

## REPRESENTAÇÕES E CÂNCER: UMA ABORDAGEM POSSÍVEL

**Joselito Santos<sup>1</sup>, Ariosvaldo S Diniz<sup>2</sup>**

1. Mestre em Saúde Coletiva. Aluno do Doutorado em Sociologia da UFPB. Professor da Faculdade Santa Maria em Cajazeiras – PB. Telefax (83) 531-1365  
Rua Benedito Mota, 593, Alto Branco - CEP 58102-520 – Campina Grande-PB  
Tel: (83) 322-6991 [jslito@yahoo.com.br](mailto:jslito@yahoo.com.br)
2. Professor do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPB (Orientador)

**Palavras-chave:** câncer do colo do útero; representações sociais; saúde pública

**Área do conhecimento:** IV - Ciências da Saúde/Saúde Coletiva

### RESUMO

Este trabalho visa refletir sobre o câncer do colo do útero como importante problema de saúde pública no Brasil. Problematicando a magnitude do problema, propõe repensar a necessidade de incorporação dos significados que usuáries dos serviços de saúde atribuem à essa doença, utilizando como referencial as representações sociais. A compreensão do significado atribuído ao câncer é importante para o entendimento de suas atitudes e práticas diante da doença, bem como para a reorientação e adoção de novas práticas dos programas voltados a sua prevenção, tratamento e cura. Essa visão leva em consideração aspectos sócio-econômicos e culturais, vivenciados pelos usuáries, cujos valores, ideologias, crenças estão interrelacionados às ações de saúde.

### ABSTRACT

This paper aims reflection at cervical cancer as an important problem of public health in Brazil. Observing the necessity to incorporate meanings that the health services users give to this illness, utilizing as reference the social representations. The meaning comprehension attributed to cancer is valuable to the understanding of its attitudes and practices faced with the sickness, as to the reorientation and adoption of new programs procedures returned to its prevention, treatment and cure. This point of view takes under consideration culture and social economics aspects, experienced by the users, whose values, ideologies, believes are interrelated by health actions.

**Key words:** cervical cancer; social representations; public health.

### INTRODUÇÃO

No Brasil, desde a década de 30, com a queda da mortalidade causada pelas doenças infecciosas e parasitárias, as neoplasias, juntamente com as doenças do aparelho circulatório, vêm sendo responsáveis por um número cada vez maior de óbitos, apontando para uma mudança no perfil de mortalidade semelhante àquela observada nos países desenvolvidos (Brasil, 2000a).

Alguns estudos definem esse panorama como decorrente do processo de urbanização, unido à mudança nos hábitos alimentares, comportamentos sociais e sexuais, e exposição a diversos riscos ambientais, que gerou também o aumento da morbi-mortalidade por doenças crônico-degenerativas e um declínio diretamente proporcional por doenças infecciosas e parasitárias (Brasil, 2001a).

No quadro das doenças crônico-degenerativas, o câncer se destaca por ser importante problema de saúde pública. No Brasil, para o ano 2000, estimava-se que ocorreriam 337.535 casos novos e 122.600 óbitos por câncer no país. Para os homens, esperava-se 165.895 (49%) casos novos e 66.060 (54%) óbitos, e para as mulheres estimavam-se 171.640 (51%) casos e 56.540 (46%) óbitos (Brasil, 2002).

Quanto ao sexo feminino, os cânceres mamários e genital são os tumores mais frequentes entre as mulheres. Especificamente em relação ao câncer do colo do útero, seu início se dá por transformações intra-epiteliais não malignas progressivas que podem evoluir para uma lesão invasora, num período de 10 a 20 anos (BRASIL, 2000a). A evolução dessa patologia, na maioria dos casos, se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer é o que

apresenta um dos mais altos potenciais de cura (Brasil, 2002).

Para esta enfermidade são considerados fatores de risco a multiplicidade de parceiros, história de infecções sexualmente transmissíveis (da mulher e de seu parceiro) e a idade precoce na primeira relação sexual e multiparidade. Além desses fatores, estudos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes e uso de anticoncepcionais (Ponten et al., apud Brasil, 2000c). Há consistente associação desta patologia com o baixo nível sócio econômico de diversas camadas populacionais em todo o mundo.

Estudos do Brasil (2000a) indicam que o câncer do colo do útero representa cerca de 15% de todos os tipos de câncer femininos, sendo o segundo tipo mais comum entre as mulheres em todo o mundo. A característica principal do câncer do colo do útero é a sua associação com o baixo nível sócio-econômico em todas as regiões do mundo, afetando os setores da população mais vulneráveis socialmente. Os estudos indicam que nesses setores se concentram as barreiras que dificultam o acesso aos serviços para diagnóstico e tratamento precoce da doença, barreiras estas oriundas das dificuldades financeiras, institucionais e de insuficiência de serviços especializados.

O colo do útero é a parte do organismo mais suscetível ao câncer em mulheres da América Latina e Caribe. Calcula-se que em todas as Américas, incluídos Canadá e EUA, a cada ano ocorrem quase 68.000 novos casos de câncer cérvico-uterino (Parkin, apud Robles et al., 1996). É a segunda neoplasia mais freqüente entre as mulheres e representa 15% de todos os cânceres femininos. Aproximadamente 80% dos casos de câncer cervical diagnosticados em todo o mundo ocorreram nos países em desenvolvimento (Nascimento et al. 1996; Brasil, 2000b).

No Brasil, estimou-se para o ano 2001, 16.270 novos casos e 3.725 óbitos (Brasil, 2001a). Para o Nordeste foram estimados, para 2001, 780 óbitos e 3.960 novos casos de câncer do colo do útero e, para a Paraíba, a estimativa foi de 30 óbitos e 160 casos novos. No Nordeste a taxa de incidência é de 16,25/100.000 e a de mortalidade corresponde a 3,12/100.000 e na Paraíba, as taxas de incidência e de mortalidade estimadas são 8,93/100.00 e 1,79/100.000 respectivamente (Brasil, 2001b).

Em relação aos novos casos por região geográfica no Brasil, o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição na Região Norte, a segunda posição na Região Nordeste e terceiro lugar nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. É a segunda causa de mortalidade por câncer na Região Norte, a segunda nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste. Nas Regiões Sul e Sudeste, a mortalidade por esta doença ocupa a quarta e quinta posição respectivamente, e sua taxa de incidência é de 18,86/100.000 e a de mortalidade 4,31/100.000 (Brasil, 2001b; Kligerman, 2001).

De acordo com dados do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM – ocorreram na Paraíba, no ano 2000, 806 óbitos por câncer, sendo 25 deles (3,0%) por câncer do colo do útero. O Sistema de Informação sobre Câncer de Colo de Útero - Siscolo, implantado em 2000, registrou um total de 1.122 lesões precursoras do câncer do colo do útero, dentre os 104.758 mil exames colpocitológicos realizados. As lesões de alta malignidade corresponderam a 0,24% dos exames realizados e a mortalidade por câncer de colo de útero foi de 1,41/100.00 (Paraíba, 2000). Em Campina Grande, no ano de 2000, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, ocorreram 12 óbitos por câncer do colo do útero (Campina Grande, 2001).

Atualmente, a medicina dispõe de uma arma eficiente para detectar o câncer do colo do útero que, se diagnosticado precocemente, tem cura. É a colpocitologia oncótica - teste de Papanicolaou. Apesar deste exame ser simples, inócuo, eficiente e barato, tem sido utilizado no Brasil, na maioria dos estados, de forma incipiente e com pouco impacto na redução da morbimortalidade por esta doença (São Paulo, 1996).

Nos países com serviços de saúde organizados e que investiram na prevenção do câncer do colo do útero, houve uma sensível redução da taxa de mortalidade, como os Estados Unidos e Canadá, cuja faixa de redução é de 5% ao ano. Para reduzir o problema, algumas ações podem ser desenvolvidas, como colocar ao alcance da população feminina exames preventivos e ações educativas para identificar as mulheres que possam vir a ter o câncer (Robles, 1996), bem como, desenvolver ações para motivá-las a realizarem os exames. Para isso, é necessária a implantação e/ou implementação de programas efetivos, eficazes e permanentes nos serviços de saúde, além da necessidade de incorporação de novas abordagens que extrapolem a visão médico-

biológica que vigora nos dias atuais em nosso meio.

### **Contextualizando as representações sociais**

O conceito de representação social tem se circunscrito em diversas áreas do saber contemporâneo. Nas Ciências Sociais, a exemplo da Antropologia, Sociologia e Psicologia Social, nas Ciências da Saúde, os estudos de saúde mental e outros. Seu estudo tem atraído o interesse de muitos pesquisadores nos últimos anos. Wagner (1998) descreveu três campos distintos de pesquisa: 1) o conhecimento popular das idéias científicas socializadas; 2) os equivalentes modernos dos objetos culturalmente construídos; e 3) as condições e eventos sociais e políticos de duração temporária. No Brasil, as pesquisas em representações sociais vêm sendo realizadas desde 1980.

Desde a sua concepção, nos anos sessenta, que a teoria das representações sociais tem sido adotada por diversos autores, em pesquisas diferentes, nas diferentes áreas. No campo da saúde diversos trabalhos foram realizados como os de Herzlich e Pierret (1984) realizando uma análise diacrônica da doença, de Jodelet (1989b), sobre as representações sociais da loucura; de Jofre (1995), Madeira e Carvalho (1997), Morin (1994), Olivier (1990) e Tura e Luiz (1993) investigando questões referentes à Aids, Ramos (1992) avaliando o impacto de intervenções em saúde e, ainda, Schulze (1993) que teve como objeto de estudo o câncer (Tura, 1998). Estes trabalhos indicam a importância do estudo das representações sociais para a compreensão de questões relativas à saúde. Tal observação é colocada dentro de uma teoria que pode ser compreendida como um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los (Sá 1995).

O construto das representações sociais, elaborado na psicologia social tem suas origens na sociologia de Durkheim, na antropologia de Levi-Bruhl, na teoria da linguagem de Saussure e na teoria do desenvolvimento cultural de Vigotsky (Oliveira; Werba, 1998). Contudo, a teoria sociológica de Durkheim, apropriada para explicar fenômenos comuns às sociedades mais primitivas, ou às sociedades onde existiam sistemas unificadores com relativa integridade, como a religião, mostrou-se necessária de

adequação para análise das sociedades contemporâneas, caracterizadas por um pluralismo e constantes transformações. Embora Durkheim tenha estudado também elementos como religião, mito, costumes, e outros, Moscovici modernizou a análise desses elementos, ao substituir a religião pela ciência; esta última, tanto "uma das forças que distinguem o mundo moderno do mundo medieval" (Farr, 1995, p. 45). Como também uma fonte abundante de novas representações.

A teoria das representações sociais estuda as regras que regem o pensamento social, identificando a visão de mundo dos indivíduos e dos grupos, e suas tomadas de posições (Abric, 1998). Desta forma, a dinamicidade das representações sociais é condicionada pelas transformações do mundo contemporâneo. Nesse contexto mutante e de relações intergrupais, ocorre, de forma contínua, a elaboração e reelaboração da comunicação e das mensagens pelos indivíduos e grupos sociais, os quais são situados socialmente pelas representações sociais (Cunha, 2001).

### **A questão conceitual das representações sociais**

As representações sociais surgem da pluralidade de conceitos, afirmações e construções sociais, se desenvolvendo na vida cotidiana, levando-se em consideração as transformações do mundo contemporâneo e a contudente afirmação do saber científico, como dimensões que se interrelacionam de forma contínua e dinâmica (Cunha, 2001). Apesar da dificuldade conceitual entre os autores que trabalham com a teoria, Roazzi (1999) avalia que o conceito de representação social é um paradigma emergente, que vem adquirindo caracterização precisa, tanto no que se refere à teorização social, em termos de definição de conceitos-chave, e de uma linguagem compartilhada, como também, parâmetros de referências específicas.

Toda representação social é, em primeira instância, uma representação mental, mas nem toda representação mental é uma representação social, visto que, podemos ter apenas um conjunto de opiniões ou imagens acerca de um determinado objeto. Sá (1998, p.45) afirma que "para gerar representação social, o objeto deveria ter suficiente relevância cultural ou espessura social". Ou seja, para ser uma representação social, o objeto precisa ser socialmente construído e compartilhado.

No processo de formação da representação, o indivíduo começa a dar forma a seu pensamento. Uma das primeiras etapas neste processo é a transformação de pensamento em palavras. Toda aquisição de conhecimento passa por um processo de transformação do conhecimento anterior, que ocorre através de uma resignificação. Embora essa resignificação pareça ocorrer apenas em nível individual, ela sempre acontece em meio a uma complexa e dinâmica conjuntura social. É nesse momento que a visão de uma representação mental meramente cognitiva passa para o terreno das representações sociais, que inclui, nesse processo de representar, todo o material fornecido pela sociedade, pela cultura e pelos grupos identitários dos quais fazemos parte.

Para Moscovici (apud Sá, 1996, p. 31), "por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originando na vida no curso de comunicações interpessoais". Deste comentário, podemos concluir que a representação social origina-se e circula nas comunicações interpessoais. Os indivíduos, vivendo em sociedade, têm a necessidade de compartilhar idéias, opiniões e crenças sobre o mundo que os rodeia. Segundo Jodelet (1989), as representações sociais nos guiam juntos para a definição dos diversos aspectos da realidade que nos circunda cotidianamente, de tal modo que se possa interpretar e interferir sobre eles e, dependendo caso, tomar uma posição a seu respeito de defender.

Dessa forma, segundo Cunha (2001), o campo de estudos das representações sociais compreende as formas como os saberes criados no cotidiano são construídos e compartilhados pelas pessoas e pelos grupos sociais nas suas comunicações cotidianas.

As representações sociais são formadas através de uma mistura das idéias das elites, das grandes massas e das filosofias correntes, contendo elementos de dominação e resistência (Jardim, 1996). A isso, acrescente-se a mistura de idéias, fatores demográficos – aumento na expectativa de vida; científicos – descoberta de novos meios de comunicação; econômicos – melhoria das condições de vida de determinados grupos, entre outros. Fatores estes que modificam a estrutura social de cada sociedade, interferindo nas representações sociais desta.

Para Wagner (1998) as representações sociais são um conteúdo

mental estruturado de cognição, avaliação, afetividade e simbolismo, acerca de um determinado fenômeno social relevante, que toma a forma de imagens ou metáforas, e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social.

A representação social é concebida como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Além de ser socialmente elaborada, a representação social precisa ter uma relação com a prática do grupo envolvido (Jodelet 1989, apud Alloufa e Madeira, 1996).

A vinculação da representação com a prática social também é enfatizada por Moreira e Oliveira (1998). Na visão dos autores as representações sociais podem ser entendidas como idéias, imagens, concepções e visões de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade, as quais estão vinculadas às práticas sociais. Desta forma, tanto a prática social influencia na representação dos indivíduos, como também é influenciada por estas representações, de tal forma que o limiar onde começa uma e termina a outra não pode ser identificado, posto que são elementos contínuos, cuja divisão tem uma finalidade apenas de compreensão didática.

Neste sentido, as representações apresentam-se dinâmicas, como produtos de determinações históricas e do aqui e agora, bem como são construções que têm uma função de orientação, conhecimentos sociais que situam o indivíduo no mundo e, situando-o, definem sua identidade social - o seu modo de ser particular, produto do seu ser social (Spink, 1995). Na visão da autora, o conceito das representações sociais surge sempre que a reflexão se debruça sobre o poder das idéias de criar um universo simbólico compartilhado que possibilita (e orienta) a ação no cotidiano; sobre seu poder em sustentar identidades grupais e em institucionalizar determinadas práticas sociais.

### Uma abordagem possível

Os estudos demonstram que, a cada ano que passa, o câncer se configura e se consolida como importante problema de saúde pública nacional. Observa-se que mesmo dispondo de muitos dados que podem ser influenciadas pela heterogeneidade da qualidade de informação, da qualidade da assistência prestada, do nível de capacidade diagnóstica e do grau de acesso aos serviços

de saúde, é possível visualizar a distribuição das principais neoplasias malignas nas diversas regiões do Brasil. Este panorama possibilita melhor alocação dos esforços e recursos, para promoção e controle do câncer no país (Brasil, 2002).

No contexto preocupante em que se insere o câncer, é importante observar que além da necessidade de esclarecer a população sobre a doença, sua dimensão, suas formas de prevenção e fatores de risco, também é preciso compreender suas concepções de saúde, visando, por conseguinte, entender esse processo.

Ocorre que a observação às equipes de saúde e a experiência profissional neste setor, tem demonstrado, na maioria das vezes, que elas não dispõem de habilidades para lidar com questões que se alarguem além do campo biologicista da saúde, encontrando dificuldades, por diversos motivos, para compreender o que pensam e como os pacientes agem sobre a doença que lhes afeta. Encontram dificuldades para compreender como as usuárias concebem seu problema de saúde e seu próprio corpo, não conseguem partilhar um espaço que permita as usuárias formular suas próprias idéias sobre seu estado de saúde em um plano dialógico.

Parece difícil aos profissionais de saúde romperem com a rigidez do trabalho mecanicista e hierárquico, não demonstrado, muitas vezes, capacidade de utilizar sua autonomia profissional para quebrar ações preestabelecidas e rotineiras que, na maioria das vezes, os conduzem a não compreenderem o significado que os usuários atribuem à determinada doença, ou mesmo ao seu problema em particular.

Não se trata apenas de ativar uma discussão das possibilidades que instigam o processo, mas também valorizar aptidões próprias que os indivíduos têm para elaborar raciocínios sobre seu meio de ação e o meio que lhes atinge, tal como ocorre na saúde, um campo complexo e de inúmeras possibilidades de apreensão e compreensão.

Alguns estudos têm demonstrado que os profissionais de saúde justificam muitas de suas atitudes e dificuldades de atuação por sobrecarga e precariedade do local de trabalho, isentando-se de seu compromisso sobre as condições de vida da população. Dessa forma, afastam-se dos aspectos subjetivos, simbólicos e voltam sua atenção preferencialmente para os formatos prescritivos, relegando a importância de sua participação em atividades que promovam a

melhoria da qualidade de saúde da comunidade (Fernandes; Narchi, 2002).

Sob esse panorama, considera-se que uma das formas de ajudar na mudança desse processo é realizando estudos e discutindo outras possibilidades que busquem compreender possíveis lacunas de conhecimento ou que possibilitem compreender a forma pela qual as usuárias dos serviços de saúde representam esse cenário. Estudos e reflexões podem indicar outras possibilidades de enfrentamento da temática câncer do colo do útero, cujos resultados possibilitem aos estabelecimentos que realizam atividades voltadas a essa doença, subsidiar ações pautadas pelos saberes de suas usuárias.

Essa observação é muito importante, pois observa-se que há todo um investimento simbólico diante do câncer, cuja construção ocorre socialmente. Diante dessas considerações, acredita-se que a saúde pública deve contemplar a dimensão simbólica sobre esta problemática, tendo por base o estudo das representações sociais de usuárias sobre câncer. Através das representações pode-se analisar e discutir a possibilidade da inclusão dos aspectos simbólicos na abordagem do câncer nos serviços de saúde, com vista a sua melhor compreensão, cuja visão médico-biológica, apenas, tem sido incapaz de dar conta da complexidade desse objeto.

A compreensão do significado que usuárias dos serviços de saúde dão ao câncer do colo do útero são importantes para compreensão de suas atitudes e práticas diante da doença, bem como para a reorientação e adoção de novas práticas dos programas voltados a sua prevenção, tratamento e cura.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRIC, J. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. e OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.
- ALLOUFA, J. M. L. e MADEIRA, M. C. Representações sociais e educação: que relação é esta? In: **Anais do 2º Colóquio Franco Brasileiro Educação e Linguagem**, 1995. Natal, EDUFN, 1996, p.11-15.
- BRASIL. **Falando Sobre câncer de colo de útero**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA, 2000a.

BRASIL. **Estimativa de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil**. Ministério da Saúde. INCA, 2000b.

Disponível:

<<http://www.inca.org.br/cancer/cancer.html>>

Acesso em: 9 de fevereiro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Normas e Recomendações do Instituto Nacional de Câncer/MS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 1, 23-33, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil**. 2001a.

Disponível: <<http://www.inca.org.br>>

Acesso em: 21 de agosto de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil**. 2001b.

Disponível:

<<http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa2001>>

Acesso em: 27 de agosto de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama – Viva Mulher**. 2002. Disponível:

<<http://www.inca.org.br>>

Acesso em: 12 de janeiro de 2002.

CAMPINA GRANDE. Prefeitura Municipal de Campina Grande. Secretaria de Saúde do Município. **Programa de Controle do Colo do Útero**, 2001.

FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 31-57.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 2, 223-230, 2002.

JARDIM, José M. Informação e representações sociais. **Revista Transinformação**. São Paulo. V.8, n. 1, janeiro/abril, 1996. (Temas em debate). Disponível em:

<<http://www.puccamp.br/~biblio/jardim81.html>>

Acesso em: 22. jul. 1999.

JODELET, D. Les représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet, d. (Ed.). **Les Représentations Sociales**. Paris: PUF, 1989, p.31-61.

KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a Incidência e mortalidade por Câncer no Brasil – 2001. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 2, 11-114, 2001.

MOREIRA, A. S. P. e OLIVEIRA, D. (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 49-69.

NASCIMENTO, C. M. R. et al. Cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo e características das mulheres que realizaram o teste. Washington, DC, EUA: **Boletim de La Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 121, n. 6, 491-501, dez., 1996.

OLIVEIRA, F. e WERBA, G. Representações sociais. In: STREY, M. N. (Org.) **Psicologia social contemporânea: livro texto**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 104-117.

PARAÍBA. **Relatório de Gestão – 2000**. Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Saúde. 2000.

ROAZZI, A. Pesquisa básica em psicologia cognitiva e sua relação com a psicologia social. Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v. 51, n. 1, 1999. p.23- 54.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p.19 -145. ISBN 85-11-15057-9.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. 189 p. ISBN: 85-326-1617-8.

S. P. e OLIVEIRA, D. (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 49-69.

SÁ, C. P. A representação social da economia brasileira antes e depois do “Plano Real”. In: MOREIRA, A.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p.85-108.

ROBLES, S. C. et al. Tendências de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas. Washington, DC, EUA: **Boletim de La Oficina Sanitaria Panamerica**, v. 121, n. 6, 479-490, dez.,1996.

ROBLES, S. C. Tamizaje del cáncer de cuello de útero: presentation del número monográfico. Washington, DC, EUA: **Boletim de La Oficina Sanitaria Panamerica**, v. 121, n. 6, 479-490, dez.,1996.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de Controle do Câncer

Cérvico-Uterino. **Manual de Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino**. 1996.  
TURA, L. F. R. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: **Aids e Representações Sociais: à busca de sentidos**. Org. Denise Jodelet e Margot Madeira et al. Natal: EDUFERN, 1998.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. e OLIVEIRA, D. C. (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 3-25.