

O COMPORTAMENTO DE ESPECIALISTAS E NÃO-ESPECIALISTAS DA ÁREA DE SAÚDE NA CATEGORIZAÇÃO DO ITEM LEXICAL *DOENÇA*

Cibele Gadelha Bernardino*

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo analisar a categoria doença sob o ponto de vista da teoria dos protótipos, verificando a escala de prototipicidade a partir de exemplares apontados por vinte informantes, sendo dez especialistas da área de saúde e dez não-especialistas ou leigos. A questão que movimentou nossa pesquisa consistiu em saber se havia diferenças significativas entre as escalas de prototipicidade propostas pelos dois grupos. Para responder a tal questão, coletamos os dados através de entrevistas individuais. Os dados foram tabulados e digitados no SPSS for Windows. Versão 8.0. A análise estatística consistiu no cálculo das médias das frequências gerais dos exemplares; no cálculo do teste de homogeneidade intra-grupo, seguido do teste de variância ANOVA.

Palavras-chave: categorização; prototipicidade; grupos sociais.

Abstract

This paper aims to analyzing the category "disease" under the point of view of prototype's theory, verifying the scale of prototypicality from the samples collected of twenty informers, distributed as follows: ten are specialists of the health area and the others are non specialists. The issue which motivated our research has consisted in knowing if there were significant differences between scales of prototypicality proposed by two groups. The data were collected through individual interviews and were tabulated and typed in the SPSS for Windows 8.0. The statistical analysis was used to calculate the general frequencies' averages, the test of inter-group homogeneity and the test of ANOVA variancy.

Key words: categorization; prototypicality; social groups.

1 APRESENTAÇÃO

As teorias dos conceitos surgiram a partir da necessidade de hipotetizar sobre os mecanismos da organização simples do conhecimento e tomaram como premissa básica a organização do conhecimento a partir do agrupamento de conceitos como instâncias de uma classe. Tal premissa foi desenvolvida sob vários pontos de vista que avaliam diferentemente a inclusão de um membro em uma classe assim como sua relação com outros membros da mesma classe e com membros de classes diferentes. Eysenck et al. (1994) apontam dentre estes pontos de vista, a Teoria dos atributos de definição cujo principal trabalho é o de Frege (1952); a Teoria do atributo característico de Conrad (1972) e a Teoria dos protótipos sobre a qual estará apoiada esta pesquisa.

É importante salientarmos que a fonte originária da Teoria dos protótipos emerge da profusão de várias abordagens cujo ponto consensual consiste em considerar que não existe, na organização do conhecimento sobre conceitos, um núcleo de atributos essenciais e suficientes para agrupar os membros de uma categoria, mas atributos característicos que são considerados mais típicos ou representativos do que outros. Assim, os limites entre o que pertence ou não a uma categoria são vagos e permitem a possibilidade de deslizamento dos membros de uma categoria a outra.

Outro aspecto fundamental a ser considerado na teoria dos protótipos diz respeito ao ponto de vista da hierarquia conceitual. Segundo Rosch et al. (1976), as hierarquias conceituais estariam organizadas em uma estrutura definida em três níveis: o supra-ordenado, o básico e o subordinado, correspondendo o primeiro ao nível das designações mais amplas das categorias generalizadas, o segundo, ao nível no qual os conceitos têm o maior número de atributos e o terceiro, ao nível dos conceitos mais específicos.

* Professora da Universidade Estadual do Ceará; Mestre em Linguística pela Universidade Federal do Ceará, bolsista da FUNCAP.

É, pois, partindo das questões desenvolvidas por esta teoria e tomando como referência as reflexões de Aitchison (1994), Eysenck et al. (1994), Geeraerts (1988), Macêdo (1998) e Rosch et al. (1976) que nos propomos a analisar a categoria doença, verificando a escala de prototipicidade a partir de exemplares apontados por vinte informantes, sendo dez especialistas da área de saúde e dez não-especialistas ou leigos. A questão central que impulsionou nossa pesquisa consistia em saber se o fato de serem ou não especialistas, proporcionaria diferenças na conceituação do supra-ordenado *doença* e se implicaria no reconhecimento distinto do grau de prototipicidade dos exemplares da categoria.

2 METODOLOGIA

2.1 Escolha dos sujeitos informantes

- Seleccionamos 20 informantes, sendo 10 não – especialistas e 10 especialistas da área de saúde.
- Os especialistas foram seleccionados entre enfermeiros e farmacêuticos que foram entrevistados em seu próprio local de trabalho (Posto de Saúde Presidente Médice)².
- Os não-especialistas foram seleccionados entre estudantes universitários de áreas diversas, excluindo obviamente, os cursos ligados à área de saúde.

2.2 A coleta dos dados

- Para a execução dos procedimentos da coleta de dados, tomamos por base a metodologia aplicada por Macêdo (1998)
- Os dados foram coletados através de entrevista individual com cada um dos informantes.
- O procedimento de coleta deu-se da seguinte forma:
- O informante foi solicitado a conceituar livremente a categoria doença (por escrito).
- Em seguida foi solicitado a escrever o nome do primeiro exemplar da categoria que lhe viesse à mente.
- O informante foi solicitado a elencar, a partir do exemplar já citado, mais nove exemplares, organizando a listagem numa escala de 01 a 10.
- Ao informante foi esclarecido que a escala representava o nível de prototipicidade dos exemplares, em relação ao exemplar mais típico da categoria.
- Por fim, os informantes foram solicitados a justificar a escolha dos exemplares mais e menos típicos, ou seja, justificar as escolhas feitas para a posição 01 e para a posição 10.

2.3 Procedimento de análise dos dados

- Foram realizadas a tabulação e digitação dos dados.

- Os dados foram tabulados no SPSS for Windows. Versão 8.0.
- A escala preenchida pelos informantes foi organizada a partir de valores ordinais, sendo a primeira posição a mais típica e a décima a menos típica. Para efeito de análise estatística, estas posições receberam valores (escores). Assim a primeira posição passou a ser reconhecida com escore 10 e a décima posição com escore 01.
- Após a tabulação e a digitação dos dados, foram calculadas as frequências gerais³ dos exemplares citados com suas respectivas médias e seus respectivos desvios padrões.
- O cálculo das frequências favoreceu o levantamento das doenças que foram apontadas, no mínimo, uma vez dentre os vinte exemplares a serem citados. Isto implica dizer que consideramos, na análise estatística, as doenças que obtiveram média acima de 01.
- Tendo em vista que nosso interesse repousava sobre os dez exemplares mais típicos, seleccionamos as dez maiores médias.
- A partir da seleção das dez maiores médias, apresentamos os resultados obtidos através de uma visualização gráfica. Os gráficos possibilitaram a visualização da variação dos escores atribuídos aos dez exemplares com maiores médias.
- Somente após esta análise descritiva da amostra, iniciamos a análise inferencial do teste das hipóteses.
- A estatística utilizada para a análise acima citada foi a “análise de variância” ANOVA – Oneway.
- Primeiramente verificamos a homogeneidade das variâncias para verificar o grau de homogeneidade, dentro do grande grupo de informantes, das 10 maiores médias de frequências gerais dos exemplares.
- Em seguida, verificamos o nível de variação entre os grupos (ANOVA) .
- É importante observar que os resultados obtidos em ambos os testes foram comparados a seus níveis de significância que somente foram tomados como relevantes quando obtiveram valor igual ou inferior a 0,05, garantindo, assim, uma margem de erro segura.
- Por fim, os resultados encontrados foram comparados aos conceitos da categoria doença elaborados pelos informantes e às justificativas que estes apresentaram com relação à escolha dos exemplares mais e menos típicos.

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 Conceituação da categoria doença

Como antecipamos no tópico destinado à descrição da metodologia, o passo inicial para a atividade da coleta de

² Posto de Saúde Presidente Médice – Fortaleza – CE.

³ As frequências gerais correspondem aos dois grupos de informantes.

Conceituação da categoria doença (Quadro I)

Conceituação da categoria doença (Quadro I)

Especialistas	Não-especialistas
Desequilíbrio de funções orgânicas	Ausência de saúde, enfermidade, presença de corpus estranhos no organismo.
Deficiência orgânica	Falta de saúde, desânimo
Estado de desequilíbrio gerado por condicionamentos multi-fatoriais que refletem no mal funcionamento de órgãos do corpo humano. Tais condicionamentos e determinantes de doenças estão relacionados à qualidade de vida do indivíduo abrangendo desde hábitos alimentares e vícios até questões sociais e econômicas.	Estado fisiológico ou mental no qual a pessoa não se encontra com toda capacidade física ou mental de realizar suas atividades normais.
Quebra do equilíbrio bio-psico-social do ser vivo	Males que atingem seres vivos causando avarias à saúde.
Estado de desordem no corpo e no espírito	Funcionamento anormal do organismo que se não for cuidado pode levar à morte.
Qualquer distúrbio físico e ou psíquico que interrompa o funcionamento normal do organismo.	Distúrbio que interfere em nosso organismo de maneira negativa podendo levar à morte.
Qualquer sintoma anormal do organismo	Enfermidade acometida a um organismo vivo.
Desequilíbrio orgânico físico, psicossocial do homem.	Ausência de bem estar físico e mental.
Desequilíbrio das funções normais do organismo com conseqüente modificação das atividades e da vida da pessoa. Seu agravamento pode provocar a morte.	Algo que pode durar pouco ou muito tempo, prejudicando o bom funcionamento do corpo ou da mente , podendo ocasionar conseqüências como, por exemplo, a morte.
Desequilíbrio das funções orgânicas do indivíduo que pode ou não acarretar seqüelas.	Contrário de saúde. Algo que prejudica as ações diárias, deixando o indivíduo apático, indisposto, podendo levá-lo à morte.

dados foi pedir aos informantes que conceituassem por escrito a categoria doença. Com o objetivo de facilitar a leitura, apresentaremos aqui um quadro dos conceitos elaborados por especialistas e não-especialistas.

Se estabelecermos uma comparação entre as respostas elaboradas por especialistas e não-especialistas, perceberemos que há proximidade nas conceituações, pois todas referem-se ao mal funcionamento do organismo. Porém, apesar desta homogeneidade, percebemos algumas distinções na elaboração dos dois grupos. Percebemos, por exemplo, que os primeiros tendem para uma conceituação que aproxima o fenômeno de suas causas, enquanto os segundos aproximam mais o fenômeno de suas conseqüências. Outro aspecto a ser observado é que os não-especialistas relacionam com maior ênfase e frequência o conceito de doença à conseqüência maior e mais grave que o fenômeno pode provocar, ou seja, a morte.

As conceituações aqui apresentadas serão retomadas com outro olhar no momento da discussão acerca dos resultados apresentados pelos dados, no qual procuraremos relacionar tais conceitos aos resultados obtidos nos testes estatísticos apresentados a seguir.

3.2 O cálculo das frequências gerais

Como já afirmamos na metodologia, o cálculo das frequências gerais foi realizado com vistas a selecionar aqueles exemplares que apresentaram uma frequência estatisticamente relevante. O cálculo foi realizado com todos os exemplares citados pelos vinte informantes, totalizando 65 exemplares citados. Destes 65, apenas aqueles que obtiveram média acima de 1,0 foram considerados relevantes. Observemos o quadro abaixo.

Estatística das frequências (Quadro II)

Exemplar	Média da frequência
<i>Câncer</i>	6,15
<i>Gripe</i>	5,70
<i>AIDS</i>	4,60
<i>Tuberculose</i>	3,55
<i>Sarampo</i>	2,90
<i>Diabetes</i>	2,70
<i>Tétano</i>	2,30
<i>Dengue</i>	1,65
<i>Pneumonia</i>	1,50
<i>Cólera</i>	1,30
<i>Cardiopatias</i>	1,05
<i>Viroses</i>	1,00

Como podemos perceber, apenas doze exemplares obtiveram frequência geral estatisticamente relevante. Con-

siderando que trabalhamos com uma escala de 01 a 10, desconsideraremos para efeito de análise os dois últimos exemplares (cardiopatias e viroses). Os 53 exemplares que obtiveram média inferior a 1,0 podem ser verificados em anexo. Para efeito de ilustração visualizaremos a tabela de frequência de um destes exemplares:

Anorexia (Quadro III)

Valor	Frequência	Percentual	Percentual válido
0	19	95,0	95,0
1	01	5,0	5,0
Total	20	100,0	100,0

Vejam como podemos interpretar o quadro acima. A primeira coluna apresenta o valor do escore atribuído à posição na qual o exemplar foi citado; a segunda coluna apresenta o número de informantes que citou o exemplar (considerando que cada informante citou 10 exemplares distintos); as terceira e quarta colunas apresentam o percentual da frequência. Realizando uma leitura das relações entre as colunas, verificamos que o exemplar anorexia não foi citado por dezenove informantes (0-19) e foi citado uma vez com escore 01 (1-1), o que significa dizer que foi citado por um único informante como um exemplar da décima posição da lista.

Como podemos perceber pelo exemplo acima, a relevância deste e dos demais exemplares que obtiveram uma frequência geral inferior a 01 é quase nula se a considerarmos sob o ponto de vista estatístico.

Esclarecido o motivo da exclusão de 55 exemplares, considerando também na soma as cardiopatias e as viroses, trataremos agora da descrição das dez maiores médias de frequências gerais. Começemos pelo exemplar câncer.

Câncer – média – 6,15 (Quadro IV)

	Frequência	Percentual
0	2	10,0
1	2	10,0
2	1	5,0
3	2	10,0
4	1	5,0
6	1	5,0
8	2	10,0
9	3	15,0
10	6	30,0
Total	20	100,0

Como podemos perceber pelo quadro acima, o exemplar câncer foi citado por 18 informantes. Em um universo

de 20 informantes apenas 02 não citaram câncer de forma alguma, o que corresponde a 10% do total de informantes entrevistados.

Continuando a observar o quadro, verificamos que 10% dos informantes posicionaram câncer com valor (escore) 01; 5% com valor 02; 10% com valor 03; 5% com valor 04; 5% com valor 08; 15% com valor 09 e 30% com valor 10. Podemos verificar ainda que nenhum informante posicionou o exemplar câncer nas posições de valores 05 e 07. A Segunda maior frequência geral corresponde ao exemplar gripe:

Gripe – média – 5,70 (Quadro V)

Valor	Frequência	Percentual
0	5	25,0
1	3	15,0
3	1	5,0
8	1	5,0
10	10	50,0
Total	20	100,0

Na categorização do exemplar gripe percebemos que diminuí, em relação ao quadro de frequência do exemplar câncer, ou o número de informantes que citou o exemplar na lista; enquanto o exemplar câncer foi citado por 90% dos informantes; gripe foi citado apenas por 75%. Por outro lado, cresceu o número de informantes que citou gripe como exemplar da posição com valor 10, assim 50% dos informantes consideram o exemplar gripe como o mais típico, da categoria; por outro lado 15% dos informantes consideram gripe como exemplar menos típico enquanto em câncer, o percentual para a posição menos típica foi de 10%.

Passemos à observação da terceira maior frequência geral que corresponde ao exemplar AIDS:

AIDS – média - 4,60 (Quadro VI)

Valor	Frequência	Percentual
0	7	35,0
1	1	5,0
2	1	5,0
5	2	10,0
8	3	15,0
9	5	25,0
10	1	5,0

Continuando a comparação entre as frequências já descritas (CÂNCER e GRIPE) podemos perceber que dos três exemplares, AIDS foi o que obteve maior percentual de ausência, ou seja, enquanto em câncer 10% deixaram de citar o exemplar e em gripe 25%; no quadro do exemplar AIDS, o

percentual cresceu para 35% ; o que mostra que, considerando os três primeiros exemplares, câncer foi o mais lembrado pelos informantes; seguido, então, por gripe e AIDS.

É importante ressaltar ainda que o percentual de informantes que posicionou AIDS na posição mais típica foi de apenas 5% o que, sem dúvida, contribuiu para o posicionamento deste exemplar como a terceira maior frequência.

A Quarta maior frequência corresponde ao exemplar tuberculose que foi citado por 70% dos informantes. Tal afirmação, porém, pode gerar a seguinte questão: Porque tuberculose não ocupou a posição da terceira maior frequência; já que AIDS foi citado apenas por 65% dos informantes? Para responder a tal questão faz-se necessário esclarecer que a média das frequências gerais é calculada da seguinte maneira:

1. Primeiro multiplica-se o valor(escore) pela frequência;
2. Em seguida, somam-se os resultados obtidos em cada multiplicação;
3. Por fim, divide-se o resultado da soma pelo No. Total de informantes.

Observemos o exemplo abaixo:

Tuberculose (Quadro VII)

Valor	Frequência	Percentual
0	6	30,0
1	1	5,0
2	2	10,0
3	1	5,0
4	3	15,0
5	2	10,0
7	1	5,0
8	2	10,0
9	2	10,0
Total	20	100,0

71 % 20 → 3,55 média da frequência geral.

Como podemos perceber, apesar do exemplar tuberculose ter sido citado mais vezes que o exemplar AIDS sua média resultou inferior porque o cálculo da média considera não somente a frequência bruta, mas a frequência relativizada pelo valor das posições nas quais o exemplar foi citado.

Observando, portanto, tal critério, percebemos que AIDS foi citada por 65% dos informantes, sendo que 25% destes 65% citaram-no com valor 9 e 15% com valor 08; Tuberculose, por sua vez, citada por 70% dos informantes, mas destes 70% apenas 10% posicionaram com valor 09 e outros 10% com valor 08; os demais informantes se distribuíram entre os valores 1, 2, 3, 4, 5 e 7.

Gostaríamos de ressaltar que trataremos rapidamente os exemplares posicionados a partir da 5ª maior frequência

geral até a 9ª maior frequência para em seguida darmos um tratamento mais detalhado ao exemplar que ocupou a posição menos típica na lista das 10 maiores frequências médias.

Na quinta posição temos o exemplar sarampo com média 2,90; foi citado por 55% dos informantes, o exemplar diabetes com média 2,70 obteve a 6ª posição tendo sido citado por 45% dos informantes; já a 7ª posição foi ocupada pelo exemplar tétano que foi citado por 35% dos informantes e obteve média 2,30. Percebamos que as médias apontadas acima estão bem próximas; revelando o nível similar de prototipicidade. A partir da 8ª posição da lista das 10 maiores médias, forma-se um novo bloco de médias similares. Vejamos, a 8ª posição é assumida pelo exemplar dengue com frequência média de 1,65; a 9ª posição é assumida pelo exemplar pneumonia com frequência média de 1,50 e a 10ª posição com frequência média de 1,30 foi ocupada pelo exemplar cólera. Estes três últimos exemplares foram apontados respectivamente por 30%, 25% e 25% dos informantes.

3.3 A relação entre especialistas e não-especialistas

Como afirmamos nos tópicos destinados à metodologia, a testagem referente ao problema que impulsionou nossa pesquisa somente pôde ser realizada após a obtenção da descrição das médias das frequências gerais apresentadas anteriormente.

O caminho percorrido para perceber se as diferenças entre as médias atribuídas pelos grupos de especialistas e não especialistas eram ou não significativas foi a verificação estatística através da análise de variância.

O objetivo da análise foi observar os níveis de significância tanto dos resultados apresentados pelo teste de homogeneidade quanto pelo ANOVA. Considerando sempre que o nível de significância relevante tem de ser igual ou inferior a 0,05.

A partir do parâmetro de análise apresentada acima verifiquemos o quadro comparativo abaixo:

Quadro VIII⁴

Exemplares	Homogeneidade		ANOVA	
	LS	SIG	F	SIG
<i>Câncer</i>	12,422	,002	3,564	,075
<i>Gripe</i>	4,256	,054	2,458	,134
<i>AIDS</i>	1,094	,309	5,065	,037
<i>Tuberculose</i>	,290	,597	3,276	,087
<i>Sarampo</i>	,065	,802	,604	,447
<i>Diabetes</i>	,055	,817	,165	,689
<i>Tétano</i>	7,452	,014	5,946	,025
<i>Dengue</i>	,557	,465	,060	,810
<i>Pneumonia</i>	5,810	,027	2,014	,173
<i>Cólera</i>	28,924	,000	4,188	,056

⁴ LS - à Estatística indicadora da homogeneidade intra-grupo
SIG - à Nível de significância
F - à Índice de variação

Trataremos inicialmente dos resultados apresentados pelo teste homogeneidade que revelou um grau de homogeneidade das respostas dadas pelos vinte informantes. Vejamos abaixo:

TESTE DE HOMOGENEIDADE (Quadro IX)

Exemplares	Levene Statistic	Nível de significância
<i>Câncer</i>	12,422	,002
<i>Gripe</i>	4,256	,540
<i>AIDS</i>	1,094	,309
<i>Tuberculose</i>	,290	,597
<i>Sarampo</i>	,065	,802
<i>Diabetes</i>	,055	,817
<i>Tétano</i>	7,452	,014
<i>Dengue</i>	,557	,465
<i>Pneumonia</i>	5,810	,027
<i>Cólera</i>	28,929	,000

Podemos perceber pelos dados apresentados na tabela acima que o exemplar cólera com LS igual a 28,924 e NS igual a ,000, portanto muito abaixo de 0,05, é seguramente o mais homogêneo da amostra; seguido por câncer com LS igual a 12,422; tétano com LS igual a 7,452 e pneumonia com 5,810. Os exemplares gripe (LS = 4,256) e AIDS (LS = 1,094), não foram considerados posto que apresentaram um nível de significância superior a 0,05 resultado que os colocou em uma margem de erro considerável.

Portanto, considerando um nível de significância igual ou inferior a 0,05, chegamos a um novo quadro ilustrativo dos exemplares que apresentaram maior índice de homogeneidade.

Quadro X

Exemplares	LS	SIG
<i>Cólera</i>	28,924	,000
<i>Câncer</i>	12,422	,002
<i>Tétano</i>	7,452	,014
<i>Pneumonia</i>	5,810	,027

Os exemplares que obtiverem menor índice de homogeneidade apresentaram níveis de significância muito superiores a 0,05, portanto serão desconsiderados para efeito de análise.

Apresentados os dados referentes ao teste de homogeneidade passaremos ao tratamento dos resultados pelo teste ANOVA, cujo objetivo é mostrar o nível de variação dos exemplares escolhidos; considerando aqui a relação entre os grupos. Vejamos o quadro:

ANOVA (Quadro XI)

Exemplares	F	SIG
<i>Câncer</i>	3,567	,075
<i>Gripe</i>	2,458	,134
<i>AIDS</i>	5,065	,037
<i>Tuberculose</i>	3,276	,087
<i>Sarampo</i>	,604	,447
<i>Diabetes</i>	,165	,689
<i>Tétano</i>	5,946	,250
<i>Dengue</i>	,060	,810
<i>Pneumonia</i>	2,014	,173
<i>Cólera</i>	4,188	,056

O quadro acima nos revela que tétano(F = 5,946) e AIDS(F = 5,065) são os dois exemplares com maior índice de variação e os únicos com nível de significância igual ou inferior a 0,05. Todos os demais exemplares encontram-se circunscritos por uma margem de erro não aceitável; portanto não são estatisticamente relevantes.

Observemos abaixo o tratamento dado pelos especialistas e não- especialistas aos exemplares AIDS e tétano:

Quadro XII

Exemplares	Informantes	No.	Média
<i>AIDS</i>	Não-esp.	10	6,50
	Espec.	10	2,70
<i>Tétano</i>	Não-esp.	10	3,90
	Espec.	10	,70

Através dos dados apresentados pelo quadro acima percebemos que os não especialistas citaram com maior frequência e em posições mais típicas os exemplares AIDS e tétano.

A diferença nas médias apresentadas suscita, sem dúvida, indagações como: por que os especialistas atribuíram menor peso à AIDS e tétano do que os não-especialistas? Por que os outros exemplares não apresentaram variação relevante? Qual a relação entre os resultados apresentados e os conceitos elaborados pelos informantes? Qual a relação entre tais resultados e as justificativas apresentadas pelos informantes.

Tentar responder a tais questões é, pois, o objetivo do tópico a seguir.

4 A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iniciaremos este tópico, analisando alguns dados apresentados pelo cálculo das frequências gerais. A primeira observação importante a ser feita é que nos parece que as dez maiores médias extraídas do cálculo das frequências

gerais podem ser distribuídas em três blocos que consideramos como representativos de três níveis de prototipicidade: o nível mais típico, o nível intermediário e o nível menos típico.

Visualizemos no quadro abaixo tal distribuição:

Quadro XIII

Nível mais típico		Nível intermediário		Nível menos típico	
Exemplar	Média	Exemplar	Média	Exemplar	Média
<i>Câncer</i>	6,15	<i>Tuberculose</i>	3,55	<i>Dengue</i>	1,65
<i>Gripe</i>	5,70	<i>Sarampo</i>	2,90	<i>Pneumonia</i>	1,50
<i>AIDS</i>	4,60	<i>Diabetes</i>	2,70	<i>Cólera</i>	1,30
		<i>Tétano</i>	2,30		

Como podemos perceber, as médias das frequências gerais dos exemplares câncer, gripe e AIDS, aproximam-se consideravelmente, revelando que o nível de prototipicidade, medido através da média das frequências relativizadas pelas posições na escala de prototipicidade, é bastante similar. Assim poderíamos dizer que estas três doenças são os melhores exemplares da categoria, ou seja, os exemplares que melhor expressam o conceito e que portanto estão postos para os informantes como parâmetro para o reconhecimento de outros exemplares. Geeraerts (1988)

No outro extremo, temos os exemplares dengue, pneumonia e cólera com médias muito similares e bastante distanciadas do nível típico e também do nível intermediário. Isto implica dizer que estes exemplares foram poucas vezes lembrados pelos informantes e, quando lembrados, foram localizados em posições menos típicas. São, portanto, exemplares que não estão muito presentes na lembrança dos informantes.

Nos comentários acima, percebemos os extremos da escala de prototipicidade da categoria doença, porém não podemos deixar de observar como se posicionam os exemplares que se localizam entre esses dois extremos; ou seja, que se localizam no nível que decidimos nomear de intermediário. Inclusos neste nível encontramos os exemplares tuberculose, sarampo, diabetes e tétano; exemplares que se aproximam por conta das médias similares, mas que estabelecem um limite claro entre as médias dos mais e menos típicos.

A análise acima nos remete a duas outras curiosas questões: Que atributos são responsáveis pelas distinções entre os níveis? O que há de comum entre os exemplares de cada nível?

Antes de tentarmos responder às questões postas acima, gostaríamos de salientar que o tratamento dado aos dados, até o presente momento, foi bastante objetivo, tendo em vista que lidamos com resultados estatísticos. No entanto, as questões colocadas acima nos remetem a um novo

olhar sobre os dados; um olhar que busca porquê e que portanto não poderá chegar a respostas objetivas. O que procuraremos aqui é discutir tais questões, apontando possíveis respostas, suposições.

Retomemos as questões colocadas, o que há de comum entre os exemplares de cada nível? Que atributos são responsáveis pelas distinções entre os níveis?

Na nossa compreensão as respostas para tais questões partem do mesmo ponto: os atributos selecionados pelos informantes para conceituação do supra-ordenado doença e a justificativa utilizada para a escolha dos exemplares mais e menos típicos.

Senão vejamos, se observamos o quadro I, verificaremos que os principais atributos selecionados pelos informantes foram: desequilíbrio das funções orgânicas; alteração drástica das atividades cotidianas; algo que pode durar pouco ou muito tempo; pode causar seqüelas e até a morte; alteração do bem estar físico e mental.

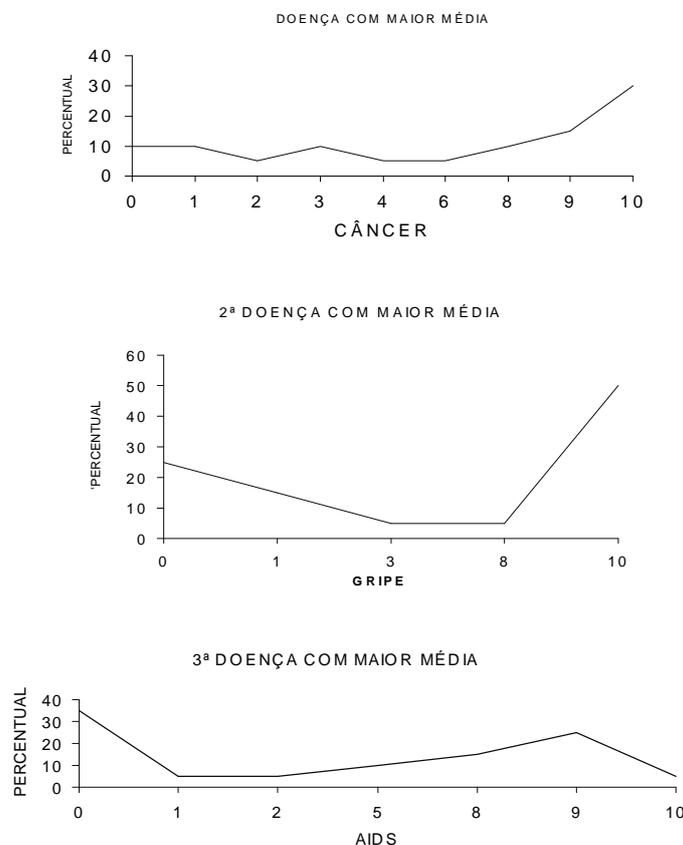
Observemos agora as principais justificativas apresentadas pelos informantes para a escolha dos exemplares mais e menos típicos. Para os especialistas a principal justificativa apresentada para a escolha do exemplar mais típico foi a frequência, ou seja, os exemplares escolhidos como os mais típicos foram aqueles com os quais os especialistas tiveram maior contato em suas atividades profissionais. Já os não-especialistas apresentaram como justificativa para a

escolha do exemplar mais típico; o grau de agressividade da doença; assim, os exemplares escolhidos foram aqueles que apresentavam maiores e mais graves consequências.

Se observarmos os exemplares do nível mais típico e os compararmos com os atributos utilizados na conceituação do supra-ordenado, perceberemos que câncer, AIDS e Gripe correspondem ao atributo *desequilíbrio das atividades orgânicas*; como também aos atributos referentes ao *tempo de duração da doença*, e a *interferência nas atividades cotidianas*, no entanto somente câncer e AIDS responderam de forma mais direta ao atributo relacionado às *consequências como seqüelas e à própria morte*.

Pelo posto acima, poderíamos questionar: por que AIDS é a terceira maior média e não a segunda já que respondeu aos quatro atributos centrais da conceituação, enquanto gripe respondeu a apenas três critérios.

Isto pode ser explicado através das justificativas que os informantes apresentaram para a escolha dos exemplares mais e menos típicos. Vejamos; câncer tanto foi considerado uma doença recorrente como agressiva; gripe foi considerada muito recorrente, porém não agressiva e AIDS foi considerada como agressiva, mas pouco recorrente. O posto acima assegura a 1ª posição para câncer, mas ainda deixa dúvidas quanto ao posicionamento de AIDS e Gripe. Para esclarecer melhor observemos os gráficos abaixo:



Como podemos observar gripe deixou de ser citada apenas por 25% dos informantes, enquanto AIDS deixou de ser citado por 35%, gripe foi citada como mais típica por 50% dos informantes e AIDS apenas por 25%. Tais dados podem revelar que o atributo frequência da ocorrência foi mais relevante que o atributo relacionado à agressividade, ou podem sugerir, por outro lado, que o exemplar AIDS ainda é uma doença com a qual as pessoas em geral procuram não manter contato.

Se passarmos agora à observação dos exemplares do nível menos típico perceberemos que estes não correspondem a doenças agressivas, posto que, hoje em dia, tais doenças podem ser prevenidas e têm cura rápida através de medicação; também não correspondem às doenças mais frequentes. Dengue deixou de ser citada por 65% dos informantes; pneumonia e cólera por 68%.

Na seleção dos exemplares menos típicos, parece-nos que o atributo que prevaleceu foi o da agressividade; isto talvez possa confirmar que AIDS obteve média menor que gripe por ser uma doença com a qual as pessoas não gostam de manter contato e que, portanto, foi menos citada.

Após análise dos dois extremos da escala, trataremos, agora, o nível intermediário de prototipicidade.

Exemplares como tuberculose, diabetes e tétano parecem estar a meio caminho dos extremos, posto que foram reconhecidos como exemplares de doenças que podem provocar seqüelas e até mesmo conduzir à morte; por outro lado, não foram reconhecidos como muito comuns em termos da frequência de ocorrência. Parece-nos, pois, que os exemplares do nível intermediário são aqueles que facilmente podem deslizar de um nível a outro, ou seja, podem ora ser considerados mais próximos do protótipo; ora menos próximos.

Feitas as considerações que achamos pertinentes quanto aos resultados das médias das frequências gerais, passaremos ao tratamento dos dados fornecidos pelos testes de homogeneidade e variância.

O teste de homogeneidade revelou, como já apresentamos, que os exemplares cólera e câncer apresentaram os maiores índices estatísticos de homogeneidade; $L_s = 28,924$ e $L_s = 12,422$ respectivamente.

Parece-nos que estes resultados mostram que exatamente os extremos da escala de prototipicidade revelaram uma grande margem de acordo entre os informantes, posto que câncer com média 6,15 e cólera com média 1,30 foram considerados respectivamente os exemplares mais e menos típicos da escala.

O exemplar que obteve menor estatística de homogeneidade foi diabetes com 0,55. Este resultado parece confirmar nossa suposição de que os exemplares do nível intermediário são os mais instáveis do ponto de vista da categorização.

Quanto ao teste de variância, percebemos que apenas dois exemplares colocaram-se em posição de desacor-

do entre os grupos; os exemplares AIDS e tétano. Observemos o quadro:

Quadro XIV

Exemplares	Nº	Média
AIDS- não- espec.	10	6,50
AIDS- espec.	10	2,70
Tétano-não- espec.	10	3,90
Tétano- espec.	10	,70

Como podemos perceber, os exemplares foram mais citados pelo grupo dos não-especialistas. Atribuimos tal resultado, principalmente no caso de AIDS ao fato de que os não especialistas tomaram como atributo central para a escolha do protótipo o grau de gravidade da doença; enquanto os especialistas tomaram como principal atributo a frequência da ocorrência. Isto também justifica a quase ausência do exemplar tétano nas escolhas feitas pelos especialistas. Alguns consideraram atípicas, doenças que são pouco comuns porque já foram erradicadas ou porque podem ser facilmente prevenidas, através de vacinas, por exemplo.

Parece-nos, por fim, que o divisor de águas entre as escolhas feitas por especialistas e não-especialistas consiste na opção pelo critério frequência ou pelo critério gravidade. Tal opção, por sua vez, parece-nos ter relação com a afirmação de Feltes (1992) de que os significados possuem relação direta com as experiências relativas aos propósitos e valores dos indivíduos que constroem um significado público partilhado através de suas interações sociais. Assim, acreditamos que a opção por um ou mais atributos como definidores da escolha do protótipo possui relação com a interação entre a estrutura potencial do conceito, oferecida pelo mundo, e o conhecimento de mundo do indivíduo que está categorizando.

Neste sentido, podemos dizer que especialistas e não-especialistas reconhecem atributos comuns ao conceito, mas dão ênfases diferenciadas a um ou a outro atributo, proporcionando, assim, alguns desacordos na escolha dos melhores exemplares da categoria. Parece-nos claro que a presença do exemplar gripe como segunda maior média resultou de uma escolha homogênea entre os especialistas; enquanto AIDS resultou da escolha dos não-especialistas.

Parece-nos, portanto, que de um lado há uma categorização social do conceito que estabelece e entrelaça as conceituações construídas pelos indivíduos; o que permitiu que a categoria doença fosse reconhecida como o mesmo conceito pelos dois grupos. Por outro lado, a categorização realizada pelo indivíduo tem íntima relação com seus valores e experiências.

5 CONCLUSÃO

O termo conclusão apontado acima não significa que apenas neste item apontaremos as conclusões de nossa pesquisa, posto que, de fato, tais conclusões foram sendo apresentadas no transcorrer da discussão dos resultados.

Acreditamos ser mais relevante nesta finalização de nosso trabalho salientar que os resultados e as conclusões a que chegamos revelaram o quanto é complexo o caminho a percorrer para compreender o fenômeno da categorização dos conceitos e que, à teoria dos protótipos, faz-se necessário aprofundar a discussão acerca da relação entre categorização e conhecimento de mundo dos indivíduos que categorizam e entre categorização e a construção socio-cultural dos conceitos.

Acreditamos que aprofundar tal questão é o próximo passo necessário para os estudos acerca dos comportamentos de categorização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AITCHISON, J. (1994) Band birds and better birds – prototype theories, In: AITCHISON, J., *Words in the Mind - an introduction to the mental lexicon*. Oxford: Ejackwell.
- EYSENCK, M.W., KEANE, M.T. (1994) *Psicologia cognitiva: um manual introdutório*. São Paulo: Artes Médicas.
- FELTES, H. P. M. (1992) A semântica cognitiva prototípica de George Lakoff. *Letras de Hoje*, V.27, nº 03, p. 49-71.
- GEERAERTS, D. (1988) Where does prototypicality come from? In: GEERAERTS, D. *Topics in cognitive linguistics*. Amsterdam: Philadelphia, Jonh Benjamin Publichs.
- MACÊDO, A. C.P.S. (1998) Similarities and differences in categorization behavior by brazilian portuguese and american english native speakers. *Delta*. Vol.14. nº.2, p.467-481.
- ROSCH, E.; SIMPSON, C. and MILLER, R.S. (1976) *Structural bases of typicality effects*, Berkeley: University of California.