



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO - PSICOLOGIA

**A DOENÇA COMO CAMINHO PARA A TRANSFORMAÇÃO
E O DESENVOLVIMENTO HUMANO**

ALESSANDRA ROSADO TEIXEIRA SADER

Brasília

Junho / 2006

ALESSANDRA ROSADO TEIXEIRA SADER

**A DOENÇA COMO CAMINHO PARA A
TRANSFORMAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO
HUMANO**

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, como um dos requisitos para obtenção do grau de Psicólogo, sob a orientação do Professor Dr. Fernando Luis González Rey.

Brasília

Junho / 2006

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a presença divina em meu coração que tornou possível a valorização de mim mesma nesse momento de desafio. Agradeço a Deus ainda pela minha saúde, fé, perseverança e coragem.

Aos que mesmo à distância, por não estarem mais neste plano, que tanto se fizeram presentes, trazendo seu alento, sua inspiração e sua força.

Aos meus queridos pais Terezinha e Emmanuel, por terem me apoiado durante toda a faculdade e em todas as dificuldades, sem julgar, apenas amando e torcendo por mim.

Ao meu amado e doce irmão Emmanuel (Duty), pelas suas palavras de carinho e força e pelas orações quando precisei.

À minha linda e amada filha que sempre me despertou o desejo de continuar e buscar sempre mais que com sua espontaneidade, inocência e injeções diárias de ânimo me fez chegar até aqui.

Aos queridos Valdir e Thereza que tornaram esse trabalho possível com suas experiências únicas de vida e sua subjetividade tão especial. Ao Valdir tenho que fazer um agradecimento especial, pois mesmo “me deixando na mão”(ele faleceu antes do término do trabalho), ele contribuiu me inspirando e levando embora de mim toda tristeza que, às vezes, insistia em se aproximar, trazendo as lembranças dos momentos alegres que passamos juntos. MUITO OBRIGADO.

À Virgínia Turra minha querida professora e psicóloga que se fez tão presente nesse momento importante da minha vida orientando, ajudando, aconselhando, contribuindo da melhor forma, para que eu desse conta em meio a um turbilhão de episódios que vivenciei nessa mesma época.

À minha querida amiga e prima Leíse, que mesmo distante, se fez presente incentivando todo tempo e contribuindo muito para a realização desta monografia.

Ao querido professor Fernando Rey, por seu incentivo, dedicação e respeito ao meu trabalho. Pela liberdade de escolha que me deu, pela influência positiva que fez sobre mim ao despertar minha vontade de saber mais.

Ao meu marido que foi excepcional nos quesitos informática e formatação, sem os quais, aliás, essa monografia não teria tomado formato!!! E pelo seu apoio, MUITO OBRIGADO.

RESUMO

O câncer e a hipertensão são doenças muito antigas que trazem com elas diversas crenças que foram socialmente construídas. O câncer, por ser uma doença complexa e de diagnóstico nem sempre favorável, traz consigo sofrimento e angústia; a hipertensão, pela falsa crença de ser doença comum, que não mata e curável com remédios, acaba se tornando a maior causa de mortes no Brasil e complicações em decorrência de negligência quanto ao tratamento e a conduta adotada pelo portador. O objetivo desta monografia foi compreender as Representações Sociais associadas ao câncer e à hipertensão arterial crônica e o sentido subjetivo dessas doenças nos pacientes; sendo assim, utilizamos a abordagem qualitativa para um maior aprofundamento nos aspectos subjetivos do sujeito. A proposta de investigação qualitativa aqui utilizada é de uma epistemologia preocupada com a construção. Minha proposta foi a de levantar indagações e não de pensar em comprovações a priori. Para isso utilizei dois estudos de caso. As produções de informações foram feitas, com dois indivíduos: um com câncer de próstata e outra com hipertensão arterial crônica e foi possível observar as estratégias de enfrentamento de ambos para suas doenças tão graves, mas construídas no imaginário social de forma tão diversa através de seus sentidos subjetivos.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	5
1. INTRODUÇÃO	8
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1. Doenças Psicossomáticas?.....	18
2.2. Doenças “Incuráveis”	20
2.3. Câncer: “O fantasma”.....	21
2.4. A Hipertensão.....	24
2.5. A Qualidade de vida	26
2.6. O Enfrentamento.....	27
2.7. Representações Sociais envolvidas e a Subjetividade	29
3. SENTIDO SUBJETIVO	33
3.1. Conceito de Sentido	33
3.2. Subjetividade Individual e Social	35
4. CAPÍTULO METODOLÓGICO.....	36
4.1. Procedimento Metodológico	42
4.2. Qual instrumento utilizado para a pesquisa qualitativa?	43
5. DESENVOLVIMENTO X PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES.....	44
6. PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: VALDIR.....	45
6.1. Diagnosticando o Câncer	46
6.2. Projetos	51
6.3. Família	53
7. PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: THEREZA.....	56
7.1. Descobrimo a hipertensão	57
7.2. Apoio Social – Família.....	58
7.3. Imagem Pessoal.....	61
7.4. Qualidade de Vida.....	63
7.5. Planos para o Futuro.....	65
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
Anexo I – Roteiro da entrevista semi-estruturada - Conversação	I-1
Anexo II – Instrumento de Pesquisa – Complemento de frases.....	II-1

Anexo III - Roteiro da entrevista semi-estruturada – Conversação (Hipertensão arterial)	III-1
Anexo IV – Carta Convite.....	IV-1
Anexo V – Termo de Consentimento	V-1
Anexo VI – Complemento de frases. Respostas do Senhor Valdir	VI-1
Anexo VII – Transcrição da entrevista do Senhor Valdir.....	VII-1
Anexo VIII – Complemento de frases. Respostas da Senhora Thereza	VIII-1
Anexo IX – Transcrição da entrevista da Senhora Thereza	IX-1

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas representam um campo de estudo importante para a psicologia considerando que têm um grande impacto na subjetividade humana. As ciências da saúde até pouco tempo apoiavam-se no modelo biomédico tradicional, não considerando adequadamente a relevância dos aspectos subjetivos sociais e culturais nos processos de saúde – doença, apesar das grandes mudanças que ocorreram na medicina em relação à consideração desses aspectos nos últimos 20 anos.

No presente trabalho apresentarei, através de dois estudos de caso realizados numa perspectiva qualitativa, um modelo teórico para a compreensão da configuração subjetiva do câncer e da hipertensão arterial crônica, procurando transpor o nível puramente descritivo e fazendo um aprofundamento em aspectos na esfera do não explícito, para entrar nos sentidos subjetivos que tornam possível a configuração da experiência do adoecer nesses pacientes. A questão da subjetividade é apresentada através de uma perspectiva histórico-cultural, onde o individual perpassa e constitui os diferentes espaços sociais; através da fala dos indivíduos ouvidos torna-se possível perceber a forma como boa parte da sociedade constrói seus discursos e representações em relação à doença.

No primeiro e segundo capítulos foi feito um breve apanhado sobre os conceitos de saúde e doença assim como dos processos de adoecimento individual e social; conceito e reflexão sobre doença psicossomática; conceito e Representações Sociais de doenças incuráveis; história e definição de câncer; definição de hipertensão arterial; forma de enfrentamento e suas conseqüências; a qualidade de vida do paciente; Representações Sociais envolvidas e a subjetividade do paciente.

O terceiro capítulo traz um resumo sobre a categoria de sentido subjetivo, que se faz imprescindível para este trabalho, pois que o sentido subjetivo é histórico e socialmente configurado, uma vez que é constituinte e é constituído da subjetividade. As relações entre a subjetividade individual e social são apresentadas aqui.

No quarto capítulo apresentamos a metodologia utilizada, que foi a epistemologia qualitativa, desenvolvida pelo Professor Doutor Fernando Luís González Rey, onde os principais atores são o pesquisador e o sujeito pesquisado, favorecendo assim o surgimento de novas categorias e elementos, pois que a singularidade e a diversidade do ser humano são valorizadas.

Os capítulos cinco e seis compreendem, respectivamente a produção de informação e as conclusões e considerações às quais cheguei ao fim do trabalho. A produção de informações está ancorada em cinco eixos temáticos diversos que utilizei para que a pesquisa suscitasse nos sujeitos pesquisados alguns aspectos importantes de vivenciar uma doença, como por exemplo, apoio social, planos e projetos para o futuro, entre outros. Gostaria de ressaltar ainda que a intenção deste trabalho foi a de compreender algumas dimensões relacionadas à subjetividade de pacientes com câncer e hipertensão arterial crônica, não almejando, portanto, a construção de alguma teoria, modelo ou verdade absolutos a respeito.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Conceito de doença: 1. Falta ou perturbação da saúde; moléstia, mal, enfermidade. 2. Fig. Tarefa difícil, laboriosa. 3. Fig. Mania, vício, defeito; 4. Brás., MG. Parto (1 e 2). (Novo Dicionário Aurélio Buarque de Holanda da Língua Portuguesa, 1986)

A doença é um processo vivo, que não pode ser visto em separado do indivíduo concreto (portador), mesmo que fatores como tipos psicológicos e indicadores regulares tentem definir o quanto um sujeito é ou não vulnerável ao estresse, esses fatores jamais podem definir por si próprios, o processo da doença e o adoecer, já que a personalidade não define de forma linear ou correlacional nenhuma doença; para tanto seria necessário conhecer a configuração subjetiva do sujeito num determinado momento de sua vida e, através da personalidade, tentar alcançar determinadas representações desse sistema subjetivo, que é base de um sistema múltiplo, e também, contraditório, de muitas alternativas de comportamento que ocorrem simultaneamente, que se expressaram de uma forma ou de outra a partir dos posicionamentos do sujeito diante das condições atuais de suas ações (GONZÁLEZ REY, 2004).

Conceito de saúde: { Do lat. Salute, 'salvação', 'conservação da vida'.} S.F. 1. Estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; estado do que é sadio ou não. 2. Força, robustez, vigor; 3. Disposição do organismo; 4. Disposição moral ou mental: saúde de espírito.; 5. Voto ou saudação que se faz bebendo à saúde de alguém; brinde; 6. Interjeição. Emprega-se quando alguém espirra. (Novo Dicionário Aurélio Buarque de Holanda da Língua Portuguesa, 1986).

A saúde é um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis.

Saúde pode ser considerada ainda um processo histórico, pois trata-se de um processo humano e o ser humano é um ser social. Sendo assim, o desenvolvimento

humano pode acarretar mudanças qualitativas significativas no nível de exigências para que indivíduo se sinta pleno. A cultura em que se encontra inserido, o progresso social, a possibilidade de expressão, o profissional e o pessoal passam a ter um peso importante para se conceituar a saúde humana, ao passo que são necessidades muito atreladas ao estresse cotidiano.

Em termos gerais, Aldereguía Henriquez (1982), definiu como “vitalidade livre” alguns fatores que compreendem o conceito de saúde

A saúde humana é uma qualidade objetiva, que manifesta a vitalidade alcançada por uma população ou por um indivíduo para o desenvolvimento de suas capacidades biológicas, psicológicas e sociais.

Segundo González Rey (2004), é preciso também conceituar saúde individualmente, e para isso, deve-se atender a alguns aspectos como: não associar saúde ao estado de normalidade, já que individualmente, saúde é um processo singular e único que não se repete e que apresenta manifestações próprias, não sendo, portanto, uma média e sim, uma integração funcional que se obtém individualmente, mediante múltiplas alternativas; a saúde não é um estado estático no organismo, é um processo que se desenvolve constantemente, do qual o indivíduo participa ativamente e de forma consciente, sendo sujeito desse processo; fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais, sociais e psicológicos combinam-se no estar saudável. A saúde ocorre pela determinação de múltiplos fatores e somente a participação ativa do indivíduo não é capaz de alcançá-la, não sendo, portanto, a saúde dependente apenas do esforço volitivo do indivíduo; ao expressar-se sob a forma de sintomas a doença se mostra como resultante de um funcionamento estável das funções e mecanismos que expressam o estado de saúde.

A saúde não se manifesta com a ausência de sintomas, ela é se apresenta através de um funcionamento integral que aumente e otimize os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade aos diferentes agentes e processos causadores da doença (GONZÁLEZ REY, 2004).

A personalidade do indivíduo impõe-se como fator importante para defini-lo como saudável ou não e para isso, é preciso ressaltar os possíveis indicadores segundo as várias teorias e escolas que os expressam.

A Psicologia humanista muito contribui para a produção de conhecimento nesse sentido, já que atentou para a necessidade de fugir aos padrões nosográficos de diagnóstico, enfatizando para aspectos que vão além do sinal e sintoma como unidade de definição do saudável/ doente.

Alguns indicadores para a personalidade saudável, evidenciados na literatura humanista são: a capacidade de amar; o não embotamento criativo; ser produtivo; a capacidade de resignificar experiências negativas e traumáticas; estar aberto para novas conquistas pessoais e profissionais, assim como novos desafios; ter outras preocupações além de somente consigo próprio (incluindo-se aí outras pessoas e o mundo natural).

Apesar desses indicadores serem uma forma de nortear quanto ao conceito de saúde, nem sempre podemos generalizar, pois estaríamos sendo reducionistas, já que um indivíduo é saudável ou deixa de sê-lo por inúmeros aspectos que procedem de níveis muito diferentes e o configuram de forma integradora. Um outro aspecto é que não se deve engessar o pensar sobre este assunto querendo universalizar os indicadores de saúde, o que seria reducionista também, pois o organismo humano funciona por meio de complexos processos que não são pré-determinados e dependem de fatores internos e externos que se influenciam mútua e ativamente. O conceito de saúde envolve um processo complexo, multidimensional, diferenciado, contraditório e ativo (GONZÁLEZ REY, 2004).

Desta forma, o caráter ativo do processo de saúde significa que esta se encontra em desenvolvimento continuamente e, portanto, não pode ser definida como absoluta na natureza humana já que é um processo que se constrói e desconstrói constantemente, sendo gerado por uma multiplicidade de fatores e estados dinâmicos que integrados constituem o indivíduo – que também vem a ser afetado por uma multiplicidade de aspectos (clima, região, cultura, emoções, estresse e etc), pois é um ser social. Inúmeros tipos de configurações individuais podem existir se raciocinarmos dessa forma e essas mesmas configurações através

da singularidade do desenvolvimento de cada organismo determinarão estados próprios de saúde e/ou doença para o indivíduo.

Sobre o processo de adoecimento:

È freqüente no imaginário social a associação de doenças “incuráveis” e/ou crônicas (como câncer, lúpus, diabetes e afins), a associação à idéia de carregar um fardo para o resto da vida, tornar-se uma outra pessoa. Em geral, o indivíduo se coloca numa posição inferior em relação aos outros ditos normais, sua conceituação e imagem de si mesmo se abalam, sua identidade se perde, este se enche de dúvidas, tudo muda de sentido, como se não houvesse mais certezas, apenas a da morte (morte do eu, do corpo, das certezas). Há uma reconfiguração repentina, e tudo isso, vem acompanhado na maioria das vezes, por uma sensação de desrealização, desproteção, solidão e dúvidas. Mas por que o sentido da vida se perde?

Penso serem válidos alguns conceitos da psicologia social, mais precisamente do artigo “A doença como projeto” de Teresa Cristina Carreteiro, para refletir sobre a questão da doença como forma de afiliação social. Para isso, torna-se necessário explicitar a noção de exclusão social a partir de algumas perspectivas. Castel (1995) critica a banalização da noção de exclusão social o que a torna inadequada e incompreendida em muitas das situações e fazendo ao leitor só enxergar a vertente negativa desta, que enfatiza a não integração de um grupo ou indivíduo em uma categoria dada, seja ela econômica, social ou outra qualquer. A noção assim dá autonomia as situações limites sem estudar o processo de surgimento das mesmas. Castel propõe a noção de desafiliação social que visa analisar as situações, colocando seu caráter dinâmico e dialético. Em nossa sociedade os indivíduos sempre se encontram de alguma forma, afiliados ou inseridos individual ou coletivamente, no interior de certas categorias ou sistemas sociais, mesmo os ditos excluídos estão de alguma forma inseridos. A maior parte das sociedades modernas tem no Estado o organismo regulador e criador de mecanismos que visam a integração social. Dessa forma o Estado propicia que a participação concreta dos indivíduos na vida coletiva ocorra e seja, principalmente, reconhecida através de dois eixos: trabalho e proteção social (Schnapper, 1996).

Ambos podem apresentar níveis de vinculação diferentes. Na maioria dos países industrializados que se auto proclamam Estado-protetor, têm programas sociais permanentes e não unicamente ligados à condição de cidadão trabalhador, apesar da relação ao trabalho ser a mais importante para definir a identidade social. No Brasil, no entanto, as duas dimensões (trabalho e proteção social), estão estreitamente articuladas. A maioria efetiva dos direitos sociais vincula-se à condição de ser trabalhador (ABRANCHES, 1997).

Quanto mais os sujeitos sociais estão inseridos na sociedade, mais eles se inscrevem de modo efetivo e consistente nesses dois eixos. O contrário também é verdadeiro; quanto mais o sujeito se distancia destes eixos mais ele se aproxima de viver formas de desafiliações sociais.

Voltando a atenção para as pessoas que vivem em meios sociais desfavorecidos, veremos o quanto elas permanecem à margem das grandes dimensões institucionais (educação, saúde, trabalho), ou pouco se beneficiam delas. Isto mostra o quanto suas posições sociais são frágeis, podendo facilmente perder o local que ocupam em seu interior. A sociedade acaba inserindo esses indivíduos numa espécie de “zona franja”, ou nas migalhas de seus projetos institucionais, contribuindo para a criação de um lugar desvalorizado, onde há sofrimento. Muitos desses sujeitos se vêem na condição de “extranumerários” (Castel, 1995), ou “normais úteis” (Donzelot). São projetados para a esfera da subjetividade da inutilidade, do não reconhecimento do potencial desse sujeito para participar da vida coletiva e integrar-se ao que é valorizado como positivo na sociedade.

A sensação de inutilidade aparece, às vezes, difusa, misturada, como um mal estar, ou de forma explícita, mas sempre geradora de sofrimento psíquico, o qual por ter uma raiz social, deve ser também considerado como sofrimento social.

O sofrimento social tem modos de construção e compreensão diferenciados e, segundo, Tereza Cristina Carreiro, ele pode ser fruto de um longo processo de não reconhecimento social que se traduz por uma sensação de inutilidade aos olhos da sociedade de produção; pode ser o resultado do receio de perder a condição de “trabalhador”, podendo passar paulatinamente, no futuro, à esfera da “inutilidade”; pode ser fruto da prática de trabalhos que não levam a uma valorização social, mas

a um desgaste constante do corpo, que passa a ser representado pela metáfora da máquina, a qual fica “desgastada”, “cansada”, “velha”.

Tais construções podem aparecer unidas ou não. Porém, o sofrimento não encontra um lugar institucional onde possa ser reconhecido no interior da dimensão de proteção social. Esta só confere um lugar à subjetividade dentro de duas perspectivas: corpo são, corpo doente, o que acarreta dizer que o sofrimento social, para obter reconhecimento das instituições ditas competentes, o faz através da doença. E esse reconhecimento, quando ocorre, produz um deslizamento do sofrimento social para o individual. Esta passagem pode indicar que as instituições que deveriam proteger ignoram formas de mal-estar que não sejam etiquetadas como doença.

Nas representações de classes trabalhadoras que se utilizam a força física, é possível encontrar sintonia com esta maneira de referir-se ao corpo como metáfora de máquina. O “corpo são” é valorizado positivamente, pois guarda o potencial de poder transformar-se em capital. O mesmo “corpo-máquina” é também “corpo-capital” e assim, tem a possibilidade do reconhecimento, ainda que insignificante, do olhar do outro, e principalmente o das instituições, que tem um papel preponderante. O corpo é representado de forma negativa quando se encontra na impossibilidade de se representar como capital, o que inclui perder o reconhecimento institucional.

Para muitos sujeitos, principalmente àqueles que acumulam várias categorias de desafiliações sociais (habitação, educação, etc.), o “trabalho legalizado” é o único que lhes possibilita manter algum vínculo atuante com a cidadania. Neste sentido, eles encontram num corpo doente um modo de ter sua cidadania reconhecida, ao experimentarem grande sofrimento de origem social. Esta passagem do mal-estar para a doença, se por um lado encontra reconhecimento institucional, por outro, busca calar as angústias do sofrimento de origem social. O aspecto social fica abafado e o que sobressai é o individual; não é mais o sofrimento gerado na esfera social que aparece, mas o indivíduo doente.

Pode-se dizer que as instituições podem oferecer aos indivíduos “projetos-doença” e estes podem aceitá-los para ter legitimada a cidadania e certas condições de sobrevivência, ou melhor, sobrevida. As instituições ao desqualificam o sujeito

desta forma. Estes, aceitando o “projeto-doença”, escapam da possibilidade de serem considerados como “extranumerários”, porém estando incluídos no sistema de seguridade, como pertencendo ao seu “disfuncionamento”, é para continuar a fazer parte do mesmo.

Todo este processo pode significar que tanto o sujeito como a Instituição de Seguridade Social estão colocando em prática uma espécie de afiliação social, que visa manter o sujeito minimamente protegido em sua sobrevivência e ao mesmo tempo, gera sofrimento, já que o sujeito paga o alto preço de participar institucionalmente, porém, ele o faz a partir de sua doença. A doença passa a ser seu projeto de vida.

Ao refletir sobre o processo de adoecimento, procurei abordá-lo sob diferentes pontos de vista e teorias e um conceito que chamou minha atenção foi o de anomia, que é um vocábulo com dupla significação; violação da lei, ou ilegalidade, e ausência de lei preestabelecida. Na sociologia, é um fenômeno que indica carência de normas, de leis reguladoras, e que se estabelece durante determinados contextos históricos dentro de um dado grupo social (Velloso,1994). A anomia pode ser entendida como o resultado da ruptura entre os objetivos individuais culturalmente estabelecidos e os meios socialmente instituídos para alcançá-los, produzindo, como consequência, a decadência e a desorganização da estrutura institucional dentro de um sistema social. Hoje em dia os sociólogos empregam o termo para nomear uma patologia permanente das sociedades modernas: a perda dos referenciais mínimos e organizadores da sociedade, que resultam do desmoronamento das funções reguladoras da ordem coletiva. Essa falta de parâmetros, ou “ausência de normas”, do ponto de vista social é justamente o norteador que falta ao cidadão para definir os objetivos de sua ação (CARDIM, 1995).

O desenvolvimento, ao aumentar as oportunidades, amplia o leque de escolhas dos indivíduos e suas demandas pela realização rápida de seus objetivos de melhoria econômica e social e gera importantes impactos nos subsistemas político e cultural das sociedades. Verifica-se, no correr de um processo de desenvolvimento, que uma sociedade constituída somente por indivíduos que procuram maximizar seus interesses pessoais, ou norteada tão somente por projetos de exclusivo crescimento

econômico, deixa de considerar os mais elementares componentes de ordem. Daí resulta um quadro contraditório, hoje bastante comum nas sociedades que experimentaram ou experimentam algum tipo de desenvolvimento acelerado, de coexistência de progresso e desordem, de modernização e graves desigualdades, de êxitos e mal-estar, de melhorias concretas e insatisfação, em uma palavra de anomia provocada tanto pela escassez, quanto pela abundância. (p. 72-73)

Segundo Durkheim (1893), a anomia pode ser reconhecida em nossos dias por meio dos bolsões vazios de pautas de conduta social e individual que a sociedade emergente pós-moderna experimenta. Sua crítica se fazia no sentido do impacto que o progresso e os novos parâmetros econômicos traziam, gerando sofrimento nas várias camadas sociais, fossem situações de prosperidade ou de recessão. Durkheim acreditava que a sociedade não conseguia se ajustar tão rapidamente a tantas mudanças e nem adotar práticas coerentes com tais mudanças. As mudanças exigem tempo para a sociedade se re-organizar e nesse intervalo de mudança se estabelece a “perda da regulação”. Tais mudanças repentinas geram uma fragmentação social; a exacerbação e o “desvirtuamento do individualismo”; as crises existenciais; o descontrole dos desejos e as permanentes insatisfações, mesmo em situações de prosperidade.

Considerando nos dias atuais, Durkheim aproxima os impactos crescentes produzidos pelos avanços econômicos e pela modernização, ao desprestígio que é conferido às instituições tradicionalmente consagradas pelos valores culturais. Os conflitos de sua época poderiam ser atribuídos segundo ele, ao choque entre a economia, que busca a eficiência, e a cultura, que preconiza a auto-realização.

Ainda citando Cardim (1995), quando afirma:

Como toda categoria fundante do pensamento social, o conceito de anomia(...) vale mais pelas luzes de advertência, de espanto e de revolta que ascende do que pelos caminhos de respostas e soluções que abre. Sua vigência é dada pelas ricas indagações que desperta e pelas situações que ilumina (...). (p.218)

De acordo com a visão de homem que temos atualmente, compreendida a partir das teorias pós-modernas, vários fatores podem influenciar no processo de adoecimento, assim como no processo de cura. Hoje a visão de homem compreende a complexidade das configurações em diferentes níveis que envolvem a subjetividade do indivíduo. É, portanto, importante promover o estudo da subjetividade no processo de saúde-doença, para que a partir de novos campos de investigação possamos chegar à hipóteses mais plausíveis, possíveis, menos engessadas e distorcidas. Em se tratando de processo de adoecimento a subjetividade individual está envolvida, assim como os processos ligados à subjetividade social, já que o homem é um ser social. E nessa esfera social um complexo sistema interage produzindo constantemente novos sentidos subjetivos.

Para este trabalho se faz imprescindível a pesquisa qualitativa, pois acredito que somente através dela é possível captar os aspectos subjetivos envolvidos no processo de adoecimento (e de cura), pois que esta não se baseia em verdades absolutas e irrefutáveis. A realidade é captada diferentemente pelos indivíduos, desta forma podemos dizer que é socialmente construída.

A subjetividade envolvida nesse processo, ao meu ver só será compreendida a partir da colaboração e participação de pessoas portadoras de doenças crônicas e/ou “incuráveis”, pois só assim poderemos vislumbrar as representações sociais envolvidas na subjetividade desses indivíduos.

Só a partir do sujeito pesquisado é possível ao pesquisador captar com certa fidelidade certos aspectos de sentidos subjetivos que em outras pesquisas ficariam de fora. O sujeito pesquisado passa a ser uma fonte ativa da construção de informação a seu respeito e sobre o espaço social em que está inserido (Rey, 2005).

O presente trabalho visa também compreender os aspectos subjetivos envolvidos no processo de adoecimento-cura, assim como as representações sociais subjetivas e seu sentido para o indivíduo.

2.1. Doenças Psicossomáticas?

Parece tentador à luz dos relatos já ouvidos e lidos sobre indivíduos adoecidos, encontrar no nível da neuro-imunomodulação as respostas para o enigma

da mediação psicossomática, da relação entre emoções e o adoecer, das passagens entre o corpo e a psique. No entanto, esse raciocínio embora confortável e promissor, apresenta inúmeros riscos, pois torna-se reducionista não abrangendo os processos de subjetivação e sentidos do indivíduo.

Segundo G. Gachelin, que alerta contra esse perigo argumentando que, apesar das evidências demonstrando que o sistema imunológico e o sistema nervoso se comunicam, é muito difícil estabelecer uma relação entre esse fato com o desenvolvimento de patologias específicas. Como estabelecer as relações causais entre as reações de um certo indivíduo a um acontecimento de sua vida e perturbações fisiológicas, orgânicas ou funcionais? Sabe-se das ações específicas de determinados hormônios neurotransmissores sobre as células do sistema imune, mas o grande problema, é como retornar da pesquisa no nível celular para a compreensão do organismo como um todo: “[transferir as] pesquisas em medicina psicossomática experimental para a escala celular (...) não simplifica o estudo das relações entre emoções e o estado do sistema imunológico”!

Muitos pesquisadores revelam as dificuldades de superar algumas dificuldades em protocolos de pesquisa nesse campo específico. Constatar que essas relações existem (perturbações emocionais e alteração imunológica), não permite que se possa compreender a natureza e a especificidade do baque emocional na produção de tais reações e alterações, e não traz à tona à questão das subjetividades individuais e predisposições envolvidas.

John Maddox faz uma crítica severa a tais pesquisas na área da psicoimunologia quanto às esperanças depositadas nestas e se pergunta se elas revelam suficientes evidências para que deposite tanta esperança nelas.

Milton de A Martins aponta que muitas dessas descobertas ajudam realmente a entender um pouco mais sobre algumas doenças, porém, por trás delas há grandes pretensões que podem facilmente se converter em decepções.

“Essas descobertas não vão conseguir explicar o comportamento humano e o adoecer e, na verdade, a medicina do século XXI não vai ser só a medicina da biologia molecular: ela será a medicina da multicausalidade e do diálogo entre todas

as áreas [medicina, pesquisa básica, psicologia, antropologia]. (...) É dessa conversação que poderá surgir um entendimento mais claro da doença e do adoecer. Para isso é importante que os preconceitos de cada área de pesquisa sejam superados, e que o diálogo comece a acontecer em todo o mundo”. (MARTINS apud VOLICH,2000).

“As evidências revelam que no homem as manifestações corporais, sejam elas anatômicas, fisiológicas ou citológicas não se esgotam na dimensão biológica. A clínica paga um pesado tributo pelo não reconhecimento da transcendência dessa dimensão vivida pelo paciente: a impossibilidade freqüente de compreender o sofrimento do paciente, sempre referido a essa outra experiência de seu corpo”. (RUBENS MARCELO VOLICH, 2000).

O mais interessante nessas pesquisas de psicossomática hoje, é que elas insistem em descobrir a linha que liga o psíquico ao somático, quando já está tão evidenciada a importância da história subjetiva do indivíduo no que se refere a processos de adoecimento e cura.

2.2. Doenças “Incuráveis”

O imaginário social se enche de fantasias quando se fala em doença “incurável”. Há uma grande mitificação a esse respeito, embora atualmente se saiba que poucas síndromes ainda carreguem esse pesado rótulo da incurabilidade. Pesquisas na área de diagnóstico e fármacos recebem vultosos incentivos financeiros para buscarem continuamente a cura ou aumentar a sobrevida (com qualidade de vida), para os portadores. Exames apuradíssimos, biologia molecular, nanotecnologia, novos e eficientes fármacos, facilitam o diagnóstico mais preciso e inicial da doença assim como seu tratamento, o que proporciona um tempo maior para que o indivíduo portador e sua família possam construir suas estratégias de enfrentamento, assim como decidir pelo tratamento mais adequado, porém, saber-se portador de alguma síndrome ou doença que possa transformar a própria imagem que o indivíduo tem de si, provoca nele as mais inusitadas dúvidas e sensações que variam do desamparo, desrealização, estranhamento de tudo e de todos, à perda da identidade, como também a sensação de ter chegado a um limite e que agora em diante simplesmente vale a pena continuar se for diferente da vida que levava antes,

é como se fosse um chamado, um ressurgir para melhor, mesmo que seja por não se sabe quanto tempo, simplesmente vale viver até onde der. O impacto de saber-se à beira da morte, ou que esta se aproxima é ameaçador ao indivíduo, à sua família, a tudo que construiu e o mais interessante é que a única certeza objetiva que possuímos na vida é a morte, mas mesmo assim, morte é assunto que não se fala, que não se pensa, “que atrai coisa ruim”. Evitamos a todo custo enfrentá-la, mas quando vem a doença fatal é preciso esquecer a objetividade da inexorável morte e aceitá-la de acordo como permitirem nossos recursos subjetivos e gradativamente traçar a estratégia de tornar-se donos do próprio destino seja qual for, seja enquanto tenhamos força para lutar. Segundo Simonton (1987), o paciente ativo tem mais chances de obter uma melhor qualidade de vida e até a cura.

2.3. Câncer: “O fantasma”

O que é câncer?

Segundo definição do Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é o “nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos e que podem inclusive espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores”. O INCA declara que em todo o mundo são descobertos por ano mais de um milhão de novos casos e, que o câncer deve ser analisado como um problema de saúde pública, que atinge indivíduos de todas as idades e classes indiscriminadamente em todos os continentes, constituindo-se na segunda principal causa de morte por doença em todo o mundo, inclusive no Brasil. Em nosso país a situação torna-se ainda mais complexa, pois o diagnóstico acaba sendo feito tardiamente por motivos diversos como a precariedade dos serviços públicos de saúde, profissionais despreparados para atendimento especializado, dificuldades de distância entre o lar e o hospital mais próximo, carência de recursos financeiros próprios para medicamentos que não são distribuídos pelo SUS, falta de dinheiro para se locomover até o hospital, entre outros.

Nos tempos antigos já havia relatos de câncer. Hipócrates, “o pai da medicina”, por volta do ano 500 a.C. Já relatava casos da doença. Contudo, mesmo

sendo uma doença excepcionalmente antiga, de difícil cura, e que atinge a tantas pessoas, percebe-se facilmente a carência de dados confiáveis que possam confrontar e averiguar a existência de correlações entre os diversos fatores, inclusive os psicológicos, que possam influenciar tanto desenvolvimento, quanto à reabilitação/ "cura" de pacientes com câncer.

Ainda segundo definição do INCA, qualquer célula do corpo humano pode se transformar e dar início a um tumor maligno, o que torna a denominação câncer seja muito genérica e traga algumas confusões. No imaginário social tão repleto de fantasias, principalmente quando o diagnóstico é de câncer, acabam ocorrendo enganos e o diagnóstico passa a ser um fator de dificuldade, pois que existem inúmeros tipos de câncer e tratamentos diferenciados para cada um deles. As pessoas escutam relatos dramáticos e acabam por generalizar as situações. O estigma de doença fatal que o câncer carrega foi socialmente construído provavelmente na época em que tanto o diagnóstico, quanto o prognóstico eram difíceis, já que não havia muitos recursos e tratamentos eficazes, e segundo Maria Margarida Carvalho (1994), é natural que as pessoas reajam dessa forma à ameaça de morte iminente.

O tratamento do câncer, assim como a própria doença são bastante complexos. Ainda assim, com os avanços da medicina e da psico-oncologia, vislumbra-se a possibilidade de trazer aos pacientes uma melhor qualidade de vida. E isso se torna possível a partir do momento em que se percebe a importância de valorizar o paciente e sua dor e também a de sua família, que não raro precisa de ainda mais apoio para enfrentar toda a situação e conseguir ao mesmo tempo apoiar o paciente em suas demandas. O fato de apoiar a família, de dar esse suporte, tem se mostrado de extremo valor para que paciente e família não se sintam sozinhos em sua dor, dificuldades, dúvidas e angústias.

Os avanços da medicina oncológica têm contribuído ainda para desmitificar o câncer e para que a doença perca o status de doença fatal e passe a ocupar uma posição de doença possível de cura ou crônica (Ferreira, 1997). E sob esse novo status que a doença assume, é importante que os profissionais de saúde e psicólogos que lidam com o câncer, estejam atentos e desenvolvam pesquisas e

novas formas de lidar com esses pacientes, que provavelmente terão mais tempo e melhor qualidade de vida se forem ouvidos em suas demandas. O psicólogo passa a ter fundamental importância para fazer com que o paciente lide com sua emocionalidade da forma mais sadia possível.

O processo de adoecimento vem sendo estudado há bastante tempo e por anos o modelo biomédico vem sendo adotado como a concepção que melhor define este processo. Segundo o modelo biomédico a doença é um mal do corpo, que independe de processos psicológicos e sociais da mente. Atualmente, vários cientistas compreendem o processo de adoecer de forma sistêmica e complexa (González Rey, 2004; Carvalho, 2002, Sontag, 2002). E sob essa nova perspectiva, a atenção dos pesquisadores nesta área tem se voltado para outros diversos fatores que alteram o sistema imunológico e sobre a relação entre os estados psicológicos envolvidos nos processos de aparecimento de neoplasias em geral (SIMONTON,1987; CARVALHO, 2002).

Creio que o avanço da psico-oncologia se deu devido à falta de respaldo (quanto aos limites no que concerne ao processo de adoecimento por câncer), do modelo biomédico, que não compreende que uma série de fatores estão envolvidos e interligados na produção, manutenção e remissão da doença.

Alguns autores como Gimenes (1994), chegam a considerar que a psico-oncologia surgiu da constatação dos seguintes fatores: a etiologia e o desenvolvimento do câncer estão associados a fatores psicológicos, comportamentais e sociais; à importância da adesão do paciente aos tratamentos prescritos; o fato da adesão aos tratamentos de combate ao câncer está associada a fatores de natureza psicossocial, implica a necessidade de desenvolver estratégias que assegurem a participação do paciente no tratamento; o reconhecimento da substituição da tecnologia dos medicamentos pelos recursos psicológicos na área de saúde; com o avanço da medicina aumentou significativamente, o número de sobreviventes e a qualidade de vida de ex-pacientes tornou-se alvo de discussões e preocupações na comunidade científica.

2.4. A Hipertensão

Desde a antiguidade já se relatava a influência que as emoções exercem sobre o organismo humano, e desde então se reconhece o coração como o órgão mais sensível às reações emocionais. Diante de situações violentas ou agressivas, o coração reage prontamente, acelerando e descompassando seus batimentos, para logo em seguida, voltar à normalidade. Quando há o retorno das emoções com muita frequência, o coração torna-se mais sensível, podendo sofrer alterações irreversíveis. Esse fato deixa clara a importância de se estudar as causas de ordem psicológica, capazes de influenciar o organismo humano.

Estudos feitos sobre doenças cardíacas levantam a hipótese de que sintomas cardíacos (que podem ou não ser doenças cardíacas), podem transformar-se em reflexo ou mesmo expressão de fortes tendências agressivas reprimidas, citando-se, por exemplo, os sentimentos de hostilidade intensa que podem elevar a pressão arterial. Logo, nas situações em que a pressão arterial se eleva constantemente, deve-se supor que estímulos de natureza emocional ou psicológica ocorram continuamente.

O ser humano pode ser considerado agente de mudanças e é também causa de equilíbrios e desequilíbrios em seu próprio dinamismo. Os desequilíbrios ocasionam necessidades que, quando não são satisfeitas ou o são inadequadamente, trazem desconforto, e se essa situação se prolonga pode se constituir em doenças.

Horta (1979), define as necessidades humanas básicas como estados de tensões resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais que podem estar associadas a alterações em diversos aspectos do corpo humano, entre elas a mecânica corporal, a regulação neurológica, a nutrição, a condição sócio-econômica, o sono e repouso e a auto-realização.

As doenças crônicas, entre as quais, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), constituem desequilíbrios que acabam por impor modificações no estilo de vida do indivíduo, exigindo que este se readapte diante dessa nova situação e trace novas estratégias para seu enfrentamento. Todo esse processo depende ainda da

complexidade, gravidade e fase da doença, como das estruturas disponíveis para satisfazer suas necessidades e chegar novamente ao estado de equilíbrio.

No caso da HAS, muita ênfase tem sido dada às medidas não farmacológicas, de mudança no estilo de vida, para a prevenção e o controle dos níveis de pressão elevados, que devem ser adotados por todos os hipertensos, mesmo aqueles em uso de droga anti-hipertensiva.

Algumas medidas, denominadas higieno-dietéticas, podem atenuar os possíveis efeitos adversos das medicações utilizadas por um longo período e ao mesmo tempo, agir sobre outros fatores de risco. Além disso, mesmo pequenas elevações na pressão arterial podem exercer grande efeito nas pessoas saudias.

O estilo de vida saudável e o autocuidado não só previnem as doenças coronárias, mas também diminuem a evolução da doença e melhoram a qualidade de vida.

Entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um hipertenso, algumas são comprovadamente eficazes como é o caso da perda de peso, a redução da ingestão de sódio e bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos e o aumento da ingestão de alimentos ricos em potássio.

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição médica, crônica e não infecciosa, sendo mais freqüente no mundo ocidental. Cerca de 50 milhões de pessoas nos Estados Unidos têm níveis de pressão arterial que requerem tratamento, e uma quantidade semelhante é encontrada na União Européia (Ministério da Saúde, Brasil, 1993).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considerava hipertenso o indivíduo adulto maior de dezoito anos, com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior que 160mmHg ou pressão arterial diastólica igual ou maior que 95mmHg. Oficialmente, a hipertensão arterial sistêmica, é definida como uma pressão arterial sistólica superior a 14mmHg e uma pressão diastólica maior que 90mmHg.

De acordo com estimativa da Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a hipertensão arterial sistêmica representa elevado custo médico-social, sendo as

doenças cardiovasculares, a partir da década de 60, a primeira causa de morte no Brasil, superando as doenças infecto-contagiosas.

No Brasil, mais da metade da população que possui hipertensão arterial ignora sua presença, até que esta comece a se manifestar sob forma de tonturas, dores de cabeça, dores na nuca, alterações visuais, infartos e acidentes vasculares cerebrais (vulgarmente conhecidos como derrame).

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica multi-sistêmica em que o indivíduo pode ser surpreendido por suas complicações, e, por isso mesmo, se faz necessário aprender a conviver com sua cronicidade no cotidiano.

2.5. A Qualidade de vida

Segundo a Organização Mundial da Saúde(OMS) qualidade de vida pode ser definido como: “ a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (www.who.int/em. site da Organização Mundial Saúde). Segundo Gimenez (1997), o conceito de qualidade de vida vem sofrendo transformações na literatura oncológica; dessa forma, a preocupação que antes era voltada mais para os aspectos fisiológicos e médicos foi ampliada e atualmente, leva-se em conta o funcionamento psicossocial do sujeito, o que ao meu ver parece ser mais adequado aos novos paradigmas que se apresentam com relação à visão de homem que é mais abrangente e menos reducionista que os anteriores.

Gimenez (1997, p.239):

Isso implica em se considerar o indivíduo inserido num contexto sociocultural e os modos como este indivíduo interage com os significados deste contexto [...] em síntese, é importante não apenas considerarmos o número de sobreviventes e tempo de sobrevivida, mas, também os aspectos emocionais, funcionais, sociais e psicológicos da existência humana, para podermos avaliar sua qualidade.

Desta forma, é necessário averiguar como um paciente com câncer pensa em relação à qualidade de vida; o que isso representa para ele; pois que existem dimensões sociais e emocionais que se relacionam à doença.

A preocupação com a qualidade de vida de pacientes com câncer surgiu a partir do momento em que diagnósticos precoces, novas drogas e tratamentos adequados, trouxeram uma sobrevida maior e até a cura para esses pacientes. A qualidade de vida se relaciona, portanto, com vários aspectos como: físicos, psicológicos, sociais e espirituais. A família, assim como o doente se sente ameaçada pela perda de um ente querido; toda a dinâmica familiar se re-arranja, é modificada a partir do diagnóstico de câncer. E sendo assim, a doença impõe um novo equilíbrio familiar, uma redefinição de papéis, o que muitas vezes, pode levar uma qualidade de vida diferenciada - e nem sempre boa, ao paciente e sua família.

O conceito de qualidade vida é abrangente e construído tanto individualmente quanto socialmente, o que o torna essencialmente subjetivo, podendo variar de pessoa para pessoa. Encontramos com facilidade demonstrações no imaginário social de como o câncer é representante da morte. Drauzio Varella em Por um fio (2004), descreve uma centena de casos tratados por ele, onde os pacientes e seus familiares nem se quer ousam pronunciar a palavra câncer, referindo-se à doença por outras expressões como: “aquela coisa” ou “aquela doença da qual eu não falo o nome”. Outros indivíduos muito apegados às suas religiões consideram que o câncer é um castigo por algo que fizeram nesta ou em outras vidas e, por isso, devem aceitar resignadamente o seu destino, já que a provável culpa e a conseqüente responsabilidade pela doença é deles próprios. Nesse sentido, torna-se necessário, refletir um pouco a respeito das representações sociais relacionadas tanto ao câncer como à subjetividade dos indivíduos que são portadores da doença.

2.6. O Enfrentamento

Acredito que após o diagnóstico de qualquer doença “incurável”, a maneira como o indivíduo recebe, processa e enfrenta a doença é de fundamental importância para o desenvolvimento desta. A possível cura, remissão dos sintomas ou progressão da doença, estarão intimamente ligados ao sentido subjetivo que o indivíduo dá para esta. Se o indivíduo possui uma maneira saudável de lidar com

suas emoções, provavelmente isto repercutirá na forma que o indivíduo vai enfrentar a doença. Segundo Maria da Glória Gimenez, essa maneira própria de enfrentar a doença encontrada pelo sujeito surge a partir da conjunção de alguns aspectos específicos que se associam diretamente ao contexto sociocultural

(Gimenez, 1997, p. 132-133):

Se quisermos compreender como pacientes oncológicos selecionam suas estratégias de enfrentamento, precisamos, em linhas gerais, compreender os fatos relacionados à doença, tais como, tipo de estadiamento, tratamento de prognóstico da doença, bem como, fatores pessoais que caracterizam o paciente [...] o momento na vida da pessoa em que o câncer é diagnosticado [...] sua faixa etária, suas habilidades, seus recursos emocionais e sociais [...] suas crenças religiosas, seus valores.

A atitude que o paciente terá frente ao adoecimento vai ajudá-lo a reorganizar-se nessa nova condição. Atitudes de negação, revolta ou de coragem e enfrentamento podem surgir e alternarem-se continuamente. Somente a partir de uma atitude participativa, com uma emocionalidade sadia (não é querer que o paciente esteja sempre com uma atitude positiva e estável, mas que ele se faça dono de si e implicado com sua doença até onde for possível), sua participação ativa nas decisões que concernem ao seu tratamento e à sua vida como um todo, é que será possível desmitificar o câncer ou a doença em questão, viabilizando assim, condições para que o sujeito possa se aceitar incondicionalmente frente a essa nova condição de vida.

A emocionalidade sadia envolve estar apto ou desenvolver habilidades para lidar com situações desafiadoras. Dessa forma, se o sujeito lida bem com o “estresse”, ele sentirá o baque de uma nova condição de vida, porém, desenvolverá estratégias para passar por ela.

O enfrentamento positivo ou negativo a uma doença relaciona-se diretamente ao sentido que o indivíduo dá a doença. É desse sentido que o indivíduo retira forças, mesmo naqueles momentos mais difíceis onde tudo parece perdido e sem sentido, onde a própria identidade do indivíduo se vê misturada ao seu problema médico, às decisões a seu respeito, onde a ameaça de não mais existir se torna tão

intensa, que, ou ele se entrega passivamente ou ele luta e ressignifica conceitos – sentidos e significados – que darão a ele oportunidade de mudar. E assim, diante de conflitos, o sujeito produz novos sentidos que o capacitarão a enfrentar mais uma vez, o que aos olhos de muitos pareceria intransponível.

A vitória de um enfrentamento positivo dependerá de muitos aspectos, como por exemplo, a história pregressa do indivíduo, sua história familiar, como essa família apóia o indivíduo adoecido ou não; se a família e o indivíduo têm suas crenças religiosas e fé, assim como o indivíduo em particular; se ambos (família e indivíduo), crêem numa possível cura. Nesse sentido, é preciso lembrar que as representações sociais que envolvem esse indivíduo e sua família em relação à doença, e também o momento sócio-histórico em que se encontram inseridos, serão de suma importância para a redefinição de novas configurações para o enfrentamento da doença.

O termo enfrentamento (ou coping, termo original), tem lá suas contradições, pois atribui uma especial significação ao valor que o indivíduo dá aos fatos ou situações por ele enfrentados, colocando seus conceitos essenciais diretamente ligados com os fatos e situações que lhe afetam, desta forma relegando a segundo plano os aspectos personológicos e psicológicos dessa relação. Dito desta forma parece que o estresse e sua natureza ficam reduzidos a aspectos cognitivo-conscientes, sendo ignorados e deixados para trás, os aspectos afetivos e inconscientes, que também contribuem para a produção e manifestação do estresse no indivíduo. Além disso, o estresse se manifesta por complexas e multicausais vivências internas, que nem sempre têm alguma relação com o momento atual. Ao pensar o estresse como sendo causado por uma fonte externa atual, tende-se a ignorar a natureza geradora da subjetividade humana.

2.7. Representações Sociais envolvidas e a Subjetividade

Para buscar um entendimento quanto à subjetividade de pacientes com câncer será preciso compreender como se dão as representações sociais na subjetividade desses pacientes e, para isso entraremos com o conceito de subjetividade e como esse conceito se desenvolveu a partir da psicologia social.

Jefferson de Souza Bernardes (2001), vê a psicologia social que se desenvolveu nos EUA com forte influência do Positivismo, portanto é centrada em idéias e indivíduos. Com as severas críticas que advieram ao Positivismo, uma vez que a psicologia voltada para uma ética individual não reconhece o papel e o valor existente no âmbito social, tornou-se necessário buscar uma psicologia social diferente, menos restritiva, construída a partir das instituições e fatos históricos. A linearidade dos fatos sugerida pelo Positivismo associada a forte influência de “norte-americanizar” as tendências fez surgir devagar em alguns teóricos idéias mais contextualizadas, que valorizavam mais as culturas, assim como os valores sociais, mesmo que ainda não conseguissem expressar com legitimidade o indivíduo enquanto sujeito atuante em sua própria construção histórica, atuante nesse processo. Essa nova vertente, ainda que paulatinamente, foi um grande avanço no que respeito a conceito de subjetividade que começava a emergir.

Quanto à subjetividade, é imprescindível refletir e analisar sobre os conceitos desenvolvidos em subjetividade individual e social pelo autor Fernando Luiz Gonzalez Rey.

Ao introduzir a categoria de subjetividade social, González Rey defende com sucesso a idéia de que o social e o individual caminham juntos (não sendo excludentes), e, portanto, a subjetividade individual passa a ser entendida como um sistema complexo que é produzida tanto no nível social quanto no individual. O sujeito desenvolve sua subjetividade ao mesmo tempo em que é influenciado pela subjetividade social num movimento constante (GONZÁLEZ REY, 2003).

A partir do conceito de subjetividade é possível dizer que o sujeito não se constitui, de forma linear, estática, trata-se de um processo diferenciado, multicausal, único e particular de cada indivíduo. A experiência do indivíduo passa a adquirir valor inestimável para a construção de sentidos e significações que são apenas dele, só servem para ele. Uma experiência igual não tem o mesmo sentido e significado para duas pessoas diferentes. Dessa forma, quando falamos em processos de adoecimento, vivências de doenças crônicas e doenças graves como o câncer, onde o indivíduo se depara com sua finitude, com a dor, com os limites de sua existência, só mesmo a subjetividade de cada um para dar o verdadeiro sentido

a essas experiências que para uns pode ser o fim, para outros o começo de uma nova vida ou ainda um renascer das cinzas. Bizarri (2001), destaca que alguns pacientes fazem o papel de protagonista da situação e costumam estar implicados com seu próprio tratamento durante todo o processo, muitas vezes havendo cura ou pelo menos promovendo condições melhores para sua qualidade de vida.

A subjetividade social pode ser pensada como sendo um conjunto de sentidos subjetivos que surgem de diferentes contextos e se integram, formando algo que é único e ao mesmo tempo dinâmico, uma espécie organização. A partir da teoria da subjetividade, a visão de homem se reconfigura e aparece um indivíduo com caráter complexo e dialético, que ao mesmo tempo pode representar a singularidade e o homem como ser social (GONZÁLEZ REY, 2003).

O porquê de estudar as Representações Sociais neste trabalho é tentar compreender a construção das idéias em torno de doenças graves como o câncer, aids e outras, assim como os estigmas e rótulos que delas derivam e atuam fortemente na subjetividade individual quanto na social. Doenças ditas “malignas” como o câncer, se constroem no imaginário social a partir de um conjunto de saberes que expressam a identidade de um grupo social. A eterna busca de sentidos e significados pelos indivíduos e suas comunidades demonstram a marca da existência humana no mundo: seus ritos, mitos, símbolos, lendas (Jovchelovitch, 2002). Ainda que carreguem consigo um agregado de representações individuais, as Representações Sociais não se resumem a isso, assim como o social é muito mais que um conjunto de indivíduos.

Segundo Gonzalez Rey (2003), as Representações Sociais representam uma das produções subjetivas associadas à produção de conhecimento social e às formas nas quais o senso comum se apropria de produções desenvolvidas em outras esferas sociais [...] as Representações Sociais conservam seu caráter constitutivo tanto por sua configuração subjetiva nos sujeitos protagonistas destes espaços sociais como pelo tipo de valores, crenças e formas de relação que caracterizam os espaços sociais dominados por um sistema representacional.

Susan Sontag, em *A doença como metáfora*, ressalta o aspecto absurdo e, por vezes, devastador das opiniões que atribuem o ônus da doença (no caso, o

câncer), ao próprio indivíduo, o que além de ser descabido, pode desequilibrar sua emocionalidade, fazendo com que lide como mais o sentimento de culpa, o que não ajuda e acaba por enfraquecer sua capacidade de compreensão quanto ao alcance que pode ter um enfrentamento adequado, que abarque com todas as suas demandas (que não são poucas e envolvem família, trabalho, auto-estima, identidade, dor física, capacidade de lidar com a frustração, medicamentos, efeitos colaterais...só para citar algumas).

Sontag (2002, p.75):

As funções punitivas da doença têm uma longa história e são particularmente atuantes em relação ao câncer. Existe uma “luta” ou “cruzada” contra o câncer. O câncer é a doença “assassina”. As pessoas que têm câncer são “vítimas do câncer”. Teorias psicológicas da doença amplamente difundidas atribuem ao infeliz canceroso tanto a responsabilidade de ter caído enfermo quanto a de curar-se [...] o câncer é tratado como um inimigo satânico, fazem dele não só uma enfermidade letal mas também uma doença vergonhosa.

O diagnóstico do câncer é ainda mais devastador para a grande maioria das pessoas do que o de AIDS ou qualquer outra doença carregada de fantasias e realidades como a ameaça de morte iminente, mutilações, tratamentos custosos ou de difícil acesso, perdas, dor, incapacidade, dependência de outro para o que antes fazia sozinho e tantas outras histórias preciosas e singulares que ouvimos freqüentemente. As pesquisas tão avançadas quanto aos tratamentos e fármacos pouco se empenham e sabe-se pouco quanto ao impacto da descoberta do câncer sobre a subjetividade do indivíduo. Nem mesmo a AIDS com os rótulos que impõe a seus portadores (devido às campanhas preventivas errôneas do governo no início da doença no Brasil, quando só quem tinha AIDS eram os promíscuos sexualmente, os drogados, os portadores de doenças sexualmente transmissíveis e os homossexuais), já que com os “coquetéis”, a sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas aumentou e melhorou consideravelmente. A freqüente aparência característica de doente de AIDS quase desapareceu, restringindo aos casos onde o doente apresenta os tumores de Kaposi (sarcomas), ou abandonou o tratamento, as chances de viver bem e levar uma vida com qualidade de vida são grandes. Para

citar a título de exemplo, é até mesmo difícil identificar quando alguém tem AIDS seja há pouco ou há bastante tempo, o que garante uma certa privacidade e preservação do portador e de sua auto-estima, dando-lhe tempo e capacidade para traçar suas estratégias de enfrentamento, assim como sua subjetividade será afetada diferentemente pelo impacto de saber-se portador de AIDS e não de câncer. A semelhança de serem ambas doenças graves e muitas vezes fatais, não torna seu enfrentamento parecido, nem mais fácil, nem mais difícil. O impacto sobre a subjetividade individual e social no doente de câncer, no de AIDS e no hipertenso é forte, difícil, porém, atinge o indivíduo de forma singular.

Carl Simonton, em *Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer* (1987), considera que devido à importância dos aspectos psicológicos (que podem interferir tanto na evolução negativa da doença quanto na cura), presentes quando se tem uma doença como o câncer, que seja sugerido aos pacientes que tentem modificar suas crenças quanto à doença, para que possam participar efetiva e ativamente de seu tratamento e se tornem aptos para redefinir sua atitude frente aos desafios que a doença impõe.

3. SENTIDO SUBJETIVO

3.1. Conceito de Sentido

O conceito de sentido começou a ser introduzido na psicologia por Vigotsky, que a partir de uma abordagem histórico-cultural que estava sendo desenvolvida na União Soviética, inovou rompendo com a visão centrada no indivíduo dando ao social uma importância maior. As ciências sociais passaram muitos anos voltadas para as idéias positivistas que dominavam esse cenário principalmente durante a primeira metade do século XX. A subjetividade era pouco conhecida e valorizada nesse período e o termo subjetivo não era compatível com o pensamento reducionista baseado nas teorias naturalista-individualistas então vigentes. Essa história começou a mudar na psicologia soviética, já que desde seu início, havia uma representação dialética, dinâmica, em crescente movimento, que se empenhava em perceber o novo. Dessa forma, uma nova definição ontológica do sujeito surgiu, trazendo consigo a produção de sentidos. (GONZÁLEZ REY, 2004).

Um dos autores mais influentes do início do século XXI foi Vigotsky, que vivendo num contexto de pós Revolução Comunista, reescreveu uma psicologia de base Marxista (materialista), pensando um ser humano construído histórico e socialmente, construído na relação com o outro. Dessa forma, o social passa a fazer parte de uma nova compreensão do social como constituinte da psique humana (GONZÁLEZ REY, 2004). Contudo, é válido ressaltar que nas visões naturalistas do homem, são negados os constituintes sociais e culturais, o que torna algumas construções ideológicas perversas dominarem o ideário social, colocando o social e o histórico como sendo algo natural e universal.

O materialismo histórico dialético é a base de Vigotsky para teorizar sobre as relações sociais como constituintes da história da humanidade e, conseqüentemente, da construção da história pessoal do indivíduo.

Vigotsky vê a psique como um sistema complexo e imerso em inúmeras configurações internas e externas que se retroalimentam continuamente, e a partir daí chega ao conceito de subjetividade, de natureza histórico-cultural. Segundo González Rey (2004): “A categoria sentido, permite visualizar a especificidade da psique humana e incorporar um atributo ao social: o caráter subjetivo dos processos sociais”. Com esse conceito começa a desfazer-se a dicotomia sujeito-objeto, interno-externo; a subjetividade passa a ser vista não como um opositor à objetividade, mas sim, uma qualidade desta.

Sendo o sentido um aspecto que define a subjetividade, ele é, ao mesmo tempo, constituinte e é constituído por esta. É, portanto, a partir da interação dos sentidos já existentes no sujeito em seu espaço social que a subjetividade se constitui. A produção de sentidos não se dá de maneira estanque, ela se integrará constantemente com sentidos anteriores.

González Rey (2004, pág. 138)

A categoria de sentido sempre está associada ao sujeito, em suas posições, em suas tensões e nas conseqüências de suas ações e relações nos diferentes espaços sociais em que se movimenta. Portanto, o sentido sempre transita pelo singular e se produz no singular.

Desta forma, o sentido subjetivo deve ser entendido como histórico e socialmente construído e configurado e é interessante que seja compreendido assim, pois, a partir dessa compreensão podemos analisar as emoções em seu caráter mais subjetivo e compreender a personalidade sob uma perspectiva histórico-cultural. González Rey confere às emoções o status de elemento fundamental para a produção de sentidos. A categoria de sentido subjetivo foi de suma importância para a compreensão de uma nova visão da personalidade assim como das emoções em seu caráter subjetivo.

3.2. Subjetividade Individual e Social

O conceito de sentido subjetivo traz à tona uma nova dimensão humana que é imprescindível se formos definir subjetividade. Ao definir a subjetividade individual, González Rey não quis apresentar esse conceito de forma que a subjetividade individual fosse algo inerente apenas ao indivíduo e a subjetividade social como pertencente a um grupo social (isso seria por demais simplista para ambos os conceitos).

González Rey (2004,pág. 141):

A subjetividade é um sistema complexo que tem dois espaços de constituição permanente e inter-relacionada: o individual e o social, que se constituem de forma recíproca e, ao mesmo tempo, cada um está constituído pelo outro. Dessa forma rompe-se definitivamente com a idéia de um indivíduo isolado, naturalizado.

As experiências particulares do sujeito, sua história de vida, singular e somente sua, se integram e perpassam aos diversos espaços sociais em que este indivíduo encontra-se inserido por toda a sua vida e a subjetividade tanto constitui a história de cada um como também se constitui dessas histórias únicas. Não se pode esquecer do caráter dialético existente na constituição do sujeito e nas relações sociais deste e, sendo a subjetividade individual um processo complexo de organização da subjetividade, não se pode compreendê-la a partir de um conceito linear e estático; esta se constitui a partir de muitos sistemas e configurações diversas que se encontram a partir de níveis muito complexos e diferenciados.

É na dialética entre o momento social e o individual que se apresenta a subjetividade; onde o sujeito se confronta, nos momentos de contradição que aparecem tanto no âmbito social quanto na constituição da subjetividade. E sobre esse assunto, González Rey, em *Sujeito e Subjetividade* (2003, pág.240), escreve:

A teoria da subjetividade que assumo rompe com a representação constringe a subjetividade ao intrapsíquico e se orienta para uma apresentação da subjetividade que todo momento se manifesta na dialética entre o momento social e o individual, este último representado por um sujeito implicado de forma constante no processo de suas práticas, de suas reflexões e de seus sentidos subjetivos.

Os momentos que definem a subjetividade são o aspecto social e o individual, que se perpassam e se confundem, embora sejam distintos e pertencentes a um mesmo sistema. É uma idéia complexa, mas que negada, leva-nos para a perspectiva naturalista que visa legitimar formas dominantes como a universalização de conceitos.

O conceito de subjetividade social integra os elementos de sentido subjetivo provenientes de vários níveis na vida social do sujeito. Da mesma forma, a subjetividade social aparece constituída de forma diferenciada nas expressões de cada sujeito específico, o qual tem sua subjetividade individual atravessada constantemente pela subjetividade social (GONZÁLEZ REY, 2003 ,p.215).

4. CAPÍTULO METODOLÓGICO

Para o presente trabalho, optei por realizar pesquisa qualitativa, uma vez que a pesquisa quantitativa acaba por se tornar reducionista, por estar comprometida com dados científicos atrelados ao paradigma positivista, que compreende a ciência como algo absolutamente racional, utilizando-se de conceitos como neutralidade e desfazendo-se de conceitos importantes como o da subjetividade na produção de conhecimento, o que faz com que emerja o dado e desapareça o sujeito na pesquisa. A necessidade de colocar o pesquisador como alguém sem opiniões, imparcial e asséptico, pois a ciência clássica acreditava que somente sendo objetivo se poderia validar dados e teorias, talvez pelo domínio do positivismo que não era capaz de

compreender a relação entre o pesquisador e sua realidade social e com o pesquisado. E sobre isso escreve Camino (CAMINO, 1998, p. 46):

Da relação entre ele e o objeto de pesquisa, que não é outra coisa senão uma outra subjetividade.

O sociólogo Emile Durkheim acreditava que o cientista só poderia fazer ciência de verdade quando pudesse se afastar ao máximo de suas paixões, de seus conceitos e de si próprio, caso contrário, sua visão estaria comprometida com preconceitos e idéias pré-concebidas.

De acordo com essa nova maneira de ver a ciência, muitos autores chegaram à conclusão que, na realidade, o pesquisador jamais conseguirá se distanciar e omitir frente aos fatos sociais. É quase impossível se omitir a tal ponto, já que o cientista trava uma relação com o que é pesquisado, não sendo, portanto, viável para ele não interferir na produção de conhecimento com seus próprios juízos de valores e sua subjetividade, afinal de contas ele é um ser humano como outro qualquer, que tem opiniões, conceitos, uma história de vivências pregressas que sempre estarão influenciando sua maneira de pesquisar.

Alguns autores como Laville e Dionne (1999), consideram que os pesquisadores em ciências humanas são como atores e que influenciam seu objeto de pesquisa e este, é capaz de um comportamento livre e consciente, o que leva a uma construção do saber diferente das formas obtidas nas ciências naturais. É por isso que as idéias de determinismo, assim como de leis da natureza, tão defendidas pelo positivismo, não se aplicam às ciências humanas. Como seria possível quantificar emoções, percepções, inclinações? E visto desta forma, a verdade em ciências humanas é ainda mais provisória e efêmera que nas ciências naturais (o que não a coloca de forma alguma com status de inferior!).

González Rey, em seu livro Pesquisa Qualitativa em Psicologia (2005), defende a idéia da não existência de neutralidade na pesquisa qualitativa, já que aqui, o pesquisador também é sujeito participante; considera ainda que a ciência não se firma apenas sobre a racionalidade, mas também subjetividade. De acordo com a epistemologia qualitativa o pesquisador é parte ativa desse modelo teórico em

construção, onde o saber científico é compreendido como um saber processual, ou seja, é um processo sempre em construção. Essa nova visão de pesquisa científica onde o pesquisador pode e deve, emitir suas idéias, conceitos, convicções, onde não é preciso deixar de ser quem se é para que a pesquisa seja validada como algo científico, fez a pesquisa em ciências humanas dar um salto qualitativo. Assim, sujeito pesquisado e pesquisador, estão implicados em todo o processo de pesquisa e construção da informação.

González Rey (2002, p. 57) afirma que:

O pesquisador além de ser um sujeito participante, posição defendida pelas diferentes modalidades de pesquisa etnográfica, converte-se em sujeito intelectual ativo durante o curso da pesquisa. Não só participa nas relações, mas produz idéias à medida que surgem elementos no cenário da pesquisa, às quais confronta com os sujeitos pesquisados, em um processo que conduz a novos níveis de produção teórica.

Um pesquisador ao escolher seu tema de trabalho nunca usará da neutralidade para isso, uma vez que, suas convicções, ideologias, suas vivências e o contexto sócio-histórico do momento o influenciarão e até ajudarão a construir sua produção de conhecimento. Negar a neutralidade não significa negar o valor da objetividade em ciência, mas sim, compreender que a subjetividade do pesquisador está inserida no contexto. Portanto, podemos dizer que fazer ciência é uma iniciativa humana e, por isso, está sujeita ao contexto sócio-histórico.

Minayo (1994, p. 13):

o objeto das ciências sociais é histórico. Isso significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social.

González Rey (2002), considera que os principais protagonistas da pesquisa qualitativa são o pesquisador e o sujeito pesquisado; os objetos de estudo aqui são vistos como seres que pensam, agem e reagem, pois são atores, assim como o pesquisador que, agindo, exerce sobre eles sua influência (e é de algum modo

influenciado por eles). Nesse tipo de pesquisa é comum que se tornem relevantes alguns elementos que previamente não foram definidos pelo pesquisador como parte de sua busca, mas que ao longo do caminho se apresentam e em cima deles novas construções se fazem necessárias no entender do pesquisador. A pesquisa qualitativa permite esse tipo de produção científica.

Os instrumentos são apenas coadjuvantes, recursos importantes, mas que não levam a resultados, apenas facilitam para que o sujeito contribua com seu discurso. É importante ressaltar que neste tipo de pesquisa não há a preocupação constante que se vê em pesquisas quantitativas: recolher o maior número possível de dados obtidos a partir de técnicas específicas, testes e etc, já que o mais importante é a espontaneidade na produção de idéias que surgem a partir dos dados levantados gradativamente ao longo da pesquisa. Segundo González Rey (2002), os instrumentos existem com o intuito de estimular a expressão do sujeito pesquisado, são indutores de informações que surgem e que nem sempre definem o sentido final e real das mesmas.

Os três princípios que trazem importantes conseqüências metodológicas na epistemologia qualitativa são: *o conhecimento é uma produção construtiva - interpretativa, ou seja*, o conhecimento não se resume a ser uma constatação a partir de fatos definidos. O pesquisador interpreta, mas sua interpretação não tem que ser encaixada em alguma teoria, por isso a teoria não pode ficar a frente da interpretação, já que o pesquisador vai aos poucos, produzindo modelos de interpretação no decorrer da entrevista e isso só ocorre na relação de interação entre pesquisador e sujeito pesquisado; *a produção de conhecimento é um processo interativo, ou seja*, da relação sujeito pesquisado-pesquisador, pode favorecer o surgimento de momentos informais que, embora não tenham sido programados pelo pesquisador, podem ter uma relevância para a produção teórica; por último, *a significação da singularidade* (GONZÁLEZ REY, 2002).

Durante muito tempo foi considerado, devido à influência do positivismo, que valorizar a singularidade poderia descaracterizar ou deslegitimar a produção científica, já de acordo com o ponto de vista qualitativo, a singularidade é uma realidade dentro da constituição subjetiva do sujeito.

Dentro da epistemologia qualitativa, acredita-se que o objetivo do pesquisador deve ser o de produzir conhecimento e não o de pensar em uma comprovação a priori e verificação de hipóteses. O pesquisador qualitativo quer levantar indagações sobre aquilo que é estudado, estabelecer novas formas de construção de informação e o surgimento de comunicação. É importante ressaltar que essa relação pesquisador-sujeito pesquisado pode ter um sentido terapêutico para o sujeito entrevistado. Segundo Wertsch, (apud GIMENEZ, 1997,p.200), diz que “o sentido só emerge quando duas ou mais vozes entram em contato: quando a voz do ouvinte responde à voz do locutor”. Sendo assim, podemos compreender que a naturalidade, a postura indiferente do pesquisador, pode limitar a espontaneidade do sujeito pesquisado, o que leva o entrevistado a sentir-se pouco à vontade (ou até desrespeitado), e ao empobrecimento da pesquisa.

A compreensão construtiva-interpretativa é a base para a produção científica em pesquisa qualitativa. Aqui o pesquisador, que é também sujeito da pesquisa, integra e recupera os diversos indicadores produzidos durante a pesquisa. González Rey defende a pesquisa qualitativa por tratar-se de uma produção científica preocupada com a construção e não com a resposta.

Outra autora que defende a pesquisa qualitativa é Minayo (1993), que afirma a importância de respeitar a complexidade do ser humano, portanto devendo o pesquisador trabalhar respeitando e valorizando aspectos como o universo de crenças, motivações, significados, aspirações e valores do sujeito que representam aos espaços de relações mais profundos que se pode apreender através do cotidiano, das vivências e experiências do sujeito e que não devem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O respeito ao indivíduo pode ser traduzido pelo respeito ao contexto social em que ele está inserido, é na compreensão da dicotomia entre subjetividade e objetividade, que de certa forma, tornam o fazer pesquisa qualitativa e produzir conhecimento algo delicado e trabalhoso, porém só assim é possível, já que o objeto das ciências sociais é histórico, e, portanto, essencialmente qualitativo; a realidade social não pode ser reduzida ao que pode ser quantificado e observado.

Minayo (1993), coloca que a respeito da cientificidade das ciências sociais, existem duas questões importantes a serem estudadas: primeiro o fato de tratarmos de uma realidade da qual nós próprios fazemos parte, ou seja, somos agentes dessa realidade e, sendo assim, é impossível pensarmos em objetividade e/ou neutralidade. Segundo, o fato de acreditarmos que os fenômenos e processos sociais têm um profundo sentido subjetivo, o que, torna incompatível trabalharmos em cima do paradigma da objetivação, uma vez que este não compreende a subjetividade.

Não seria a hora das ciências sociais deixarem para trás os paradigmas das ciências já estabelecidas e partirem para a busca de sua identidade, rumo a compreensão das idéias de complexidade, admitindo e respeitando a importância e a influência do social, cultural, individual e a simultaneidade com que ocorrem esses fenômenos que se alimentam e se influenciam uns aos outros? Seria a ciência social qualificada como inferior perante as ciências positivistas por viabilizar a presença da epistemologia qualitativa, das configurações de sentido subjetivo, em detrimento da epistemologia quantitativa?

Com o surgimento da epistemologia qualitativa a, novas formas de produção de conhecimento em psicologia se tornaram viáveis. Dessa forma, podemos compreender a epistemologia qualitativa como um esforço no sentido de romper com o “ranço” do positivismo que pretendeu universalizar seu modelo de fazer ciência; A partir dessa nova visão de uma ciência que não mais depende do positivismo para ser validada, novas concepções de produção de conhecimento surgem construídas não mais de forma linear, mas englobando aspectos provenientes de vários níveis e multicausais, que antes nem eram considerados, o que empobrecia as ciências humanas ainda mais. A ciência a partir dessa nova visão pode ser compreendida como produtora de realidade, mas também de sentido.

González Rey (2002, p. 72 – 73)

A pesquisa qualitativa é um processo permanente de produção de conhecimento, em que os resultados são momentos parciais que se integram constantemente com novas perguntas e abrem novos caminhos à produção de conhecimento [...] diferentemente do que ocorre na

pesquisa quantitativa, na pesquisa qualitativa o problema se faz cada vez mais complexo e conduz a zonas de sentido do estudado imprevisíveis no começo da pesquisa.

Baseada em reflexões a respeito da epistemologia qualitativa e da pesquisa qualitativa em subjetividade (REY, 2002), optei por fazer o presente trabalho apoiando-me nesses princípios, que ressaltam o caráter interpretativo, singular e dialógico da construção da informação e da pesquisa, tornando indispensável a compreensão da configuração de sentidos dos envolvidos na pesquisa.

Gimenez (1997, p. 219 – 220), ressalta que em pesquisas qualitativas com pacientes oncológicos a contribuição mais óbvia é possibilidade de aprofundar a compreensão da produção de sentido diante das experiências reais ou potenciais da doença. Implicações teóricas e práticas podem surgir a partir do momento em que se situa melhor o ponto de vista dos participantes.

4.1. Procedimento Metodológico

Ao pensar sobre a pesquisa qualitativa que aqui desenvolvo, me deparei com a situação de procurar os sujeitos para começar o trabalho; mas onde? Como? Quem aceitaria participar de uma pesquisa falando a uma desconhecida, estudante de psicologia, sobre seus sofrimentos mais íntimos e intensos? Comecei a busca e, para minha surpresa, várias pessoas quando souberam do meu trabalho, quiseram relatar suas histórias, pareciam na verdade, precisar contar suas histórias. Algumas, embora ainda emocionadas, relatavam com orgulho ter passado por tudo aquilo e estar vivas e saudáveis, noutras, via-se tristeza, mágoa e, até mesmo, vergonha em relatar; pareciam não ter se recuperado do impacto sofrido ainda.

Por uma questão de tempo e para poder aprofundar-me na epistemologia qualitativa, optei por entrevistar dois sujeitos: um portador de câncer (que acabou de se submeter à cirurgia para estirpar o tumor), e outro que sofre com a hipertensão arterial há aproximadamente dezoito anos e outras complicações dela advindas. A análise desses depoimentos foi muito interessante, pois mostrou claramente como o impacto do diagnóstico dessas doenças, ambas graves, atua sobre a subjetividade e a vida das pessoas de forma diversa.

Explicitarei de forma clara e objetiva que a pesquisa seria utilizada como parte da minha monografia e que tinha por objetivo a construção de novos conhecimentos a respeito da subjetividade envolvida nos processos de adoecimento por câncer e hipertensão arterial crônica e que a participação deles seria voluntária podendo cessar a qualquer momento que decidissem por isso e, finalmente, que haveria total sigilo sobre informações que pudessem identificá-los, isto é, que seriam omitidos dados como o nome e outros; que as gravações seriam destruídas após a análise dos dados.

4.2. Qual instrumento utilizado para a pesquisa qualitativa?

Nessa pesquisa utilizei dois instrumentos:

Entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas que favoreceram o diálogo entre o pesquisador e o sujeito pesquisado (ANEXO I). Considerei com cautela a utilização desse recurso para que não houvesse o enrijecimento das explicações do sujeito e para que este não perdesse sua espontaneidade e a riqueza do relato de suas experiências. O diálogo propiciou o surgimento de informações do mundo real do entrevistado e que o entrevistador jamais poderia supor. Nesse momento percebi o surgimento de elementos de sentidos vem à tona. A entrevista semi-estruturada difere do questionário uma vez que este pressupõe hipótese que devem ser confirmadas ou refutadas e cujo direcionamento dia respeito às referências do pesquisador. A entrevista semi-estruturada tem outras características: procurando apreender o ponto de vista do sujeito entrevistado, ou seja, do ator social, a entrevista semi-estruturada trazida aqui é mais um roteiro, com poucas questões; é apenas um facilitador para o aprofundamento de idéias.

O outro recurso utilizado foi um instrumento de pesquisa adaptado pelo Professor Fernando González Rey denominado complemento de frases incompletas que o participante completaria a partir daquilo que viesse em sua mente no momento em que lesse a frase em questão. Esse instrumento favorece a produção de informação e uma compreensão dos sentidos subjetivos do paciente. Tem um caráter de fonte de apoio secundário na produção de informação.

Durante o primeiro encontro com os participantes tive a preocupação de estabelecer um vínculo consistente, para que de fato eles pudessem se engajar na pesquisa, uma vez que o engajamento costuma funcionar bem para garantir a fidedignidade das respostas.

Mais uma vez cito Minayo (1993):

A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação.

5. DESENVOLVIMENTO X PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES.

Para realizar minha monografia, pesquisei junto ao histórico de amigos e familiares sobre câncer e hipertensão arterial devido aos muitos casos de ocorrência a minha volta. Muitas dessas pessoas, a grande maioria delas, não teve apoio psicoterápico durante seus diagnósticos de câncer e hipertensão arterial. Dos dois sujeitos escolhidos, uma apresenta hipertensão arterial há mais de quinze anos e hoje sofre com o desgaste emocional e do organismo, passa por algumas privações e segue medidas preventivas de controle da hipertensão, assim como faz uso de medicamentos e faz acompanhamento psicoterápico há cinco anos. O outro sujeito, acabou de realizar uma cirurgia para retirada da próstata por diagnóstico de câncer e como foi descoberto no início, não foi necessário se submeter à quimioterapia e radioterapia.

No total participei de cinco encontros com cada sujeito. Esses encontros foram riquíssimos de conteúdos para a minha pesquisa sobre a emocionalidade das pessoas, assim como da subjetividade dos sujeitos acometidos por tais doenças e suas estratégias de enfrentamento. Os encontros ocorreram na casa dos pacientes, que gentilmente a ofereceram para estarmos juntos compartilhando de todas as suas vivências sobre essas doenças e outras mais que surgiram através dessas conversações. Os encontros foram repletos de emoção, espontaneidade e constatações de ambas as partes. Tentei focar o trabalho o máximo que pude no medo, na ansiedade e na dúvida em relação ao câncer e à hipertensão. Procuramos

juntos modificar algumas crenças em relação ao câncer e à hipertensão, esclarecendo sobre os tratamentos e mostrando que o câncer não é mais uma doença fatal, que a chance de cura é grande e, enfim, desmistificando o câncer como doença que mata e esclarecendo os riscos da hipertensão, que com frequência são negligenciados, ignorados ou negados pelos sujeitos que dela sofrem. A crença que tomar o medicamento somente quando a pressão está alta, é freqüente entre os portadores de pressão arterial, assim como, a de que fazer dieta e tomar calmantes resolve o problema por algum tempo.

Mediante os sujeitos escolhidos e sua intenção positiva em falar sobre suas histórias, começamos a nos encontrar. Foram dez dias no Rio de Janeiro, local onde residem os sujeitos. Os encontros variavam de horário, segundo as possibilidades dos sujeitos, mas ocorreram diariamente com cada um durante cinco dias consecutivos.

Comecei conversando com um jovem senhor de cinqüenta e seis anos de idade, que foi acometido por câncer e, recentemente (dia oito de abril deste ano), foi operado para a retirada total da próstata. O estudo de caso se deu depois de apresentada a carta convite e o termo de consentimento (Anexo...), esclarecendo o objetivo da pesquisa bem como a necessidade de serem gravados os nossos encontros. Foi clarificado que os dados ali obtidos seriam utilizados nessa pesquisa e que a identidade dele seria preservada e protegida e que ele poderia desistir da entrevista em qualquer momento. Pedi então, que ele assinasse o termo de consentimento (ANEXOVI), para seguirmos com nossa conversação.

6. PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: VALDIR

A pesquisa se realizou de forma a englobar e articular as seguintes categorias: família (apoio social), atividades profissionais, qualidade de vida, projetos e planos para o futuro.

O primeiro contato que tive com Valdir para a pesquisa (Valdir foi casado com uma prima minha e somos muito amigos), foi por telefone, logo após ele ter mandado um e-mail para mim contando sobre o diagnóstico de câncer na próstata e que precisaria se submeter a uma cirurgia nos próximos dias, já que o tumor

aparentava ser grande. Nesse mesmo telefonema perguntei como ele estava se sentindo com tudo isso e se precisava de ajuda. Ele me respondeu que estava confuso, “meio sem chão”, mas que tinha esperanças de se recuperar sem ter que passar por quimioterapia ou radioterapia, que sinceramente, segundo ele, era o que mais lhe afligia no princípio. Ouvi com atenção e com certa tristeza, pois somos amigos, porém, me enchi de esperança quando lembrei o quão otimista e cheio de projetos o Valdir é. Comentei sobre minha monografia e falei sobre o tema ele perguntou em tom de brincadeira: “_Não quer um artista para o seu trabalho?” E eu respondi que se fosse bom para ele falar sobre aquela experiência que eu ia gostar muito de poder entrevistá-lo e que ele fizesse parte do meu trabalho de conclusão de curso. Combinamos que eu iria para o Rio de Janeiro dez dias após a cirurgia dele para começarmos. Quando cheguei lá ele me recebeu com um sorriso, mas bem impaciente, dizendo que eu tinha demorado muito e que pensou que eu não ia mais.

Valdir é um jovem senhor de 56 anos, pai de dois filhos vivos. Foi casado duas vezes e separou-se das duas esposas após longos casamentos. Com a primeira teve os dois filhos e viveu de maneira muito simples como funcionário público, com bastante dificuldade para pagar contas e criar os filhos. Só pôde estudar depois que dela separou-se e quando a filha mais nova passou no vestibular para uma universidade particular no curso de psicologia. Sentindo-se empolgado voltou a estudar e cursou psicologia na mesma turma que a filha. Casou-se pela segunda vez ainda durante a faculdade e “foi muito feliz enquanto durou” segundo ele. Batalhador, estudioso, culto e inquieto com a natureza humana formou-se psicólogo e exerce a profissão como clínico. E mostra para quem quiser saber: “que a vida é sempre boa... Para quem sabe vivê-la”. Os desafios existem podemos encará-los ou não.

6.1. Diagnosticando o Câncer

Tristezas: para Valdir as três maiores tristezas de sua vida são a separação da segunda esposa, o nascimento do filho (o menino nasceu com um grave problema no coração e essa situação de cirurgias e perda iminente se estendeu por três anos após o nascimento dele), e a morte do pai dele. Quando perguntado sobre

as três maiores tristezas de sua vida ele ressaltou, que segundo sua experiência de vida e de clínica psicológica, o ser humano tem mais facilidade de lembrar do que foi triste do que de momentos felizes, é como se algumas grandes tristezas deixassem marcas difíceis de ser apagadas. Embora não tenha colocado exatamente nesta ordem exposta, ele falou com muita emoção sobre o fim do segundo casamento, como se ainda desejasse voltar com a segunda esposa por ainda gostar muito dela e demonstrou claramente a sensação de perda que sente pelo “fracasso” do casamento (ele se separou há um ano e oito meses). Depois ele foi lembrando da doença, o que pode sugerir que o casamento desfeito teve um peso maior de significações relacionadas à tristeza do que o próprio câncer. O câncer ocorreu em sua vida após a separação da segunda esposa, portanto há menos tempo que a separação, podemos pensar que sua identidade masculina encontra-se preservada, pois ele diz que sua preocupação com a cirurgia para a retirada da próstata não o deixa preocupado com a sexualidade, com a masculinidade, a disfunção erétil, mas a incontinência urinária o deixa preocupado e abalado, mexe com a sua autoconfiança. Sobre o assunto casamento, que surgiu em diversos momentos tanto da entrevista quanto do complemento de frases, ele fala de forma triste, pesada do primeiro que foi muito conturbado e confuso, e do segundo, no qual foi feliz enquanto durou, mas que ainda gosta da segunda esposa, sente falta dela, a admira muito e isso é notório, como podemos constatar no complemento de frases:

4) Lamento: Não ter tido mais atenção ao meu segundo relacionamento duradouro...É verdade.

15) O casamento: o casamento...(risos)...Os casamentos...Um grande aprendizado, o que não significa dizer que aprendi, mas estou em busca do aprendizado.

19) Desejo: *que meus filhos sejam felizes, desejo que a mãe deles seja feliz, que a Leíla, minha segunda mulher seja feliz e desejo que os homens consigam fazer ao outro...Novamente a mesma repetição... Que fizessem com os outros apenas aquilo que gostariam que fizessem com eles.*

25) Em relação aos afazeres domésticos, cabe a mim: tudo! Eu gosto de serviço de casa, de manter tudo limpo, gosto de manter tudo organizado,

arrumado...Aliás, aprendi com uma pessoa, né? (está se referindo à Leíla, sua segunda esposa). Agora, para a mulher, realmente eu reconheço que é um saco serviço de casa, serviço de mãe...É terrível.

29) Acredito que minhas melhores atitudes: sejam sempre pensar por uma crítica feita...Segundo a Leíla, uma das grandes vantagens, senão a maior vantagem, que ela já me disse algumas vezes, é que eu sempre penso e no dia seguinte eu reajo de maneira diferente.

33) Diariamente me esforço: *exatamente para ver tudo diferente, para saber que o outro sou eu e, realmente, a Leíla (a segunda esposa, agora ex-esposa), sabe que realmente isso é um grande esforço meu... para tentar compreender, compreender não significa bater palma para maluco dançar, eu posso compreender uma coisa e não aceitar, é compreender o ser humano...O enigma do ser humano.*

A doença de Valdir e sua conseqüente cirurgia, aparentemente não tiveram grande impacto na sexualidade dele, pois que ele acredita ser possível através de inúmeros outros meios conseguir se satisfazer sexualmente. Ele está namorando uma outra pessoa há alguns meses. Ainda não é possível saber se os efeitos colaterais causaram algum tipo de ruptura na sua imagem corporal, pois que esta cirurgia foi realizada há menos de um mês. É possível sugerir que quanto à sua sexualidade ele não teme nada, pois é bem otimista e acredita ser possível através de medicamentos ou próteses resolver o problema da disfunção erétil se ele surgir. Parece que em relação a entrar em contato com o outro ele está seguro em sua nova condição. O mesmo não ocorre em relação ao seu temor da incontinência urinária, que ele mostra claramente na entrevista (ANEXO VII), que tem receio e não se sente seguro, confiante com essa possibilidade. Percebo no complemento de frases de Valdir que, mesmo receoso, ele é muito mais otimista e que novos sentidos subjetivos estão sendo produzidos para que consiga se auto-aceitar e seguir com seus projetos futuros.

11) O sucesso: creio que tenha alcançado comigo mesmo, não na parte estrutural e financeira como se diz, mas de diversas coisas que eu vejo completamente diferente do que há quatro ou cinco anos atrás.

13) Meu futuro: só a Deus pertence.

22) O trabalho: *prazeroso*.

23) Amo: nossa! Amo a vida, amo estar vivo e tento me amar para que eu possa amar outras pessoas e ser amado por elas...Quem não se ama não ama ninguém.

30) A felicidade: *é a vida*.

32) Considero que posso: *tudo aquilo que eu **REALMENTE***.

queira. A palavra realmente deve estar sublinhada, em maiúsculo e em negrito...Só fazemos aquilo que **REALMENTE** queremos, caso contrário, tá se enganando, eu posso enganar a todos vocês, o que eu não posso é enganar a mim.

45) Minha vida futura: espero que seja muito boa.

66) No futuro: farei melhor a coisa.

73) Estou melhor: *a cada dia*.

74) Se trabalho: *contribuo*.

82) Farei o possível para conseguir: *as minhas curas*.

6.2 – Medos:

Valdir é espontâneo, bem humorado e franco ao falar que tem medo de uma recidiva e de metástases.

“Você tá dizendo na minha vida ou sobre o C. A? Se for sobre a minha vida, eu tenho, muito medo de mulher e marimbondo! Nesta ordem. Quanto ao futuro, agora, aos 55 anos, com C.A. de próstata, é sobre a total recuperação... Eu ainda estou inseguro quanto a isso e tenho medo de recidivas, metástases... quem não tem se tem C.A?(anexo VII)

Valdir tem muito medo, mas fala abertamente de seu problema e do seu medo da recidiva. Deixa claro também que não se entrega a esse medo, que

embora seja real, não é a principal preocupação em sua vida. De alguma forma encontrou recursos em sua vida para continuar com seus projetos e sonhos. Não ficou impotente e estático diante da doença, dos medos e fantasias comuns a quem é portador dela. Os cuidados que tem consigo próprio, a organização da vida diária, afazeres domésticos, o consultório, demonstram claramente, o compromisso consigo, com a saúde e com a vida. Parece que consegue incorporar a doença de forma saudável em sua subjetividade. No complemento de frases, Valdir deixa claro que está conseguindo resignificar sua vida depois do diagnóstico de câncer. É possível supor que o sentido subjetivo desse indivíduo foi capaz de ativar recursos próprios que o permitiram gerar uma emocionalidade sadia, que contribui dia após dia para o seu auto-desenvolvimento.

Novamente vemos no complemento de frases mais subsídios em relação aos medos:

5) Meu maior medo: é que meus filhos e minha neta não possam ser felizes.

18) Minha preocupação principal: é com meus filhos e as pessoas que amo... Que sejam felizes.

72) Meu maior medo: é de não ser leal aos meus princípios.

Pelos três complementos de frases acima podemos perceber que Valdir não está tão focado em sua doença, ele tem outras preocupações legítimas em relação à família e a ser leal com seus princípios.

30) A felicidade: *é a vida.*

Pelo complemento acima se percebe claramente que Valdir ama a vida e o viver e que, implicitamente, quer continuar vivo e lutando para isso.

32) Considero que posso: tudo aquilo que eu realmente queira. A palavra realmente deve estar sublinhada, em maiúsculo e em negrito... Só fazemos aquilo que realmente queremos, caso contrário, tá se enganando, eu posso enganar todos vocês, o que eu não posso é enganar a mim. Esse complemento demonstra que Valdir é determinado e empreendedor quanto a alcançar às suas metas de vida.

39) Eu gosto muito: *tirando doce de leite e as pessoas que eu amo... Eu gosto muito da vida*. Mais uma demonstração de como ama a vida e seus prazeres.

23) Amo: nossa... Amo a vida, amo estar vivo e tento me amar para que eu possa amar outras pessoas e ser amado por elas... Quem não se ama não ama ninguém. Valdir demonstra sua tentativa de dar sentido aos seus afetos e de manter-se feliz consigo mesmo antes de tudo.

82) Farei o possível: *para conseguir as minhas curas*. Nesse complemento é possível perceber que ele é otimista e considera que é também sua, e não apenas dos médicos, a responsabilidade da cura. Ele é senhor de seu destino enquanto isso for possível.

6.2. Projetos

Valdir tem seus projetos. Quando estávamos para começar a entrevista, apenas trocando idéias e atualizando a conversa ele comentou sobre abrir uma clínica de psicologia (ele é psicólogo há 8 anos), e de estudos ligados à área e que sentia falta de uma psicologia mais integradora do ser humano. Valdir atende seus pacientes atualmente num consultório pequeno em casa. Ele foi bastante detalhista descrevendo o mercado de trabalho na cidade onde vive; as dificuldades, as demandas e como poderia superá-las. Demonstra claramente seu desejo de seguir com a profissão e estudos paralelos sobre a fé, autocura e a espiritualidade. Podemos considerar que o sentido da vida não foi perdido por Valdir. A criação e manutenção de projetos pessoais foram a forma encontrada por ele para se aliviar. E talvez, indo mais longe, essas sejam algumas de suas estratégias de enfrentamento por ele encontradas.

20) Secretamente eu: *no meu íntimo tenho muito que aprender ainda; a vida é um eterno aprendizado*. Valdir mostra-se disposto a continuar aprendendo com a vida.

24) Minha principal ambição: ter muita cultura e lembrar-me sempre de Sócrates:..."Só sei que nada sei".

40) Minhas aspirações são: compreender mais e mais as pessoas com quem convivo e tentar e entender a cabeça do outro.

41) Meus estudos: não posso nem dizer que eles se iniciaram, porque estudo é durante toda a vida e todas as outras decorrentes, encarnações decorrentes, aprendizados vividos. Meus estudos devem continuar até que eu não consiga mais ler, nem falar, nem entender.

66) no futuro: farei melhor a coisa.

45) Minha vida futura: espero que seja muito boa.

Valdir é aposentado de uma companhia pública de trens urbanos onde trabalhou por mais de trinta anos. Seu serviço não era fácil e exigia muito equilíbrio e calma, pois ele trabalhava vistoriando os trens e os acidentes fatais quase diários naquela cidade. Este foi um trabalho que o marcou muito, pois tinha que ver as cenas dos acidentes e fazer relatórios, tirar fotos das vítimas, participar de perícias e, às vezes, ter contato com as famílias e parentes das vítimas. Ele só se manteve no emprego porque precisava pagar contas, estudos dos filhos e se manter, mas foi um período em que adoecia muito e tirava todas as licenças permitidas para conseguir afastamento do trabalho. Quando conseguiu se aposentar por tempo de serviço, não pensou duas vezes e fez vestibular junto com a filha para psicologia numa universidade particular. Passaram os dois e a luta foi grande para seguir em frente e pagar os custos dos estudos. Ele se sente muito orgulhoso de ter conseguido com sua precária situação financeira se formar e aos dois filhos. Sempre trabalhou muito e segue até hoje trabalhando no que, segundo ele, o faz feliz e realizado profissionalmente. Valdir trabalha também com projetos sociais de atendimento psicológico numa comunidade carente e com um grupo que estuda a fé e fenômenos parapsicológicos. Ele tem planos para o presente e para o futuro, o que demonstra que ele não parou de pensar em si mesmo e também que o adoecimento não tirou dele a própria identidade. Algumas pessoas quando adoecem por doença grave perdem a própria identidade e passam a assumir a identidade de “pessoa doente”. De repente, não temos mais o indivíduo, mas “aquele que teve câncer”.

Valdir casou-se aos 18 anos, bastante novo e inexperiente, pois sua então namorada estava grávida. Meses depois se viu pai, marido, chefe de família, com contas, responsabilidades e compromissos se multiplicando a cada dia. Ele disse não ter “curtido” o casamento, que as brigas com a esposa eram muitas e que não havia privacidade e sossego já que moravam todos na mesma casa: ele, a esposa, a filha (e logo depois o filho que nasceu um ano após o nascimento da primeira filha), sua mãe e seu pai que eram bastante idosos e necessitados financeiramente. Ele se refere a esse tempo como “um tempo em que não vivi... Eu apenas sobrevivi”. É possível perceber o quanto o casamento trouxe vários sentidos e significações com forte impacto emocional na vida de Valdir. Além disso, o câncer e a ameaça de morte a ele associados, acabam por fazer com que o indivíduo perceba a vida de uma forma diferente; cito Mariano Bizarri (2001, p.207, 208), que com suas palavras reproduz essa nova percepção: “o que é aquela vida, como se desenrolou até aquele momento e como merece ser vivida [...] diante dessas experiências, o ser humano toma decisões *únicas e irreproduzíveis*, que, muitas vezes, o tornam ‘outro’.”

Percebe-se claramente, tanto nos trechos de informação que foram analisados, quanto nas frases, que a capacidade de Valdir de continuar desfrutando sua vida, que a doença não aparece como algo ruim que o rotulou e o destituiu como pessoa, como se houvesse se apropriado dele, pelo contrário, marcou uma etapa da sua vida, onde descobriu novos elementos que podem que lhe trazem felicidade e lhe permitem seguir outros caminhos. Nesse sentido, posso afirmar que a qualidade de vida dele é melhor hoje em dia. Esses vários processos ao nível da subjetividade humana e as suas repercussões no âmbito do social, vão se integrando de forma a deixar o indivíduo capaz de produzir saúde frente ao impacto da doença crônica.

6.3. Família

Valdir diz que ama seus filhos. E o que hoje ele considera como sendo sua família: seus filhos, sua segunda esposa e a família nuclear dela e dois grandes amigos. Seus pais faleceram há bastante tempo e a relação com eles era bem confusa e tumultuada; eram pessoas muito rígidas e autoritárias. Contudo, ele relata

sentimentos ambivalentes diante da paternidade. Ele tem muita preocupação com a possibilidade dos filhos e pessoas amadas não conseguirem ser felizes. Essas preocupações existem desde antes do câncer e, portanto, percebe-se mais uma vez a manutenção de sua identidade como a percepção de um universo em movimento a sua volta que vai muito além da doença. No caso de Valdir, fica clara a sua capacidade de criar sentidos e resignificar situações que poderiam para muitos indivíduos ser altamente negativas e destrutivas, talvez até mesmo, produtoras de condições agravantes de sua doença por deixarem o indivíduo fragilizado, desesperançoso.

05) Meu maior medo: é que meus filhos e minha neta não possam ser felizes.

18) Minha principal preocupação: é com meus filhos e as pessoas que amo... Que sejam felizes.

19) Desejo: desejo que meus filhos sejam felizes, desejo que a mãe deles seja feliz, que a Leíla, minha segunda mulher, seja feliz e desejo que os homens consigam fazer ao outro novamente a mesma repetição... Que fizessem aos outros apenas aquilo que gostariam que fizessem com eles.

31) ser pai: que encargo! Hoje em dia não teria a menor condição física, psíquica, emocional de ser pai... Tudo tem a sua hora certa. Lógico que um homem de sessenta anos pode ter uma prole, mas eu não me sinto em condição mais pelo mundo em que nós vivemos e por tudo que eu já disse anteriormente... O ser humano se amar; fazer ao outro o que quer que a si façam... Respeito, compreensão... Tudo isso. Ser pai é muito complicado... Tentamos passar experiências e não conseguimos, sofremos porque não fazem aquilo que nós queremos, sofremos porque não é bem assim que eu faria... Ser pai é uma missão muito gratificante, mas muito desafiadora. Veja bem, ser pai não é fecundar um óvulo e nascer um, dois, três e dizer que é meu, porque pai não é aquele que faz, é quem cria, então, é complexa a paternidade... Não é o DNA não, hein? É acima disso. Esse complemento mostra a ambivalência nos sentimentos de Valdir quanto a ser pai

51) Ter filhos: como eu sou pai... É maravilhoso... Um grande aprendizado em que você só aprende quando já nem pode fazer tanto por eles.

55) O lar: *fundamental... Alicerce... Fundamental*. Aqui ele mostra sua convicção de que uma família e um lar são a base de tudo.

60) Uma mãe: uma mãe... Luci... Minha mãe. Tem a segunda mãe, né? Lília (mãe da segunda esposa dele).

62) Os filhos: nunca devemos esperar que façam por nós aquilo que fazemos por eles... Quem faz o bem, não olha a quem... Não é esse o ditado? Então, não esperar nada deles, apenas ter a consciência de que fez tudo o que foi possível fazer até aqui. Nesse complemento ele se mostra consciente de que fez o que lhe foi possível como pai e o respeito que tem pelas escolhas pessoais dos filhos.

77) Meus amigos: *serão sempre meus amigos... Espero*. Aqui fica clara a importância que dá as verdadeiras amizades que tem.

78) Meu grupo: se eu os escolhi...São o meu grupo.

Em sua entrevista Valdir relata alguns pontos bem interessantes de sua rotina como a religiosidade, a espiritualidade, a fé e sua certeza de que fez o que lhe foi possível diante de suas possibilidades; ele não demonstra arrependimento por nada e quando sente culpa procura aliviar-se delas. Os complemento abaixo demonstram isso.

26) Eu prefiro: desvencilhar-me de toda e qualquer culpa que eu tenha.

57) Ao me deitar: agradeço a Deus pelo dia e peço e agradeço pelo próximo dia. É sagrado isso.

Acredito que a religiosidade, a fé, as mentalizações diárias que Valdir faz sejam importantes estratégias de enfrentamento não só para o câncer, mas também para todas as dificuldades que tenha que enfrentar pela vida a fora. Essas crenças que ele tem parecem o resultado de muitos anos de busca de um novo significado para a vida. Indo um pouco mais além, podemos dizer que o sofrimento gerado pela doença esteve na base de um processo de produção de novos sentidos subjetivos

que, longe de desencorajá-lo, deu oportunidade para um reposicionamento dele perante a vida que se tornou um momento de desenvolvimento pessoal.

A vontade de viver, mas viver bem, feliz, com qualidade de vida, o gosto pela vida, superaram as dificuldades e medos de Valdir. Ele verbaliza que ama sua família, preocupa-se em participar de novos projetos e da vida de outras pessoas como alguém que tenta ajudar. A vontade de abrir uma clínica de psicologia, as palestras que ele ministra em sua “Estação Darma” (centro de meditação, estudos da espiritualidade e religiosidade que ele dirige), a busca pela cultura através da leitura constante e estudos, dizem por si só que ele não ficou preso ao passado nem ao diagnóstico da doença e ao medo da recidiva, mas sim, que sua saúde emocional vai bem; está preservada de forma positiva.

7. PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: THEREZA

A representação social da hipertensão apresenta características diferentes daquela que caracteriza o câncer, pois a hipertensão é percebida como algo que pode ser controlado com remédios, chegando a ser equivocadamente assimilada por um grande número de pessoas como algo curável com remédios. Existe ainda, a falsa crença popular de que, se controlada, “não mata”.

A pesquisa com Thereza foi pensada a partir das seguintes categorias: família (apoio social), imagem pessoal, qualidade de vida e planos para o futuro.

O primeiro contato que tive com Thereza para a minha pesquisa dentro da monografia de conclusão de curso de psicologia, foi por telefone, quando lhe perguntei se haveria interesse de sua parte de participar com suas vivências e experiências como paciente hipertensa, de alguns encontros onde abordaríamos o tema da hipertensão através de uma entrevista e de alguns encontros para a realização do complemento de frases. Expliquei que gravaria nossos encontros e que todas as medidas para proteger sua identidade seriam tomadas no meu trabalho. Apresentei a carta convite e o termo de consentimento. Ao todo foram cinco encontros onde Thereza se manteve muito disposta e atenta aos instrumentos utilizados, colaborando bastante, e se colocando muito à vontade para relatar suas experiências. Thereza relatou que aqueles encontros estavam sendo muito bons

para que ela resgatasse e lembrasse muitas coisas perdidas dentro dela; coisas que ela estava deixando passar e não parava para pensar havia tempo. Os encontros ocorreram em sua residência e duraram em média de três horas cada. Pela receptividade e acolhida que recebi de Thereza, posso assegurar, pelo menos em parte, que ela esteve muito comprometida com a veracidade de seu relato e com a pesquisa.

Desde o primeiro encontro com Thereza percebi que ela tinha um certa necessidade de falar sobre suas questões, detalhar certos fatos ocorridos antes mesmo de se saber hipertensa. A empatia entre nós propiciou que ocorresse fluência em nossa conversação, de maneira agradável e sincera, o que permitiu que viessem à tona zonas de sentidos muito significativas para o trabalho.

Thereza é uma senhora de 69 anos, casada, mãe de duas filhas, todas adultas e mora com marido. Descobriu a hipertensão há 12 anos, quando de uma consulta de rotina ao clínico geral. Thereza sempre teve a pressão arterial considerada muito baixa, o que acarretava desmaios e muito mal estar constante, principalmente no calor. Thereza chegou inclusive a utilizar por recomendação médica, um medicamento para elevar a pressão quando sentisse muita prostração e indisposição.

7.1. Descobrindo a hipertensão

A descoberta da hipertensão crônica soou como uma bomba ela, pois ela sabia dos riscos a essa doença associados e sabia das privações que teria que passar por conta da dieta e vida mais regrada possível que teria que levar dali em diante. Thereza procurou um cardiologista e fez os exames solicitados, porém custou a se acostumar com as novas medicações e seus efeitos colaterais como câimbras, perda de potássio, excesso de micções noturnas e outros.

Thereza é uma pessoa que aparenta muita calma e serenidade, porém segundo ela mesma, é uma bomba relógio; não sabe controlar sua agressividade, retém tudo para si, tem dificuldade de dizer não aos outros e estabelecer certos limites em família. Quando estava com 42 anos descobriu umas manchas na pele que aumentavam significativamente (isso ela só se deu conta muito depois), quando

ela passava por um forte abalo emocional. Era vitiligo, doença que por muitos anos fez com que Thereza, dona de escola e professora da rede pública, muitas vezes quisesse fugir de vergonha e mágoa, pois segundo ela, as pessoas quase nada sabiam a respeito da doença na época, o que fazia com que temessem por algum tipo de contágio ao se aproximarem dela.

Thereza relata que como trabalhava numa jornada tripla de trabalho, tinha pouco tempo para ficar pensando sobre tudo que se passava a sua volta e, segundo ela, hoje ao juntar as peças de sua história, consegue lembrar que muitas vezes sentia confusão mental, agitação, tontura, náuseas, zumbido no ouvido, mas não dava muita importância achando se tratar de hipotensão, e, além disso, “a vida naquela época era dura e eu tinha duas filhas para criar e muitas contas para pagar”.

7.2. Apoio Social – Família

Thereza é muito apegada à família e tem um bom suporte quanto ao apoio que precisa; sua família é bastante unida e isso é a base para sua vida. Thereza está casada há 50 anos e, como é possível perceber em alguns complementos, ela precisa da família por perto para se sentir bem e “detesta” ficar só.

9) Sofro: *pelos meus quando sofrem... Meus filhos, meus netos, meus amigos...*

15) O casamento: é um ato bonito de amor, quando há amor, perseverança... Muito...Hoje em dia é muito pouco valorizado, mas quando se chega a minha idade você se dá conta de como foi importante aquela vida a dois.

22) Amo: meu marido, meus filhos, meus netos... Amo a vida, amo todas as crianças, amo a Deus principalmente e a Jesus nosso pai querido.

27) Gostaria: de voltar aos meus 30, 40 anos, para viver tudo que já vivi... De novo, fazer os passeios que eu fiz, viver em harmonia com a minha família, tê-los ao meu lado, que é o mais importante de tudo, que eu sinto muita falta de meus sobrinhos, das minhas filhas comigo dentro da minha casa... É isso.

43) Ser mãe: é muito difícil também... no minuto que a gente vê que esse bebê abre os olhos para a vida, as responsabilidades da gente, fazem com que a gente se transforme totalmente. É muito amor e esse amor te leva a fazer muitas coisas que você não faria se tivesse só.

51) Ter filhos: ter filhos? Risos... Já dizia o poeta ..."como sabê-lo se não tê-los"... risos... É... Ser mãe é uma responsabilidade muito grande, ter filhos, encaminhá-los hoje em dia com tantas dificuldades a cada passo da nossa porta é muito difícil e preocupante, principalmente a educação, né? Porque é tudo que uma mãe e um pai podem deixar para seus filhos.

55) O lar: é nosso... Como dizer? É nossa igreja, onde a gente deve transformar o ambiente num ambiente agradável, num ambiente sadio... É a obrigação que nós mais temos em relação aos nossos filhos para criá-los com amor.

72) Quando estou sozinha: Não gosto de estar sozinha. Não gosto. Me sinto muito mal sozinha, mas se tiver que ficar eu ligo a música, leio alguma coisa, faço palavra cruzada... risos... Não suporto ficar sozinha.

74) Estou melhor: junto com a minha família.

76) Me deprimio quando: *quando vejo coisas que eu não posso resolver... Impossibilidades que eu não possa solucionar em relação aos meus entes queridos principalmente.*

Para Thereza estar cercada pelas pessoas que ela gosta é algo bastante significativo, inclusive porque ela não gosta de estar sozinha, independente da situação. Ela sempre foi assim, por isso é tão positivo para ela sempre ter gente por perto. As demonstrações de afeto dela para com seus entes queridos e destes para com ela são essenciais para que ela se sinta incluída, amada, pertencida e como ela mesma disse, o lar é a sua Igreja, seu porto seguro. Ao mesmo tempo em que é um ponto positivo essa estabilidade e união familiar, percebe-se que Thereza se envolve tanto com as questões familiares e com as questões pessoais dos que ama, que chega a se sentir impotente e angustiada quando não consegue pelas próprias limitações existentes, fazer algo pelo outro. E esse é um fato importante que constantemente está associado ao seu aumento de pressão; Thereza acorda

freqüentemente com 20 por 12 de pressão. Ela diz que sonha muito com a resolução de seus problemas e dos outros, que seu sono é bastante entrecortado e leve.

Outra questão que percebo nas entrelinhas de seus complementos de frases é que Thereza pouco fala sobre o marido, é como se tivessem passado do tempo de tomar alguma atitude mais drástica sobre sua relação e agora só lhes restasse a esta atura da vida, ir convivendo e suportando um ao outro.

Em alguns trechos fica claro que Thereza não superou a saída das filhas de casa; como se não conseguisse resignificar a vida e criar novos sentidos como muitas pessoas fazem quando os filhos saem de casa e sentem uma sensação de dever cumprido, embora sintam a falta dos filhos em casa por um tempo; uma espécie de luto que depois de algum tempo passa e novos projetos de vida tomam forma, como, por exemplo, voltar aos estudos, fazer uma viagem, trocar o carro, mudar-se, enfim, concretizar projetos que nunca antes puderam ser realizados pela priorização com a criação e educação dos filhos.

Outro núcleo temático que aparece em seus complementos, mas não de forma muito clara, fica mais na esfera do não dito, é sobre a felicidade e a falta de independência emocional de Thereza. Ela é muito dependente das pessoas que ama para viver e ser feliz, para fazer as coisas simples do dia a dia. A possibilidade de felicidade de Thereza está no outro e não nela mesma, ela nem mesmo parece se dar conta disso e do quanto isso gera uma sensação incapacitante, de descontrole sobre si mesma e sobre tudo a sua volta. Thereza quase vive a vida do outro. Considero nesse aspecto que Thereza desconhece a si mesma e lida de forma bastante inadequada com sua emocionalidade, não conseguindo criar novos meios de produção de novos sentidos e significados para si mesma e recorrendo aos ganhos secundários do adoecimento para conseguir a atenção de que tanto necessita pra se sentir bem.

Um complemento que demonstra bem isso é o nº 27, que segue abaixo, onde ela fala com saudosismo do passado, não se dando conta de que poderia estar vivendo no agora tudo aquilo com mais maturidade e sem tantas preocupações, utilizando como bagagem toda a experiência da vida que tem agora.

27) Gostaria: de voltar aos meus 30, 40 anos, para viver tudo que já vivi...De novo, fazer os passeios que eu fiz, viver em harmonia com minha família, tê-los ao meu lado, que é o mais importante de tudo, que eu sinto muita falta dos meus sobrinhos, das minhas filhas comigo dentro da minha casa... É isso.

35) Sempre quis: *ser bailarina ou musicista, tocar um instrumento... As coisas que mais queria na vida. Estudei balé muitos anos, estudei piano, mas nunca fui uma bailarina nem uma musicista.*

No complemento acima percebe-se que Thereza tem desejos perfeitamente realizáveis a um hipertenso; dançar balé e tocar um instrumento, mas parece que ela se incapacita por conta da saúde, ela mesma se rotula e se impõe limitações, que ao meu ver não são reais. Tocar piano ou outro instrumento qualquer e fazer dança, talvez fossem excelentes atividades para alguém que vive com o fantasma da hipertensão rondando por perto como Thereza. Ela teme muito ficar incapacitada, “encarcerada”, dependente, como ela mesma diz, no entanto, o que fica mais visível é que hoje, mesmo com suas faculdades mentais e sua capacidade física estando bem, ela é bastante dependente dos seus entes queridos. E mesmo não estando explícito em seus complementos, fica claro que ela teme a morte.

O saudosismo, a incapacidade de gerar novos sentidos e resignificar o passado, e de certa forma, um certo desamparo, aparecem no complemento abaixo.

81) Hoje: hoje... É um dia de domingo que eu não gosto porque me faz recordar os encontros familiares que eram na casa da minha avó e da minha mãe... E aí, me dá tristeza... Segundo Thereza, esses encontros eram muito divertidos e em algumas ocasiões meio destemperados, pois segundo ela, em família muito grande todos acabam por se meter um pouco na vida do outro.

7.3. Imagem Pessoal

Considero que sua imagem pessoal esteja um pouco abalada e distorcida após o diagnóstico da hipertensão crônica, porém sua identidade continua preservada, mesmo que a um alto custo. Thereza se coloca limites que nem mesmo os médicos prescrevem para ela e, ao mesmo tempo, se sente enclausurada nesses limites, por vezes, tentando ultrapassá-los. Seu movimento é uma eterna ciclotimia

(não no sentido patológico do termo), mas pelos altos e baixos e extrema instabilidade emocional que enfrenta diariamente. É importante frisar que Thereza possui um movimento próprio privilegiado de seus recursos subjetivos em relação a via somático-psíquico e vice-versa, concentrando muitos sintomas e seu corpo físico, mesmo antes do diagnóstico de hipertensão arterial crônica. É bom lembrar que ela sofre de depressões sucessivas, muita ansiedade, descontrole com o peso (que está sempre muito acima do saudável), teve vitiligo aos 42 anos (hoje seu corpo e rosto estão quase cobertos). No caso de Thereza é bem plausível considerar a vivência de sua emocionalidade como não sadia e carente de cuidados há muito tempo.

8) Não posso: não posso fazer determinadas coisas que gostaria de fazer... Mas eu aceito essa limitação.

10) Fracassei: não fracassei, não me sinto fracassada... Hoje tenho perfeita noção de que o que eu fiz foi assim... O que eu deveria ter feito e faria tudo de novo.

16) Algumas vezes: tenho vontade de voar... Para ver lá de cima tudo aquilo que eu conheço aqui por baixo e mais aquilo que eu não conheço também... Voar, voar, voar... Solta, livre...

17) Este lugar: é lindo... É lindo... Como todos os lugares que Deus fez com a sua mão, com a sua obra... O negócio é a pessoa valorizar aquilo que tem, aonde vive.

31) Considero que posso: *ainda posso fazer muita coisa, apesar da minha limitação pela doença e pretendo fazer... Tudo relativo à arte eu gosto muito, eu quero ver se ainda consigo fazer algumas coisas.*

32) Diariamente me esforço: *para ser eu mesma... E nunca modificar aquilo que sou realmente.* Esse complemento demonstra que ainda tem alguns recursos para manter-se fiel a si mesma e aos seus princípios. Podemos dizer que sua subjetividade encontra-se preservada.

Ao mesmo tempo em que se sente bem onde está, Thereza parece se contradizer e sempre querer “voar”, “lançar-me ao vento”, como que procurando um

lugar onde possa fugir do presente e se refugiar em segurança; como se pudesse buscar a felicidade num lugar distante dela.

33) Sinto dificuldade: em falar em público, não gosto... Hoje em dia muito menos, porque fui obrigada pelo tipo de trabalho que faço, tenho que falar muito, mas eu não gosto não. Parece que nos momentos em que Thereza tem que se haver consigo mesma ou mostrar-se em público ela mostra sua fragilidade e um certo desamparo. A imagem que faz de si mesma não é clara, firme e segura.

47) Esperam que eu: seja uma... Risos... Uma... Como é que chama? Mulher Maravilha, mas eu num tô podendo mais não. A mulher maravilha tá aos pedaços aqui, mas vai levando. Este complemento traz bem à tona a imagem que Thereza tem de si; a de que é frágil, mas ela na verdade é uma batalhadora e é bem forte.

50) Me esforço: para ser a Thereza de sempre, ser fidedigna a mim.

82) Eu: *eu sou autêntica, feliz, alegre, agraciada por Deus... Essa sou eu.* Embora diga isso, não concordo que realmente seja assim; Tereza parece mais estar tentando se convencer disso do que afirmar.

7.4. Qualidade de Vida

Sabemos que a qualidade de vida varia de pessoa para pessoa, uma vez que se trata de um conceito subjetivo essencialmente. Sendo assim, devemos nos preocupar com os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do indivíduo ao falar em qualidade de vida. Nesse sentido considero Thereza privilegiada em alguns aspectos e em outros nem tanto. Thereza vive num bom apartamento em frente à praia, com uma linda vista do mar e da montanha no Rio de Janeiro. Há pouco realizou o sonho de comprar esse apartamento e reforma-lo a seu gosto. Não tem dificuldades financeiras, trabalha até hoje no que mais gosta que é na área de educação (na rede pública).

Thereza dirige, mas tornou-se insegura após vários episódios de vertigens e labirintite, tendo que pedir ao marido aposentado que a leve aos lugares que necessita ir. Isso a deixa aborrecida; essa dependência dos outros para o que antes não precisava fazer com que Tereza se deprima um pouco e sinta-se presa.

20) O meu maior problema: *eu não posso dizer que tenha problemas, né? Pela saúde não estar bem, eu fico pensando; realmente é uma doença traiçoeira... Um problema que eu sempre tô na expectativa do que vai ser amanhã... Difícil.*

21) O trabalho: *é a coisa melhor do mundo, quando você gosta daquilo que faz. Eu me entreguei minha vida toda a este tipo de trabalho como uma educadora e amo e quero morrer educadora.* Esse complemento traz um bom indicador de que Thereza se realiza no trabalho e isso lhe dá prazer, o que é muito importante na vida de um indivíduo; a realização profissional.

22) Amo: *meu marido, minhas filhas, meus netos... Amo a vida, amo a todas as crianças, amo a Deus principalmente e a Jesus nosso pai querido.* Esse complemento demonstra com clareza que sua capacidade de amar está preservada; o que é um bom indicador de que pelo menos em parte, sua emocionalidade está sadia. Thereza se preocupa com outros e seus problemas, tem fé no seu Deus em Jesus, o que também traz à tona outro aspecto positivo na vida de qualquer pessoa: a fé e a religiosidade.

57) Ao me deitar: *agradeço a Deus pelo dia que tive, peço a ele que eu seja merecedora de continuar recebendo o que venho recebendo.* Mais uma demonstração de sua fé.

49) Sempre que posso: *boto o pé na rua, adoro passear!* Aqui Thereza demonstra sua vontade de viver, de ver a vida lá fora, de sair desse universo reduzido quando em que muitas vezes, a pessoa se deixa dominar pela doença.

69) Necessito: *muito de ar, de mar, de cachoeira, de montanha, de ar puro... risos...*

70) Meu maior prazer: *meus grandes prazeres na vida são... É... Participar de algum evento musical, de algum evento de dança... Participar como ouvinte, observador.*

Nos dois complementos acima mais uma vez aparece a vontade de continuar vivendo e poder desfrutar o bom da vida.

78) Meus amigos: *não são muitos, mas são verdadeiros. Eu os prezo muito e procuro saber notícias sempre que possível e ser amiga.*

79) Meu grupo: *eu tenho um grupo que é o que fizemos encontro de casal junto há mais de 20 anos e estamos sempre juntos na dificuldade de cada um, o outro tá perto e isso é muito legal.* Nesses dois complementos acima percebe-se que Thereza tem amigos e se afiliou a um grupo do encontro de casais de sua Igreja; o qual também considera como grupo de apoio e de amigos. Amigos são uma fonte de apoio mútuo e confiança e são necessários a todo ser humano.

7.5. Planos para o Futuro

13) Meu futuro: *a Deus pertence... risos... Sei lá... risos.*

23) Minha principal ambição: *não tenho ambição assim... Ambição de ter? Desejo passear, viajar, não chamo isso de ambição, é desejo, né? Não chega a ser uma ambição... Ambição é coisa que você pretende muito e vai fazer muito esforço para conseguir, mas eu não tenho essas prerrogativas assim.*

38) Minhas aspirações são: *ainda são viver com tranqüilidade, com paz, sabendo que todos a minha volta convivem com essa paz também.*

44) Minha vida futura: *como disse, minha vida futura a deus pertence. Eu não sei, a gente nunca sabe o futuro, mas eu espero que seja um futuro de concretizações no presente.*

45) Farei o possível para conseguir: *essa paz que eu tanto almejo.*

48) Dedico a maior parte do meu tempo: *dedico ao meu trabalho, minha educação, criando umas coisas, pensando coisas novas para levar para meus professores e alunos.*

67) No futuro: *se eu tiver forças e ânimo, quero ajudar as pessoas que necessitam, me doar um pouco mais do que eu me dão na minha escola em que trabalho, mas acho que posso me doar mais. Percebe-se por esses complementos que a palavra de Thereza diz uma coisa e sua intenção nem sempre é condizente com esta. Considero que seus projetos futuros são poucos, como se Thereza não*

acreditasse muito que vai chegar nesse futuro, como se algo fosse acontecer antes de ela chegar a concluir seus projetos, talvez por isso, ela não planeje muitas coisas. Ela tem medo de ficar incapacitada e dependente de outras pessoas. Acho que falta a Thereza recursos para perceber que o futuro é agora e que ela ainda tem muita capacidade e vida pela frente para muitas realizações. Às vezes, em seu relato percebo algo como o relato de uma pessoa que desacredita no futuro ou o coloca como algo muito distante para que possa acessar. Me parece que ela pensa na morte com muita freqüência, a ponto de não se dar chance de construir um enfrentamento de sua condição atual (que inspira cuidados), e resignificar esse temor de ficar em cima de uma cama, incapacitada ou o medo da morte.

73) Meu maior medo: é de uma doença que me impossibilite de andar, essas coisas assim, isso é muito triste, muito doído. É perder a vida, eu acho.

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após todos os encontros que tive com Valdir e Thereza, onde compartilhamos informações acerca da doença, do tratamento, dos medos, das angústias, dos planos para o futuro que construíram esse momento tão especial da vida destes pacientes, pude avaliar que o sentido subjetivo e o sistema de valores dos pacientes encontram-se ligados às Representações Sociais em torno do câncer e da hipertensão arterial crônica.

Considero que ainda há muito pouca informação e pesquisas sobre os aspectos psicológicos e sociais vivenciados pelos pacientes que sofrem com câncer e hipertensão arterial crônica. Como fica a subjetividade do paciente que se depara com o câncer ou a hipertensão? Como ficam seus sistemas de sentidos e representações? Com relação a pouca produção científica relacionada à subjetividade e as Representações Sociais do paciente com câncer, pude perceber que os estigmas e rótulos relacionados à doença como morte, abandono, medo, dor, mutilação e outros. Contudo, ficou claro que o indivíduo que possui uma emocionalidade sadia é capaz de superar tudo isso e desenvolvendo estratégias de enfrentamento positivas.

Foi possível constatar que o impacto do câncer não é linear; sendo um processo multideterminado por fatores provenientes de diversos aspectos constitutivo do ser humano e de suas relações, incluindo-se dessa forma fatores emocionais, culturais, religiosos e da história vivencial do paciente. Outros aspectos que se mostraram fundamentais na maneira de enfrentar a doença e dentre eles destacam-se o apoio familiar, a religiosidade e a emocionalidade de cada indivíduo.

Cada sujeito é único, com sua história de vida diferenciada e, portanto, compreende a doença com diferentes significados. O psicólogo pode promover condições para que tanto o paciente com câncer, quanto o hipertenso (guardadas as devidas diferenciações de sentidos entre as doenças), consiga lidar com as emoções, buscando que este consiga ter uma atitude positiva, ativa, direta e participativa em relação à própria doença, levando com isso, o paciente a um enfrentamento da doença para uma melhora em sua qualidade de vida. Ajudar o sujeito a se reconhecer como único, com sua individualidade singular e intransferível, ajuda-o a perceber suas possibilidades de enfrentar a doença e que o compromisso consigo mesmo nesse momento aumenta suas possibilidades de cura.

A pesquisa neste trabalho foi essencial para a percepção das Representações Sociais e sua associação às questões sobre a dimensão do significado da doença, assim como a configuração de sentidos subjetivos que permite fazer da doença um momento de desenvolvimento pessoal, que leva o indivíduo, não raro, a novos comportamentos e posicionamentos frente à vida. É comum ouvir relatos nesse sentido, onde o paciente descreve que algo mudou na sua maneira de ver e valorizar a vida; as dimensões de importância e de tempo costumam mudar para esses pacientes.

Considero que o valor de uma pesquisa como a que neste trabalho realizei, centrada no estudo de casos, é o de aprofundamento que o estudo de caso possibilita, facilitando a construção de modelos teóricos e a compreensão do problema pesquisado, que nesta perspectiva de pesquisa qualitativa, facilita a significação de novas dimensões do problema que seriam impossíveis de serem captadas numa perspectiva quantitativa, por exemplo.

Percebo que tanto Valdir como Thereza, apesar de lidarem com doenças diferentes, porém bastante graves, têm medo; ele de recidivas e ela de sofrer um A.V.C.ou algo que a deixe “encarcerada” e incapacitada. Ainda assim, considero que ambos se esforçam e estão conseguindo dar novos sentidos para suas vidas. Valdir operou para a retirada da próstata no dia oito de abril deste mesmo ano e dez dias após a cirurgia já estava atendendo seus pacientes, aos vinte dias já conseguia controlar a urina (ele tinha grande desconforto com a possibilidade da incontinência urinária), porém, por uma ironia da vida, Valdir veio a falecer quarenta e seis dias após a cirurgia, de ataque cardíaco fulminante.

Outra questão importante levantada por Thereza (que sofre com a hipertensão), e que aparece comumente em relatos de pacientes hipertensos, é a falsa impressão de que não há problema ser hipertenso, só quando há sintomas e, é justamente por nada sentirem que a doença se faz traiçoeira com aqueles que são acometidos por ela. Muitos indivíduos hipertensos têm a sensação de que os danos só aparecem numa temporalidade distante, o que os afasta de associar a doença com a morte; e isso acaba se convertendo numa limitação para o desenvolvimento de novos sentidos subjetivos, que permitam a expressão de atividades e comportamentos que facilitem o controle da doença e a possibilidade de viver com uma melhor qualidade de vida. A própria comunidade médica reforça esse comportamento de pouco dar importância à qualidade de vida em detrimento de tomar remédios como uma opção de cura.

Outra percepção que o estudo de caso me trouxe foi a de que quando o paciente tem câncer ou ele luta ou ele se entrega de vez. Os hipertensos não desenvolvem uma produção de novos sentidos subjetivos ante a doença. A hipertensão, pela sua Representação Social, não tem um impacto no sujeito que lhe permita, como acontece nos casos de câncer, desenvolver novos sentidos subjetivos e ir além do que normalmente vive um indivíduo com câncer e que é naturalizado na própria Representação Social da doença, tornando muitas vezes, o sujeito alienado e sem saída dentro de sua doença.

Considero importante ressaltar que é comum no relato de hipertensos a falta de capacidade para assumir decisões que possam gerar conflitos com os sentidos

subjetivos dominantes na Representação Social de quotidiano em que se encontram vivenciando no presente. No caso de Thereza, isso se mostra bem claro quando ela diz que gostaria de voltar a ter 30, 40, anos para poder viajar, sair por aí, como se ela não tivesse mais recursos para viver tudo isso no agora.

A falta de percepção de perigo de vida que sofre o hipertenso não facilita a emergência de novos sentidos subjetivos que lhe permitam mudar o cenário social produzido pelas suas Representações Sociais.

A Representação Social que Thereza compartilha dentro de seu cotidiano, associada de inúmeras maneiras e por muitos níveis complexos à sua subjetividade social, impedem que produza outras formas de subjetividade individual.

Ao término deste trabalho, fica clara a importância da realização de mais pesquisas e trabalhos que busquem compreender em quais dimensões as Representações Sociais interferem na subjetividade de pacientes com câncer e hipertensão arterial.

No caso da hipertensão arterial fica muito marcada para mim a incipiente quantidade de literatura que aborde os aspectos psicológicos e as construções do imaginário social sobre o tema. A falta de conhecimento e a falsa certeza de que o remédio cura; de que não é doença grave como o câncer, levam a hipertensão a ser o primeiro lugar em doença considerada fatal ou incapacitante. E os números são alarmantes, aumentando a cada ano segundo a Organização Mundial da Saúde.

A Representação Social do câncer e da hipertensão se constitui de forma bastante diversa na subjetividade individual e, se formos considerar a possibilidade de um trabalho sério de prevenção e promoção de saúde e qualidade de vida, esse aspecto tem que ser considerado, pois quando um indivíduo está doente, ele produz novos sentidos subjetivos, que só ocorrem no vivenciar desta experiência, o que pode ou não ser uma limitação para curar-se e desenvolver um modo de vida sadio (aspecto importante dentro do processo de restabelecimento da saúde).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNARDES, Jefferson de Souza. História. In JACQUES, Maria da Graça Corrêa et al. **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 19-35.

BIZZARRI, Mariano. **A Mente e o Câncer: um cientista explica como a mente sabe e pode enfrentar com sucesso a doença**. São Paulo: Summus. 2001.

CAMINO, Leôncio. **Direitos Humanos e Psicologia**. In Psicologia, Ética e Direitos Humanos. Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. Brasília. 1998.

CARVALHO, Maria Margarida. Moreira Jorge de. **Introdução à Psiconcologia**. São Paulo: Editorial Psy. 1994.

GIMENES, Maria da Glória Gonçalves. **A mulher e o câncer**. São Paulo: Editorial Psy. 1997.

_____. Definição, foco de estudo e intervenção. In CARVALHO, Maria Margarida

Moreira Jorge de. **Introdução à Psico-oncologia**. São Paulo: Editorial: Psy. 1994.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson Learning. 2002.

_____. **Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson Learning. 2003.

_____. **O Social na Psicologia e a Psicologia Social: a emergência do sujeito**. Petrópolis: Vozes. 2004.

_____. **Qualidade, Saúde e Modo de Vida**. São Paulo: Thomson Learning. 2004.

_____. **Epistemologia Cualitativa y Subjetividad**. São Paulo: Educ. 1997.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **O que é o câncer**. Disponível em

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322 Acesso feito em 18 de março de 2006.

Jovchelovitch, Sandra E. Guareschi, Pedrinho. (orgs.). **Textos em**

Representações Sociais. 7 ed. Petrópolis: Vozes. 2002.

KOWALSKI, Ivonte S. G. e SOUSA, Clarilza P. **Câncer: uma doença com representações historicamente construídas.** Revista Acta Oncológica, v. 22, nº 4.2002.

LAVILLE, Christian.; DIONNE, Jean. **A construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Porto Alegre: Artmed. 1999.

LESHAN, Lawrence. **O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde.** 3 ed. São Paulo: Summus Editorial. 1992.

MEIRELES, Marilucia Melo. **Anomia: ruptura civilizatória e sofrimento psíquico.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004 (Coleção clínica psicanalítica).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde.** São Paulo: Hucitec. 1993.

_____ (org) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes. 1994.78

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Qualidade de vida.** Disponível em http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/MCS_Bol1.pdf Acesso feito em 25 de março de 2006.

SAWAIA, Bader (org.). **As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Vozes. 2004.

SIMONTON, O Carl. **Com a Vida de Novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer.** 5 ed. São Paulo: Summus Editorial. 1987.

_____ **Cartas de um sobrevivente.** São Paulo: Smmus Editorial. 1994.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora.** Rio de Janeiro: Graal. 2002.

_____ **Diante da dor dos outros.** Rio de Janeiro: Cia. das Letras. 2003.

VARELLA, Drauzio. **Por um fio.** São Paulo: Companhia das Letras. 2004.

VOLICH, Marcelo Rubens. **Psicossomática de Hipócrates à psicanálise**.
São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000. (Coleção Clínica Psicanalítica).

Anexo I – Roteiro da entrevista semi-estruturada - Conversação

1 – Qual o momento mais difícil para você em relação ao diagnóstico de câncer?

2 – Em algum momento da sua vida antes do diagnóstico já havia experimentado algum período difícil como agora?

3 - Houve alguma sensação maior logo após o diagnóstico?

4 - E hoje, qual a sensação dominante? Alguma preocupação?

5 – Quais os momentos mais felizes da sua vida? Poderia citar três?

6 – Poderia citar os três momentos mais tristes na sua vida?

7 – Você tem algum medo ou receio?

8 – Se hoje lhe dessem uma nova vida, faria algo diferente?

Anexo II – Instrumento de Pesquisa – Complemento de frases

Complete as frases:

Eu gosto

O tempo mais feliz

Gostaria de saber

Lamento

Meu maior medo

Na infância

As mulheres

Não posso

Sofro

Fracassei

O sucesso

A leitura

Meu futuro

Se os homens

O casamento

Algumas vezes

Este lugar

Desejo

No meu íntimo

Meu maior problema

O trabalho

Amo

Minha principal ambição

Em relação aos afazeres domésticos, cabe a mim

Eu prefiro

Meu principal problema

Gostaria

Acredito que minhas melhores atitudes

A felicidade

Ser pai

Considero que posso

Diariamente me esforço

Sinto dificuldade

Ser homem

Meus maiores desejos

Sempre quis

Eu gosto muito

Minhas aspirações são

Meus estudos

Luto

Com frequência sinto

O passado

Ser mãe

Ser pai

Minha vida futura

Farei o possível para conseguir

Com frequência reflito

Esperam que eu

Dedico a maior parte do meu tempo

Sempre que posso

Me esforço

Ter filhos

As contradições

Minha opinião

Penso que os outros

O lar

Me incomodam

Ao me deitar

Os homens

As pessoas

Uma mãe

Sinto

Os filhos

Quando era criança

Quando tenho dúvidas

Ser mulher

Ser homem

No futuro

A competição

Necessito

Meu maior prazer

Detesto

Quando estou sozinho (a)

Meu maior medo

Estou melhor

Se trabalho

Me deprimos quando

A profissão

Meus amigos

Meu grupo

Se as mulheres

Hoje

Eu

Anexo III - Roteiro da entrevista semi-estruturada – Conversação (Hipertensão arterial)

- 1) Como foi para você ter o diagnóstico de hipertensão arterial crônica?
- 2) Sendo hipertensa, sente algo como um mal estar ou só sabe que tem a doença após ter sido diagnosticada?
- 3) Você consegue seguir as prescrições médicas como dieta, exercícios físicos, evitar álcool e fumo?
- 4) Sua rotina foi alterada a partir do diagnóstico? Como você se sente com isso?
- 5) Você procurou saber mais sobre a doença, seus efeitos nocivos sobre o organismo a médio e longo prazo?
- 6) Saber sobre o que pode ocorrer a uma pessoa hipertensa que não toma os devidos cuidados trouxe algum tipo de receio ou medo para você?

Anexo IV – Carta Convite

Prezado Senhor,

Gostaria de convidá-la a participar de um estudo que está sendo realizado com o intuito de me subsidiar na produção de minha monografia de conclusão de curso de psicologia, do Uniceub que será orientada pelo professor-doutor Fernando Luís González Rey.

Essa monografia tem por objetivo compreender como se dão as Representações Sociais dominantes sobre a subjetividade do paciente com câncer e do paciente com hipertensão arterial. Acredito que o resultado deste trabalho ajudará os profissionais da área de saúde e, mais especificamente, os psicólogos que trabalham com pacientes com câncer a desenvolverem uma melhor forma de ajudar os pacientes.

Sendo assim, esclarecemos que as entrevistas serão gravadas (sendo posteriormente desgravadas para sua segurança), e demorarão cerca de duas horas diárias. Esclareço que em nenhum momento será citado seu nome ou quaisquer outros dados que possam vir a lhe identificar.

Garanto que este trabalho não acarretará nenhum risco para o senhor. E informo também que a qualquer momento o senhor poderá desistir de participar das entrevistas, uma vez que sua participação será absolutamente voluntária.

Esclareço ainda que sua experiência pessoal é de vital importância para a compreensão das Representações Sociais que dominam a subjetividade do paciente com câncer.

Desde já agradeço sua atenção e colaboração

Nome: _____

Assinatura: _____

Rio de Janeiro, 01/04/2006

Anexo V – Termo de Consentimento

Compreendendo a importância do presente estudo e compreendendo também que as informações por mim fornecidas serão absolutamente confidenciais, bem como que poderei desistir de minha participação a qualquer momento, concordo em participar deste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Anexo VI – Complemento de frases. Respostas do Senhor Valdir

Complete as frases:

Eu gosto: *de você.*

O tempo mais feliz: *Icaraí (lugar em Niterói, no Rio de Janeiro, para onde se mudou quando casou pela segunda vez e onde vive até hoje).*

Gostaria de saber: *Os números da Megasena... Acumulada... Bem acumulada... Acima de cinqüenta milhões.*

Lamento: *Não ter tido mais atenção ao meu segundo relacionamento duradouro...É verdade.*

Meu maior medo: *é que meus filhos e minha neta não possam ser felizes.*

Na escola: *fui bom aluno...Bons tempos aqueles...*

As mulheres: *são belas, maravilhosas e eu não posso admitir ficar sem elas, são lindas, ensinam muito, aliás, você só aprende com mulher... Então, para mim...quanta sabedoria...*

Não posso: *repetir erros que cometi até hoje.*

Sofro: *essa é complicada... Talvez, porque queira sempre racionalizar o emocional, então talvez, eu sofra pelo meu emocional, pelos meus sentimentos de gratidão, de amizade... Isso é sofredor.*

Fracassei: *nossa... Nossa... Nossa... Teria que ter respondido.*

O sucesso: *creio que tenha alcançado comigo mesmo, não na parte estrutural e financeira como se diz, mas de veras coisas que eu vejo completamente diferente do que há quatro ou cinco anos atrás.*

A leitura: *primordial, essencial, insubstituível.*

Meu futuro: *só a Deus pertence.*

Se os homens: *se amassem mais, fizessem ao seu irmão exatamente aquilo que ele deseja para si... Esses são os homens.*

O casamento: *o casamento...(risos)...Os casamentos... Um grande aprendizado, o que não significa dizer que aprendi, mas estou em busca do aprendizado.*

Algumas vezes: *algumas vezes... Se elas fossem só algumas vezes seria bom, mas eu creio que essas algumas vezes elas se perpetuam... Eu respondi sem responder, mas não me ocorre nada mais.*

Este lugar: *todo lugar é lindo quando você é sincero e se insere nele ou se sente inserido nele.*

Minha preocupação principal: *é saber viver... É não ter recidivas ou doenças incapacitantes... Continuar achando lindo o sol, a chuva, o canto dos pássaros, as crianças e sua espontaneidade e inocência... Sei lá... Acho que isso.*

Desejo: *desejo que meus filhos sejam felizes, desejo que a mãe deles seja feliz, que a Leíse, minha segunda mulher, seja feliz e desejo que os homens consigam fazer ao outro novamente a mesma repetição... Que fizessem aos outros apenas aquilo que gostariam que fizessem com eles.*

Secretamente eu: *no meu íntimo tenho muito que aprender ainda, a vida é um eterno aprendizado.*

Meu maior problema: *sou eu mesmo.*

O trabalho: *prazeroso.*

Amo: *nossa... Amo a vida, amo estar vivo e tento me amar para que eu possa amar outras pessoas e ser amado por elas... Quem não se ama não ama ninguém.*

Minha principal ambição: *ter muita cultura e lembrar-me sempre de Sócrates:... Só sei que nada sei.*

Em relação aos afazeres domésticos, cabe a mim: *tudo! Tudo... Eu gosto de serviço de casa, de manter tudo limpo, gosto de manter organizado, arrumado...*

Aliás, aprendi com uma pessoa, né? (está se referindo a segunda ex-esposa). Agora, para a mulher, realmente eu reconheço que é um saco serviço de dona de casa, serviço de mãe... É terrível.

Eu prefiro: desvencilhar-me de toda e qualquer culpa que eu tenha.

Meu principal problema: sou eu mesmo.

Gostaria: que todos fossem felizes e sadios.

Acredito que minhas melhores atitudes: sejam sempre pensar por uma crítica feita... Segundo a Leíse, uma das grandes vantagens, senão a maior vantagem, que ela já me disse algumas vezes, é que eu sempre penso e no dia seguinte eu reajo de uma maneira diferente.

A felicidade: é a vida.

Ser pai: que encargo! Hoje em dia não teria a menor condição física, psíquica emocional de ser pai... Tudo tem a sua hora certa. Lógico que um homem de sessenta anos pode ter uma prole, mas eu não me sinto em condição mais pelo mundo em que nós vivemos e por tudo que eu já disse anteriormente... O ser humano se amar; fazer ao outro o que quer que a si façam... Respeito, compreensão... Tudo isso.

*Considero que posso: tudo aquilo que eu **REALMENTE** queira. A palavra realmente deve estar sublinhada, em maiúsculo e em negrito... Só fazemos aquilo que REALMENTE queremos, caso contrário, tá se enganando, eu posso enganar a todos vocês, o que eu não posso é enganar a mim.*

Diariamente me esforço: exatamente para ver tudo diferente, para saber que o outro sou eu e, realmente, a Leíse sabe que realmente isso é um grande esforço meu... para tentar compreender, compreender não significa bater palma para maluco dançar, eu posso compreender uma coisa e não aceitar, é compreender o ser humano... o enigma do ser humano.

Sinto dificuldade: de escrever, de colocar as minhas palavras, o meu pensamento, de colocar a ordem do meu cérebro em palavras, traduzí-las para

minha mão... Eu tenho uma enorme dificuldade em escrever... Fora às outras dificuldades do ser humano de compreender, de amar, de querer, de perdoar...E por aí vai e todos aqueles chavões já tão conhecidos aí da... Ainda mais dos psicólogos, a gente tenta entender os outros, mas não se entende... Mas deixa isso pra lá... Vamos seguir em frente.

Ser homem: este é o problema... Ser homem é muito mais do que ter filhos, dar dez sem tirar de dentro... Ser homem é extremamente difícil.

Meus maiores desejos: que todos sejam felizes.

Ser mulher: Não sei, mas adoraria saber, elas são lindas criaturas.

Sempre quis: ser feliz.

Eu gosto muito: tirando doce de leite e as pessoas que eu amo... Eu gosto muito da vida.

Minhas aspirações são: compreender mais e mais as pessoas com que convivo e tentar entender a cabeça do outro.

Meus estudos: não posso nem dizer que eles se iniciaram, porque estudo é durante toda a vida e todas as outras decorrentes, encarnações decorrentes, aprendizados vividos. Meus estudos devem continuar até que eu não consiga mais ler, nem falar, nem entender.

Luto: para tentar ser coerente, eu vou dizer que eu luto contra eu mesmo... Todas as perguntas anteriores eu segui a mesma linha de raciocínio... Mas eu luto para ter muita paciência e muita compreensão.

Ser mãe: esta é uma sensação que eu não posso nem sequer teorizar... O homem não tem a capacidade de colocar em palavras essa pergunta...Ser mãe? É o que ela faz: ama incondicionalmente.

Ser pai: ser pai é muito complicado... Tentamos passar experiências e não conseguimos, sofremos porque não fazem aquilo que nós queremos, sofremos porque não é bem assim que eu faria... Ser pai é uma missão muito gratificante, mas

muito desafiadora. Veja bem, ser pai não é fecundar um óvulo e nascer um, dois, três e dizer que é meu, porque pai não é aquele que faz é quem cria, então, é complexa a paternidade... Não é o DNA não, hein? É acima disso.

Minha vida futura: espero que seja muito boa.

Com frequência sinto: alegria.

No passado: maravilhoso.

Dedico a maior parte do meu tempo: a refletir e pensar coisas boas e onde eu posso melhorar por mim e pelos outros.

Sempre que posso: faço algo para alguém ser feliz.

Me esforço: novamente... Me esforço para entender o outro... Me esforço para entender o ser humano.

Ter filhos: como eu sou pai... É maravilhoso... Um grande aprendizado em que você só aprende quando já nem pode fazer tanto por eles.

As contradições: não somos feitos delas?

Minha opinião: não importa, a minha opinião é minha, não pode ser a dos outros, então, não importa.

Penso que os outros: deveriam olhar mais para o seu próprio umbigo...Mas sendo bem mal educado, acho que deveriam mesmo é olhar pro seu próprio rabo, que aí não teriam tanto tempo de olhar o dos outros.

O lar: fundamental, alicerce, fundamental...

Me incomodam: as atitudes impensadas.

Ao me deitar: agradeço a Deus pelo dia e peço e agradeço pelo próximo dia, é sagrado isso.

Os homens: *doces criaturas, sofredores na mão do oposto: as mulheres. Os homens poderiam, deveriam se ver mais, sentir-se mais seguros e liberar todo o seu afeto.*

As pessoas: *as pessoas... Muito bonito... Está na Bíblia que quando duas pessoas estiverem reunidas em meu nome, eu lá estarei... Eu já modifiquei um pouco isso, quando duas pessoas estiverem juntas, eu tenho que estar, porque, com certeza, estarão falando alguma coisa de alguém, emitindo algum comentário ou achando que alguém agiu errado em determinada ocasião.*

Uma mãe: *uma mãe... Luci... Minha mãe. Tem a segunda mãe, né? Lília.*

Sinto: *sinto muita coisa... Muita coisa... é complicado isso aí porque... Sinto meus erros todos que eu cometi, sinto eu sou taurino, sinto não ter lapidado este touro há trinta anos atrás... Veja, eu não quero voltar a trinta anos atrás com a experiência de hoje, só sinto não ter agido de formas diferentes.*

Os filhos: *nunca devemos esperar que façam por nós aquilo que fizemos por eles... Quem faz o bem, não olha a quem... Não é esse o ditado? Então, não esperar nada deles, apenas ter a consciência de que fez tudo o que foi possível fazer até aqui.*

Quando era criança: *eu acho que eu não curti como deveria ter curtido a infância, a melhor fase da nossa vida... Talvez, até, por desconhecer o que era infância na época. Hoje em dia eu sei o que é e permito ser um pouco.*

Quando tenho dúvidas: *tento esclarecer... Tento, não, quem tenta não faz. Eu esclareço mesmo.*

Ser mulher: *eu gostaria muito de saber isso, aliás, a minha grande inveja... Eu tinha inveja de quem comia tudo e não engordava e de saber o que uma mulher realmente sente, o que é o amor de uma mulher? Como é que ela sente? O homem não é capaz disso... O que... É... Me faltam palavras.*

No futuro: *farei melhor a coisa.*

A competição: *é necessária à sobrevivência.*

Necessito: *de paz.*

Meu maior prazer: *são tantos... As perguntas assim estanques são complicadas porque dependendo do seu universo mental, há um leque muito grande. Seriam dias e dias relatando os meus prazeres... Mas meu maior prazer é ser feliz.*

Detesto: *risos...Detesto... Detesto pessoas que acham que são as certas...Detesto.*

Quando estou sozinho(a): *penso muito.*

Meu maior medo: *é de não ser leal aos meus princípios.*

Estou melhor: *a cada dia.*

Se trabalho: *contribuo.*

Me deprimio quando: *não me deprimio.*

A profissão: *cada um devia amar a sua.*

Meus amigos: *serão sempre meus amigos...Espero.*

Meu grupo: *se eu os escolhi...São o meu grupo.*

Se as mulheres: *fossem menos inteligentes...Como isso seria bom.*

Hoje: *um dia diferente de ontem.*

Eu: *I am, I am, I am. Eu sou, eu sou, eu sou.*

Farei o possível para conseguir: *as minhas curas.*

Com frequência reflito: *sobre os meus erros.*

Esperam que eu: *o problema não é esperarem, porque eu não me ligo muito nisso não...Todos esperam que todos façam tudo...E do seu modo...Eu espero viver.Importa não o que esperam que eu faça e, sim, o que eu quero fazer, o que espero de mim.*

86) Dedico a maior parte do meu tempo: *a pensar*.

Anexo VII – Transcrição da entrevista do Senhor Valdir

1 – Qual o momento mais difícil para você em relação ao diagnóstico de câncer?

“Não foi nem o diagnóstico em si, porque ele já te leva a uma certeza. Acho que o momento mais difícil para mim foi há uns 4 ou 5 meses depois quando eu tive certeza que eu estava com C.A. de próstata. É quando começa a haver uma conscientização e quando começa você não tem como fugir e não pode dizer que não existe, ele existe, é real e você tem que fazer alguma coisa para isso”.

2 – Em algum momento da sua vida antes do diagnóstico já havia experimentado algum momento difícil como agora?

“Muitos... Muitos. Creio que esteja perguntando em relação à saúde... Sim, muitos”.

3 – Houve alguma sensação maior logo após o diagnóstico?

“Como eu disse anteriormente, sensação? Não... Sim, sim, até teve, quando eu procurei mais dois médicos e chegamos à conclusão que teria realmente que fazer a retirada total. Acho que foi uma sensação que você sempre espera um milagre, espera que não seja com você, mas na verdade, você se depara com o que é uma sensação muito ruim”.

4 – E hoje, qual a sensação dominante? Alguma preocupação?

“A sorte está lançada... Já fiz o que tinha que ser feito...o que achamos melhor fazer...A sorte está lançada...É esperar. Muitas preocupações...dentre elas a incontinência urinária. Porque duas bases são distintas, né? É pro homem muito ruins que é a potência e a incontinência urinária, mas a que mais me preocupa é a incontinência urinária porque a potência tem diversos artifícios hoje em dia, que ninguém mais fica sem ter a ereção completa...Só fica se quiser ou se achar super homem...vai continuar sem ter e sem mulher, só isso...Vai continuar a ver navios e achando que é macho, o que é pior”.

5 – Quais os momentos mais felizes da sua vida? Poderia citar três?

“Aí já saiu diametralmente da entrevista que é sobre o C.A. de próstata... Mas mesmo assim, vamos lá... Três? É muito difícil porque cada momento de vida é um momento feliz para mim... Exemplificar três? Não tenho... Não tenho capacidade”.

6 – Quais os momentos mais tristes na sua vida? Poderia citar três?

“Isso eu tenho até, o ser humano é muito mais ligado, marca muito mais os momentos tristes do que os alegres, ele lembra muito mais de dores do que de risos. Mas três momentos, os muito tristes, é paradoxal, mas é verdade, o nascimento do meu filho, que foi o nascimento dele, mas ao mesmo tempo complicado pelas condições de saúde precárias dele com um problema sério de coração e sempre na iminência de ter que fazer uma ou várias cirurgias...Risco de morte o tempo todo... Eu não sabia mais se ele ia viver... Cheguei até a desejar que ele fosse de uma vez embora e acabasse aquele sofrimento delezinho...foi horrível (nessa hora ele se emocionou e interrompemos a entrevista momentaneamente). A morte do meu pai... E mais recentemente, a separação da minha segunda mulher. E, logicamente, você sabe quem é, né? (ele se referia à pessoa com quem foi casado)”.

7 – Você tem algum medo ou receio?

“Você tá dizendo na minha vida ou sobre o C.A.? Se for sobre a minha vida tenho, eu tenho muito medo de mulher e marimbondo nesta ordem. Quanto ao futuro, agora, aos 55 anos, com C.A. de próstata, é sobre a total recuperação... Eu ainda estou inseguro quanto a iss e tenho medo de recidivas, metástases... Quem não tem se tem C.A.?”

8 – Se hoje lhe dessem uma nova vida, faria algo diferente?

“Afirmar isso creio que o ser humano não tenha condição, porque seremos capazes de cometer os mesmos erros, senão um pouco mais... Então pensar aos 55anos, voltar aos meus dezoito anos com a cabaça que eu tenho hoje, eu creio que não ia ter a menor graça... Os erros são feitos para ser vivenciados, aprendidos, lapidados e errar é humano... O grande problema nosso é esticar esses erros... Se eu erro hoje não errar amanhã, se erro depois não erro depois e depois e depois... E assim sucessivamente...”

Anexo VIII – Complemento de frases. Respostas da Senhora Thereza

Eu gosto: *de música e dança.*

O tempo mais feliz: *ah.... A passagem da infância para a puberdade.*

Gostaria de saber: *como é a vida após a morte.*

Lamento: *não poder fazer pelas pessoas que necessito mais do que eu tenho feito.*

Meu maior medo: *é ficar encarcerada.*

Na infância: *infância foi muito feliz, tive uma infância feliz... Agradeço a Deus por essa infância.*

As mulheres: *as mulheres precisam se valorizar mais... Tão muito largadas... Muito doadoras demais para o meu gosto!*

Não posso: *não posso fazer determinadas coisas que gostaria de fazer... Mas eu aceito essa limitação.*

Sofro: *pelos meus quando sofrem... Meus filhos, meus netos, meus amigos...*

Fracassei: *não fracassei, não me sinto fracassada... hoje tenho perfeita noção de que o que eu fiz foi assim... O que eu deveria ter feito e faria tudo de novo.*

O sucesso: *o sucesso é perigoso, às vezes, sobe à cabeça, precisa ter humildade para ter sucesso.*

A leitura: *é imprescindível na vida de qualquer um... Conhecimento... É aquisição de vários conhecimentos e... Importante para a nossa vida.*

Meu futuro: *a Deus pertence... risos... Sei lá... risos*

Se os homens: *se os homens quiserem, eles transformam este mundo, basta querer, se propor a isso... Por uma coisa bem melhor do o que nós estamos vivendo.*

O casamento: *é um ato bonito de amor, quando há amor, perseverança... Muito ... Hoje em dia muito pouco valorizado, mas quando se chega a minha idade você se dá conta de que pouco importante foi aquela vida a dois.*

Algumas vezes: *tenho vontade de voar... Para ver lá de cima tudo aquilo que eu conheço aqui por baixo e mais aquilo que eu não conheço também... Voar, voar, voar... Solta, livre...*

Este lugar: *é lindo... É lindo... Como todos os lugares que Deus fez com a sua mão, com a sua obra... O negócio é a pessoa valorizar aquilo que tem, aonde vive.*

Desejo: *felicidade, tranqüilidade, amor, paz... é o desejo daqui para frente é o que eu mais desejo: tranqüilidade, saúde e paz.*

No meu íntimo: *sou muito alegre, sou muito... É... Assim... Criativa, penso muito nas pessoas que tão ao meu lado, quero ajudar de alguma forma, algumas eu consigo, outras eu ainda tenho muito o que fazer... muito, muito.*

O meu maior problema: *eu não posso dizer que eu tenha problemas, né? Pela saúde não estar bem, eu fico pensando, realmente é uma doença traiçoeira... Um problema que eu sempre tô na expectativa do que vai ser amanhã... Difícil.*

O trabalho: *é a coisa melhor do mundo, quando você gosta daquilo que faz. Eu me entreguei minha vida toda a este tipo de trabalho como uma educadora e amo e quero morrer educadora.*

Amo: *meu marido, meus filhos, meus netos... Amo a vida, amo todas as crianças, amo a Deus principalmente e a Jesus nosso pai querido.*

Minha principal ambição: *não tenho ambição assim... Ambição de ter? Desejo passear, viajar, não chamo isso de ambição, é desejo, né? Não chega a ser uma ambição... Ambição é coisa que você pretende muito e vai fazer muito esforço para conseguir, mas eu não tenho essas prerrogativas assim.*

Em relação aos afazeres domésticos, cabe a mim: *bem... Os afazeres domésticos... risos... Hoje em dia ...risos... É... Embora caibam a mim muitas coisas, muitas coisas eu não posso fazer mais... a situação física que eu não tenho mais*

condições, mas dentro das possibilidades eu faço aquilo que é importante, necessário e imprescindível. Mais do que isso eu não faço não.

Eu prefiro: estar ao ar livre... Tão bom se eu morasse numa casa, tivesse um jardim para cuidar, uma piscininha para mergulhar... Já é um grande ideal, mas não consegui chegar lá.

Meu principal problema: é a saúde, com certeza.

Gostaria: de voltar aos meus 30, 40 anos, para viver tudo que eu já vivi... De novo, fazer os passeios que eu fiz, viver em harmonia com a minha família, tê-los ao meu lado, que é o mais importante de tudo, que eu sinto muita falta de meus sobrinhos, das minhas filhas comigo dentro da minha casa... É isso.

Acredito que minhas melhores atitudes: teriam sido a educação dos meus filhos, tenho a impressão que eu dei tudo que eu podia dar em termos de educação de bons exemplos.

A felicidade: tá dentro de nós. Cada um a encontra se quiser.

Ser pai: não sei como é ser pai, porque sou mãe, mas acredito que é uma responsabilidade muito grande, num momento que você bota um filho no mundo você tem as responsabilidades da formação, da boa informação, da criação, etc.

Considero que posso: ainda posso fazer muita coisa, apesar da minha limitação por doença e pretendo fazer... tudo relativo à arte eu gosto muito, eu quero ver se ainda consigo fazer algumas coisas.

Diariamente me esforço: para ser eu mesma... e nunca modificar aquilo que sou realmente.

Sinto dificuldade: em falar em público, não gosto... Hoje em dia muito menos, porque fui obrigada pelo tipo de trabalho que faço, tenho que falar e muito, mas eu não gosto não.

Ser homem: hoje em dia tá muito difícil... Pô! Tá difícil... Os homens tão perdidos, coitados, tão sendo assediados pelas mulheres, tão sendo passados para trás em matéria de profissão, enfim, tá muito difícil a vida para eles.

Meus maiores desejos: ver meus filhos, filhas bem, empregadas, ganhando o que dê para se sustentar com tranqüilidade, com saúde e felizes no amor que elas escolherem.

Sempre quis: ser bailarina ou musicista, tocar um instrumento... as coisas que mais queria na vida. Estudei balé muitos anos, estudei piano, mas nunca fui uma bailarina nem uma musicista.

Eu gosto muito: de criança, adoro bebês, adoro.

Minhas aspirações são: ainda são viver com tranqüilidade, com paz sabendo que todos a minha volta convivem com essa paz também.

Meus estudos: meus estudos são importantes, agora ando meio preguiçosa, mas cada vez que eu aprendo alguma coisa e aprendo sempre, até mesmo com os alunos eu aprendo muita coisa importante para o meu crescimento espiritual e pessoal.

Luto: por dias melhores, né? Da humanidade de uma maneira geral... Acho que todos têm esse direito a viver de uma maneira harmoniosa.

Com freqüência sinto: vontade enorme de me lançar ao vento, de conhecer outros lugares, de passear, de sair, de não ficar trancada entre quatro paredes... Detesto.

O passado: para mim foi hoje o presente é a continuação do meu presente... Eu continuo fazendo aquilo que fiz anteriormente: ser uma boa esposa, boa mãe, boa avó e tenho certeza que consegui fazer e ser.

Ser mãe: é muito difícil também... no minuto que a gente que esse bebê abre os olhos para a vida, as responsabilidades da gente, fazem com que a gente se transforme totalmente. É muito amor e esse amor te leva a fazer muitas coisas que você não faria se tivesse só.

Minha vida futura: *como disse, minha vida futura a Deus pertence. Eu não sei, a gente nunca sabe o futuro, mas eu espero que seja tranquilo, que seja um futuro de concretizações do presente.*

Farei o possível para conseguir: *essa paz que eu tanto almejo.*

Com frequência reflito: *sobre a minha vida... O que eu passei pela vida, os ensinamentos que ela me trouxe e ainda me traz, mudar um pouco algumas coisa que precisam mudar no meu entendimento, na minha vida... É isso.*

Esperam que eu: *seja uma ...risos...uma... Como é que chama? Mulher maravilha, mas eu num tô podendo mais não. A mulher maravilha tá aos pedaços aqui, mas vai levando.*

Dedico a maior parte do meu tempo: *dedico ao meu trabalho, minha educação, criando umas coisas, pensando coisas novas para levar para meus professores e alunos.*

Sempre que posso: *boto o pé na rua, como eu gosto de uma rua, adoro passear!.*

Me esforço: *para ser a Thereza de sempre, ser fidedigna a mim.*

Ter filhos: *ter filhos?! Risos... Já dizia o poeta: como sabê-lo se não tê-los....risos... É... Ser mãe é uma responsabilidade muito grande, ter filhos, encaminhá-los hoje em dia com tantas dificuldades a cada passo da nossa porta é muito difícil e preocupante, principalmente a educação, né? Porque é tudo que uma mãe e um pai podem deixar para seus filhos.*

As contradições: *são as contradições dos sexos, dos interesses masculinos e femininos... São contradições que atrapalham um pouco a vida em comum e por isso, é preciso ter perseverança, é preciso olhar com muita calma e ponderar muito.*

Minha opinião: *minha opinião é que se todos se abraçassem num abraço fraterno, essa terra seria mais tranquila, haveria menos guerrilhas, guerras e todas essas coisa que só servem para rebaixar nossos espíritos e levar para o fundo do poço.*

Penso que os outros: *podiam fazer algumas coisas a mais do que fazem, sempre a mais, sempre olhando em volta e procurando ajudar, dar ouvido, ajudar as pessoas que tão necessitadas.*

O lar: *é nosso... Como dizer? É nossa Igreja, onde a gente deve transformar o ambiente num ambiente agradável, num ambiente sadio... É a obrigação que nós mais temos em relação aos nossos filhos para criá-los com amor.*

Me incomodam: *falsidade, injustiça e ignorância.*

Ao me deitar: *agradeço a deus pelo dia que tive, peço a ele que eu seja merecedora de continuar recebendo o que venho recebendo.*

Os homens: *não se deram conta da responsabilidade que têm no planeta, de que precisam acordar antes que seja tarde.*

As pessoas: *como eu disse poderiam se reunir mais e se ajudarem mais.*

Uma mãe: *minha mãe, tenho muita saudade dela.*

Sinto: *falta dos meus pais que já se foram.*

Os filhos: *é só alegria dos pais,né? Tudo aquilo que os pais desejam se personifica nos filhos, você tenta fazer dos seus filhos aquilo que você não conseguiu ser, então, tem que ser respeitado isso e cada uma tem a sua caminhada diferente.*

Quando era criança: *eu adorava brincar de bicicleta, era tão bom... a gente não tinha bicicleta não, a gente alugava e adorava aquela meia hora ou uma hora que durava o tempo do aluguel. Era muito bom...risos...*

Quando tenho dúvidas: *procuro me socorrer de alguma coisa... Se for dúvidas é...de algum assunto que dentro de casa eu possa descobrir, eu vou à procura nas enciclopédias, não tenho ainda não sei mexer direito na internet ,mas espero aprender para me facilitar muito a tirar algumas dúvidas.*

Ser mulher: *é uma coisa séria, se valorizar, ser empreendedora, ser mãe, ser mulher é muito difícil, mas muito bonito também.*

Ser homem: *Já falei... Muito difícil atualmente.*

No futuro: *se eu tiver forças e ânimo, quero ajudar as pessoas que necessitam, me doar um pouco mais do que eu me dão na minha escola em que trabalho, mas acho que posso me doar mais.*

A competição: *é necessária, se não houvesse competição o esforço para se melhorar seria bem menor.*

Necessito: *muito de ar, de mar, de cachoeira, de montanha, de ar puro...risos...*

Meu maior prazer: *meus grandes prazeres na vida são é... Participar de algum evento musical, de algum evento de dança... Participar como ouvinte, observador.*

Detesto: *peessoas falsas. Detesto.*

Quando estou sozinha: *não gosto de estar sozinha. Não gosto. Me sinto muito mal sozinha, mas se tiver que ficar eu ligo a música, leio alguma coisa, faço palavra cruzada...risos... Não suporto ficar sozinha.*

Meu maior medo: *é de uma doença que me impossibilite de andar, essas coisas assim, isso é muito triste, muito doído. É perder a vida, eu acho.*

Estou melhor: *junto com a minha família.*

Se trabalho: *me sinto muito bem.*

Me deprimio quando: *quando vejo coisas que eu não posso resolver... Impossibilidades que eu não possa solucionar em relação aos meus entes queridos principalmente.*

A profissão: *é muito importante. Você deve seguir àquela que o seu coração mandar, porque é com ela que você vai conviver o resto de sua vida e depende dela você ficar bem ou não.*

Meus amigos: *não são muitos, mas são verdadeiros. Eu os prezo muito e procuro saber notícias sempre que possível e ser amiga.*

Meu grupo: *eu tenho meu grupo que é o que fizemos encontro de casal juntos há mais de 20 anos e estamos sempre juntos na dificuldade de cada um, o outro tá perto e isso é muito legal.*

Se as mulheres: *se dessem conta do valor que elas tem... Elas mudariam muito o modo de agir, porque elas são capazes de mover céus e terra, mas nem todas sabem disso.*

Hoje: *hoje... É um dia de domingo que eu não gosto porque me faz recordar os encontros familiares que eram na casa da minha vó e da minha mãe... E aí, me dá uma tristeza....*

Eu: *eu sou autêntica, feliz, alegre, agraciada por Deus... Essa sou eu.*

Anexo IX – Transcrição da entrevista da Senhora Thereza

Como foi para você ter o diagnóstico de hipertensão arterial?

Foi um pouco preocupante pelos cuidados que se precisa ter, restrições alimentares, etc.

Sendo hipertensa, sente algo como um mal estar ou só sabe que tem a doença após ter sido feito o diagnóstico?

Sinto tonturas, agitação, dor de cabeça, mas não sempre. Às vezes, nenhum sintoma antecede a uma crise.

Você consegue seguir as prescrições médicas como dieta, exercícios físicos, evitar álcool e fumo?

Não fumo nem uso álcool. Quanto à dieta, procuro manter um certo equilíbrio na qualidade e no teor de sal.

Sua rotina foi alterada a partir do diagnóstico? Como se sente com isso?

Sim, tenho que ter um certo controle nas atividades que executo e medir periodicamente a pressão, mantendo os medicamentos indicados. Às vezes fico muito depressiva, principalmente quando me sinto reprimida em algumas ações.

Você procurou saber mais sobre a doença, seus efeitos nocivos sobre o organismo a médio e longo prazo?

Tenho perfeita noção do que acarreta a minha situação de hipertensa. A médio e longo prazo, já sinto seus danos pela impossibilidade de manter os hábitos antigos; o que me irrita bastante não ter o meu potencial de atividade laborativa como antes.

Saber sobre o que pode ocorrer a uma pessoa hipertensa que não toma os devidos cuidados trouxe algum tipo de receio ou medo para você?

Sim, tenho medo de ficar dependente dos outros, sem os movimentos atuais em caso de um A.V.C. e outras conseqüências piores.