outro espírito, e isso tem sido sempre assim” (E2);

“ li, já não me lembro onde, do Clube Caça Cigarros e então fui à Liga, saber como era, e gostei muito e implementei, já nesse ano, em 90, na Pêro Vaz de Caminha, o Clube Caça Cigarros, com o apoio da Liga Portuguesa Contra o Cancro” (E4);

“e depois para as escolas para onde eu ia eu levava o Clube comigo” (E5);

“A flexibilidade é importante vocês apresentam por meses, mas depois cada qual vai aceitar, vai buscar aquilo que quiser. É mesmo e eu acho que é importante haver essa orientação da vossa parte” (E7).

Passados 27 anos sobre a data da criação do Departamento de Educação para a Saúde (DES) ao analisar o trabalho efetuado, o presidente da instituição é peremptório ao afirmar que

“é evidente que é indiscutível que haver um departamento de educação para a saúde foi fundamental para que os resultados disparassem no sentido positivo e portanto na possibilidade que tem de envolver um maior numero de população, e conseqüentemente conseguirem levar toda a essa sensibilização, toda essa compreensão, do que é o cancro e sobretudo dos bons hábitos, hábitos de vida saudável e também portanto dos comportamentos de risco” (E1).

Claro que ao longo desses anos nem tudo terá sido fácil, quer em termos económicos, quer em termos de recursos humanos, como parecem revelar alguns excertos dos relatórios de atividades:

“tendo em conta que, em algumas áreas, estamos a ter dificuldades, tais como no Departamento de Educação para a Saúde, que envolve largas despesas que, embora

subsidiadas, em parte, pela CEE, têm tendência a aumentar” (Relatório e Contas 1992, p.14);

O controlo dos Clubes de Caça-Cigarros em todo o Norte do País começa a ser muito difícil e a exigir mais pessoal mas, no sentido de uma contenção de custos, vamos tentar que conseguir que a nível distrital haja um coordenador dos clubes caça-cigarros (...) e a nível do Ministério da Educação, conseguir que aos professores que se dedicam a estes clubes, esta atividade lhes seja contada como tempo curricular de modo a motiva-los para esta atividade extremamente importante (Relatório e Contas 1992, p.14).

Estas dificuldades, no entanto, parecem ter sido ultrapassadas pois, 24 anos passados sobre a data desses relatórios, os projetos continuam em andamento e o apoio às escolas é percecionado como muito positivo, conforme se pode depreender dos relatos transcritos:

“porque reunimos todos os anos antes do início do ano letivo e o DES propõe sempre uma série de ideias e outros colegas propõem outras ideias ...e isso é uma grande ajuda não é? ter uma instituição como a Liga por trás a propor nós sabemos que essas propostas vão trazer também alguns materiais e alguma ajuda por trás ... estou-me a lembrar dos folhetos , a publicação das nossas coisas que nós gostamos muito de ver as nossas fotografias, as nossas escolas” (E4);

“e depois tinha outra vantagem que eu gostava imenso na Liga que era: nós tínhamos a documentação já preparada e portanto nós só tínhamos que preencher... aquela parte que nos obriga a pensar como é que vamos dar início? Já estava. E portanto era fácil para nós, por exemplo, eu entrava nalguma escola: eu já tinha o projeto todo estruturado para o implementar naquela escola” (E5).

Apesar destas visões positivas, relativamente ao trabalho da LPC com as escolas, é de realçar que um dos professores entrevistados cuja escola não se encontra na rede de trabalho da LPCC referenciou sentir que “ a Liga está um pouco distante das escolas, acho que deveria voltar a ter um papel mais ativo, mais preponderante” (E6), o que deverá constituir uma preocupação no sentido de intensificar a comunicação com escolas não pertencentes à rede.

Fazendo uma reflexão final sobre o trabalho que a LPCC vem desenvolvendo com as escolas no âmbito da educação para a saúde/prevenção de cancro em contexto escolar parece poder inferir-se que as pessoas responsáveis por esse trabalho, têm sabido adaptar-se ao desenrolar dos tempos e aos desafios que foram sendo colocados. Como anota uma das entrevistadas, ainda atualmente o Departamento de Educação continua a procurar novas áreas de ação:

“nós mantendo o público jovem, também abrimos o leque às outros (...) faz todo o sentido nós deslocarmo-nos a centros de dia, a empresas, porque algumas das pessoas que trabalham nesses locais não tiveram acesso enquanto estudantes ou porque não continuaram a sua escolaridade, não é, não tiveram acesso a alguma informação “ (E2).

Em síntese, a análise dos discursos realça o papel preponderante da LPCC em contexto escolar, demonstrando capacidade de acompanhar a evolução dos acontecimentos adaptando-se e apresentando propostas que respondem às necessidades dos intervenientes nos contextos.

V.1.3 –Educação e literacia para a saúde

A sensibilização da população e do poder político para a doença oncológica constituíram, desde a primeira hora, um dos objetivos da LPCC, pelo que “a divulgação, por vários meios, das noções de profilaxia através da educação do público com vista ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno dos estados pré-cancerosos foi um dos trabalhos mais intensos e significativos, não só na luta contra o cancro mas também na promoção da educação para a saúde” (Costa e Pita, 2011, pp. 44). Passados 75 anos da criação da instituição a nível nacional, 52 no Núcleo Regional do Norte e 27 do Departamento de Educação para a Saúde, importa perceber se o objetivo está a ser cumprido e de que formas está a ser posto em prática.

Relativamente a esta dimensão, os entrevistados consideram que a sociedade reconhece a gravidade da doença e que “é possível de alguma forma atuar quer ao nível da prevenção secundária quer a nível da prevenção primária” (E3). Para tal, parecem contribuir os projetos desenvolvidos pela LPCC pois, segundo outra das entrevistadas, eles têm permitido “desmistificar alguns mitos (e) as pessoas ficam satisfeitas (...). Por exemplo, existência de um dos projetos, a *Biblioteca Humana*²⁹ (...) mudou muito a perspetiva do que a sociedade vê no cancro” (E2). Também da análise das entrevistas efetuadas aos professores é possível constatar este reconhecimento pelo trabalho efectuado pela Liga na informação dos professores, dos alunos e das pessoas, em geral, sobre aspetos relacionados com a prevenção do cancro:

“acho que as pessoas neste momento estão mais recetivas e já não se fecham tanto e acho que sempre que há uma sessão destas noto mais interesse por parte das pessoas, já toda a gente fala abertamente, do cancro, já alguém tem alguém que tem na família, e

²⁹ Projeto baseado na iniciativa Human Library (disponível em <http://humanlibrary.org/>) e que visa combater o preconceito através de diálogo com pessoas reais que contactam, no caso concreto da LPCC, com o cancro em diferentes perspetivas: doente, voluntário, técnico de saúde ou investigador

acho que a Liga teve um papel muito importante nisto nas sessões que se vão fazendo, nos esclarecimentos, mesmo a nível de televisão, eu acho que sim” (E4);

“a Liga teve um papel fundamental, lembro-me que nós estávamos presentes na altura em centenas de escolas a nível norte e, por isso, esse trabalho deu frutos, pronto, levou a que houvesse essa parceria muito próxima e tudo aquilo que se concretizou, os projetos, as atividades, as sensibilizações, os colóquios, levaram a que nós tivéssemos hoje um grupo de jovens muito mais informado, muito mais sensibilizado para essas questões relacionadas com a prevenção e com a saúde” (E6).

Todas estas opiniões parecem reforçar a impressão expressa pelo presidente da instituição:

“a população acredita naquilo que nós temos vindo todos os dias, diariamente e de todas as maneiras e mais algumas, não só pessoal, como através da divulgação de um determinado número de atividades, dos nossos cartazes, das nossas mensagens dos media. A população sabe que a incidência está a aumentar, vai sabendo e vai conhecendo, (...) mas cada vez mais eles também estão a reconhecer que apesar da incidência aumentar é muito importante o diagnóstico precoce da doença e que por isso e graças também à melhoria dos tratamentos, a mortalidade é cada vez menor” (E1).

Como se depreende deste testemunho há uma crença genuína por parte do presidente da Liga de que esta Instituição tem tido um papel central na educação e literacia para a saúde da sociedade portuguesa, em geral.

Relativamente a este ponto, de realçar também a opinião expressa pela primeira coordenadora do Departamento:

“eu acho que o cancro não pode ser o tema da agenda. O tema tem que ser a saúde, as abordagens (devem ser) mais horizontais, mais dirigidas aquilo que são determinantes gerais de saúde, eu acho que o objetivo deve ser tornar as pessoas mais capazes de cuidar de si, de promover a sua saúde, de assumir a saúde como um recurso importante da sua vida “ (E3).

Esta é uma visão que revela a importância de uma abordagem holística de saúde, tal como foi expressa na Carta de Ottawa e em outros documentos abordados enunciadores da política de educação para a saúde, a que nos referimos anteriormente neste trabalho. Apesar de teoricamente fundamentada, esta abordagem parece ter dificuldade de implementação nas escolas pois, quando questionados os professores quanto às estratégias utilizadas, parece que a distribuição de informação continua a ter um papel preponderante levando mesmo uma das nossas entrevistadas a referir que “pouco se evoluiu (apesar da) investigação dizer que dar informação é importante mas não chega, não é” (E3). Ao aprofundar um pouco mais esta questão, parece, no

entanto, que esta opinião pode não pode ser generalizada. Os relatos de outros professores entrevistados deixam antever algumas tentativas de superação desta dificuldade, parecendo apontar no sentido do aumento de literacia e *empowerment* dos alunos:

“desde que existe a educação para a saúde foi decidido que seriam dois alunos de cada turma que vão assistir às sessões e depois são responsáveis por transmitir aos colegas, o que é uma coisa muito importante (pois) têm um papel perante o diretor de turma que os escolheu (e) também não querem ficar mal na frente dos colegas “ (E4);

Como jovens promotores de saúde, acabam por se questionar: “temos que falar? Pronto, eu falo”... e desenvolvem outras competências e já não veem ridículo de nada, de estar exposto em frente aos outros. Eu acho que é uma mais-valia. E tem outra vantagem: é que é a prevenção. Eles comprometem-se a não fumar. e estão atentos: “Ah, mas aqueles estão a fumar”... “Aqueles não são da nossa guerra” (E5);

“eu acho que o trabalho de sala é importante mas o trabalho de fora de sala de aula... eu sei que às vezes passa só por uns cartazes, passa só por uns filmes, passa só por uma exposição, mas a mensagem passa assim. Eu acho que essa é uma, continua a ser uma boa estratégia para chegar” (E5);

“eu diria que tudo aquilo em que o aluno é obrigado a “meter a mão na massa” funciona melhor. (...) penso que quando eles eram obrigados, não é, entre aspas, por isso, a pensar numa forma séria para poder produzir uma imagem ou um desfile, ou uns jogos, jogos de tabuleiro, de mesa, por exemplo, que também muito fazíamos, essas imagens são aquelas que perduram para a vida. Quando apenas os alunos, como é hoje uma grande maioria dos casos, apenas se limitam a ouvir, enfim exploração teórica de um assunto, fica alguma coisa mas como nós sabemos, quando nós não realizamos, não concretizamos, muito pouco fica” (E6);

“E depois no fim da caminhada há sempre uma reflexão e este ano foi mesmo uma reflexão sobre como funciona o cancro e tudo o mais. Claro que esses materiais são todos da liga. (...) estes desdobráveis estão neste armário e os alunos sempre que vêm cá podem tirar qualquer panfleto. Só fica mesmo com o panfleto quem o quer de facto. “ (E7);

“se o aluno tem uma alimentação saudável, ele tem direito a um carimbo; quando um aluno faz para qualquer coisa da saúde, um cartaz tem um carimbo, chegando ao final, quem tiver a caderneta cheia, tem direito a outra que vou buscar à liga, e tem direito a um brinde” (E7);

“E eu tenho alguns alunos, que “oh professor encontrei há pouco a minha caderneta” e é uma referência porque eles, alguns não guardam nada, mas outros guardam tudo e quando encontram vão rever e dizem e essas.... É sempre bom, é sempre bom” (E7);

“levar à tomada de consciência. Eu tive um pai que me disse assim, “oh professor, você veja lá o que é que diz aos alunos. Então eu ia lavar o meu carro e o meu filho disse que eu tinha que por a água no balde. E que eu que estava a fazer mal, andava aí a

desperdiçar. Oh, aquilo está-me a dar tanto trabalho! Aquilo demora muito mais tempo!!!" (E7).

Estes testemunhos evidenciam que as ações de educação para a saúde se inscrevem num amplo leque de intenções, desde uma perspectiva mais relacionada com os valores e atitudes até uma visão mais dirigida para a prevenção de comportamentos saudáveis.

Questionados quanto às práticas da educação para a saúde, os professores entrevistados referem ter havido evoluções “quanto aos assuntos explorados.... percebe-se que a esta diz respeito a uma maior abertura quanto aos temas tratados pois as pessoas “falam mais abertamente (...) não escondem tanto esses problemas, portanto nota-se uma evolução nisso” (E4).

Por outro lado, da análise das entrevistas é possível também constatar alguma falta de coerência, ou de articulação inter-setorial, quanto aos temas abordados parecendo o exemplo do tabagismo o mais claro a este nível:

“Porque na escola não se fuma, mesmo. Fuma-se fora da escola. Mas muitas vezes à porta da escola estão os pais deles a fumar à espera deles, portanto isso é sintomático, não é, portanto nós dentro da escola damos umas informações mas a família dá outras e está à espera deles com um cigarro na mão à volta da escola, fica tudo cheio de beatas, os professores que não podem fumar dentro também vão fumar lá para fora” (E4);

“Como dentro da escola é proibido, dentro do recinto escolar é proibido fumar, não se vê tantos fumadores, mas vê-se à porta. Temos lá dois funcionários e um professor, dois professores que vão para a porta fumar (...) Parece, parece que não será tão importante. Mas a verdade é que lá fora continua a haver fumadores, as famílias dos nossos alunos continuam a ter fumadores, e se o tema não for falado na escola eles vão seguir o mau exemplo que têm à frente” (E5).

A propósito do tabagismo, realce para a opinião de um dos professores que mencionava ser “a favor do choque” (E7)

“Eu concordo com as campanhas que fazem nos maços de tabaco. Porque eu sei que quem fuma não vai olhar para aquilo, mas os alunos sabem, eles veem, são eles que me dizem algumas mensagens que aparecem lá. Porque às vezes as mensagens que estão no tabaco não é para quem fuma, mas há outros que leem e sabem essas mensagens e quanto maior for agressivo eu acho que funciona. ... Claro que depois tem de ser explorado!” (E7).

Quando questionados quanto à transversalidade na educação para a saúde, os entrevistados deixam transparecer, nas suas respostas, algum esforço nesse sentido em momentos pontuais e no que diz respeito à operacionalização das atividades, apesar de se registar, igualmente, algum desencanto e descrença:

“com o grupo de história na violência, fizemos o dia da mulher com o grupo de história, com o grupo de moral fazemos sempre na campanha de recolha de dinheiro para a Liga, o grupo de português às vezes também entra.. outros nem tanto, o grupo de EV e de ET entram sempre, a montagem da passerelle para o desfile de chapéus

ou mesmo o arranjo das salas onde se fazem as sessões, ou os corações ou os laços que fizemos para o dia do cancro da mama” (E4);
“é uma parceria extremamente interessante porque ao fim e ao cabo nós estamos a trabalhar a imagem, nós estamos de novo a reforçar aquilo que os colegas, quer das ciências quer da educação moral já o fizeram” (E6);
“Isso é muito bonito e fica muito bem nós deixarmos isso registado em ata” (E6).

A quantidade de atividades desenvolvidas pela LPCC nos últimos anos parece ter aumentado numa proporção que leva o seu responsável máximo a questionar se não seria melhor haver uma concentração “em menos atividades e talvez essas atividades serem mais amplas” (E1). Esta preocupação parece justificar-se com algum receio de que informação se possa “vulgarizar” argumentando ser “por isso que muitas vezes, nós fazemos as campanhas sobretudo a nível nacional porque tem que ter algum impacto” (E1).

Ora, este impacto, parece nem sempre ter sido fácil de medir/avaliar. Como lembra uma das entrevistadas, “o trabalho só tem resultados num espaço de 10, 20 anos” (E3), o que faz com que nas escolas, como refere uma das professoras que entrevistámos, nunca se saiba se de facto há mudança de atitudes: “Se as mudam na realidade nós nunca sabemos, mas que mostram intenção... sim” (E4).

A preocupação com a adaptação da mensagem aos públicos parece ser outro dos pontos fortes das estratégias da LPCC, referidos pela maioria dos entrevistados como sendo diferenciador das estratégias adotadas pelo DES, como se pode verificar nos excertos transcritos de seguida:

“isso foi sempre diferente do início (...) nós fazemos uma ação, corre bem, as pessoas gostam, depois elas próprias falam ou se forem... Passam para outros meios que às vezes recebemos convites de outras instituições que nós nem sequer temos uma ligação, (porque) gostou da maneira como se aborda, da parte informal que quase todos os técnicos que passaram pelo departamento e a maneira como abordam isso é sempre referido, a maneira informal como passam uma mensagem forte e às vezes não tão séria, tao incisiva...isso também é...é um ponto forte” (E2);

“Eu gostei imenso daquela apresentação dos livros com a alimentação. Foi do melhor. Porque lá está: é uma outra perspetiva de se falar da alimentação sem ser a roda dos alimentos que toda a gente sabe mas ninguém cumpre” (E5);

Nos últimos anos talvez aquilo que tem sido mais trabalhado nas escolas seja por exemplo o cancro da pele. (...) a minha escola como está perto da praia, dá uma ênfase e um enfoque, por isso, a esse tipo de cancro, se calhar mais até do que ao tabaco. (E6);
“eu acho que quando se fala no cancro é que eles começam a perceber melhor porque é que a comida saudável é importante para nós (...) chama mais a atenção” (E7).

Destes depoimentos parece poder considerar-se que o DES foi ajustando a sua agenda à agenda política, em termos de saúde, nomeadamente quando é referido que nos últimos tempos o “cancro da pele” assume centralidade nas ações desenvolvidas nas escolas.

No entanto, valerá a pena ter em linha de consideração a opinião de uma das entrevistadas, atualmente professora universitária na área da psicologia da saúde:

“muitas vezes há um grande desfasamento entre aquilo que vai sendo estudado e a área da educação para a saúde tal como todas as outras tem que começar a avaliar o que faz e pesar as vantagens e desvantagens de atuar desta ou daquela forma (...é necessário) avaliar o impacto real de se gastar muito dinheiro a fazer manuais, folhetos, palestras e em que é que aquilo se traduz de facto no bem estar das pessoas” (E3).

A análise parece permitir deduzir que tem havido uma organização tácita por parte da LPCC no sentido de implementar estratégias que contribuam para ampliar o leque de atividades com os jovens e escolas que cooperem para a sua literacia em saúde, e, simultaneamente, contribuam para a sua legitimação social.

V.1.4 – Fatores adjuvantes e constrangimentos

Quando abordados quanto aos fatores que auxiliam no trabalho da LPCC, nas palavras do seu presidente há 12 anos, o contato com o doente é considerado fundamental. Argumenta que esse trabalho permitia aos técnicos

“identificarem as dificuldades do dia a dia dos doentes e conhecerem as dificuldades também dos problemas da prevenção, tanto primária como secundária, dos tratamentos, do diagnóstico e do *follow up*, portanto, e inclusivamente inúmeras situações sociais que são extremamente gravosas e que só efetivamente quem está no terreno consegue ter conhecimento no campo das necessidades, o que é muito importante” (E1).

Esta ideia é também reforçada pela funcionária administrativa do Departamento ao refletir sobre a especificidade do contributo da LPCC para o trabalho desenvolvido nas escolas:

“eu acho que a nossa mais valia é mesmo os técnicos que também têm contato com a própria doença, eu acho que os próprios técnicos também são diferentes, a maneira como se, como se passa a mensagem da prevenção” (E2).

Outra mais-valia reconhecida pelos entrevistados no âmbito parece ser o grupo de professores que incorporam a rede de trabalho da LPCC nas escolas:

“uma mais valia são os professores que continuam muito disponíveis, muito motivados para o trabalho na área da saúde, coisa que eu acho que entretanto foi desaparecendo, fruto de um certo cansaço, de uma certa frustração com todo o sistema educativo em geral, por isso eu acho que hoje é um desafio muito maior trabalhar nesta área do que o foi quando nós iniciamos o projeto” (E3);

“É na base do voluntariado e das horas... por exemplo, eu que muitos anos tive horas para o Clube, neste momento não tenho. Há 4 ou 5 anos que não tenho. E não tenho e não estou a conseguir. E não estou a conseguir dinamizar as atividades” (E5).

Para a manutenção destes professores nos projetos, apesar de todas as dificuldades, parece concorrer o trabalho em rede e de proximidade que a LPCC sempre privilegiou, como se depreende dos relatos transcritos de seguida:

“o trabalho de facilitação logicamente passava por disponibilizar o meu trabalho, disponibilizar fundos mas também a presença (...), com uma energia genuína, e eu acho que isso passava para os professores e como passava para os professores eles também se sentiam muito gratificados e acho que era tudo isto que mantinha...” (E3);

“a melhor coisa é o trabalho em rede. E eu própria tenho tirado algumas ideias de colegas que falam lá e eu faço porque estive com elas numa reunião promovida pelo Departamento e em que também absorvi informações e ideias também para fazer na minha escola. E com certeza que elas também absorvem algumas daquelas que eu vou fazendo não é” (E4).

A experiência é focada por uma das entrevistadas, como útil uma vez que facilita “alguns contatos constantes, ou com autarquias, ou com escolas e o à vontade com que nós... Acho que isso nos ajuda em termos de desenvolver as ideias, os projetos que temos” (E2).

Na transmissão da mensagem, os *mass media* parecem continuar a ser parceiros privilegiados como parecem ter sido, aliás, ao longo de toda a história da LPCC, tal como se verificou na análise documental efetuada. Refletindo também sobre esta ideia, o presidente da Liga afirma que a comunicação social “é um grande parceiro, porque (o cancro) foi e continua a ser um dos focos de atenção dos media, ainda hoje, conforme viu³⁰, (...) isto sendo mediatizado vai com certeza ser aglutinado e repensado por algumas

³⁰ (No dia em que decorreu a entrevista) chegou à Liga um jovem que percorreu 1800 km pelo cancro e pela causa do cancro e que veio dar um donativo de 6500 euros à Liga e deu outra metade para o Cancer Research UK

peças” (E1). Outra das entrevistadas alerta, no entanto, para a necessidade de se formarem os profissionais da comunicação social para transmitam de “forma positiva pois, às vezes uma só notícia consegue destruir trabalho de muitos anos o que gera muita frustração e muita perda” (E3).

Já no que diz respeito a dificuldades, e tendo em conta o caráter de entidade não governamental sem fins lucrativos, a questão financeira foi abordada pela maioria dos entrevistados, como se pode verificar nos excertos transcritos de seguida:

“Eu não diria que é o maior obstáculo mas digamos que é a barreira que nós tentamos diariamente ultrapassar, quer dizer, nos efetivamente temos que ter uma organização saudável do ponto de vista económico e financeiro, se nós não tivermos uma instituição desse género teremos sempre dificuldades em avançar. Felizmente aqui no norte e na liga nacional em geral, nós temos conseguido ultrapassar todas as barreiras e efetivamente as nossas atividades são cada vez mais abrangentes e em maior número” (E1);

“como a Instituição está mais forte também é mais fácil, não é, termos acesso a meios para nos podermos deslocar, sei lá, (...) aqui há uns anos atrás tínhamos menos viaturas, era mais difícil deslocarmo-nos porque estávamos mais condicionadas, por exemplo” (E2).

Talvez decorrendo e sendo justificada por esta, surge outra dificuldade, também ela reconhecida de forma transversal, pela maioria dos entrevistados: a falta de recursos humanos para desenvolver o trabalho de educação para a saúde. Os excertos seguintes ilustram o sentir dos diferentes entrevistados relativamente a este assunto:

“Eu digo com toda a honestidade acho que vocês são poucas, os colaboradores são poucos para aquilo que fazem. (...) Vejo, por exemplo, que a coordenadora muitas vezes provavelmente devia ter um momento de reflexão que não consegue ter devido às inúmeras solicitações para que é chamada (...), e eu sei que faz trabalho de casa e não mete horas extraordinárias, mas sei que isso é desgastante” (E1);

“Dificulta o facto de o coordenador de saúde ter as mesmas horas do que tem um colega, de ter exatamente as mesmas horas, de não ter redução no seu horário (...) dificulta o facto de os próprios colegas do departamento não serem sensíveis a esse facto e acharem que aquele colega também tem de participar em todas as outras atividades do departamento como se não tivesse aquele projeto” (E4);

“É verdade que nós antes tínhamos mais tempo para estar, para desenvolver projetos, para pensar” (E5);

“penso que o grande obstáculo é mesmo a falta de espaço, de tempo, de podermos trabalhar com as crianças essas atividades, esses projetos” (E6).

Uma das entrevistadas, no entanto, sugere uma medida que, embora discutível, pode fazer sentido, especialmente sendo a LPCC conhecida pelo seu espírito de missão e tendo no voluntariado a sua grande força:

“(o voluntariado) até não só nos universitários, mas outras pessoas que queiram colaborar, estou a pensar em alguns professores que estão na pré-reforma ou que até já estão mas que trabalharam com o projeto ao longo que podem estar interessados em continuar no sentido de nos ajudar a irmos a outras escolas e nos fazerem a ligação” (E2).

Revê-se aqui o apelo ao compromisso que, curiosamente, foi citado por uma das entrevistadas como algo em falta na juventude: “esta irresponsabilidade, o sentimento que a sociedade lhes deve e eles não devem nada a ninguém. Eu acho que isto é uma postura desta geração” (E5).

Ainda neste capítulo relativo aos recursos humanos, outra questão é aflorada, nomeadamente a motivação que apresentam para trabalho de educação para a saúde:

“acho que nas escolas houve um retrocesso fruto também de uma certa crise que existe no sistema educativo em geral, esta questão de se selecionar os professores que tem associados à educação para a saúde quase como um castigo e a experiência que eu tenho é que são os novatos e aqueles que estão distraídos que levam com a responsabilidade, não ajuda muito” (E3);

“ou eu já tinha tantos cargos que não podia ser coordenadora de educação para a saúde ou acharam que não porque o que me deu a sensação foi que o coordenador de educação para a saúde era para ocupar aquelas três horas era a quem desse no horário que davam porque estive um colega de História, estive um colega de Geografia, agora está a colega que está na Direção...” (E5).

O apoio dos cargos de poder é também referenciado, transversalmente, pelos entrevistados como parecendo influenciar de forma decisiva o trabalho desenvolvido, nomeadamente em contexto escolar:

“a direção, é muito importante uma direção da escola que esteja sempre connosco e que nos apoie e que goste, como eu tive, que goste, que vibre, que queira saber mais, que esteja presente nas sessões, a receber os meninos” (E4);

“A direção da escola é essencial porque se for uma direção que já esteja motivada e que já esteja sensibilizada para a causa da educação para a saúde muito bem, as coisas andam. Se não estiver as coisas emperram. E se a direção não permitir ou dificultar, a coisa não vai” (E5);

“as direções das escolas, do agrupamento são de alguma forma um obstáculo (...) porque recebem informação, comunicações e não as partilham eventualmente (...) se calhar os professores não estão sensibilizados para dar continuidade aos projetos, às ideias, às atividades, porque já existe também um conjunto de atividades forte eventualmente na escola, no agrupamento”(E6);

“a direção da escola, não impede nada; também não sugere, mas depois, e eu gosto de ouvir, quando é na caminhada, no protocolo "dou-vos os parabéns, a vocês e a quem vos orienta" e eu gosto de ouvir! Todos nos gostamos de ouvir assim umas palavras de elogio” (E7).

No que diz respeito às atividades desenvolvidas, a nossa experiência profissional no Departamento de Educação para a Saúde da LPCC permite-nos considerar que, apesar de se manter a ideia expressa no remoto ano de 1988, segundo a qual a LPCC Não se podia dar por satisfeita “com a realização dos objetivos já considerados (sendo importante) ter imaginação e criatividade para que a nossa atuação seja atual e na dianteira da luta contra o cancro, nos aspetos que à Liga dizem respeito” (Relatório de atividades, 1988, p.16), o atual presidente considera importante, tal como já se referiu, “a concentração em menos atividades e e em atividades de carácter mais amplo” (E1). Apesar de referir que esta ressalva não se dirige “especificamente do departamento de educação para a saúde”, reforça a importância da articulação entre os vários departamentos, no sentido de os resultados serem mais visíveis” (E1). Em concordância com esta ideia, consideramos importante refletir aqui sobre a possível necessidade de “reequilibrar” as atividades desenvolvidas pela LPCC como um todo, tendo em conta o crescimento que esta instituição alcançou ao longo dos últimos 27 anos e novas áreas de trabalho se juntaram à da educação para a saúde. Nas palavras de uma das entrevistadas: “uma das áreas da liga que fiquei muito satisfeita em ter tido outra dimensão e implementação foi a abertura do apoio quer telefónico, quer através de um serviço de consultas” (E3).

Curiosamente, outra das entrevistadas refere os anos de experiência como uma dificuldade. Por suas palavras:

“às vezes é aquela coisa como já fizemos tanta coisa, caímos às vezes em alguns hábitos, também, alguns erros, se calhar... Ah... E podemos às vezes não arriscar tanto porque achamos "ah, já se fez isto e não deu", e não queremos experimentar” (E2).

Contraopondo a esta ideia, surge o sentir manifestado pelos quatro professores entrevistados de que a relação que se estabelece facilita o trabalho de educação para a saúde, assim como a continuidade, o conhecimento do meio e das pessoas. Talvez este fator seja, de alguma forma, equilibrado pelo facto de, como constata uma das professoras entrevistadas, “continuar a ver

muita gente nova que vai aderindo aos projetos da liga, e portanto é porque valem a pena porque em algum momento as pessoas viram e reconhecem que o projeto era importante” (E5).

As palavras do Presidente da LPCC corroboram estas opiniões quando refere:

“a inovação é boa porque permite melhorar, corresponde a melhorias e melhorias em todos os aspetos; é a possibilidade de poder chegar mais à população, mais a determinado número de pessoas e, quer dizer, e adaptar essas mensagens e essa educação e essa sensibilização, às diferentes épocas. Digamos, há uma adaptação constante do vosso departamento. Que tem feito” (E1).

Em síntese, os discursos apontam para as vantagens de um trabalho em rede, continuado e em que o contato pessoal e a relação assumem um papel primordial. Por outro lado, as dificuldades identificadas remetem para macro-fatores como os recursos financeiros ou as orientações de gestão e curriculares. Transversal, no entanto, aos discursos, é a motivação e o empenho, características do voluntariado que será uma das mais-valias do trabalho desenvolvido pela LPCC – NRN.

V.2 –Triangulação de dados

Analisando todos os dados recolhidos, procura-se agora fazer uma síntese, uma triangulação dos mesmos que aumente o crédito da interpretação efetuada (Stake, 2012), realçando pontos de convergência e de divergência.

Assim, relativamente ao trabalho desenvolvido pela LPCC – NRN, todos os intervenientes concordam ser um trabalho útil e que tem vindo a revelar resultados, nomeadamente no que diz respeito ao conhecimento que a população revela sobre a doença oncológica, fatores de risco e formas de prevenção. O mesmo é corroborado pela análise documental efetuada, nomeadamente pela leitura dos relatórios de atividades ilustrativos do desenvolvimento dos projetos e do reconhecimento da comunidade, bem como da melhoria de conhecimentos relativamente à doença oncológica.

No que diz respeito à educação para a saúde e prevenção de cancro em contexto escolar, os discursos não são tão unânimes, notando-se alguma clivagem nomeadamente no que diz respeito às mensagens e estratégias a utilizar. Assim, apesar dos entrevistados reconhecerem que a estratégia

informativa por si só não será a que apresenta mais resultados, a análise dos relatórios de atividades e de registos visuais revela que a distribuição de folhetos e a dinamização de sessões de esclarecimento continua a ser praticada. Quando questionados relativamente a este facto, os intervenientes realçam que, apesar disso, são feitas abordagens no sentido de promover uma informação esclarecida e consciente. A tal facto não serão alheias as dificuldades identificadas, transversalmente, por todos os entrevistados, relativas a constrangimentos financeiros, limitações de horários e falta de recursos humanos para desenvolver atividades de educação para a saúde. Estes mesmos constrangimentos são documentados em relatórios da LPCC – NRN em que se reconhece serem fatores limitativos para o desenvolvimento de outro tipo de atividades de educação para a saúde.

De realçar, no entanto, os fatores adjuvantes identificados, de que se destacam o trabalho em rede e as parcerias, que parecem, de alguma forma, mitigar estas dificuldades, permitindo a continuidade do trabalho em contexto escolar, com os mais jovens, que são igualmente reconhecidos, por todos os entrevistados, como o público-alvo prioritário.

Apesar disso, o aumento de literacia em saúde é um objetivo a alcançar com todas as idades e que consta das finalidades da LPCC – NRN como se pode verificar pela leitura dos Estatutos da Instituição. Relativamente a isto, se os interlocutores mais relacionados com a LPCC – NRN consideram ser uma área em que se estão a alcançar objetivos, ao analisar os discursos dos professores entrevistados, percebe-se que o trabalho com pais, por exemplo, está a ser feito através dos alunos, recorrendo à sua capacidade mobilizadora. Será, no entanto, uma área a investir de futuro, tornando realidade a ideia de uma educação para a saúde ao longo da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta parte do trabalho é nossa intenção construir uma síntese global do estudo realizado e apontar as principais ideias a que chegamos nesta investigação, tendo em conta os objetivos e as questões que a o orientaram.

Iniciamos com uma abordagem teórica sobre o binómio saúde/doença esclarecendo os conceitos à luz de vários autores (Boorse, 1975; Simmons, 1989; Paúl e Fonseca, 2001; Boruchovitch e Mednick, 2002; Balog, 2005; Canguilhem, 2009; Loureiro e Miranda, 2010; Gavidia e Talavera, 2012) e argumentando sobre a sua relação com a dimensão social e cultural e sobre a adoção de uma atitude remediativa, preventiva ou de promoção de saúde. Entre outras ideias, sublinhamos aqui a ideia que remete para uma premente mudança do conceito de saúde para um entendimento mais dinâmico, baseado na resiliência ou capacidade para lidar, manter e restaurar a integridade individual, o equilíbrio e o sentimento de bem-estar (Antonovsky, 1979; Buss, 2000; Huber et al, 2011; Gavidia e Talavera, 2012). Constituindo o contexto escolar um espaço privilegiado para a realização de atividades de educação para a saúde esse foi também um enfoque sobre o qual refletimos. Assim, a trajetória passou por uma contextualizada do conceito de educação para a saúde, e sua evolução, (Freudenberg et al, 1995; Dias et al, 2004; Buchanan, 2006) e por uma reflexão sobre uma abordagem neste domínio em contexto escolar (Navarro, 1999; Loureiro e Miranda, 2010). Uma reflexão sobre o tema “literacia em saúde”, revelou-se pertinente e constituiu o último tópico do capítulo II. No quadro da linha argumentativa seguida, e considerando os objetivos e questões que estiveram na base desta investigação a abordagem ao cancro, numa perspetiva da sua prevenção (Sontag, 2009; Costa, 2012; Mukherjee, 2012), configurou o tema em foco no capítulo III do quadro teórico. Ancoradas neste quadro teórico propusemo-nos, então, com este estudo, responder a duas questões centrais:

- Qual o papel da LPCC – NRN na promoção e educação para a saúde, especificamente na prevenção do cancro?
- Que contributo tem tido a LPCC – NRN na literacia das comunidades educativas sobre formas de prevenção e deteção precoce de cancro?

Para tal recorreu-se a pesquisa documental relativa à LPCC e a entrevistas semi-estruturas a interlocutores de referência na LPCC – NRN. Tínhamos como intenção maior construir uma narrativa sobre o percurso desta instituição e as escolhas estratégicas efetuadas em prol de um projeto de educação para a saúde e de prevenção do cancro, procurando contribuir para “fazer história” de uma Instituição cuja história é ainda pouco narrada.

Assim, dos dados a que chegamos, parece claro que o trabalho efetuado pela LPCC ao longo de 75 anos (a nível nacional) e 52 anos (a nível regional, 27 dos quais contando com um Departamento de Educação para a Saúde especializado) é reconhecido como válido e valorizado pela comunidade, ainda que parecendo ter estado sempre limitado pelos poucos recursos humanos e financeiros.

Especificamente em relação à *prevenção do cancro*, constata-se que na ausência de orientações concretas para a sua abordagem, esta fica dependente da sensibilidade ou relevância atribuída à temática pelos intervenientes diretos nas ações de educação para a saúde. Todavia, e como foi argumentado por alguns dos entrevistados é fundamental que a abordagem preventiva se faça sempre numa lógica articulado com outros parceiros locais, no âmbito de projetos de promoção de saúde, em linha com o que foi advogado pela comunidade internacional desde 1986, em Ottawa.

Pela análise dos dados, infere-se a relevância do papel social da LPCC na sociedade e em campanhas de sensibilização e de prevenção do cancro. Relativamente aos conteúdos de carácter preventivo veiculados no âmbito dos projetos de educação para a saúde desenvolvidos em contexto escolar os discursos permitem entender da sua utilidade, ficando, no entanto, a ideia que será necessário um estudo mais profundo sobre a forma de comunicação desses conteúdos, para acautelar que não se reduza a educação para a saúde a meras ações informativas e que em pouco ou nada contribuirão para o aumento da literacia da comunidade educativa. Estas ideias veiculadas pelos entrevistados estão em linha com Czeresnia (2003), para quem é necessário pensar em formas de estimular uma autonomia que potencialize a saúde dos sujeitos envolvendo transformações profundas nas formas sociais de lidar com representações científicas e culturais como o risco.

Isso mesmo é perceptível na análise dos dados que permite deduzir uma organização tácita por parte da LPCC no sentido de implementar estratégias que contribuam para ampliar o leque de atividades com os jovens e escolas que cooperem para a sua literacia em saúde, demonstrando capacidade de acompanhar a evolução dos acontecimentos e adaptando as propostas apresentadas de forma a responderem às necessidades dos intervenientes nos contextos.

Nesta ordem de ideias, conseguir um progresso real em matéria de desenvolvimento humano não passa, assim, unicamente por ampliar o leque de opções de escolha determinantes das pessoas e a sua capacidade de acederem à educação e à saúde e de desfrutarem de um nível de vida razoável e de uma sensação de segurança. Depende também do grau de solidez dessas conquistas e da existência de condições suficientes para um desenvolvimento humano sustentado (UNDP, 2014).

Efetivamente, os discursos apontam para as vantagens de um trabalho em rede, continuado e em que o contato pessoal e a relação assumem um papel primordial, minorando dificuldades sentidas e mantendo a motivação e o empenho, características do voluntariado e solidariedade que constituem valores fundamentais para o trabalho desenvolvido pela LPCC – NRN.

BIBLIOGRAFIA

- Amado, João (2013). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, Vol. 11 nº1. pp 11-18
- Balog, J. E. (Sept/Oct de 2005). The Meaning of Health. *American Journal of Health Education*, pp. 266-271.
- Bardin, L. (2009) Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA
- Beane, J. (Jul/Dez de 2003). Integração curricular:a essência de uma escola democrática. *Currículo sem Fronteiras*, pp. pp. 91-110.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Boni, V. & Quaresma S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: Como fazer entrevistas em ciências sociais. *Tese Vol. 2 nº1 (3)*, pp.68-80
- Boorse, C. (Autumn de 1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy & Public Affairs*, Vol. 5, No.1, pp. 49-68.
- Boruchovitch, E., & Mednick, B. R. (Jul/Dez de 2002). The meaning of health and illness: some considerations for heath psychology. *Psico-USF*, pp. 175-183.
- Bourdieu, P. (1998) O poder simbólico. Tradução de Fernando Tomaz. 2a edição. Rio de Janeiro: Bertrand
- Bourdieu, P. (1999) A miséria do mundo. Tradução de Mateus S. Soares. 3a edição. Petrópolis: Vozes
- Brown, P. A. (July de 2008). A review of the literature on Case Study Research. *Canadian Journal for New Scholars in Education*, pp. 1 - 13.
- Brown, P. A. (July de 2008). A review of the literature on Case Study Research. *Canadian Journal for New Scholars in Education*, pp. 1 - 13.
- Buchanan, D. R. (2006). A new etic for health promotion: Reflection on a philosophy of health education for the 21st century. *Health Education and Behaviour* Vol 33(3) pp 290-304
- Buss, P. M. (2000). Promoção de Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), pp. 163-177.
- Canguilhem, G. (2009). O normal e o Patológico. Editora Forense Universitária do Rio de Janeiro
- Coelho, M. T., & Filho, N. d. (2003). Cultura e Subjetividade: os sentidos da saúde. In P. Goldenberg, & R. e. Marsiglia, *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e da saúde* (p. 444). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Costa, R. M. (2012). *Luta Contra o Cancro e Oncologia em Portugal. Estruturação e normalização de uma área científica (1839 - 1974)*. Porto: Edições Afrontamento.
- Costa, R. M. P. & Pita, J. R. C. R. (2012). *Liga Portuguesa Contra o Cancro. 70 Anos de História 1941 a 2011*. Belgráfica
- Cruz, J. M. (set/dez de 2008). Processo de ensino-aprendizagem na sociedade da informação. *Educação e Sociedade*.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. F. Czeresnia, *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências* (pp. 39-53). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Czeresnia, D. (out-dez de 1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública* 15 (4), pp. 701 - 709.
- Declaração de Alma-Ata (1978)*.1ª Conferência Internacional de Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS: OMS. UNICEF.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2000). The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research (Second Edition)*(pp. 1- 28). London: Sage Publications.
- Dias, J. L. (1999). Os problemas de Saúde dos Portugueses. In F. V. José Precioso, *Educação para a Saúde* (pp. 29 - 41). Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Dias, M. d., Duque, A. F., Silva, M. G., & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, pp. 463 - 473.
- Direção Geral da Saúde (2006) Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da Saúde. Portugal
- Direção Geral da Saúde (2015) Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da Saúde. Portugal
- Direção Geral da Saúde (2016) Programa Nacional de Doenças Oncológicas. Ministério da Saúde. Portugal
- Dolfman, M. L. (1973). The concept of health: an historic and analytical examination. *The journal of school health* 43(8), 491 - 497.
- Dooris M. (2005) Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*. 21(1):55-65
- Droege, M., Leonard, S. T., & Baldwin, H. J. (s.d.). *Definitions and Meaning of Health and Illness*. Jones and Bartlett Publishers.
- Fernandes, P. (2008). Perspectivas Curriculares de Suporte ao Ensino Básico no Sistema Educativo Português (1989-2005). In A. L. Carlinda Leite, *Políticas Educativas e Dinâmicas Curriculares no Brasil e em Portugal* (pp. 41-65).
- Figueiredo, N.M.A. (2007) *Método e metodologia na pesquisa científica*. 2a ed. São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis Editora
- Freudenberg, N., Eng, E., Flay, B., Parcel, G., Rogers, T., & Wallerstein, N. (August de 1995). *Strengthening Individual and Community Capacity to*

- Prevent Disease and Promote Health: In Search of Relevant Theories and Principles. *Health Education Quarterly*, Vol. 22 (3), pp. 290 - 306.
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales Y Sociales*, pp. 161 - 175.
- Glanz, K. & Rimer, B. K. (1995). Theory at a Glance. A guide for health promotion practice. US Department of Health and Human Services. National Institute of Health
- Gordis, L. (2009). Epidemiologia. Luso Didata
- Gray, D.E. (2004). Doing Research in the Real World. London: SAGE Publications
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Palo Alto California
- Haguette, T. M. F. (1997). Metodologias qualitativas na Sociologia. 5a edição. Petrópolis: Vozes
- Healthy People. The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention (1979). US Department of Health, Education and Welfare. USA
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v., Jadad, A. R., Kromhout, Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., van der Meer, J.W..M., Schnabel, P., Smith, R. Weel, C. V. , Smid, H. (2011). How shoul we define health? *BMJ - British Medical Journal*.
- Janesick, V. J. (2000). The choreography of qualitative research design – minuets, improvisation and crystallization. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research* (second edition) pp. 479-500. London: Sage Publications
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Wilkinson, R. (1999). The society and population health reader: income inequality and health. Vol. I. New York: New Press, 1999.
- Kemm, J. (1991). Health Education and the problem ok Knowledge. *Health Promotion International*, 6 (4), pp 291-296
- Kickbusch, I., & Maag, D. (2008). Health Literacy. In K. H. (Eds), *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 204 - 211). San Diego: Academic Press.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A (1996). Técnicas de pesquisa. 3a edição. São Paulo: Editora Atlas
- Lewis, A. (1998). A Saúde como conceito social. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 151 - 174.
- Licínio, M. (2014). Combatentes contra o Cancro. 50 anos 1964-2014. Porto. Norprint

- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: dos Fundamentos à Acção*. Coimbra: Almedina.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine. *Frontiers for a new Psychology. American Psychologist* Vol 35, nº 9 , pp 807-817
- Mc Leroy, K. R. ,Beau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An Ecological perspective on health promotion programs. *Health Education quarterly* Vol. 15 (4) pp 351-377
- Meriam, S. B. (2002). *Qualitative Research in Practice: Examples for discussion and analysis*. San Francisco. Jossey-Bass
- Morgado, J. C. (2012). *O Estudo de Caso na Investigação em Educação*. Santo Tirso: DE FACTO.
- Mukherjee, S. (2012). *O imperador de todos os males*. Lisboa: *Bertrand Editora*
- Navarro, M. F. (1999). Educar para a Saúde ou para a Vida? Conceitos e Fundamentos para Novas Práticas. In F. V. José Precioso, *Educação para a Saúde* (pp. 13 - 28). Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Nunes, E. (2011). Celebração do 25º Aniversário da Carta de Ottawa. *Revista Portuguesa de saúde pública*. Vol 29 nº2
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ponte, J. P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*, 25, pp. 105-132.
- Priberam, L. P. (2008-2013). Obtido de <http://www.priberam.pt>
- Raposo, H. (2004). A luta contra o cancro em Portugal. Análise do processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia. *Fórum Sociológico* nº 11-12 (2ª série) pp. 177-203
- Ratzan S.C. (2001) Health literacy: communication for the public good. *Health promotion International*, 16(2): 207–14.
- Rocha, A., Capela, A., Grilo, C., Almeida, C., Valente, G. & Coimbra, J. (2013). Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão da Legislação no Âmbito da Saúde. *Millenium*, 45 (junho/dezembro). pp. 193-210.
- Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa. Direção Geral da Saúde
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, pp. 538 - 542.

- Silva, J. R. S., Almeida, C. D. & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: Pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais* Ano 1 nº 1
- Silva, P. R. (2002). A educação para a saúde e o marketing social. In M. D. Dias, & E. Durá, *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
- Simmons, S. (1989). Health: a concept analysis. *International Journal Nursing Studies*, 155 - 161.
- Sontag, S. (2009). *A Doença Como Metáfora e A Sida e as Suas Metáforas*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Stake, R. E. (2005). Qualitative case studies. In N. K. Denzin, & Y.S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 443-466). Thousand Oaks, CA: Sage
- Stake, R. E. (2008). Qualitative case studies. In N. K. Denzin, & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (pp. 119-149). Los Angeles: Sage.
- Stake, R. E. (2012). *A arte da investigação com estudos de caso*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian
- United Nations Development Program (UNDP) (2003) Relatório do Desenvolvimento Humano. Queluz: Mensagem
- United Nations Development Program (UNDP) (2014) Relatório do Desenvolvimento Humano. Lisboa: Camões – Instituto da Cooperação e da Língua
- United Nations Development Program (UNDP) (1990) Human Development Report. New York Oxford University Press
- WHO (1948) Constitution. Geneva.
- WHO (1995) Targets For Health For All.
- WHO (1998) Health Promotion Glossary
- WHO (2012) Health Education: Theoretical Concepts Effective Strategies and Core Competences
- Yin, R. K. (2003). *Case study research Design and Methods*. Sage Publications
- Carta de Ottawa (1986) Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde
- Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis (1998) Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde

Declaração de Sundsvall (1991) Promoção da Saúde e ambientes favoráveis à Saúde. 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde

Declaração de Jacarta (1997) Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde

Declaração do México (2000) Promoção da Saúde: Rumo a maior Equidade. 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde

Carta de Bangkok (2005) Para a promoção da saúde num mundo globalizado 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde

Boletim informativo (2009) 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde

Declaração de Helsinquia sobre Saúde em Todas as Políticas (2013) 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde

Anexos

Anexo 1

Guião da entrevista para interlocutores ligados à história da LPCC - NRN

Dimensões a abordar/Interlocutores

1. História da LPCC e o seu papel na educação para a saúde

1. Atual presidente da LPCC – NRN
2. Funcionária administrativa do Dept. Educação para a Saúde, presente desde 1989 até à atualidade
3. Anterior coordenadora do Dept. Educação para a Saúde; 1989 - 1999

Dados de caracterização

1. Nome e cargo ocupa/ocupou?
2. Há quanto tempo trabalha nesta área e quais as funções que desempenha/desempenhou?
3. Que tipo de trabalho tem vindo a desenvolver?/Quais as áreas de especialização?
4. Quando começou o seu contato com a LPCC e o DES?

História da LPCC e o seu papel na educação para a saúde

5. Qual é a sua opinião sobre o trabalho que tem sido desenvolvido pela LPCC?
6. Qual o papel das ações da LPCC no esclarecimento de crenças ainda existentes no que diz respeito à saúde em geral e ao cancro em particular? (crenças relacionadas com a mortalidade, incidência, fatores de risco, nomeadamente)
7. Especificamente em relação à Educação para a Saúde, como analisa o papel da LPCC neste domínio?
 - a. E, concretamente, em relação à prevenção do cancro?
 - b. Pode falar-me um pouco sobre a ação da LPCC no âmbito da Educação para a Saúde antes e depois do DES?
8. Como se articula a LPCC com os restantes parceiros com responsabilidade em Educação para a Saúde?
9. Quem considera serem os principais destinatários do trabalho da LPCC? Há grupos-alvo mais prioritários? Porquê?
10. Tendo em conta que a LPCC tem 50 anos em que aspetos considera que esta Instituição mais contribuiu para a evolução das práticas de Educação para a Saúde?
11. No que diz respeito ao desenvolvimento de ações de educação para a saúde e de prevenção de cancro, quais considera serem os fatores que mais auxiliam/dificultam essas ações?
12. Alguma ideia extra que considere relevante deixar expressa?

Anexo 2

Guião da entrevista para interlocutores ligados à educação para a saúde em contexto escolar

Dimensões a abordar/Interlocutores

2. Ação da LPCC no contexto escolar e efeitos percecionados

4. docente de Ciências da Natureza
5. docente de Português/Francês
6. docente de EVT
7. docente de EMRC

Dados de caracterização

1. Nome e cargo ocupa/ocupou?
2. Há quanto tempo trabalha nesta área e quais as funções que desempenha/desempenhou?
3. Que tipo de trabalho tem vindo a desenvolver?/Quais as áreas de especialização?
4. Quando começou o seu contato com a LPCC e o DES?

História da LPCC e o seu papel na educação para a saúde

5. Qual é a sua opinião sobre o trabalho que tem sido desenvolvido pela LPCC?
6. Qual o papel das ações da LPCC no esclarecimento de crenças ainda existentes no que diz respeito à saúde em geral e ao cancro em particular? (crenças relacionadas com a mortalidade, incidência, fatores de risco, nomeadamente)
7. Especificamente em relação à Educação para a Saúde, como analisa o papel da LPCC neste domínio?
 - a. E, concretamente, em relação à prevenção do cancro?
 - b. Pode falar-me um pouco sobre a ação da LPCC no âmbito da Educação para a Saúde antes e depois do DES?
8. Como se articula a LPCC com os restantes parceiros com responsabilidade em Educação para a Saúde?
9. Quem considera serem os principais destinatários do trabalho da LPCC? Há grupos-alvo mais prioritários? Porquê?
10. Tendo em conta que a LPCC tem 50 anos em que aspetos considera que esta Instituição mais contribuiu para a evolução das práticas de Educação para a Saúde?
11. No que diz respeito ao desenvolvimento de ações de educação para a saúde e de prevenção de cancro, quais considera serem os fatores que mais auxiliam/dificultam essas ações?
12. Alguma ideia extra que considere relevante deixar expressa?

Anexo 3

Transcrição da Entrevista 1, efetuada ao atual presidente da LPCC – NRN (indicado por P)³¹

Entrevistadora - Bom dia, ia pedir para se identificar e dizer também qual é o seu percurso na Liga,

Presidente - Neste momento sou o Presidente Nacional e também do Núcleo, mas estive inicialmente durante seis anos unicamente como consultor científico, e posteriormente portanto, assumi a presidência da Liga. Até ao momento e neste momento, dada a rotação que existe entre os núcleos do continente, também assumi a presidência nacional.

E - Há quanto tempo é presidente do NRN?

P - Eu estive agora a ver aqui, 12 anos passam muito depressa mas não há dúvida nenhuma que já são 12 anos.

E - e enquanto profissional é médico, oncologista...

P - sim, sim, e continuo a exercer ativamente a minha profissão, penso que isso é muito útil na medida em que me permite ter contacto com doentes e ter contacto com doentes é fundamental porque normalmente os dirigentes não tem contacto com doentes e sobretudo com doentes oncológicos e isso é um facto importante na medida em que a prioridade deles, a realidade deles, aqueles que não praticam oncologia, a realidade deles é totalmente diferente daqueles que trabalham noutra... Identificam as dificuldades do dia a dia dos doentes e conhecem as dificuldades também dos problemas da prevenção, tanto primária como secundária, dos tratamentos, do diagnóstico e do follow up, portanto, e inclusivamente inúmeras situações sociais que são extremamente gravosas e que só efetivamente quem está no terreno consegue ter conhecimento no campo das necessidades, o que é muito importante

E - e em termos do seu contato com a Liga, já me explicou que começou enquanto consultor científico, mas antes até de estar nesse cargo conhecia a Liga, as atividades...

P - antes disso colaborei muitas vezes com a Liga, dei muitas, muitas preleções, palestras, conferências, a pedido do presidente e fi-lo com muita satisfação e portanto penso que essa ligação é uma ligação desde sempre que sempre acarinhei e que sempre gostei de fazer essas ações na medida em sempre pensei que o projeto da liga portuguesa contra o cancro fosse um projeto indispensável para o nosso país.

E - e em termos de educação para a saúde, também é assim que começa o seu contato, através das palestras

³¹ Por motivos de volume de trabalho apenas se apresenta esta transcrição, a título de exemplo

P - sim, aliás, repare bem, exatamente, ao fim e ao cabo eu trabalhei muito na educação para a saúde no sentido de sensibilizar, de dar a conhecer um determinado número de aspetos importantíssimos para uma prevenção primária importantíssima e cada vez mais importante na medida em que inicialmente aqui há 20 anos ninguém falava em prevenção primária, muitos poucos falavam em prevenção primária, lembro só que quando entramos para a comunidade europeia nós éramos dos países mais pobres no que dizia respeito ao conhecimento da prevenção primária, mas que inclusivamente nessa altura nós conseguimos a nível da europa, nós conseguimos ser considerados o país que no espaço mais curto de tempo conseguimos adquirir um maior número de conhecimentos, e graças à Liga Portuguesa Contra O Cancro, já nessa altura... Eu queria também chamar a atenção de outro aspeto que provavelmente é muito importante, num daqueles projetos que eu integro muitas vezes de grupos muito restritos de 20 ou 30 pessoas ou então num âmbito maior como é o thinktank, com que se faz anualmente, eu queria dizer que o ano passado, num inquérito feito por uma agência, estranha, estranha à organização desse thinktank, perguntaram quem é que no país fazia mais, quem é que fazia a prevenção primária, 60% da população disse que era a Liga Portuguesa Contra O Cancro versus 20% em relação ao governo. Portanto daí repare bem a importância que a liga adquire em relação a esta prevenção primária

E - Em relação ao trabalho da Liga, o núcleo regional do norte faz 52 anos, a liga nacional 75... Qual é neste momento a sua opinião em relação ao trabalho que tem vindo a ser desenvolvido?

P - eu acho que tem sido um trabalho... Eu não diria difícil, difícil na medida em que os recursos humanos são pequenos, ah, portanto e eu tenho a perfeita noção que há muito pouca gente a trabalhar nesse setor, o número de colaboradores é pequeno e que portanto trabalham muito, é um esforço muito grande, mas conseguem atingir um... Grupos enormes dos vários grupos etários, mas nomeadamente a nível dos jovens, portanto eu penso que isso é muito importante, há dezenas de milhares que conseguimos atingir e que são veículos, obviamente, de disseminação de todas estas mensagens que nós queremos transmitir a toda a população.

E - Nós sabemos que em relação ao cancro ainda há muitas crenças, ainda há muitas ideias... Acha que a Liga está a ir no bom caminho?

P - sim, sim. Acho que sim, aliás, quer dizer, repare bem, quando me vem, quando um doente me vem com pouco à vontade "eu estou a tomar um xaropezinho, com aloe ou... Posso tomar", "pode tomar o que quiser, você está a fazer o tratamento correto, se estiver a fazer o tratamento correto pode fazer aquilo que quiser, tudo bem, não há problema absolutamente nenhum, portanto, não devemos ser radicais nessas

situações, desde que estejam a fazer o tratamento correto também é muito importante, repare bem, a parte da imunidade, e se o doente acredita que qualquer xaropinho, que uma plantinha qualquer medicinal é anti-cancerígena, eu acho que devemos apoiar porque a parte imunitária, como sabe neste momento, é uma das ciências que efetivamente está em crescimento e provavelmente será um dos futuros do tratamento do cancro.

E - acha que a população no que diz respeito, por exemplo, aos números da mortalidade, da incidência, da prevalência, as pessoas têm a noção exata ou se continuam a achar que tem cancro vai morrer

P - eu acho que a percepção está a melhorar e tenho a impressão que a população sobretudo acredita naquilo que nós temos vindo todos os dias, diariamente e de todas as maneiras e mais algumas, não só pessoal como através da divulgação de um determinado número de atividades, dos nossos cartazes, das nossas mensagens dos media, a população sabe que a incidência está a aumentar, vai sabendo e vai conhecendo, isso incidências eu não tenho dúvidas que reconhecem, mas cada vez mais eles também estão a reconhecer que apesar da incidência aumentar é muito importante o diagnóstico precoce da doença e que por isso mesmo a mortalidade e graças também à melhoria dos tratamentos, a mortalidade é cada vez menor.

Sobretudo em relação ao cancro da mama a mortalidade tem decrescido bastante até por todos os motivos, por as mulheres estarem muito mais alerta, por fazerem, portanto, as mamografias, por haver um rastreio de base populacional que é muito importante, e penso portanto que essa mensagem está a passar para a população. É difícil como é compreensível porque ninguém gosta que lhe seja diagnosticado um cancro, é evidente que isso é sempre um baque extraordinário numa pessoa mas que, mas de qualquer modo eu penso que as pessoas estão cada vez mais consciencializadas que o cancro desde que seja diagnosticado precocemente, é uma entidade que salvo algumas exceções é curável ou pelo menos dá uma sobrevivência tao grande que poderá permitir a esse doente tornar-se um doente crónico e portanto retomar a sua atividade habitual. Neste momento o cancro é reconhecido como efetivamente uma doença crónica e como o principal problema de saúde pública a nível nacional

E - o Núcleo Regional do Norte do que sei, da história, acaba por ser pioneiro em várias áreas e também na educação para a saúde, qual é a sua visão em relação à ação da Liga no antes e no depois de haver departamento de educação para a saúde.

P - é evidente que é indiscutível que haver um departamento de educação para a saúde foi fundamental para que os resultados disparassem no sentido positivo e portanto na possibilidade que tem de envolver um maior número de população, e

consequentemente conseguirem levar toda a essa sensibilização, toda essa compreensão, do que é o cancro e sobretudo dos bons hábitos, hábitos de vida saudável e também portanto dos comportamentos de risco. É altamente positivo o facto e quanto a mim não é positivo, é necessário, é indiscutível a existência de um departamento unicamente dedicado a essa causa até porque conforme lhe disse o estado não tem qualquer tipo de propensão e deixou completamente essa brecha desguarnecida e conforme eu costumo dizer a Liga não compete com o estado, a Liga coloca-se precisamente digamos nas, nos intervalos que são deixados livres pelo estado; a área do cancro é uma área completamente desproteccionada, completamente desprotegida por parte do estado.

E -acha que há públicos-alvo prioritários para a educação para a saúde?

P - acho que sim, os mais jovens e o que se tem feito aqui no norte, sobretudo, como com vocês a apontarem sempre para populações muito jovens, escolas secundárias e também universitários, a criação dos jovens promotores de saúde que para mim são extremamente importantes, são a semente, são todos esses são digamos veículos para disseminarem a mensagem e nós sabemos perfeitamente que muitas vezes a juventude e sobretudo as camadas mais jovens são aquelas que são mais agressivas, mais incisivas, para com a família, para com os pais, para não terem comportamentos de riscos e para adotarem sistemas de vida mais saudáveis.

E – Ao pensar na Liga enquanto instituição, há grupo alvo prioritário?

P - Acho que o grupo prioritário está correto mas não acho mal a educação para o indivíduo depois, que teve cancro, vejo isso com bons olhos, mas quer dizer, terá que ser adotado outra, outro tipo de conceção...é para ele que nós existimos

E - Enquanto presidente da instituição também recai muito sobre si a responsabilidade de criar parcerias e de trabalhar em rede. Como é que é este trabalho?

P - Trabalho difícil, é um trabalho com o qual a Liga, parcerias, a Liga tem que ter muito cuidado na medida em que neste momento a liga digamos que é a organização não governamental com maior prestígio e notoriedade a nível nacional e digamos também a nível internacional tem bastante notoriedade, e consequentemente essas parcerias tem de ser muito bem pensadas, muito bem estruturadas, e sobretudo com parceiros idóneos e que efetivamente correspondam às expectativas que nós temos em todos os aspetos.

E - e qual é que acha que é a mais valia que eles trazem?

P - a mais valia que eles nos trazem fundamentalmente poderá ser o know how, algum know how, mas também fundamentalmente aquilo que nos precisamos é que as nossas atividades sejam apoiadas sob o ponto de vista económico.

E - Esta questão da dificuldade económica, porque de facto a Liga depende dos donativos e do apoio da população, é o grande obstáculo enquanto instituição para as atividades?

P - Eu não diria que é o maior obstáculo mas digamos que é o, digamos que é a barreira que nós tentamos diariamente ultrapassar, quer dizer, nos efetivamente temos que ter uma organização saudável do ponto de vista económico e financeiro, se nós não tivermos uma instituição desse género teremos sempre dificuldades em avançar. Felizmente aqui no norte e na liga nacional em geral, nós temos conseguido ultrapassar todas as barreiras e efetivamente as nossas atividades são cada vez mais abrangentes e em maior número. Muitas vezes digo que nós estamos a fazer talvez coisas de mais. Atividades de mais. Provavelmente não sei se isso é bom ou mau, mas talvez nos tivéssemos que concentrar em menos atividades e talvez essas atividades mais amplas. Mas isto é uma ideia. Não estou a falar especificamente do departamento de educação para a saúde, estou a falar também digamos noutros departamentos que eu acho que fazem imensas coisas mas que depois os resultados não são assim muito visíveis. Não falo, como digo e repito, não é da educação para a saúde mas de outros departamentos. Porque depois vulgariza-se e depois já ninguém liga entende? E é por isso, quer dizer, que muitas vezes, nós fazemos as campanhas sobretudo a nível nacional porque tem que ter algum impacto. Neste momento posso-lhe dizer que temos uma campanha que é uma campanha super-agressiva, que poderia modificar todo o conceito que nos adotamos para a liga, mas é uma campanha que nós temos algumas dificuldades porque tem de ser muito bem feita, e tem de ter um apoio económico extraordinariamente grande porque senão a coisa não sai bem

E - Falou há agora dos mass media; ao longo destes anos, dizia-me há pouco "há 20 anos atrás ninguém falava em cancro, as pessoas tinham mais receio em falar". Hoje em dia a comunicação social é um parceiro?

P - na grande maioria. Digamos que é um grande parceiro, ainda continua a ser um, porque foi e continua a ser um dos focos de atenção dos media, alguns, ainda hoje, conforme viu, acolhemos um jovem que percorreu 1800 km pelo cancro e pela causa do cancro e que veio dar um donativo de 6500 euros à liga nacional e deu outra metade para o cancer research uk que é uma entidade de investigação extremamente reconhecida em Inglaterra. Portanto, esse exemplo, quanto a mim, é um exemplo muito bom, para ilustrar que efetivamente o cancro consegue ainda fazer aderir uma camada muito jovem e isto sendo mediatizado vai com certeza ser aglutinado e repensado por algumas pessoas

E - Podia-se dizer que a nossa grande missão é por o cancro na agenda, é as pessoas falarem sobre ele?

P - sim, exatamente, aliás nós tivemos outra grande vitória quanto a mim que fizemos uma petição à assembleia da república e um dos pedidos que formulava era que para além da equidade que deveria haver em tudo o que dizia respeito ao cancro, em relação à população em geral, porque nós sabemos que há uma desigualdade muito grande em tudo relativamente à população; é que efetivamente criassem um grupo de reflexão de oncologia a nível de grupo parlamentar de saúde e isso acabou de me ser transmitido há dois dias pelo senhor presidente da comissão parlamentar de saúde da assembleia da república, o que para nós é uma vitória grande na medida em que sabemos que vamos ter deputados que são os responsáveis da saúde que vão por isso na agenda a nível da assembleia da república, é muito bom. E isso concerteza vai ser outro desafio para a liga porque a liga tem de ter as armas suficientes para potencializar essa situação

E - Que tem também a ver com o que lhe ia perguntar agora que é: 52 anos de trabalho de núcleo, o departamento de educação para a saúde está a fazer 27, já me falou do que é que acha que foi o departamento na altura, o que é que prevê para este departamento no futuro?

P - Eu pessoalmente, o que gostaria, é que o departamento se expandisse. Eu digo com toda a honestidade acho que os colaboradores são poucos para aquilo que fazem. E portanto vejo, por exemplo, que a coordenadora muitas vezes provavelmente devia ter um momento de reflexão que não consegue ter devido às inúmeras solicitações para que é chamada. Portanto acho que tem pouca gente. É um departamento que quanto a mim tem pouca gente, há outros departamentos que quanto a mim tem demasiados colaboradores e portanto eu acho que nós temos provavelmente de redimensionar essas situações a nível da Liga e sobretudo do Núcleo Regional do Norte, que eu penso aqui que está sub-dimensionado, quanto a mim o DES tem necessidade de ter mais uma pessoa pelo menos para que a coordenadora, consiga ter um momento de reflexão que necessita e não ir para casa com isso, e eu sei que faz trabalho de casa e não mete horas extraordinárias, mas sei que isso é desgastante, portanto há outros departamentos ou unidades que quanto a mim provavelmente tem que emagrecer

E - Em termos de temáticas, será que a Liga também tem que inovar?

P - Nós temos sempre que inovar e o seu departamento está sempre a inovar portanto ... a inovação é boa porque sem inovação não há possibilidades de melhorar, a inovação corresponde a melhorias e melhorias em todos os aspetos; no seu caso particular é a possibilidade de poder chegar mais à população, mais a determinado número de pessoas e, quer dizer, e adaptar essas mensagens e essa educação e

essa sensibilização, às diferentes épocas e... Digamos, há uma adaptação constante do DES. Que tem feito.

E - Eu queria-lhe agradecer este tempo, não sei se quer ainda deixar alguma ideia, como sabe o estudo tem a ver justamente com o papel da liga e o trabalho que a liga tem feito

P - não, a minha mensagem é justamente que o departamento tem desenvolvido um trabalho extraordinário, para mim, a nível nacional, o Núcleo Regional do Norte neste capítulo, tem sido exemplar, é sem dúvida alguma o que maior número de atividades tem, é aquele que tem chegado a um maior número de pessoas dos diferentes grupos etários, mas sobretudo aos mais jovens, e que tem conseguido, efetivamente, criar uma dinâmica muito especial que não tem parado, tem continuado e que a meu ver está sub-dimensionado e portanto a muito curto-prazo teremos que re-dimensionar

E - Ok. Muito obrigada!

Anexo 4

Grelha de análise

Categorias Pré-definidas	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave
Origem e papel da LPCC	E2	“tudo o que foi construído o que nós fomos construindo ao longo dos anos, (...), a construção do edifício, foram sempre valências que eram necessárias para responder às necessidades que as pessoas sentiam”	Resposta às necessidades Missão da Liga
	E1	“ a Liga não compete com o Estado, a Liga coloca-se precisamente, digamos, nos intervalos que são deixados livres pelo Estado”	
	E2	“a Liga sempre desempenhou um papel muito importante na sociedade, com as carências económicas e tudo o mais, mas é uma mais-valia e isso vê-se na população, no reconhecimento que temos”	Atividades pontuais Colaboração com o IPO Ações de informação
	E2	“antes do departamento ser criado, a Liga já tinha a vertente de educação para a saúde, só que era uma parceria com alguns funcionários do IPO (...) enfermeiros e alguns médicos que se disponibilizavam (...) e eles próprios iam pontualmente, conforme iam surgindo pedidos das escolas, ou uma atividade ou outra e iam fazendo... “	
	E1	“antes disso (de fazer parte de órgãos da LPCC) colaborei muitas vezes com a Liga, dei muitas, muitas preleções, palestras, conferências (...) e fi-lo com muita satisfação e portanto penso que essa ligação é uma ligação desde sempre que sempre acarinhei e que sempre gostei de fazer essas ações (...)eu trabalhei muito na educação para a saúde no sentido de sensibilizar, de dar a conhecer um determinado número de aspetos importantíssimos para uma prevenção primária”	
	E3	“ no fundo não havia nada sistematizado, a liga servia de mediadora muito a alguns médicos que no IPO e de boa vontade iam às escolas fazer palestras, havia também a questão da distribuição de folhetos e posters que era também uma componente importante que a comunidade conhecia e recorria com bastante regularidade, “	
	E3	“primeiro emprego, (...) comecei dois dias depois de me ter licenciado em psicologia, dia 2 de outubro de 1989 foi daquelas datas que não se esquecem e foi um trabalho muito interessante porque foi um trabalho de crescimento pessoal enorme e um bocadinho também de exploração de terreno que era totalmente novo para mim e no qual me foi dada grande liberdade de ação”	
Categorias Pré-definidas	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave
Origem e papel	E3	“pessoas chave na Liga que deram um pouco este	Impulso da Direção;

da LPCC	E1	<p>impulso a esta área, na medida em que reconheceram que fazia sentido, ter um trabalho mais intencional e mais sistematizado”</p> <p>“eu tenho a perfeita noção que há muito pouca gente a trabalhar nesse setor, o número de colaboradores é pequeno e que portanto trabalham muito, é um esforço muito grande, mas conseguem atingir grupos enormes dos vários grupos etários, mas nomeadamente a nível dos jovens, portanto eu penso que isso é muito importante, há dezenas de milhares que conseguimos atingir e que são veículos, obviamente, de disseminação de todas esta mensagem que nós queremos transmitir a toda a população”</p>	“visão”
	E2 E2 E5 E3 E6	<p>“a questão que me está a colocar tem a ver com o amor que, com a dedicação que quem trabalha no departamento tem pelo que faz porque há muita coisa que é feita com algum esforço pessoal de todos”</p> <p>“alguns dos nossos voluntários (...) universitários como a nível até dos próprios estágios que abrimos de diferentes áreas (...), nunca deixamos de ter o apoio dos professores que se envolveram”</p> <p>“eu comecei sem horas nenhuma e lá está, porque acreditávamos que vale a pena... e quem vale a pena mesmo são os miúdos. Porque às vezes nós estamos chateados com o sistema, com a direção, com o ministério em si, e a verdade é que incentivos de fora não temos, são só os miúdos... Os miúdos é que continuam sempre a valer a pena, é nós a vermos os resultados. E a ver que fazemos a diferença de algum modo”</p> <p>“eu devo dizer que uma das razões que me levou a abandonar o emprego na Liga foi um pouco esta exigência de uma grande disponibilidade pessoal, eu recorro-me de períodos em que chegava a ir para fora quase de 15 em 15 dias, e fins-de-semana”</p> <p>“com a introdução de uma renovação dos currículos, do sistema de ensino os professores tiveram menos disponibilidade, não tiveram tempo no seu horário, para poder dedicar-se ao Clube Caça Cigarros e lembro-me que eu próprio também me senti forçado a deixar esse empenho, essa disponibilidade que eu tinha”</p>	Voluntariado Solidariedade Amor à camisola Disponibilidade
Categorias Pré-definidas	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave
Origem e papel	E1	“o ano passado, (...) perguntaram quem é que no País	Notoriedade

da LPCC	E2 E1 E3 E1 E1	<p>fazia mais, quem é que fazia a prevenção primária, 60% da população disse que era a Liga Portuguesa Contra o Cancro versus 20% em relação ao governo. Portanto daí repare bem a importância que a Liga adquire em relação a esta prevenção primária”</p> <p>“quando se fala em Liga, até hoje, as portas abrem-se, porque a instituição é credível e tem um peso grande na sociedade porque o que se faz é visível, portanto não levanta suspeitas ou dúvidas, recolhem-se fundos e as pessoas veem aplicados e na maioria dos casos quando recorrem à instituição, são respondidas”</p> <p>“a Liga digamos que é a organização não governamental com maior prestígio e notoriedade a nível nacional e digamos também a nível internacional”</p> <p>“o próprio Programa Europa Contra o Cancro (...) fez um estudo comparativo e curiosamente Portugal aparecia nos lugares cimeiros, éramos pessoas super-informadas, e na altura a Liga achou que tinha tido um papel importante nesse resultado e eu acredito que sim”</p> <p>“nós conseguimos a nível da Europa ser considerados o país que no espaço mais curto de tempo conseguimos adquirir um maior número de conhecimentos e graças à Liga Portuguesa Contra o Cancro, já nessa altura”</p> <p>“fizemos uma petição à Assembleia da República e um dos pedidos que formulava era que para além da equidade que deveria haver em tudo o que dizia respeito ao cancro, em relação à população em geral é que efetivamente criassem um grupo de reflexão de oncologia a nível de grupo parlamentar de saúde e isso acabou de me ser transmitido há dois dias pelo senhor presidente da comissão parlamentar de saúde da assembleia da república”</p>	Visibilidade do trabalho realizado Reconhecimento da instituição
Categorias Pré-definidas	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave
Origem e papel	E1	“as parcerias têm de ser muito bem pensadas, muito	Parcerias

da LPCC	<p>E2</p> <p>E5</p> <p>E7</p> <p>E3</p>	<p>bem estruturadas, e sobretudo com parceiros idóneos e que efetivamente correspondam às expectativas que nós temos em todos os aspetos”</p> <p>“as parcerias tornam-se fáceis de conseguir porque o nosso parceiro também fica com uma boa imagem para ele também é uma mais valia ser associado à nossa instituição”</p> <p>“a Liga, a instituição em si é conhecida, não é, é muito conhecida, e só isso dá-nos segurança a nós, quando dizemos que é um projeto da Liga portuguesa Contra o Cancro, as pessoas já aderem com outra segurança porque sabem que é uma instituição com credibilidade”</p> <p>“eu quero o protocolo para cada ano porque eu quero que a diretora assuma, quero que a diretora assine e quero que os pais também conheçam o projecto”</p> <p>“possibilidade de interagir com outros parceiros o que era excelente e para a Liga, também, trouxe mais-valias na medida em que estávamos sempre a acompanhar o que se passava noutros países e a trabalhar dentro do possível em colaboração. Chegamos a ter projetos europeus em que fomos parceiros ativos e importantes e acho que isso também deu ali uma grande ajuda à dinâmica do departamento”</p>	
---------	---	--	--

Categorias Pré-definidas	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave
--------------------------	---------------	----------	--------------

A educação para a saúde/ prevenção do cancro em contexto escolar	E5	<p>“ainda nem se falava em educação para a saúde das escolas e já a Liga estava a implementar, em colaboração com as escolas, o Clube dos Caça-Cigarros (...) para mim a Liga foi pioneira nesta área de educação para a saúde”</p>	Pioneirismo “visão”
	E1	<p>“é evidente que é indiscutível que haver um departamento de educação para a saúde foi fundamental para que os resultados disparassem no sentido positivo e portanto na possibilidade que tem de envolver um maior numero de população, e consequentemente conseguirem levar toda a essa sensibilização, toda essa compreensão, do que é o cancro e sobretudo dos bons hábitos, hábitos de vida saudável e também portanto dos comportamentos de risco.”</p>	
	E4	<p>“ li, já não me lembro onde, do Clube Caça Cigarros e então fui à Liga, saber como era, e gostei muito e implementei, já nesse ano, em 90, na Pêro Vaz de Caminha, o Clube Caça Cigarros, com o apoio da Liga Portuguesa Contra o Cancro”</p>	Capacidade de despertar motivação e interesse
	E5	<p>“e depois para as escolas para onde eu ia eu levava o Clube comigo”</p>	
	E4	<p>“porque reunimos todos os anos antes do início do ano letivo e (o DES) propõe sempre uma série de ideias e outros colegas propõem outras ideias não é e isso é uma grande ajuda não é, e ter uma instituição como a Liga por trás a propor nós sabemos que essas propostas vão trazer também alguns materiais e alguma ajuda por trás ... estou-me a lembrar dos folhetos , a publicação das nossas coisas que nós gostamos muito de ver as nossas fotografias, as nossas escolas “</p>	
	E7	<p>A flexibilidade é importante vocês apresentam por meses, mas depois cada qual vai aceitar, vai buscar aquilo que quiser. É mesmo e eu acho que é importante haver essa orientação da vossa parte”</p>	
	E5	<p>“e depois tinha outra vantagem que eu gostava imenso na Liga que era: nós tínhamos a documentação já preparada e portanto nós só tínhamos que preencher... aquela parte que nos obriga a pensar como é que vamos dar início? Já estava. E portanto era fácil para nós, por exemplo, eu entrava nalguma escola: eu já tinha o projeto todo estruturado para o implementar naquela escola”</p>	
Categorias Pré-definidas	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave

A educação para a saúde/ prevenção do cancro em contexto escolar	E2	<p>“... no início, quando o departamento foi criado (...) alguns desses técnicos continuaram a colaborar com o Departamento de Educação mas aí já era a Liga com uma estrutura que se deslocava com a colaboração desses técnicos (...) nós recorremos sempre tanto aos médicos como enfermeiros do IPO que eram os nossos colaboradores, para irem fazer essas ações”</p>	Estrutura
	E2	<p>“as escolas o que recebem através do ministério da educação tem obrigatoriedade de fazer aquele projeto, neste caso é-lhes apresentado e só os que estão interessados é que vêm e isso à partida já é um ponto positivo porque se leram e gostaram do projeto e vão desenvolver já vão com outro espírito, e isso tem sido sempre assim”</p>	
	E2	<p>“o Departamento traz uma diferença porque (...) abrimos o leque de públicos, de instituições em que íamos colaborar e mesmo de técnicos... É de projetos porque nós, quando se começou, era só palestras depois já com a criação do departamento surgiu a necessidade de criar um clube, de abranger os mais novos, mesmo cursos de formação para os professores já foi outra vertente, quer dizer, julgo que, julgo não, tenho a certeza, ao longo destes anos os projetos foram enriquecendo a campanha, a educação para a saúde”</p>	Diversidade de atividades Públicos-alvo
	E2	<p>“nós mantendo o público jovem, também abrimos o leque às outros (...) faz todo o sentido nós deslocarmo-nos a centros de dia, a empresas, porque algumas das pessoas que trabalham nesses locais não tiveram acesso enquanto estudantes ou porque não continuaram a sua escolaridade, não é, não tiveram acesso a alguma informação “</p>	
E6	<p>“atividades diversas numa linha oposta que pretendia fazer algo de bonito, algo de agradável, já com um sentido de reutilização, já nesses anos, de trocar um maço de tabaco por fruta, enfim, havia todo um conjunto de iniciativas que mostravam o quão agradável, o quão bom é podermos viver sem tabaco”</p>		
	E1	<p>“para populações muito jovens, escolas secundárias e também universitários, a criação dos Jovens Promotores de Saúde que para mim são extremamente importantes, são a semente, são todos esses são digamos veículos para disseminarem a mensagem e nós sabemos perfeitamente que muitas vezes a juventude e sobretudo as camadas mais jovens são aquelas que são mais agressivas, mais incisivas, para com a família, para com os pais, para não terem comportamentos de riscos e para adotarem sistemas de vida mais saudáveis”</p>	
Categorias Pré-definidas	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave

A educação para a saúde/ prevenção do cancro em contexto escolar	E3	<p>“e ainda hoje recebo estudantes que quando descobrem que eu era coordenadora dos caça-cigarros tem uma emoção enorme porque foi, de facto, algo que os envolveu (...)às vezes descubro um estudante particularmente sensível a estas questões e quando vou a saber descubro que de alguma forma esteve ligado à Liga, fico com um sentimento de realização pessoal”</p>	Orgulho dos projetos
	E5	<p>que a gente passava na rua e via uma camisola dos Caça-Cigarros e ... aqui mora um Caça-Cigarros. E... era importante“</p>	
	E4	<p>“professora, eu já não posso, nem eu, nem a minha família, nem os meus vizinhos já não podemos ouvir falar mais de cancro colo-retal porque desde que a professora fez aquela sessão e falou na aula da colonoscopia eu já não aguento o meu filho”. Eu achei aquilo o máximo em feedback sobre um trabalho que estava a ser feito. Porque aquele miúdo levou e eu soube que ele levou para casa, ficou preocupado, e preocupou e andou a falar a toda a gente que conhecia e isso foi a melhor coisa que me podiam ter dito”</p>	Impacto das ações Os jovens como veículos de comunicação
	E5	<p>“os alunos levam, já sabemos que os alunos são como as cantarinhas, não é, levam a informação, transportam de um lado para o outro, são os veículos, de informação. Mas, por exemplo, nesta turma são os pais que estão a colaborar com os filhos e a fazer o pulmão em madeira e tal e é a família toda que está envolvida no projeto. “</p>	
	E7	<p>“eu quando mando para casa, os pais já sabem do que se trata e colaboram também porque os pais muitos vê-se que há trabalho dos pais ali. Há um trabalho transversal entre os pais e filhos; os filhos fazem as coisas em casa, fazem com a ajuda dos pais. os pais não são ativos na escola mas são ativos em casa”</p>	

Categorias Pré-	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave
------------------------	----------------------	-----------------	---------------------

definidas			
Educação e literacia para a saúde	E6	<p>“a Liga teve um papel fundamental, lembro-me que nós estávamos presentes na altura em centenas de escolas a nível norte e, por isso, esse trabalho deu frutos, pronto, levou a que houvesse essa parceria muito próxima e tudo aquilo que se concretizou, os projetos, as atividades, as sensibilizações, os colóquios, levaram a que nós tivéssemos hoje um grupo de jovens muito mais informado, muito mais sensibilizado para essas questões relacionadas com a prevenção e com a saúde”</p>	<p>Desmistificação do cancro</p> <p>Impacto das atividades realizadas pela LPCC</p> <p>Informação sobre cancro</p> <p>Estratégias de comunicação</p>
	E2	<p>“conseguem desmistificar, (e) as pessoas ficam satisfeitas (...) e a existência de um dos projetos, a Biblioteca Humana (...) mudou muito a perspetiva do que a sociedade vê no cancro”</p>	
	E4	<p>“acho que as pessoas neste momento estão mais recetivas e já não se fecham tanto e acho que sempre que há uma sessão destas noto mais interesse por parte das pessoas, já toda a gente fala abertamente, do cancro, já alguém tem alguém que tem na família, e acho que a Liga teve um papel muito importante nisto nas sessões que se vão fazendo, nos esclarecimentos, mesmo a nível de televisão, eu acho que sim”</p>	
	E1	<p>“a população acredita naquilo que nós temos vindo todos os dias, diariamente e de todas as maneiras e mais algumas, não só pessoal, como através da divulgação de um determinado número de atividades, dos nossos cartazes, das nossas mensagens dos media. A população sabe que a incidência está a aumentar, vai sabendo e vai conhecendo, (...) mas cada vez mais eles também estão a reconhecer que apesar da incidência aumentar é muito importante o diagnóstico precoce da doença”</p>	
	E4	<p>“falam mais abertamente (...) não escondem tanto esses problemas, portanto nota-se uma evolução nisso”</p> <p>“isso foi sempre diferente do início (...) nós fazemos uma ação, corre bem, as pessoas gostam, depois elas próprias falam... às vezes recebemos convites de outras instituições que nós nem sequer temos uma ligação, (porque) gostou da maneira como se aborda, da parte informal que quase todos os técnicos que passaram pelo departamento e a maneira como abordam isso é sempre referido, a maneira informal como passam uma mensagem forte e às vezes não tão séria, tao incisiva....” (E2)</p> <p>“Eu gostei imenso daquela apresentação dos livros com a alimentação. Foi do melhor. Porque lá está: é uma outra perspetiva de se falar da alimentação sem ser a roda dos alimentos que toda a gente sabe mas ninguém cumpre”. (E5)</p>	
Categorias Pré-	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave

definidas			
Educação e literacia para a saúde	E3	“eu acho que o cancro não pode ser o tema da agenda. O tema tem que ser a saúde, as abordagens (devem ser) mais horizontais, mais dirigidas aquilo que são determinantes gerais de saúde, eu acho que o objetivo deve ser tornar as pessoas mais capazes de cuidar de si, de promover a sua saúde, de assumir a saúde como um recurso importante da sua vida “	Estratégias e mensagens
	E3	“o trabalho só tem resultados num espaço de 10, 20 anos”	
	E4	“Se as mudam na realidade nós nunca sabemos, mas que mostram intenção... sim”	
	E6	Nos últimos anos talvez aquilo que tem sido mais trabalhado nas escolas seja por exemplo o cancro da pele. (...) a minha escola como está perto da praia, dá uma ênfase e um enfoque, por isso, a esse tipo de cancro, se calhar mais até do que ao tabaco.	
	E7	“eu acho que quando se fala no cancro é que eles começam a perceber melhor porque é que a comida saudável é importante para nós (...) chama mais a atenção”	
	E3	muitas vezes há um grande desfasamento entre aquilo que vai sendo estudado e a área da educação para a saúde tal como todas as outras tem que começar a avaliar o que faz e pesar as vantagens e desvantagens de atuar desta ou daquela forma (...é necessário) avaliar o impacto real de se gastar muito dinheiro a fazer manuais, folhetos, palestras e em que é que aquilo se traduz de facto no bem estar das pessoas”	
	E4	“desde que existe a educação para a saúde foi decidido que seriam dois alunos de cada turma que vão assistir às sessões e depois são responsáveis por transmitir aos colegas, o que é uma coisa muito importante (pois) têm um papel perante o diretor de turma que os escolheu (e) também não querem ficar mal na frente dos colegas “	
	E5	Como jovens promotores de saúde, acabam por “temos que falar? Pronto, eu falo”... e desenvolvem outras competências e já não veem ridículo de nada, de estar exposto em frente aos outros. Eu acho que é uma mais-valia. E tem outra vantagem: é que é a prevenção. Eles comprometem-se a não fumar. e estão atentos: “Ah, mas aqueles estão a fumar”... “Aqueles não são da nossa guerra”	
	E5	“eu acho que o trabalho de sala é importante mas o trabalho de fora de sala de aula... eu sei que às vezes passa só por uns cartazes, passa só por uns filmes, passa só por uma exposição, mas a mensagem passa assim. Eu acho que essa é uma, continua a ser uma boa estratégia para chegar”	
Categorias Pré-	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave

definidas			
Educação e literacia para a saúde	E6	<p>“eu diria que tudo aquilo em que o aluno é obrigado a “meter a mão na massa” funciona melhor. (...) penso que quando eles eram obrigados a pensar numa forma séria para poder produzir uma imagem ou um desfile, ou uns jogos de tabuleiro, de mesa, por exemplo, que também muito fazíamos, essas imagens são aquelas que perduram para a vida. Quando os alunos apenas se limitam a ouvir, enfim exploração teórica de um assunto, fica alguma coisa mas como nós sabemos, quando nós não realizamos, não concretizamos, muito pouco fica”</p>	Estratégias e mensagens (cont.)
	E7	<p>“E eu tenho alguns alunos, que "oh professor encontrei há pouco a minha caderneta" e é uma referência porque eles, alguns não guardam nada, mas outros guardam tudo e quando encontram vão rever e dizem e essas.... É sempre bom, é sempre bom”</p>	
	E7	<p>“levar à tomada de consciência. Eu tive um pai que me disse assim, "oh professor, você veja lá o que é que diz aos alunos. Então eu ia lavar o meu carro e o meu filho disse que eu tinha que por a água no balde. E que eu que estava a fazer mal, andava aí a desperdiçar. Oh, aquilo está-me a dar tanto trabalho! Aquilo demora muito mais tempo!!!"</p>	
	E7	<p>“E depois no fim da caminhada há sempre uma reflexão e este ano foi mesmo uma reflexão sobre como funciona o cancro e tudo o mais. Claro que esses materiais são todos da liga. (...) estes desdobráveis estão neste armário e os alunos sempre que vêm cá podem tirar qualquer panfleto. Só fica mesmo com o panfleto quem o quer de facto. “</p>	
	E7	<p>“se o aluno tem uma alimentação saudável, ele tem direito a um carimbo; quando um aluno faz para qualquer coisa da saúde, um cartaz tem um carimbo, chegando ao final, quem tiver a caderneta cheia, tem direito a outra que vou buscar à liga, e tem direito a um brinde”</p>	
Educação e literacia para a saúde	E4	<p>“com o grupo de história na violência, fizemos o dia da mulher com o grupo de história, com o grupo de moral fazemos sempre na campanha de recolha de dinheiro para a Liga, o grupo de português às vezes também entra.. o grupo de EV e de ET entram sempre, a montagem da passerelle para o desfile de chapéus ou o arranjo das salas onde se fazem as sessões, ou os corações e laços que fizemos para o cancro da mama”</p>	Transversalidade
	E6	<p>“é uma parceria extremamente interessante porque ao fim e ao cabo nós estamos a trabalhar a imagem, nós estamos de novo a reforçar aquilo que os colegas, quer das ciências quer da educação moral já o fizeram”</p>	
	E6	<p>“Isso é muito bonito e fica muito bem nós deixarmos isso registado em ata”</p>	
Categorias Pré-	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave

definidas			
Educação e literacia para a saúde		<p>“Porque na escola não se fuma, mesmo. Fuma-se fora da escola. Mas muitas vezes à porta da escola estão os pais deles a fumar à espera deles, portanto isso é sintomático, não é, portanto nós dentro da escola damos umas informações mas a família dá outras e está à espera deles com um cigarro na mão à volta da escola, fica tudo cheio de beatas, os professores que não podem fumar dentro também vão fumar lá para fora” (E4)</p> <p>“Como dentro da escola é proibido, dentro do recinto escolar é proibido fumar, não se vê tantos fumadores, mas vê-se à porta. Temos lá dois funcionários e um professor, dois professores que vão para a porta fumar (...) Parece, parece que não será tão importante. Mas a verdade é que lá fora continua a haver fumadores, as famílias dos nossos alunos continuam a ter fumadores, e se o tema não for falado na escola eles vão seguir o mau exemplo que têm à frente” (E5)</p> <p>“Eu concordo com as campanhas que fazem nos maços de tabaco. Porque eu sei que quem fuma não vai olhar para aquilo, mas os alunos sabem, eles veem, são eles que me dizem algumas mensagens que aparecem lá. Porque às vezes as mensagens que estão no tabaco não é para quem fuma, mas há outros que leem e sabem essas mensagens e quanto maior for agressivo eu acho que funciona. ... Claro que depois tem de ser explorado!” (E7)</p>	Tabagismo Legislação

Categorias Pré-definidas	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave
Fatores adjuvantes e constrangimentos	E1	“identificarem as dificuldades do dia a dia dos doentes e conhecerem as dificuldades também dos problemas da prevenção, tanto primária como secundária, dos tratamentos, do diagnóstico e do <i>follow up</i> , portanto, e inclusivamente inúmeras situações sociais que são extremamente gravosas e que só efetivamente quem está no terreno consegue ter conhecimento no campo das necessidades, o que é muito importante”	Contato com o doente/a população
	E2	“eu acho que a nossa mais valia é mesmo os técnicos que também têm contato com a própria doença, eu acho que os próprios técnicos também são diferentes, a maneira como se, como se passa a mensagem da prevenção”	
	E3	“professores muito disponíveis, muito ainda motivados para o trabalho na área da saúde, coisa que eu acho que entretanto foi desaparecendo, fruto de um certo cansaço, de uma certa frustração com todo o sistema educativo em geral, por isso eu acho que hoje é um desafio muito maior trabalhar nesta área do que o foi quando nós iniciamos o projeto”	Motivação Voluntariado
	E5	“É na base do voluntariado e das horas... por exemplo, eu que muitos anos tive horas para o Clube, neste momento não tenho. Há 4 ou 5 anos que não tenho. E não tenho e não estou a conseguir. E não estou a conseguir dinamizar as atividades”	
	E3	“o trabalho de facilitação logicamente passava por disponibilizar o meu trabalho, disponibilizar fundos mas também a presença (...), com uma energia genuína, e eu acho que isso passava para os professores e como passava para os professores eles também se sentiam muito gratificados e acho que era tudo isto que mantinha...”	
	E2	“(o voluntariado) até não só nos universitários, mas outras pessoas que queiram colaborar, estou a pensar em alguns professores que estão na pré-reforma ou que até já estão mas que trabalharam com o projeto ao longo que podem estar interessados em continuar no sentido de nos ajudar a irmos a outras escolas e nos fazerem a ligação”	
	E2	“às vezes é aquela coisa como já fizemos tanta coisa, caímos às vezes em alguns hábitos, também, alguns erros, se calhar... Ah... E podemos às vezes não arriscar tanto porque achamos "ah, já se fez isto e não deu", e não queremos experimentar”	Capacidade de reflexão e inovação
	E1	“a inovação é boa porque permite melhorar, corresponde a melhorias em todos os aspetos; é a possibilidade de poder chegar mais à população, mais a determinado número de pessoas e adaptar essas mensagens e essa educação e essa sensibilização, às diferentes épocas. Digamos, há uma adaptação constante do vosso departamento. Que tem feito”	

Categorias Pré-definidas	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave
Fatores adjuvantes e constrangimentos	E4	“a melhor coisa é o trabalho em rede. E eu própria tenho tirado algumas ideias de colegas que falam lá e eu faço porque estive com elas numa reunião promovida pelo Departamento e em que também absorvi informações e ideias também para fazer na minha escola. E com certeza que elas também absorvem algumas daquelas que eu vou”	Trabalho em rede
	E2	“alguns contatos constantes, ou com autarquias, ou com escolas e o à vontade com que nós... Acho que isso nos ajuda em termos de desenvolver as ideias, os projetos que temos”	
	E1	“é um grande parceiro, porque (o cancro) foi e continua a ser um dos focos de atenção dos media, ainda hoje, conforme viu (...) isto sendo mediatizado vai concerteza ser aglutinado e repensado por algumas pessoas”	Mass media
	E3	”forma positiva pois, às vezes uma só notícia consegue destruir trabalho de muitos anos o que gera muita frustração e muita perda”	
	E1	“Eu não diria que é o maior obstáculo mas digamos que é a barreira que nós tentamos diariamente ultrapassar, nos efetivamente temos que ter uma organização saudável do ponto de vista económico e financeiro, para podermos avançar. Felizmente aqui no norte e na liga nacional em geral, nós temos conseguido ultrapassar todas as barreiras e efetivamente as nossas atividades são cada vez mais abrangentes e em maior número”	Recursos financeiros
	E2	“como a Instituição está mais forte também é mais fácil, não é, termos acesso a meios para nos podermos deslocar, sei lá, (..) aqui há uns anos atrás tínhamos menos viaturas, era mais difícil deslocarmos porque estávamos mais condicionadas “	
	E1	“Eu digo com toda a honestidade acho que vocês são poucas, os colaboradores são poucos para aquilo que fazem. (...) Vejo, por exemplo, que a coordenadora muitas vezes provavelmente devia ter um momento de reflexão que não consegue ter devido às inúmeras solicitações para que é chamada (...), e eu sei que faz trabalho de casa e não mete horas extraordinárias, mas sei que isso é desgastante”	Recursos humanos
	E4	“Dificulta o facto de o coordenador de saúde ter as mesmas horas do que tem um colega, de ter exatamente as mesmas horas, de não ter redução no seu horário (...) dificulta o facto de os próprios colegas do departamento não serem sensíveis a esse facto e acharem que aquele colega também tem de participar em todas as outras atividades do departamento como se não tivesse aquele projeto”	

Categorias Pré-definidas	Entrevistados	Excertos	Ideias-chave
Fatores adjuvantes e constrangimentos	E5	“continuar a ver muita gente nova que vai aderindo aos projetos da liga, e portanto é porque valem a pena porque em algum momento as pessoas viram e reconhecem que o projeto era importante”	Recursos humanos (cont.)
	E5	“É verdade que nós antes tínhamos mais tempo para estar, para desenvolver projetos, para pensar”	
	E6	“penso que o grande obstáculo é mesmo a falta de espaço, de tempo, de podermos trabalhar com as crianças essas atividades, esses projetos”	
	E3	“acho que nas escolas houve um retrocesso fruto também de uma certa crise que existe no sistema educativo em geral, esta questão de se selecionar os professores que tem associados à educação para a saúde quase como um castigo e a experiência que eu tenho é que são os novatos e aqueles que estão distraídos que levam com a responsabilidade, não ajuda muito”	Opções de gestão Orgãos de poder
	E5	“ou eu já tinha tantos cargos que não podia ser coordenadora de educação para a saúde ou acharam que não porque o que me deu a sensação foi que o coordenador de educação para a saúde era para ocupar aquelas três horas era a quem desse no horário que davam porque estive um colega de História, estive um colega de Geografia, agora está a colega que está na Direção...”	
	E4	"a direção, é muito importante uma direção da escola que esteja sempre connosco e que nos apoie e que goste, como eu tive, que goste, que vibre, que queira saber mais, que esteja presente nas sessões, a receber os meninos”	
	E5	“A direção da escola é essencial porque se for uma direção que já esteja motivada e que já esteja sensibilizada para a causa da educação para a saúde muito bem, as coisas andam. Se não estiver as coisas emperram. E se a direção não permitir ou dificultar, a coisa não vai”	
	E6	“as direções das escolas, do agrupamento são de alguma forma um obstáculo (...) porque recebem informação, comunicações e não as partilham eventualmente (...)se calhar os professores não estão sensibilizados para dar continuidade aos projetos, às ideias, às atividades, porque já existe também um conjunto de atividades forte eventualmente na escola, no agrupamento”	
	E7	“a direção da escola, não impede nada; também não sugere,mas eu gosto de ouvir, quando é na caminhada, no protocolo "dou-vos os parabéns, a vocês e a quem vos orienta"! Todos nos gostamos de ouvir assim umas palavras de elogio.”	

