



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES

CURSO: PSICOLOGIA

IVO REINEHR NETO

**PRODUÇÃO SUBJETIVA NO TRATAMENTO DO
CÂNCER**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB
– Centro Universitário de Brasília.

Professor Orientador: Fernando Luiz González
Rey

IVO REINEHR NETO

**PRODUÇÃO SUBJETIVA NO TRATAMENTO DO
CÂNCER**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB
– Centro Universitário de Brasília.
Professor Orientador: Fernando Luiz González
Rey

Brasília

2012

IVO REINEHR NETO

**PRODUÇÃO SUBJETIVA NO TRATAMENTO DO
CÂNCER**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB
– Centro Universitário de Brasília.
Professor Orientador: Fernando Luiz González
Rey

Brasília, 5 de Julho, 2012

Banca Examinadora

Dr. Fernando Luiz González Rey
Orientador

Dra. Valéria Deusdará Mori
Examinador(a)

Dra. Érika Ferrão
Examinador(a)

Menção Final

“Dedico esta monografia a todos meus professores que me passaram o conhecimento e paixão que tenho pela Psicologia e em especial, meu orientador que me mostrou que não há limites para este conhecimento e na busca pela genialidade”

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais que financiaram meu curso e me apoiaram na minha escolha pela Psicologia

Agradeço aos meus amigos que aceitaram minha ausência nas diversas tarefas propostas e momentos de diversão que tive que não pude comparecer devido ao comprometimento na execução deste trabalho

Agradeço a todos meus professores que me ensinaram novos conhecimentos no decorrer do curso e que sempre tiveram a ética de apoiar o aluno e passar todo conhecimento que um dia lhe foi passado

Agradeço, principalmente, meu orientador por todo aprendizado, genialidade e incentivo no decorrer da minha vida acadêmica e pessoal. Acima de um grande professor foi uma grande pessoa que me proporcionou momentos de alegria sem perder o foco e seriedade que se deve ter para que se atinjam os objetivos desejados pelo orientando.

Resumo

A PRODUÇÃO SUBJETIVA NO TRATAMENTO DO CÂNCER

O Câncer, na forma em que é tratado pela medicina, é uma doença que tem sua definição mais associada ao caráter biológico da doença, desconsiderando os efeitos subjetivos decorrentes dessa patologia. Neste trabalho foi realizada uma pesquisa qualitativa visando compreender como a Representação Social sobre a doença se configura subjetivamente na experiência de uma mulher que sofreu Câncer de mama e agora sofre da mesma doença no fígado. Isso será feito a partir de uma metodologia construtivo-interpretativa que se apóia na Epistemologia Qualitativa. Para que se faça uma metodologia desse porte à definição de saúde se torna mais ampla e engloba características pertencentes à ciência pós-moderna que se difere ao positivismo. Verifica-se em um estudo de caso a existência de medos gerenciados por construções sociais. A dialética indivíduo/sociedade é o que orienta as informações extraídas na dinâmica conversacional na qual ambos não são separados, mas constituídos recursivamente.

Palavras Chave –Saúde, Câncer, Representações sociais, Epistemologia qualitativa, Teoria da Subjetividade.

SUMÁRIO

Capa	
Dedicatória	
Agradecimentos	
Resumo	
Introdução	1
Cap. 1 Fundamentação Teórica	3
1.1 Teoria da subjetividade	3
1.2 Processos Subjetivos envolvidos no adoecimento da pessoa	5
1.3 Papel do Psicólogo enquanto pesquisador	10
1.4 Objetivos	13
1.4.1 Gerais	13
1.4.2 Específicos	13
Cap. 2 Metodologia	13
2.1 Cenário de pesquisa	14
2.2 Instrumentos	15
2.3 Participantes	16
2.5 Material	17
2.6 Procedimentos	17
Cap. 3 Processo de construção da informação	19
Considerações finais	30
Referências Bibliográficas	31

Introdução

Atualmente, percebe-se que, nas pesquisas a respeito de doenças crônicas em seres humanos, a questão primordial torna-se a investigação dos aspectos biológicos presentes na patologia, colocando assim, a subjetividade do sujeito submetido ao tratamento como algo secundário na discussão desse tema.

Guerra, Gallo, Azevedo & Mendonça (2005) colocam que os casos de câncer têm aumentado no Brasil nos últimos anos e que a incidência do mesmo varia de região para região, destacando a importância de se fazer uma pesquisa por localidade para verificar os diferentes tipos de câncer que atingem a maior parte de uma população em detrimento de outras. Sendo assim, a existência dessa variância por região e o fato de ainda não se ter conhecimento ao certo pela medicina a causa do surgimento de um tumor maligno, percebe-se que, existe algo além do biológico a ser investigado e que inclui os diferentes contextos os quais o sujeito atua. O câncer representa cerca de 12% das mortes no mundo que consiste em seis milhões de pessoas por ano falecendo por conta dessa patologia (Guerra, Gallo, Azevedo & Mendonça, 2005). Apesar desse dado, é possível perceber que em doenças crônicas como hipertensão, às conseqüências da não adesão ao tratamento podem gerar problemas em órgãos vitais (Péres & Magna, 2003) e, mesmo assim, tem poucas representações associadas à morte. Devido às suas conseqüências variadas, a hipertensão mata mais pessoas que o câncer e, apesar disso, hoje é considerada muito mais uma doença crônica do que mortal. Peres & Magna (2003) acrescentam que a crença do paciente hipertensivo pode interferir na maneira como ele irá praticar seus novos hábitos de vida e o conhecimento que ele tem a respeito da doença também tem efeitos sob as condutas necessárias para que se atinja sucesso no processo de controle da doença. Nesse caso, além do contexto social colocado em pauta anteriormente, o individual e suas crenças ganham força nesse tipo de pesquisa.

A saúde deve ser vista no âmbito individual sem reduzi-la a cálculos estatísticos que tentam dizer algo a respeito de padrões comuns de doenças que devem ser consideradas como uma média social ou não. O indivíduo que sofre as conseqüências é que avalia seu estado, pois, é quem pode descrever realmente o que está sentindo. A relatividade deve ser levada em conta no processo de saúde do ser humano. Os fenômenos patológicos revelam uma estrutura individual diferenciada que deve ser estudada por profissionais de saúde (Canguilhem, 1978).

González Rey (2004) define a saúde como um processo qualitativo complexo em que não se separa o psíquico e o somático. O psíquico se refere ao nível psicológico e o somático ao corpo físico. Nesse caso, para se definir um indivíduo 'saudável', o critério vai estar pautado em uma dependência de verificar o funcionamento integral do sujeito que permitirá ao organismo diminuir a vulnerabilidade dos processos que causam a doença (González Rey 2004).

Não há como separar o fenômeno psíquico do social levando em consideração que o interno e externo não estabelecem entre si relações causais como provavelmente se destacariam no positivismo, mas uma relação dialética em que se desenvolvem em conjunto sem que um seja consequência do outro, mas que, o social e o individual evoluem juntos por influências inespecíficas e indeterminadas. González Rey (2003) destaca que essa dialética favorece a superação da dicotomia entre indivíduo e sociedade e que a subjetividade tem caráter social e histórico de natureza complexa. Ontologicamente acrescenta que o psíquico não pode ser redutível e invariável, mas de realidades diferenciadas para cada processo do sujeito. O intuito é eliminar a idéia de uma ciência passível de generalização baseada somente em cálculos exatos ligadas ao quantitativo. Esse relato não implica em anular quaisquer dados já levantados e invalidar trabalhos realizados desse modo, mas o intuito é mostrar as falhas desse processo e tentar mudar de foco trazendo novas perspectivas de pesquisa.

Este trabalho visa quebrar a dicotomia entre individual e social presente em alguns modelos teóricos e destacar a produção singular do sujeito diante do câncer, colocando a saúde em uma dimensão complexa. O leitor vai se deparar com um trabalho que terá uma preocupação grande com cada fator presente na dinâmica com o participante em tratamento. O intuito é colocar a importância da valorização do sujeito que existe além da doença. Essa personalidade será um dos focos de análise sem descartar os efeitos orgânicos. A diferença se refere ao fato de que não vai fragmentar-la em categorias de análise e sim trazer um foco em que a complexidade não permita esse tipo de reducionismo.

Fundamentação Teórica

Teoria da Subjetividade

Desde o início da Psicologia até então o tema da subjetividade tem sido tratado sob várias vertentes que tentam “decifrar” o que o ser humano tem dentro de si e de que maneira isso se insere no social e cultural. Algumas dessas vertentes desconsideraram a questão, outras ficaram presas em uma separação dentro do paradigma indivíduo/sociedade.

Quando a Psicologia se tornou uma ciência independente, o subjetivo e o social eram desconsiderados. O estruturalismo, por exemplo, tinha uma visão de Wundt a qual se preocupava com fatores biológicos como primordiais, desconsiderando o social. Apesar de alguns relatos destacarem que o criador dessa vertente cogitou trabalhar nessa linha de raciocínio em que a sociedade ganharia implicação no estudo científico, isso não foi o foco de seu trabalho até porque sofria influência de um modelo positivista de ciência. Essa influência tem uma característica de conhecimento objetivo e universal em que o psíquico não tem força expressiva que seja comprovada empiricamente à existência de uma nova informação verdadeira. O próprio conceito de verdade é muito questionado até hoje quanto ao seu absoluto inexistente. Devido a esse fato Freud sofreu preconceito do meio acadêmico por ser o primeiro a valorizar essas questões. Para ele os aspectos orgânicos deixaram de ser o único foco e o psíquico ganhou importância dentro da Psicologia. Mesmo diante disso, a Psicanálise ainda tinha uma visão bem generalizada do ser humano e seus conceitos seguiam esse ideal.

Jung começou um processo de separação de seu precursor quando teorizou e se preocupou com algo um pouco mais singular. O conceito de inconsciente passou a ser dividido em dois pólos: o individual e o coletivo. Isso gerou grande repercussão no mundo acadêmico e uma discussão com o criador da psicanálise. Jung criou a psicologia analítica que Freud se recusou a aceitar devido ao momento histórico ao qual estavam inseridos. Apesar de Jung lidar com algumas questões individuais, a subjetividade e seu conceito não foi definido por ele. O autor lidou com a dialética entre indivíduo e sociedade mas sem mencionar o termo devido ao período histórico o qual atuava.

Quando se fala em definir um termo, na verdade, está se inserindo uma discussão ampla e complexa sobre o assunto, na medida em que, uma palavra mal definida pode tirar toda a importância de uma teoria, por isso, falar de subjetividade é falar de complexidade. Morin (2000) trata o complexo como uma problemática a qual se deve ter um pensamento

multidimensional que engloba o individual, o social e o biológico. O complexo tem que abranger essas dimensões para que se realize uma discussão aprofundada sobre o tema que se está trabalhando. Esse é o grande desafio da complexidade (Morin, 2000). A complexidade, segundo esse autor, não se resume a uma complicação ou a algo quantitativo, pois, se relaciona as incertezas, confusões e desordens que não estão presentes, a todo instante, dentro da racionalidade. O complexo é irracional (Morin, 2000). É nesse raciocínio que González Rey (2002) define a subjetividade valorizando a dialética existente entre individual e social sem desprezar o biológico:

A subjetividade é um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos produzidos na vida cultural humana, e ela se define ontologicamente como diferente dos elementos sociais, biológicos, ecológicos e de qualquer outro tipo, relacionados entre si no complexo processo de seu desenvolvimento (González Rey, 2002, p.36).

Essa definição se caracteriza como complexa, pois não tenta enumerar o subjetivo e não fragmenta o conhecimento em categorias que tentariam tornar a definição como absoluta. O interesse do autor não é reduzir e facilitar a compreensão de maneira objetiva dentro do conceito, mas colocar a tona uma discussão que permita ampliar o estudo sobre o tema em questão.

O sentido subjetivo (González Rey, 2002), que participa da definição do que é subjetividade, tem caráter simbólico e afetivo. Ele se constrói a partir das experiências do próprio sujeito e é um registro das ações humanas. Leontiev (citado por Spink, 2003) trata o significado de uma forma bastante interessante quando diz:

Se por um lado os significados atribuídos às palavras são produzidos pela coletividade no seu processar histórico e no desenvolvimento de sua consciência social e, como tal, se subordinam às leis histórico-sociais, por outro, os significados se processam e se transformam através de atividades e pensamentos de indivíduos concretos, e assim se subjetivam (adquirindo um sentido pessoal), na medida em que retornam para a objetividade sensorial do mundo que os cerca, através das ações que eles desenvolvem concretamente (Leontiev, citado por Spink, 2003, P. 42).

O que se pode trazer dessa definição é um sentido relacionado apenas à palavra e que descarta a própria ação do sujeito dentro do contexto simbólico como Gonzalez Rey definiu anteriormente. O sentido está além da palavra, envolve toda uma produção do sujeito seja ela consciente ou não (González Rey, 2002).

Vygotski (1983) segue a idéia de uma visão qualitativa de desenvolvimento humano que ocorre do coletivo para o individual. Essa visão não é considerada determinista levando em consideração que não se despreza o ser humano como um dos criadores de sua história. O que vem do social vai atuar de forma diferenciada no psiquismo humano, o qual é variável. O aspecto biológico para ele torna-se secundário, mas não desprezível, pois, a cultura transforma

certos fatores dessa ordem. Vygotski (1983) estudava os fundamentos que envolviam pessoas com ‘defeito’, o que, hoje, chama-se no senso comum de ‘deficiente físico’. Em uma das suas obras lidou com o potencial de indivíduos que aprendiam mesmo diante do defeito e que, quando existia um incentivo social para utilização de mecanismos de compensação, permitia a essas pessoas alguma vivência em uma sociedade que estaria mais preparada para recebê-los. A partir disso pode-se também citar o câncer como um exemplo de patologia que não é bem aceita culturalmente, e que, devido ao sentimento de menos valia que pode deixar no indivíduo, ganha importância no estudo realizado pela equipe de saúde, pois, atua de forma direta nesse processo de tratamento e recuperação, pertencendo ao desenvolvimento do sujeito como um todo. Desprezar aspectos subjetivos e culturais do sujeito é reduzi-lo diante da sua complexidade (Morin, 2000).

A esfera afetiva nessa subjetividade individual refere-se às emoções e suas variáveis. González Rey (2005) destaca que as emoções ‘representam estados de ativação psíquica e fisiológica, resultante de complexos registros do organismo ante o social, o psíquico e o fisiológico’ (González Rey, 2005, p. 242). Nessa definição, não se separa o orgânico do psíquico, destacando que as emoções se expressam nas diversas formas no ser humano. As emoções não são derivadas apenas de estados biológicos, mas também de estados subjetivos, o que demonstra que não é uma relação de causa e efeito entre o que é palpável ou não. González Rey (2005) escreve que:

‘A emoção caracteriza o estado do sujeito ante toda ação, ou seja, as emoções estão estreitamente associada às ações, por meio das quais caracterizam o sujeito no espaço de suas relações sociais, entrando assim no cenário da cultura. O emocionar-se é uma condição da atividade humana dentro do domínio da cultura, o que por sua vez se vê na gênese cultural das emoções humanas’ (González Rey, 2005, p. 242).

Sendo assim, as emoções não se ligam de forma linear com o espaço social, mas se constituem juntos variando ontologicamente na subjetividade de cada sujeito. Para qualquer ação existe uma emoção que mobiliza o sujeito a executar o que deseja, mesmo que, essa ação se reduza as fantasias que não são expressas a todos os indivíduos nas interações.

Processos subjetivos envolvidos no adoecimento da pessoa

Repensar a noção patológica entrará em foco nesse momento por ser a forma como serão guiadas as informações presentes nesse tópico. Branco Filho & Resende (2004) destacaram a importância de se repensar o termo ‘pathos’ não associado como ausência de doença, mas como uma forma legítima de subjetivação de um ser complexo que deve ser

analisado em sua totalidade. O termo em questão se relaciona também ao modo afetivo como cada indivíduo constrói seu próprio mundo sem desprezar também a cultura a qual ele está inserido, pois a cultura não é algo externo a essa construção. Esse ser é irreduzível a uma única fonte do saber e por isso não deve ser visto somente no modelo biomédico ou mesmo no modelo biopsicossocial e espiritual. Esse modelo biopsicossocial termina sendo uma soma de dimensões sem especificar a integração de novos momentos qualitativos decorrentes da integração entre as mesmas. Partindo dessa idéia, quando o sujeito está inserido em um contexto hospitalar que é desfavorável a sua recuperação, precisa lidar com seus problemas e reconstruir sua vida sem contribuição da equipe de saúde que, nesse caso, atua como ‘cuidador’ e ‘vilão’ ao mesmo tempo. A saúde não é apenas ausência de doença e, segundo a organização mundial de saúde (OMS) representa: ‘bem-estar físico, mental e social’. Essa definição torna-se interessante, mas ao mesmo tempo confusa quando analisada por profissionais de saúde que tem perspectivas ligadas ao modelo positivista e não conseguem definir o quão é considerado saudável para questões que não são palpáveis e que fazem parte da complexidade humana. Sendo assim cabe destacar a importância de uma discussão pós-moderna que valoriza a individualidade de cada um e não só a generalização a partir de critérios que coloquem o sujeito dentro de padrões de normalidade ou anormalidade. O ‘bem estar’ deve ser definido pela própria pessoa que se considera ‘adoecida’ pois é um processo o qual ela é o próprio criador de sua condição.

Os processos de sentido subjetivo (González Rey, 2002) são os registros das ações humanas e representam a unidade do simbólico e afetivo que convergem no curso da ação. O simbólico se relaciona com o espaço os quais as emoções se organizam com outras emoções e formam o que seria esse conceito. González Rey (2005) destaca que é a emoção que coloca a disponibilidade dos recursos subjetivos para realizar determinada atividade. As categorias como: insegurança, auto-confiança entre outras; caracterizam o sujeito e representam esses estados afetivos destacados.

No tratamento do Câncer, que é um diagnóstico surgido a partir da medicina e que tem seu caráter associado ao biológico e funcionamento do organismo, existe uma produção subjetiva na medida em que envolvem representações diferentes sob a maneira com a qual cada sujeito irá produzir sentido subjetivo (González Rey, 2002) a essa doença. O sentido se relaciona a maneira como a realidade se torna um processo de significado afetivo a partir das experiências do indivíduo, nesse caso, uma rede desses sentidos é o que se define por configuração subjetiva (González Rey, 2006). Partindo dessa idéia, ao saber que tem câncer,

por exemplo, uma pessoa pode ter alguma reação de medo e negação por ter um familiar que morreu devido a essa doença, enquanto outros podem entender esse fator como apenas um diagnóstico médico que terá que ser tratado no decorrer dos próximos meses, mas que, não necessariamente está associado à morte. Esse processo mudará a maneira e a motivação com que cada um vai lidar com tratamento e cura dessa patologia o que se associa diretamente a definição de saúde falada anteriormente.

Spink (2000) foca na produção de sentido relacionada à Psicologia Social aplicada ao cotidiano do sujeito. A autora destaca que fazer ciência com a valorização do social fez com que a Psicologia fosse deixada de ser reduzida ao modelo experimental que buscava universalidade e objetividade através do controle dos comportamentos dos sujeitos no contexto laboratorial. O questionamento ao papel social nos processos de produção dos seres humanos surgiu, juntamente, com novas perspectivas e necessidades da própria sociedade em entender melhor a complexidade humana. O sentido é uma construção social que permite as pessoas lidarem com as situações do cotidiano (Spink, 2000). Isso demonstra que ele é historicamente e culturalmente construído, se constituindo em uma relação dialógica que produz o sentido e as práticas sociais sustentadas pela linguagem (Spink 2000). Infere-se assim que a linguagem faz parte da identidade do sujeito e que a relação com esse fator é afetiva. González Rey (2005) acrescenta que sem emoção não há produção nem ação e, portanto, é possível concluir que, as relações que o sujeito estabelece com o meio têm caráter subjetivo para ele e, por isso, tem papel fundamental nas interações entre paciente em tratamento, equipe de saúde, familiares, amigos entre outros. O autor trata o sentido como algo subjetivo e que não está somente ligado a linguagem, mas a uma produção que não pode se prender somente a esse foco de análise.

As representações sociais devem ser consideradas já que se associam ao que é subjetivo e ao que vem do ambiente. O termo ‘social’ surge porque se baseia em algo que é simbólico e compartilhado culturalmente como representação de sujeitos ou grupos sociais e que são percebidos pelo indivíduo como dele, tornando-se psíquico (González Rey, 2006). Spink (2009) acrescenta a idéia de que a teoria das representações sociais se refere a conhecimentos socialmente construídos que envolvem as crenças e expressam uma ‘ordem social constituída’ (Spink, 2009). Ela permite dar sentido ao mundo e tem um caráter histórico que nos diferencia de outros seres vivos que não tem uma cultura que perpasse várias gerações. O ‘dar’ sentido é algo a ser criticado, pois, o sentido não é algo dado e pronto, mas sim, produções (González Rey, 2002). Portanto, cabe aqui destacar um simples

exemplo que demonstra corretamente do que se trata algo que é considerado simbólico que está envolvido numa trama de emoções da pessoa: a cadeira tem uma função que foi construída dentro do meio social que envolve o ato de sentar e descansar, porém, a maneira de sentar e de utilizá-la, assim como o modo que indivíduo vai associá-la a outros objetos com mesma função, varia de acordo com subjetividade de cada um. Partindo dessa idéia, o câncer pode ser representado simbolicamente por um tumor que tem seu significado caracterizado pela medicina e que tornou-se um conhecimento social, porém, apesar de um significado compartilhado culturalmente, cada sujeito irá produzir sentido subjetivo (González Rey, 2002) fazendo com que não exista uma universalidade dos processos, mesmo aqueles que são parte de uma sociedade a qual o ser humano em questão esteja atuando.

Quando se lida com o social e sua relação com o sujeito estudado, Moscovici (1975) se posiciona colocando que o ser humano busca sempre sua singularidade mostrando as diferenças dele com relação ao social. A necessidade de falar em oposição aos outros caracteriza a existência humana (Moscovici, 1975, p. 7). Apesar disso, acrescenta que esse fator não garante tranquilidade, pois, a sociedade é o ‘domínio dos homens’ (Moscovici, 1975). Essa dominância não ocorre diretamente, pois, assim não haveria alternativa para o ser humano que não fosse seguir os padrões impostos no meio. Nem mesmo o apelo à singularidade serviria como alternativa para fugir de uma conduta cultural e transformar-se em único de destaque. Existem representações sociais que não podem ser ignoradas bem como um ser atuando junto a isso. O conceito de representação social é um dos mais trabalhados por Moscovici (1975) e se refere à expressão do que se chama de senso comum. Isso descreve que pode ser caracterizada como algo socialmente construído, mas que não perde o caráter subjetivo. É um pensamento comum da sociedade a respeito de determinado assunto (Spink, 2009). Segundo Mercer & Wanderbroocke (2011), em uma pesquisa realizada em um hospital oncológico associado às representações sociais da instituição, bem como, a do paciente que recebe o diagnóstico e tem que se submeter ao tratamento; esse conceito interfere no processo de vivência da doença. Foram entrevistados pacientes que demonstraram diferentes processos de subjetivação e que associavam o hospital especializado como um local onde se buscava a cura ou mesmo um local aonde as pessoas iriam para sofrer e sair de lá direto para o cemitério. Uma saída que Mercer & Wanderbroocke (2011) destaca para essas associações e generalizações que ocorrem em pessoas que vêem outros indivíduos debilitados com a mesma doença na instituição em questão seria: ressignificar o local de tratamento e a própria doença não associada apenas à morte e ao medo. Para que isso ocorra, cabe inferir

que, essas representações devem ganhar novas formas de interpretação por parte do sujeito e, a partir disso, se encontre a motivação necessária para seguir adiante no tratamento e cura da doença. É necessário um suporte como apoio que não se limita apenas aos profissionais, mas também a toda sua rede de relações interpessoais como: família, amigos, filhos entre outros. Em torno disso, Gonzalez Rey (2006) acrescenta ao conceito trabalhado por Spink (2009) e Moscovici (1975) a noção de sentido definida anteriormente, que tem uma dialógica e dialética nessa construção. Ressignificar não é o termo mais adequado nesse complemento do autor já que, seria realizada uma nova produção de sentido e não uma simples conduta que tivesse como objetivo fazer o sujeito mudar de opinião fazendo valer a do profissional. Manipular o paciente para aderir o tratamento não consiste em postura adequada de humanização dentro de uma instituição e, dar novo significado consistiria em descartar a produção anterior do individuo como se não tivesse validade. Haverá mudanças na representação do local se ocorrer novas emoções produzidas junto ao simbolicamente compartilhado.

Dias & Durá (2001) destaca que o Psicólogo deve buscar a melhor qualidade de vida do paciente em tratamento do câncer e que isso deve estar aliado às intervenções médicas. Existe uma dificuldade do paciente em aderir o tratamento em alguns momentos porque ele tem efeitos colaterais que muitas vezes o paciente não está preparado para lidar (Dias & durá, 2001). Esses efeitos colaterais seriam a perda de cabelo, emagrecimento entre outros fatores físicos, mas que tem conseqüências sociais inclusive na própria representação (Gonzalez Rey, 2006) que o sujeito pode ter de seu gênero, corpo ideal para sua idade e outras questões que envolvem crenças socialmente construídas e que, podem gerar julgamentos por parte de outros indivíduos.

Madureira (2007) trabalha a questão do gênero e sexualidade. Isso se relaciona diretamente a uma doença como o câncer que tem o lado estético afetado e a representação do que é considerado adequado como características gerais masculinas ou femininas. A autora liberta esse conceito de questões biológicas e nos aproxima de uma análise que envolve algo muito além dessa dimensão. Ele se associa aos discursos e não pode ser estudado por uma única ciência já que não envolvem apenas a relação intra-genero, mas também políticas, instituições entre outros fatores do cotidiano. O social é botado em destaque e o que é historicamente importante a respeito disso se associa a experiência pessoal entre outras atividades públicas ou políticas (Scott, 1989). É uma discussão que se refere diretamente a diferença entre os sexos (Madureira, 2007) e, por tratar-se disso, envolve características

comuns e representações sociais (Spink, 2009) do que é ser homem ou ser mulher. No câncer, volta-se a destacar os efeitos colaterais nessa discussão, uma mulher que sofre perda de cabelo ainda assim é considerada feminina? Uma mulher sem seio ainda é considerada mulher? Todas essas perguntas a sociedade tenta responder, mas muitas vezes envolve maneiras preconceituosas em cima da dialética da relação homem/sociedade que se produziu na singularidade de cada um.

O preconceito tem seu conceito pautado em fronteiras simbólicas rígidas que delimitam a inserção de um grupo ou não na sociedade além de uma generalização de fatores que descrevem o ser humano sob uma única categoria que o exclui ou inclui em determinados contextos (Madureira, 2007). Madureira (2007) coloca que existe um forte enraizamento afetivo no preconceito e que ele se diferencia de discriminação. A discriminação é definida nesse caso como o preconceito posto em ação, ou seja, vai além da idéia e parte para concretização do que foi socialmente construído. Atos discriminatórios são simplesmente sustentados pelo preconceito. Esse preconceito, segundo Crockik (2006) é uma manifestação da personalidade. Destaca-se assim a importância da esfera psicológica nessa discussão.

Arruda (2002) faz a inter-relação entre os conceitos trabalhos de representações sociais e preconceito. Ao falar do câncer e da mulher, não tem como descartar essa relação e finalizar esse capítulo sem esse foco. A autora em questão lida com a influência do saber social sob as práticas contra os gêneros. Sendo assim, a teoria da subjetividade (González Rey, 2002) e tudo que foi trabalhado até então participa ativamente em uma pessoa que tem Câncer. Principalmente quando tem conseqüências estéticas no corpo e que permite uma visualização do outro. O sujeito eventualmente busca estratégias para combater isso seja, usando peruca, realizando cirurgia de reconstituição, entre outros fatores que servem como formas de enfrentamento dessas conseqüências visuais e emocionais.

Atuação do Psicólogo enquanto pesquisador e participante do contexto de saúde/doença

Não há dúvidas de que o psicólogo tem papel fundamental no tratamento do câncer e que as questões subjetivas devem estar em suas prioridades para uma boa atuação, não somente com o paciente, mas também junto à equipe de saúde. Venâncio (2004) escreve que o psicólogo não deve ter seu trabalho somente pautado no paciente e sua qualidade de vida, mas também valorizar os familiares em uma tentativa de dar suporte aos mesmos. Nesse caso, a

qualidade de vida é definida pela autora como: "um conceito multidimensional que é mensurado como uma avaliação subjetiva do status de saúde e do bem-estar em diferentes setores da vida, incluindo componentes físicos e psíquicos" (Venâncio, 2004, p.56). Sendo assim, cabe uma crítica a essa mensuração do que é subjetivo, já que, o que caracteriza esse fenômeno é justamente a complexidade e a incapacidade de dar número aos processos individuais e singulares variáveis dos seres humanos. Por outro lado, o 'bem estar' tem que estar focado naquilo que o próprio indivíduo considera um destaque em sua vida e que deseja trabalhar com um profissional de saúde que acaba vivenciando toda essa dinâmica só que de uma forma diferenciada.

Spink (2009) relata que o psicólogo deve conhecer o contexto que ele está trabalhando para que consiga ter sua atuação pautada em intervenções que se encaixam melhor naquele ambiente, ou seja, nesse caso, o profissional deve ter comprometimento com as questões sociais. Esse comprometimento se dá através das pesquisas de campo, que deve ser um dos focos do psicólogo que lida com saúde e precisa realizar seu trabalho de acordo com as necessidades dos pacientes e, até mesmo, da equipe de saúde. Apesar de buscar uma atuação também junto à equipe, obviamente, o profissional deve ter como objetivo tratar o paciente e o seu discurso deve ter como foco a saúde do sujeito que está sofrendo, bem como, a de seus familiares. A atuação não se resume a clínica ou a psicologia social, mas ambas. A grande questão que Spink (2009) escreve que a psicologia enfrentou quando começou a se estruturar como campo na saúde, atuando em hospitais entre outras redes, foi saber exatamente qual era a função do profissional (Psicólogo) nesses contextos, acrescentando que, nas graduações os alunos não tinham conhecimento desses fatores como necessários para sua formação curricular.

Rossi & Santos (2003) colocam que:

"A realização de pesquisas nessa área reflete a preocupação com a contribuição que a Psicologia pode proporcionar na prevenção, adaptação emocional e social do indivíduo às várias etapas do tratamento oncológico, bem como na reabilitação e no manejo do paciente em fase terminal. Assim, a qualidade de vida do paciente com câncer passa a ser tão relevante quanto o seu tempo de sobrevivência, o que pressupõe uma modalidade de assistência integral ao paciente e à sua família, bem como a formação de profissionais de Saúde envolvidos no atendimento dessa demanda"(Rossi & Santos, 2003, p.33).

Nessa afirmativa, os autores colocam a 'adaptação' como algo fundamental para o ser humano em tratamento oncológico, porém, como Gonzalez Rey (2002, 2005 e 2006) coloca, quando se lida com os conceitos de subjetividade, sentido subjetivo e representações sociais; essa noção adaptativa não se torna o principal foco levando em conta que o sujeito em questão

tem sua emocionalidade atuando junto a sua ação e que, ao adaptar-se somente a algum tratamento, estará produzindo emoções que podem resultar em: baixa auto-estima, insegurança etc. Isso significa que é necessário entender o que esse paciente está sentindo ao ser diagnosticado e se submeter ao tratamento para, a partir disso, buscar junto com ele, chegar à motivação necessária para atingir a cura da doença. A motivação é entendida como um processo central (quando se utiliza os conceitos destacados por González Rey 2002, 2005 e 2006 citados anteriormente) sendo a expressão da personalidade em um contexto concreto da ação humana, ou seja, não se baseia em uma única variável isolada. Representa um conjunto de processos emocionais que variam dentro de cada contexto o qual o sujeito está atuando, seja em um hospital, sala de aula, ou quaisquer outros locais. Entende-se, portanto que a noção do autor (González Rey, 2002) baseia-se em uma crítica a personalidade fragmentada, pois, dessa forma ela perde seu significado para a realidade que ela expressa. A complexidade em lidar com o psiquismo humano não pode se reduzir a algo concreto, prático e objetivo caracterizado por uma única solução que se aplica a todos e que pode estar somente no contexto o qual cabe ao paciente o papel de aceita-lo e se adequar a ele. Essa idéia de naturalização não deve ser o mecanismo de trabalho do Psicólogo estando ele em qualquer área de trabalho. A cultura é criada pelo homem e não surge como natureza a partir do nascimento, portanto, ela pode contribuir ou prejudicar o individuo que faz parte dela. A sua ação depende da sua produção subjetiva (González Rey, 2002) que engloba aspectos simbólico-emocionais no seu próprio conceito (González Rey, 2005) e que foi se construindo no decorrer da história e da quebra de diversos paradigmas da condição humana. Acrescentando a idéia, Rossi & Santos (2003) destacam um ponto importante que se refere à atuação junto ao paciente em estado terminal e também, a assistência integral a família. Esse fator destacado pelo autor demonstra a importância de lidar com o ser humano doente, mas também aqueles que sofrem influência desse próprio sujeito e que podem estar vivenciando as conseqüências na sua saúde por conta dessa situação ser vista como um grande problema em suas vidas. Portanto, o Psicólogo pode com isso, problematizar a equipe de saúde a pensar na importância de se atuar dessa forma e manter seu saber focado nesses questionamentos, respeitando a integralidade e integridade (Lei do Sistema Único de Saúde – SUS, 1990) de todos os envolvidos. Através de pesquisas quantitativas e qualitativas e articulando esses saberes entre si é que se torna possível averiguar o que é necessário fazer dentro do contexto o qual todos participam dialeticamente (González Rey, 2002) na relação Individuo- Sociedade.

Objetivos

Geral:

- Explicar alguns dos processos subjetivos que caracterizam as pessoas no tratamento do câncer e como eles se relacionam com as diferentes formas de viver a doença

Específicos:

- Compreender como a doença se expressa nas relações interpessoais atuais do paciente
- Compreender como a Representação Social sobre a doença se configura subjetivamente na experiência do Câncer

Metodologia

Os trabalhos envolvendo pesquisa, muitas vezes, propõem o uso de um modelo metodológico pautado em uma busca pela universalidade dentro de uma dicotomia entre indivíduo/sociedade. Essa dicotomia tenta separar e fragmentar o conhecimento além da própria personalidade. A busca pela quebra desse paradigma ocorre devido a uma nova proposta de pensamento pós-moderno em que ambos caminham juntos e devem ser caracterizados como ciência.

Minayo (1993) defende um ponto de vista o qual põe falhas tanto em pesquisas quantitativas como em pesquisas qualitativas, porém, acrescenta que ambas tem sua importância. No entanto, a autora destaca que, em pesquisas qualitativas:

“A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.” (Minayo, 1993, p 244)

Nesse caso o foco é a ênfase na dialética presente na relação entre o pesquisador e o pesquisado. Essa noção qualitativa defendida caminha sob dois pontos fundamentais: de um

lado está o referencial teórico, métodos, instrumentos que fundamentam a pesquisa, e de outro a caminhada sob direções diferenciadas em que o simbólico e o significado ganham importância no decorrer da análise (Minayo, 1993).

Morin (2000) cita que a ciência busca há séculos comprovar que seu conhecimento tem maior importância do que outros. Esse é um dos problemas porque se busca falar somente dos benefícios que o mundo científico trouxe, ignorando os pontos negativos nessa análise. Esses ‘malefícios’ se referem, por exemplo, a excluir a cultura e o ser humano dotado de consciência (Morin, 2000, p. 17).

González Rey (2002) destaca o caráter processual e singular da produção de conhecimento. A Epistemologia Qualitativa (González Rey, 2005) utilizada, considera o diálogo entre o pesquisador e sujeito de pesquisa a principal fonte de construção de conhecimento. A idéia construtiva-interpretativa consiste, justamente, na construção da informação nessa interação, mas não como uma verdade absoluta e sim, como a expressão de uma realidade individual do sujeito, que se torna passível de interpretação a partir de teorias que falam a respeito desses assuntos envolvendo os processos de sentido e significado na complexidade humana. Quando se produz um conhecimento dessa forma, deve-se entender que não existe neutralidade científica e que o pesquisador irá, no momento empírico, atuar junto a sua história subjetiva e suas próprias experiências; o que terá influência na pesquisa e que, os efeitos que exercem não devem ser descartados e sim valorizados como uma produção do saber. Nessa metodologia o foco é a construção de conhecimento e não a coleta de dados apenas como principal objeto de análise. Isso significa que a subjetividade tem papel fundamental no processo, pois, precisa ser interpretada a partir de referenciais teóricos que permitam dar sentido ao que o pesquisador se utiliza como fonte informativa para seu projeto.

Cenário de Pesquisa

Para que a participante tivesse interesse em se voluntariar a participar da pesquisa, foi explicado em que consiste esse trabalho e porque o pesquisador deseja ter como tema as pessoas que necessariamente estão em tratamento do câncer. É preciso que o pesquisador deixasse claro o que seria feito e, através do termo de consentimento, mostrasse que está aplicando seu trabalho dentro da ética e do sigilo. Esse sigilo pode motivar os participantes na medida em que sua identidade não será revelada e ficará livre para falar o que quiser ao pesquisador. Para que ele fale livremente, a dinâmica conversacional proposta por González Rey (2005) possibilita uma conversa aberta sem perguntas ou roteiros que obriguem ou

limitem o vínculo adquirido entre os membros. Essa limitação poderia colocar o entrevistado como alguém que está lá somente para responder as perguntas de interesse do pesquisador. Na dinâmica conversacional o interesse em falar vem do “entrevistado” e o pesquisador apenas utiliza instrumentos que busquem facilitar sua expressão (González Rey, 2005).

Instrumentos

As técnicas e instrumentos servem como facilitadores para expressão do sujeito (González Rey, 2005). Isso significa que não são o principal meio de coletar dados relevantes para o processo de análise posterior, que se refere ao processo de construção da informação. Permitem um aprofundamento maior em algumas questões do indivíduo em torno de sua realidade.

Completamento de frases

Nesse caso, como instrumento de pesquisa foi utilizado o completamento de frases. Ele consiste em apresentar aos participantes palavras por escrito que serão completadas posteriormente, formando frases. Isso pode ser feito através da escrita ou oralmente como, por exemplo:

‘**Antes...**’ ‘eu era feliz’

‘**Hoje...**’ “não estou feliz”

Nesse caso, são palavras as quais ele teve que completar a partir de sua própria interpretação do que está escrito.

O completamento de frases tem o objetivo de facilitar algumas expressões do sujeito (González Rey, 2005).

No primeiro momento o pesquisador começou a dinâmica conversacional (González Rey, 2005) como forma de estabelecer vínculo além de, obviamente, trabalhar os aspectos subjetivos do sujeito. Após uma longa conversa começou-se a referida atividade na qual a participante aceitou muito bem. Partindo desse princípio e levando em consideração os objetivos da pesquisa, destacaram-se alguns trechos da fala de V. que permitem uma discussão bastante aprofundada. Esse debate ocorrerá no processo de construção das informações.

Dinâmica conversacional individual

Nesse instrumento não ocorre à definição das questões a priori como nas entrevistas, mas o dialogo vai acompanhando as necessidades levantadas no momento do encontro entre o

pesquisador e o pesquisado. Essa proposta não se preocupará somente em fazer perguntas formadas, mas o foco torna-se estabelecer uma conversa que permita ao sujeito de pesquisa se expressar nas suas diversas formas de produção subjetiva (González Rey, 2002). As dinâmicas têm como objetivo verificar algumas das construções pessoais que caracterizam um indivíduo no tratamento do câncer e como elas se relacionam com as diferentes formas de viver a doença, articulando com o conceito de representação social (González Rey, 2006) e sentido subjetivo (González Rey, 2005).

A dinâmica conversacional proposta por González Rey (2005) põe em destaque vários sentidos subjetivos que podem delimitar novas informações que permitem uma pesquisa mais aprofundada dentro de uma gama de emoções expressas pelo sujeito nas associações dos instrumentos de pesquisa com o próprio diálogo estabelecido no momento empírico. Nesse caso, cabe ao pesquisador identificar os indicadores expressos e utilizar esses trechos percebidos na fala do participante dentro de sua interpretação teórica.

Participantes

Participou da pesquisa uma mulher de 32 anos e com segundo grau completo. Está em tratamento de um câncer no fígado iniciando a quimioterapia. Está no terceiro câncer sendo o primeiro de mama. A participante foi escolhida através de outras pessoas que a conhece e que colocaram o pesquisador em contato para aplicação da pesquisa. Esse contato se deu no primeiro momento por telefone para que, após a autorização, o pesquisador fosse pessoalmente à casa da própria participante respeitando os critérios éticos de pesquisa juntamente com as explicações no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram realizados dois encontros pois o diálogo se estendeu e não foi possível realizar tudo em somente uma visita.

Estudo de caso

O número de participantes nesse tipo de pesquisa não é o foco, pois, quantidade de pessoas não é critério de validação nesse tipo de trabalho. O intuito não é validar toda a atividade pautada em modelo objetivo, pois, o singular é colocado no topo da pirâmide dentro dessa linha de raciocínio e a validação torna-se uma expressão de um modelo da ciência moderna que não está influenciando diretamente essa pesquisa. Esse termo não será utilizado no decorrer da descrição metodológica. O que é primordial se refere à informação mais detalhada da realidade expressa pelo sujeito. Essa realidade revela aspectos tanto singulares

quanto de grandes grupos permitindo uma generalização diferenciada que não está presente no modelo quantitativo de pesquisa. Um indivíduo com câncer pertencente a um grupo portador dessa doença, tem um papel social, atua em uma cultura construída historicamente; interpreta a sua maneira esse mundo e influencia o mesmo. Sendo assim, os grupos vêm à tona após a execução da dinâmica, no processo de construção da informação; revelando uma estrutura psíquica individual de uma realidade que pertence somente ao sujeito estudado (González Rey, 2005).

Riscos e Benefícios

A presente pesquisa não oferece riscos à integridade física nem intelectual dos participantes envolvidos. Busca-se exatamente estabelecer um diálogo entre o pesquisador e o pesquisado em que o indivíduo sintá-se a vontade para expressar suas angustias, frustrações, alegrias entre outras categorias que possam ser colocadas através do corpo, da escrita e da fala.

Não envolveu uso medicamentoso, reforço financeiro nem quaisquer meios que tenham necessidade de um critério mais aprofundado de análise ética para autorização da pesquisa.

Os custos foram todos de responsabilidade do pesquisador que consistiu somente em gasolina e os materiais utilizados.

Materiais Utilizados

Os materiais foram: papel, caneta e um gravador

Procedimentos

No primeiro momento, o pesquisador telefonou para a participante com o intuito de verificar se existia interesse em participar da pesquisa (já que antes disso a participante já sabia do telefonema, pois, seu telefone foi passado por outros colegas de faculdade do pesquisador que a informaram do possível contato juntamente com o nome do orientado que aplicou a pesquisa) para, após a autorização, ir a casa dela para realizar a atividade. Nesse caso, apresentou-se o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para que explicar que a pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física nem psicológica, informando o que seria feito no processo de construção de dados.

No segundo momento, realizou-se a conversação sem um roteiro de pesquisa específico e estruturado que reduza processos complexos do sujeito a fatores que somente o pesquisador considera relevante. Acredita-se que a construção de um diálogo entre pesquisador e pesquisado é o melhor meio de construção do saber, pois permite conhecer melhor o sujeito de pesquisa e se aproxima mais de seus próprios processos de subjetivação (González Rey, 2002).

No terceiro momento, mostrou-se o instrumento de pesquisa que consiste no completamento de frases (González Rey, 2005). Após a explicação e autorização do pesquisador, foram completados os trechos com palavras de forma oral pela participante de pesquisa, pois, o envolvimento era tão intenso que se fosse pra ser escrito poderia atrapalhar o que ela queria dizer. Como estava tudo sendo gravado não foi prejudicial utilizar esse completamento somente oralmente. Ela falou o que desejava livremente sem um tempo específico ou quaisquer fatores que pudessem interferir na sua expressão que faz parte de sua própria representação do real.

Por fim, depois de realizados todos os três procedimentos citados anteriormente prosseguiram-se com a dinâmica individual com o objetivo de conseguir maiores informações e dar outras possibilidades de escuta.

Processo de construção da informação

O processo de construção da informação na Epistemologia Qualitativa (González Rey, 2005) não consiste em uma análise empírica de dados como verdade absoluta e sim um processo construtivo-interpretativo no qual o foco torna-se uma gama de sentidos subjetivos presentes na expressão do sujeito, não de forma direta, mas indiretamente em alguns aspectos que podem estar relacionados às contradições, comparações de repetições de palavras, entre outras manifestações do indivíduo. Segundo González Rey (2005) esse processo se baseia em algumas características fundamentais que o torna bastante complicado nesse tipo de análise, como:

- Caráter ativo do pesquisador
- Síntese teórica desenvolvida no momento empírico
- Afirmação dos aspectos subjetivos do pesquisador, pois, eles trazem suas concepções teóricas

- Admissão de caráter irregular e dinâmico na construção desse conhecimento que envolve uma complexidade atribuída à dinâmica conversacional executada

González Rey (2005) acrescenta que a questão de categorias para a produção do conhecimento relacionada à epistemologia qualitativa é “o uso de indicadores para o desenvolvimento permanente de hipóteses que dão lugar a um modelo teórico em construção e que nos permite visualizar, por via indireta, informações ocultas aos sujeitos que estão sendo estudados.” (González Rey, 2005, p. 125). A informação direta nesse caso, trás consigo informações ocultas que não estão necessariamente presentes na consciência do sujeito estudado. Essas representações podem ser colocadas pelo pesquisador se acrescidas da informação indireta. Os indicadores permitem chegar aquilo que vai além do que é apenas relatado e nos liberta da concepção positivista de pesquisa.

Crítérios para suspender a pesquisa:

A suspensão da pesquisa poderá ocorrer devido a alguns fatores como: decisão do orientador de encerrá-la; desistência dos sujeitos de pesquisa e impossibilidade de conseguir novos sujeitos; problema de saúde do próprio pesquisador.

Processo de construção da informação

Na análise e processo de construção da informação foi utilizado um nome fictício a fim de preservar a identidade da participante. Será feito nesse tópico uma divisão começando por um breve histórico da vida da pessoa, para então, ocorrer à análise e construção do que foi constatado pelo pesquisador na dinâmica conversacional e completamento de frases (González Rey, 2005).

Breve Histórico de V.

V. (nome fictício da participante) é mulher, 32 anos, solteira e sem descendentes. Trabalha como Psicóloga Clínica e reside com sua mãe e seu irmão. Está no terceiro Câncer. Tudo começou com um câncer de mama que, segundo ela, após a retirada, alguns flocos do

tumor foram se instalando em outros lugares como no braço e posteriormente no fígado caracterizando metástase. Esse tumor no fígado foi descoberto há duas semanas antes da realização dessa pesquisa. V. é uma pessoa que gosta de fazer atividades como academia, usar computador entre outras. Frequentemente costuma sair com o namorado e cita alguns planos futuros que serão destacados posteriormente nesse trabalho.

Análise da informação

Na dinâmica conversacional (González Rey, 2005), V. coloca algumas coisas em torno da doença que envolve uma trama de sentidos subjetivos (González Rey, 2005) que trazem hipóteses sob vários aspectos de sua história de vida e de suas percepções.

Uma questão a ser trabalhada é o fato da participante ter começado a falar da doença sem que o pesquisador perguntasse. Os dois falavam do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE) quando, em um período da conversa, explicando a questão do sigilo, ela alegou que poderia citar o nome dela se quisesse. Foi então que a participante mudou de assunto como no trecho a seguir:

“V. Tem que ler mesmo? (Termo de Consentimento - TCLE)

***Pesquisador.** Na verdade aí está explicando que será gravado...será mantido sigilo...(interrompe o pesquisador)*

V. Nãoooo...mas eu nem ligo!!!!

***Pesquisador.** Explica que não será relatado seu nome...que isso pode ser utilizado para publicação mas sem revelar seu nome....e que a gravação depois será descartada...*

V. Pode até citar o nome se quiser....

***Pesquisador.** hehe...Mas como a maioria tem essa questão do sigilo né?! Ai a gente...(interrompe o pesquisador)*

V. E eu na época, que fiquei doente.....porque já é a terceira vez né?!Aí na segunda eu escrevi pra VEJA (revista) pra conscientizar as pessoas de que não é esse...hm...esse...o câncer não é esse terror todo que falam..que não posso fazer nada..que não sei o que! E ai mandei uma carta enorme pra VEJA e nada...”

O desinteresse da entrevistada no TCLE quanto ao sigilo de seu nome, pode ser um indicador importante de sentido para tentar inferir algumas questões a respeito do câncer e da sua maneira de lidar com o mesmo. Em suma, ao mesmo tempo em que diz ter mandado

uma carta para revista com o intuito de conscientizar as pessoas que a doença não deve ser tratada com esse terror todo (que ocorre no significado que é dado a ela pelo saber popular), está mobilizada de tal forma que a leva a tomar essa atitude de escrever sobre o assunto e falar sobre isso sem sequer ocorrer à pergunta por parte do pesquisador. Ainda em torno disso V. complementa:

“Pesquisador. Não foi publicada?

V. Nãoooo!!ai eles...ahh...agente..como é que foi que eles mandaram???(pensando) A gente vai...avaliar...e qualquer coisa entramos em contato!Até hoje não entrou em contato!Ta ai..seria uma boa matéria!Porque eu vi uma matéria que era da veja de uma moça que falou lá que ‘ahhh..quando eu comecei a quimioterapia...aquela agulha...sabe?!’um drama de uma publicitária que fez uma matéria para capa da veja falando do câncer que tava no auge (que ainda continua) mas na época que bombou...e ela assim com a foto...meio assim...que não podia ver ela careca..sabe?!umas coisas assim!Não é assim não né?!E muitas vezes na quimioterapia mesmo...eu levantava a galera: Não!!!não fica assim não!!!...Eu acho que é isso...é cabeça!Que tudo que você falar for “to doente, to morrendo, to ruim!”tu vai pro fundo do poço!Sempre!Sempre!Por isso que eu nunca parei de malhar, de fazer nada!Mas esse último deu no fígado...e ninguém sabe!Só a D. (uma conhecida do pesquisador) que sabe!ninguém mais sabe de nada!Porque apareceu!!Eu terminei em novembro...(o tratamento anterior) tudo!!Três meses depois você tem que fazer avaliação no corpo inteiro pra ver tudo que você recebeu e o que que deu!(telefone tocou e ela saiu para atender..nesse momento a mãe vem em direção ao pesquisador e fala sobre diversas coisas inclusive sobre o câncer da filha..mesmo que rapidamente)”

A não aceitação de V. quanto à publicitária que dramatizou a situação do portador dessa doença, permite um trabalho com indicadores que possam, futuramente na dinâmica conversacional, nos trazer uma hipótese a respeito desse incômodo e se ele ocorre devido a um medo não reconhecido por ela ou a falta de importância com a estética quando critica o fato da publicitária não aceitar se enxergar careca. Também cabe aqui colocar que outra hipótese pode ser um simples incômodo pelo fato de publicarem algo que coloca ao câncer a representação associada ao sofrimento enquanto que, sua proposta, consistia em colocá-lo em outra condição mais favorável não associado somente as conseqüências ruins. Apesar da crítica a essa dramatização, V. falou:

“V. Quarta-feira eu chorei que nem uma desesperada!Eu falei: gente!que absurdo!Porque a medicação não saia e já estava a três semanas sem medicação!Eu tava apavorada!O treco já está 5 centímetros no fígado!Ai eu: Ai meu Deus!!!(voz imitando choro) Não quero morrer nãoooo!!!”

Essas palavras vêm acrescidas de uma interpretação de que essa doença está diretamente relacionada à morte e que é gerenciada por uma representação social (González Rey, 2006). A diferença está no sentido que aparece quando ela disse anteriormente que não deixou de fazer nada. Apesar do conflito que talvez esteja vivenciando, encontra-se motivada para realizar o tratamento. A intencionalidade a faz produzir algo frente à doença que mantém uma ação sem que uma coisa anule outra diante das contradições de seu pensamento. O Câncer não eliminou sua ação diante das coisas da vida e enfrenta ativamente a doença, vivendo sem depressão entre outros fatores que podem ser desencadeados nessa patologia.

Percebe-se também uma associação direta de um relato no decorrer da entrevista que está intimamente ligado com o primeiro já destacado nesse tópico:

“Pesquisador. Então o primeiro foi de mama?”

V. Não!!Os três!!O do fígado também é da mama!Eu não quero morrer não!!!O Bicho não quer morrer não o filha da puta!(risos) ”

O Câncer que teve foi de mama e se espalhou. Sendo assim, ela o havia chamado de ‘treco’ e nesse momento o ofende. Esse significado dado ao tumor demonstram que suas emoções estão totalmente focadas nesse fator como algo que a maltrata e que a deixa irritada. Mesmo com esse incômodo ela não se deixa abater a ponto de desistir, pelo contrário, percebe-se com isso uma forma de agredir o que te faz mal como uma defesa que acompanha sua ação de busca pela cura. O interessante é que ela volta a ofendê-lo quando se pronuncia:

“V. Ele falou assim (Médico)...que o primeiro foi um caroço que deu aqui (Ponta do seio, próximo ao mamilo) Ai eles arrancaram o quadrante! Ai não tirou bico, não tirou nada!Ai o bichinho ficou estagnado aqui no bico! Do lado da Areola!Ai um ano depois....um ano fiquei tomando o remédio..que é da mama!Ai não deu nada!Parei de tomar ai um..num sei...5?! 5 meses depois...ta aparecendo uma fibrose na Aréola! Do lado da

Aréola!Fibrose!fibrose!fibrose!Beleza!Vou ter que tirar porque tá bem duro!Vamo tirar!Ai quando tira....vai pro congelamento!se for mesmo...arranca o bico!Ai abriram e o viado estava lá dentro de novo (tumor)!Ai arranca o bico!Ai beleza!O que que aconteceu?!Na ressonância magnética...apareceu...ta aqui a aréola...apareceu um aqui (próximo a aréola) e um na lateral!Tem que tirar tudo!Ai eles deixaram só esse e deixaram esse caroço!”

Ela se referia ao médico que realizou seus primeiros tratamentos e explicou como ocorreu o processo. Nessa explicação houve mais um xingamento ao tumor e ele foi chamado de ‘bichinho’ anteriormente, na mesma informação. Essa relação mostra que seu pensamento está relacionado à dificuldade que é de matá-lo. Eventualmente reclama e fala mal no momento em que destaca que ele ‘ estava lá dentro de novo’” falando do reaparecimento do mesmo no seu seio.

Após um longo período de conversa, a participante começou a falar que durante o segundo Câncer procurou tratamento com um médico bem conceituado de São Paulo e, explicando tudo, falou do momento da cura do segundo até o aparecimento do atual no fígado:

“V. Zerada!!não tinha nada!Todos os exames zerados!!Em três meses nasceu no fígado!(o atual) Que na verdade eles acham que..como deu no bico...ele caiu no sistema e parou lá e ficou!E ai agora ele se manifestou só que ele foi crescendo, crescendo e crescendo!Ai na tumografia...ela pegou!Ai o medo de dar em outro lugar né?!Mas é metastático da mama ainda!Ele ta pulando só!Ta brincando de pular só!

Um indicador importante que permite levantar hipóteses a respeito do tema se refere ao fato de que ela relata um medo do tumor aparecer em outro local. Esse medo é uma preocupação pessoal que, devido aos traumas anteriores, coloca a possibilidade disso acontecer, e por isso, a doença aparece como algo que cresce rapidamente e que, como destacado anteriormente, pode matar.

Ocorreu um período em que o assunto foi modificado pela própria participante, que relatou um pouco dos aspectos conscientes da sua visão e representação do Câncer. Destacou uma questão mais estética que realmente a fez sofrer e uma pena indesejada contra ela, a seguir:

‘V. Eu não pensava no que era...só me preocupava com essa questão física...Cabelo!Cabelo!Cabelo!Como é que eu vou ficar careca?!Como é que vai ser isso?!E me adaptei com a peruca...porque não queria usar lenço...porque eu não gosto que olhem pra mim e digam: Coitada!...Pena!....Não gosto desse sentimento de pena!Eu acho que ninguém merece pena!’

Percebe-se assim que, o Câncer tem caráter variável e processual, ou seja, levanta-se assim a hipótese de que essa patologia trouxe novas possibilidades para ela apesar dos pontos negativos. V. manifesta isso indiretamente quando diz que se considera forte não querendo produzir ‘pena’ nos outros. Por outro lado, isso pode ser um indicador da existência de um medo de que essa pena interfira na sua motivação para o tratamento ou, no que a doença representa para ela. Essas hipóteses levantadas baseiam-se no fato de que sua fala traz informações que podem permitir uma análise indireta e complexa como foi explicado anteriormente. Levantar hipóteses é admitir o caráter processual da complexidade da subjetividade humana que é o foco deste trabalho. Diante de tantos efeitos e conseqüências do tratamento, é a estética que produzia tristeza.

A paciente falou em um dado momento que só se considerava doente quando se olhava no espelho e se enxergava careca. Isso demonstra que o externo tem um caráter fundamental em suas emoções o que cabe levantar hipóteses a respeito da percepção dela de mulher e do olhar dado para si nesse momento. Para se sentir mulher torna-se necessário cabelo, seios entre outras coisas. Sendo assim a doença na verdade é a mudança estética e ganha essa representação quando a imagem dela é refletida sob seu olhar, produzindo sentido subjetivo (González Rey, 2005) daquilo que lhe parecia comum anteriormente a essa visão. Esse indicador de que a estética está diretamente associada ao principal ponto negativo da doença, nos remete a pensar em representações sociais de gêneros que fazem parte do cotidiano de V. Sua subjetividade (González Rey, 2002) está em torno de grandes transformações, mas demonstra que a cada momento de fraqueza consegue a recuperação, utilizando de artifícios que permitam manter-se focada no tratamento em prol da vida e ao mesmo tempo evitar o que pode lhe prejudicar. Essa questão pode ocorrer de certo modo, porém, subjetivamente falando, mesmo não existindo essa visão através do espelho, o sujeito pode fantasiar e imaginar essas questões em momentos de tristeza ou de qualquer emoção que abra espaço para essa situação. Essas fantasias podem trazer malefícios, mas também podem se tornar produto de uma grande mudança de sentido e significado em torno daquilo que

incomoda mais no momento histórico do sujeito. Mesmo que, o que é objetivo não esteja tão claro na sua frente, ele está no seu imaginário e pode ter, dependendo da pessoa, mais importância e efeitos do que o que palpável. Um indicador fundamental nessa análise é quando ela diz :

“V. E ai eu sempre trabalhava isso...ai quando falaram: você ta com Câncer!Eu perguntava: O que é o Câncer?...Tem que tirar!Vamo tirar!Vamo tirar!então eu só pensava mais nisso!Os efeitos?Foi a primeira pergunta!!O que que vai acontecer? Você vai ficar careca!...Quando falou careca ai eu chorei...desesperei: nãoooo...careca nãoo!!

Porque você não sabe como você vai lidar com aquilo!Mas com a doença em si não!Tem que tratar!Vamo tirar!Vamo fazer e acabou!Então assim...eu não paro pra pensar na questão: Você ta com Câncer!O Câncer é uma doença...Como uma tosse que pode virar uma coisa....Como uma gripe que pode te matar!Não vejo ela como a doença!Mas é uma peste!Acho que é a doença do século!Então assim....não me preocupei com ela em si...Mas de boa...eu levo muito assim!Por isso o povo fala que sou doida!(risos)Tem que rir...se eu for chorar como é que vou ficar?!Porque eu já to né?!Então assim...eu sempre fiquei muito forte em função da minha mãe...Porque minha mãe me via e começava a chorar!E eu: Ow!Se eu não to chorando você não vai chorar também não!Pode parar!Pode parar!Quando acabou a quimio eu pensei: Nossa...meus cabelos vão crescer!É a primeira coisa que eu pensava!É ridículo, mas é!Sabe?!Quem ta ali passando é a primeira coisa...ai eu falei: não...a doença eu vou matar!Essa eu vou matar!Agora tem coisas que não pode fazer né?! Sair com um monte de gente...imunidade baixa!Então eu ia pra academia quando eu tava bem e em salas que eram abertas!Janelão!Nada de ar condicionado...não podia!”

A contradição se destaca nesse trecho quando ela diz que não considera o câncer ‘a doença’ e depois relata que ‘é a doença do século’. Nesse momento ela desvaloriza e depois valoriza a patologia. Essa questão é complementada depois quando ela novamente não dá tanta importância assim alegando que não se preocupa tanto com isso. Nota-se uma posição dela em não aceitar uma condição em que coloque o Câncer como superior a ela. Procura sempre se colocar além dele e de qualquer representação social (González Rey, 2006) que fazem diante da pessoa portadora desse diagnóstico. Nota-se que os outros esperam dela comportamentos comuns de alguém que está em tratamento e que ela vai contra esses princípios dando novo sentido aqueles que possuem esse saber pautado em sentimentos de

menos valia. No comparativo do que acontece nesse momento, V. relaciona o Câncer com uma gripe, sem desconsiderar a morte. Essa associação mostra que o saber construído socialmente dos riscos está enraizado em sua produção subjetiva.

Completamento de frases

Durante a conversa, foi pedido à participante que completasse frases com o intuito de aprofundar um pouco mais algumas questões trabalhadas sobre o tema. Sendo assim, em um momento, V. teve que dizer seu maior medo completando a frase referente a isso. O interessante é que isso a mobilizou de tal maneira que falou bastante tempo sem que o pesquisador perguntasse mais nada. O completamento foi respondido da seguinte forma:

- Pesquisador: “*Meu maior medo..*”

- V.: *morrer!! quando não existia a liberação do convênio eu entrei num desespero e dizia: eu não quero morrrrrr!!! Ainda não né!!!! Agora...fiquei sabendo no fígado...eu falei: ‘Putá merda não vou morrer disso não’ Ele quer me matar mas ele não vai conseguir!!!! Eu até brinco com os meninos e falo: o vaso é ruim, ele trinca...mas quebrar ele não quebra não! Eu sempre brinco isso! Porque dessa doença eu não vou morrer! Posso morrer atropelada ali...Mas de câncer eu não vou deixar ela me matar entendeu?! Quando eu vejo a situação...é igual você vê seu braço assim..Cortou ele vai abrindo e comendo a pele....eu olhando aquilo e eu ‘não eu não quero morrer!!!!’ Você vê a bichinha se alastrando muito rápido...E foi assim que foi acontecendo aqui (no seio) e eu: não eu não quero morrer (voz chorosa)! E o convênio não liberava...e eu não eu vou morrer por causa de uma negligência um negócio assim...Pow libera essa coisa né??!!!! Não...é que nem agora...dei entrada na quarta...você vê... eu comecei ontem..mais de uma semana depois...mas já tinha duas!! uma de exame e outra de exame e a outra de convênio...já tinham 3 semanas!!!”*

A partir dessa fala podem-se destacar alguns indicadores de sentido subjetivo (González Rey, 2006) que fazem parte da realidade dela e que permitem uma interpretação por parte do pesquisador. Os indicadores são :

- O fato de o câncer ter uma representação social (González Rey, 2006) de morte para ela mesmo que se coloque com força para combatê-lo quando diz: “Ele quer me matar, mas

ele não vai conseguir!!!” Apesar de dizer que dessa doença ela não vai morrer, o medo da morte acompanha. A doença está diretamente relacionada a morte e ela coloca a hipótese disso acontecer. Essa interpretação é confirmada com o argumento em que ela diz: ‘eu não vou deixar ela me matar’.

- Ainda em torno disso, também se percebe outro indicador que a incomoda, que é a dependência de alguém, quando diz que: ‘eu não vou morrer por causa de uma negligência ou algo assim... ’ se referindo ao convênio que deveria liberar os medicamentos para que começasse o tratamento. A partir do momento que o convênio não age para ajuda – lá, é possível observar um sentimento de impotência por depender disso para sobreviver. Quando está em tratamento, cita que fica tranqüila, mas que, quando outros não se mobilizam para ajudá-la surge o medo. Ou seja, seu momento de fraqueza está diretamente associado ao fato de não está se submetendo ao tratamento e enfrentando a doença, levando em consideração que, depende dos medicamentos e, quando não os toma, o tumor cresce muito rápido ameaçando sua vida. O trabalho dos profissionais não é tão rápido quando deveria ser e o despreparo dos mesmos é o foco nesse momento. O tratamento é sinônimo de tranqüilidade e o câncer passa e ser considerado apenas mais uma doença como outra qualquer. Essa lentidão preocupa V. como pode-se observar no trecho a seguir:

“Ela se multiplica muito rápido!Disso eu tive medo da morte..Disso eu tive...Agora que o convênio não liberou de novo como ocorreu da outra vez...eu disse “ Ah não!!!Vai comer meu fígado todo!!!” Ai você já começa a sentir umas dores que parece que o ‘bichinho’ ta andando...Você fica meio neurótico!!Você fica meio neurótico!!Não tem como não ficar!!!Eu fico!!!Ai...dava um medo!Mas enquanto eu to tratando e tudo...eu não tive nada desse medo!Mas até fazer (Espanto) To de boa...eu to lá...Eu vou matar!Eu vou matar!!!”.

O interessante nesse caso se refere à definição de saúde que vai além do modelo biomédico e que mostra os efeitos subjetivos no corpo físico da pessoa, pois, junto ao medo da morte, vinham as dores e a idéia de que o tumor está andando. O tumor foi definido por ela como um ‘bichinho’ que pode ‘comer’ seu fígado. Quando o tratamento começa esse sentimento muda e ela fica ‘ de boa’ e ganha a confiança de que irá matá-lo. A doença vai muito além do que a medicina coloca, engloba também fatores de outras ordens, o que justifica muito bem um incentivo maior em pesquisas qualitativas a respeito desse tema e não

somente aquelas que avaliam questões orgânicas de ordem quantitativa e influenciadas pelo positivismo. Seu maior sofrimento é ‘não conseguir resolver essa situação’ e nesse momento infere-se que se sente impotente diante da gravidade a qual se encontra. Seu foco é sempre a cura e o futuro está em torno de sua recuperação. Ainda relacionado ao prognóstico de sua vida e suas expectativas em torno disso, disse:

‘Meu futuro... curada...é o que mais quero!Já falei com ele (Olha pra cima se referindo a Deus) que vai ser a última!Eu permito e última!Acabou!!!4 tá bom NE???!?Pesquisador: Qual sua religião?? Resposta: olha..eu sou mais espírita...Acredito muito! Pesquisador: Isso te motiva a combater a doença?? Resposta: também...Me motiva muito!Catolicismo não mas assim...se alguém me levar pro católico e ele falar uma coisa legal...que nem eu fui na páscoa ouvir cada coisa legal...eu sou bem eclética!Mas a que eu sigo mais é o espiritismo...mas eu sou bem tranqüila..eu já fui na evangélica pra curaaarr...Onde você mandar eu ir pra me curar eu vou...eu vou porque acredito...é aquele negocio de fé NE...onde eu entrar eu acredito que aquilo lá vai dar uma mudança NE?!Entendeu?!?!Então vamos levando!!Qualquer aposta é válida!Eu tava falando pro meu namorado ontem...Cara...se tu mandar eu comer barro...e falar que eu a cura...eu vou comer todo dia barro!!Pode botar lá mil vezes que eu vou comer!!Aquilo que você mostrar pra mim que cura eu vou tentar!!!Tá entendendo?!?!É mais ou menos isso!!Se falarem to fazendo!Não tenho nada a perder NE?!Não tenho nada a perder!!Ou ele vai matar ou pode crescer mais um pouquinho...Mas é aquela...você tá tentando!Você ta atrás!!Você ta querendo a cura!!!’

Quando fala da cura percebe-se um indicador importante de sentido subjetivo (González Rey, 2002) que é o apelo à religião como fonte motivadora para se submeter ao tratamento e atingir seu objetivo. O diferencial nisso é que, seu foco não é apenas religioso, mas também de quaisquer fatores que podem permitir uma ‘mudança’ na sua condição. Mesmo existindo uma preferência religiosa, coloca que é ‘eclética’ e que acredita que onde ela for aquilo vai lhe trazer mudança. Isso remete a pensar que o amor a vida e o medo da morte são compatíveis na forma como ela lida com o combate a doença e que o sentido pode sofrer interferência social mostrando a dialética existente na definição de subjetividade de González Rey (2002). Existe uma atuação por parte da participante que leva a crer em qualquer coisa que alguém diga mesmo que pareça um absurdo. O importante para ela é tentar e não admite ficar parada. Mesmo que o ‘tentar’ envolva situações que vão contra algumas

representações sociais como, por exemplo, alguém que chega a ‘comer barro’ como fonte de absorção do tumor. Para ela, ‘qualquer aposta é válida’. Isso demonstra que a representação social de morte existe, mesmo que evite essa associação em alguns momentos de toda a interação ocorrida entre pesquisador e participante. As contradições são comuns no pensamento humano. Diante de uma necessidade, o desespero pode ser um reforçador que mobiliza a ação, beneficiando a sujeição ao tratamento. Porém, não se nega a possibilidade dessa emoção prejudicá-la. Tudo vai depender da sua configuração subjetiva que, mesmo em momentos de fraqueza, pode se alterar diante de sua complexidade que possibilita novas interpretações.

Em alguns momentos a participante diz que as pessoas são ‘fracas’ e que ‘desistem muito fácil’. Também critica tanto os homens quanto mulheres colocando mais defeitos do que qualidades em ambos os gêneros. A contradição se destaca quando, apesar das críticas, cita que não gosta muito de ‘ficar sozinha’. Sendo assim, ao mesmo tempo em que os outros são ‘fracos’, essa ‘força’ deles tem importância, na medida em que, precisa deles. Mesmo se colocando como alguém preparada ela não se torna auto-suficiente e a questão afetiva (González Rey, 2005) ganha um significado que a coloca em uma situação de conflito que provavelmente ainda não foi percebida por ela em sua fala. Madureira (2007) destaca o preconceito como fronteiras simbólicas rígidas entre grupos que delimitam a inserção ou não dentro da sociedade e que, a discriminação se refere ao preconceito posto em ação. Esses conceitos se articulam entre si e nesse caso, pois, na discussão de gêneros com relação à diferença entre os sexos (Madureira, 2007), existem características fundamentais entre ambos. V. trabalha esse fator de forma a depreciar a imagem do masculino e do feminino, mas, retomando a questão da perda de cabelo, coloca-se a hipótese de um medo a respeito do preconceito que sofrera diante do fato de estar careca. Para se sentir mulher é necessário cabelo. E o olhar dado pelos outros é importante para que não se sinta doente e não sofra novas conseqüências prejudiciais para si mesma.

Fechamento do estudo de caso

Conclui-se desse estudo que, a representação social (González Rey, 2006) de morte está presente na sua produção subjetiva (González Rey, 2002) e que existe um medo muito grande disso acontecer. Esse medo tem sido positivo pela motivação que a mobiliza a focar sempre na cura e é gerenciado pelas construções sociais. O Sentido Subjetivo (González Rey, 2005) é um processo e, por isso, está sujeito a novas produções que também foram

fundamentadas nas análises do caso. Suas relações interpessoais foram afetadas, mas vê benefícios naquilo que estabeleceu durante o tratamento de todas às vezes as quais ficou doente. Seu desejo é não sofrer interferências de outrem que prejudique seus objetivos.

Considerações Finais

Neste estudo constatou—se a existência de uma representação social (Moscovici, 1975) de morte que está presente na produção subjetiva de V. (González Rey 2002) e o medo muito grande disso acontecer. Esse medo , por uma parte aparece associado a sentidos subjetivos que a mobilizam a focar sempre na cura e é gerenciado pelas construções sociais. O sentido subjetivo (González Rey, 2005) é um processo e, por isso, está sujeito a novas produções que também foram fundamentadas nas análises do caso. Suas relações interpessoais fora afetadas, mas vê benefícios naquilo que estabeleceu durante todas às vezes as quais ficou doente. Seu desejo é não sofrer interferências de outrem que prejudique seus objetivos de cura e melhor enfrentamento do Câncer, mas manter aqueles que lhe proporcionam bons momentos mesmo diante das conseqüências do tratamento.

Este trabalho visou em todos os momentos à valorização de uma perspectiva de doença relacionada às questões subjetivas da mesma. O caráter qualitativo de pesquisa nos mostra um aprofundamento maior em questões singulares do sujeito. A entrevista permite um vínculo o qual mobiliza tanto participante quanto o próprio pesquisador, permitindo uma produção conjunta na qual ambos se sentem importantes durante todo o processo.

A informação central foi revelar como a participante se mantém motivada e enfrenta a doença sem que isso atrapalhe sua vida cotidiana. Colocaram-se em cheque as representações sociais do Câncer e de que forma isso iria interferir no tratamento, bem como, verificar alguns aspectos subjetivos produzidos durante esse período. Existe uma vida por trás da doença e por isso o conhecimento disto não pode ser limitado a uma única fonte científica.

A análise dos dados visou articular os objetivos com a fundamentação teórica, trabalhando assim os conceitos e como eles se aplicavam ao caso. O estudo de caso nos permite avançar na compreensão da natureza psicológica diferenciada da configuração subjetiva do câncer, o que de fato é fundamental no enriquecimento da capacidade de generalização do conceito de configuração subjetiva.

Também percebe-se um despreparo de boa parte dos profissionais em atender as demandas de quem sofre dessa patologia. Esse despreparo foi destacado neste trabalho pela própria participante. O foco de atendimento humanizado e os princípios do SUS na maioria das vezes não está sendo cumprido.

Referências bibliográficas

Arruda, A. (2002) *Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero*. Cadernos de pesquisa, n. 117, P. 127-147. Universidade federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf> Acesso em: 2/5/2012

Branco Filho, J. C. C. ; Resende, T. I. M. . *A patologia como possibilidade estruturante do sujeito: uma releitura da questão phática*. Universitas: Ciências da Saúde (UNICEUB), v. 2, p. 91-99, 2004. Disponível em: <http://www.castelobrancopsi.com/pdf/patologia.pdf> Acesso em: 17/11/2011

Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em: 17/11/2011. Brasília

Canguilhem, G. (1978). *O Anormal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense – Universitária.

Crokik, J. L. (2006). *Preconceito, individuo e cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Disponível em : http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zehtB3B4l6YC&oi=fnd&pg=PA7&dq=preconceito&ots=GPljK791kS&sig=g_gExK0oGUmBKD2JLWLRZ3WUos#v=onepage&q=preconceito&f=false Acesso em 30/5/2012.

González Rey, F. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. (Capítulo 1 -Diferentes abordagens para a pesquisa qualitativa; fundamentos epistemológicos, p. 1-51).

González Rey, F. L. (2003). *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson.

González Rey, F. L. (2004). *Psicologia e Saúde: desafios atuais*. Psicologia: Reflexão e Crítica. São Paulo: Thomson. González Rey, F. L. (2004a). *O social na Psicologia e a Psicologia Social: a emergência do sujeito*. Petrópolis: Vozes.

González Rey, F. (Organização) (2005). *Subjetividade, complexidade e pesquisa em Psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F.(2006). *As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer*. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Disponível em: <http://www3.mackenzie.com.br/editora/index.php/ptp/article/viewFile/1049/766>

Guerra, M. R.& Gallo, C. V. M. & Azevedo, G. & Mendonça, S. (2005). *Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes*. Revista Brasileira de Cancerologia; 51(3): 227-234 disponível em: http://www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf 6/11/2011 Acesso em: 10/11/2011

Madureira, A. F. (2007). *Gênero, Sexualidade e Diversidade na escola: A construção de uma cultura democrática*. Universidade de Brasília. Disponível em: http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/27/TDE-2008-03-26T160212Z-2397/Publico/Tese_AnaFlaviaAmaralMadureira.pdf Acesso em: 2/5/2012

Mercer, V. & Wanderbroocke, A. C. (2011). *Hospital, Subjetividade e Saúde*. Casapsi Livraria e Ed. Ltda. São Paulo. (p. 97 – 104).

Minayo, M. C. S. & Sanches (1993) *Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity?* Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf> Acesso em: 2/5/2012

Morin, E. (2000). *Ciência com consciência*. Ed. Revista e modificada pelo autor – 4 ed. Rio de Janeiro.

Moscovici, S. (1975). *Sociedade contra Natureza*. Editora Vozes Ltda. Petrópolis, RJ.
Dias, M. R. & Durá, E. (coordenação) (2001). *Territórios da psicologia oncológica*. Climepsi editores (p. 51 – 73).

Peres, D. S & Magna, J. M. & Viana, L. A.(2003). *Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas*. Revista Saúde Pública vol.37 no.5 São Paulo Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 7/11/2011

Rossi, L. & Dos Santos, M. A. (2003). *Repercussões Psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama*. Psicologia ciência e profissão V. 23 N.4, Brasília. 23 (4), 32-41

Scott, J. (1989). *Gender: a useful category of historical analyses*. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989. Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/6393/mod_resource/content/1/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf Acesso em: 30/5/2012.

Spink, M. J. P. & Frezza, R.M.(2000). *Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social*. In: Spink, M.J. (org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez Editora, 2000. p. 17-39.

Spink, M. J. (2009). *Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.

Venâncio, J. L. (2004). *Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama*. Revista Brasileira de Cancerologia 50(1): 55-63 Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf 7/11/2011.

Vygotsky, L. S. (1983), *Obras Escogidas V: Fundamentos de Defectología*. Moscou: Editorial Pedagógica.

ANEXOS

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Produção Subjetiva no tratamento do câncer” Instituição dos pesquisadores: Centro Universitário de Brasília - Uniceub

Pesquisador responsável: Professor(a) Fernando Gonzalez Rey/Pesquisador Auxiliar: Ivo Reinehr Neto

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UnICEUB, com o código _____ em ___/___/___, telefone 39661511, email comitê.bioetica@uniceub.br.

- Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.
- Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.
- Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é compreender como a doença se expressa nas relações interpessoais atuais do paciente e entender como as representações sociais interferem no tratamento do câncer levando em consideração aspectos singulares e subjetivos de cada um
- Você está sendo convidado a participar exatamente para que seja possível para o pesquisador compreender uma nova forma de produção e representação pessoal a respeito da doença e mostrar de que maneira isso interfere no tratamento do câncer.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em realizar uma atividade de completar trechos de palavras com frases que você acredita serem relevantes e que tenham sentido para você.
- Após essa atividade será realizado um dialogo individual junto ao pesquisador o qual terá como foco fatores que você considere importante destacar na vivência e tratamento do câncer
- Para finalizar será pedido um segundo encontro o qual haverá interação sua com a outra participante da pesquisa que está vivenciando o mesmo tratamento para a mesma doença com o objetivo de compartilharem experiências. Nesse caso, o pesquisador atuará como mediador do processo.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A entrevista será gravada apenas para fins de pesquisa e somente terá acesso a ela os pesquisadores (responsável e auxiliar).

Riscos e benefícios

- Este estudo não possui maiores riscos que são inerentes do procedimento de tratamento do câncer.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.
- Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre o estudo que poderão ser utilizadas para quaisquer conteúdos.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as suas informações (gravação, folhas escritas, entre outros) ficará guardado sob a responsabilidade do(a) pesquisador responsável com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.
- Após a transcrição das entrevistas a gravação será totalmente deletada sendo que, nessa transcrição, não haverá identificação dos nomes dos participantes.

Eu, _____ RG _____,

após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Brasília, ____ de _____ de _____

Participante

Pesquisador(a) responsável: Fernando Gonzalez Rey, Residência: (61) 32446753

Pesquisador(a) auxiliar: Ivo Reinehr Neto, Celular: (61)81515985

Anexo II**Completamento de Frases**

Eu gosto...

Meu maior medo

Sofro por...

Meu futuro...

Algumas vezes

Minha preocupação principal

Desejo

Meu maior problema

Amo

Minha principal ambição

Acredito que minhas melhores atitudes

A felicidade

Diariamente me esforço

Sinto dificuldade

Esperam que eu

Dedico a maior parte do meu tempo

Com frequência sinto

O passado

Penso que os outros

Incomodam-me

Os homens

As mulheres

Uma mãe...

Os filhos

Quando era criança

Meu maior prazer

Detesto

Quando estou sozinho(a)
Deprimo-me quando