

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UniCEUB

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO – FACES

CURSO - PSICOLOGIA

AS CONFIGURAÇÕES SUBJETIVAS DE UMA MULHER COM
CÂNCER DE MAMA

LARISSA MEDEIROS BESSA

BRASÍLIA – DF

JUNHO/2009

LARISSA MEDEIROS BESSA

AS CONFIGURAÇÕES SUBJETIVAS DE UMA MULHER
COM CÂNCER DE MAMA

Monografia apresentada como requisito para a conclusão do curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Orientador: Prof. Dr. Fernando Luis González Rey.

BRASÍLIA - JUNHO/2009



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO - FACES

CURSO - PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Professor Dr. Fernando Luis González Rey

Professor Dr. Maurício Neubern

Professora Msc. Valéria Mori

Menção Final Obtida:

BRASÍLIA – JUNHO/2009

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia à melhor mãe que existe, Ana Medeiros Bessa; à Tia Délia, um verdadeiro exemplo de força, alegria e juventude pelo pouco que a conheço; à querida Naza, uma amiga menina mulher admirável, grande guerreira e essencial fonte de conhecimento; e a todas as mulheres, sempre únicas e encantadoras.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me iluminar.

Ao meu pai, Adão Luiz Bastos Bessa, pelas sábias conversas sobre a vida, pela educação que me guia em direção as melhores escolhas, pelo amor maior do mundo, pelos livros, pela presença carinhosa e constante mesmo à distância, por ser o meu orgulho e o por ser o melhor pai do mundo.

A minha irmã, Mariana Bessa, por ser minha irmãzinha, cuidar de mim e me proteger constantemente como se eu ainda fosse pequena, me ensinar a ser melhor mesmo sem muita paciência, me fazer rir da forma mais gostosa, por estar sempre ao meu lado, ter qualidades admiráveis que eu sempre me espelho e tento alcançar, segurar minha mão pra irmos sempre juntas e por me amar incondicionalmente.

Ao homem da minha vida, André Garcia, por ser meu exemplo, me incentivar, compartilhar horas de estudos, me mostrar uma das melhores coisas da vida, me ajudar a escrever em outras palavras, me ensinar o significado de vários conceitos, me explicar toda vez que quero entender o mundo, por tornar as coisas maravilhosas, ser meu melhor amigo, me amar mais que tudo e ser o homem que está sempre ao meu lado e que assim continuará eternamente.

A minha prima, Priscila Bessa, por ser minha gêmea e melhor amiga desde que éramos nenéns, por ser parte de mim, minha força, minha maior companheira, por me falar as melhores palavras, estar sempre comigo até mesmo nas bagunças, me ensinar sobre os assuntos da Psicologia que aprende antes de mim, por me proteger e me amar incondicionalmente.

As minhas amigas por me ajudarem na progressão e no desenvolvimento de pensamentos consistentes no âmbito da Psicologia, por acreditarem em mim, me incentivarem, serem as melhores amigas, pela felicidade e diversão única, pela diferença que nos ensina, pela semelhança que nos aproxima e pelo amor sincero desde pequeninhas.

Ao meu amigo Bernardo por dividir exaustivas horas de estudos sempre determinado e disposto a me ajudar, por me incentivar, me esclarecer diversas dúvidas e por ser um amigo maravilhoso que entrou em minha vida.

Ao professor Fernando Rey pela atenção e cuidado mesmo estando distante e demasiado atarefado, pelo conhecimento ensinado e compartilhado que nos dá a chance de fazer a diferença e transformar o mundo.

Ao professor Antônio Isidro Filho por acreditar no meu sucesso, me incentivar, me ensinar e compartilhar suas experiências comigo.

Ao Psicólogo Carlos Eduardo Portela pelas informações e conhecimentos transmitidos, pelo carinho e paciência, pelo sorriso mesmo nos dias cansativos e por ser um futuro colega especial.

A todos os professores desta instituição pelo grande aprendizado.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
CAPÍTULO 1 - SENTIDO SUBJETIVO	13
1.1 A Produção de Sentido Subjetivo e o Câncer de Mama	16
1.2 As Representações Sociais e Seu Impacto no Câncer de Mama	20
CAPÍTULO 2 - SAÚDE	27
2.1 Câncer de Mama	31
2.2 Tratamento e suas Implicações	32
2.3 O Apoio Familiar	35
CAPÍTULO 3 - IMAGEM CORPORAL E O CÂNCER DE MAMA	37
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA	41
4.1 Procedimento Metodológico	46
4.2 Instrumentos	46
4.3 Participante	47
CAPÍTULO 5 - ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO	48
CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66

APÊNDICES	71
APÊNDICE A - Completamento de Frases	71
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	73
ANEXOS	75
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	76

RESUMO

Esta pesquisa discute principalmente os aspectos subjetivos inerentes ao processo de adoecimento do câncer de mama, visto que a doença é considerada um processo complexo que se organiza subjetivamente. Neste estudo de caso, preza-se o estudo quanto à categoria de sentido subjetivo, subjetividade individual e social e representações sociais, pois defende-se que esses aspectos estão constituídos no processo da doença em questão, ressaltando as representações como tendo significativa influencia nos processos de subjetivação da doença. Justamente por isso, os aspectos em questão são relevantes para a compreensão acerca do posicionamento da mulher frente ao câncer de mama e dos aspectos existentes nesse contexto. Destarte, a teoria da subjetividade e a epistemologia qualitativa apoiada no caráter construtivo interpretativo da investigação de González Rey, representam a base e o suporte deste estudo de forma a assegurar os aspectos singulares do indivíduo, os quais em sua maioria são desconsiderados nos estudos quanto ao processo do câncer de mama.

Palavras Chave: Subjetividade. Câncer. Representações Sociais.

ABSTRACT

This research is essentially about the subjective aspects of breast cancer development. This illness is found to be a complex process that organizes itself subjectively. In this case study, the focus of study is the category of subjective sense, individual and social subjectivity and social representations; because it is believed that those aspects are part of the process of the illness in matter, noticing that the representations have significant influence in the processes of subjectivities of the disease. For this reason, the aspects in question are relevant for the comprehension of the women behavior about breast cancer and the aspects present in this context. Therefore, the subjective theory and the qualitative epistemology hold by the interpretative constructive character of González Rey investigation represent the base and support of this study in a way to certify the singular aspects of the individual, which in most cases are not relevant in studies about the process of breast cancer.

Key words: Subjectivity. Cancer. Social Representations.

Quando uma pessoa adoece o meio no qual ela está inserida também sofre o impacto causado pelo processo de adoecimento. Isso significa que o adoecer trará conseqüências não só para o corpo externo e / ou interno do indivíduo, sua relação com a família, seu trabalho, seus amigos e sua individualidade serão também transformadas. Desta forma, podemos dizer que o indivíduo e seu meio social compõem um sistema interativo que está em constante construção de sentidos subjetivos e que por sua vez apresenta alterações significativas quando tem sua organização abalada, por exemplo, quando sua saúde se encontra comprometida.

Este trabalho pretende estudar tais processos de subjetividade existentes no contexto saúde - doença, mais especificamente compreender a produção de novos sentidos subjetivos através das experiências de uma mulher com câncer de mama e estudar as relações presentes entre a constituição da subjetividade e o câncer em questão, considerando as representações sociais produzidas em relação a essa doença.

Destarte, para a análise e o estudo quanto aos processos subjetivos de uma mulher com câncer de mama, objetivo geral desta pesquisa, têm-se os seguintes objetivos específicos: (a) apresentar e estudar as representações sociais relacionadas ao câncer de mama e discutir a influência das mesmas na forma que a mulher se posiciona frente à doença; (b) entender os aspectos presentes referentes à doença e aos processos subjetivos em relação à corporeidade; (c) estudar como as experiências se configuram subjetivamente na mulher com câncer de mama.

Sendo assim, a epistemologia qualitativa desenvolvida por González Rey (1997, 2005) será adotada como base de produção dessa pesquisa, já que esta possibilita o estudo relacionado aos processos subjetivos, ou seja, utilizando os conceitos da pesquisa qualitativa podemos ter acesso às configurações subjetivas do sujeito e compreender como elas se desenvolvem. Através desse tipo de metodologia podemos reter várias informações que refletem o sentido subjetivo da mulher com câncer de mama e ir em direção aos objetivos expostos aqui.

Obviamente, o conteúdo desse estudo é muito rico e essa pesquisa não objetiva e nem possui um ponto final, pretende-se ampliar o conhecimento acerca do assunto, questionar, indagar, formular hipóteses e construir informações.

Relacionado a isso, González Rey (2005) esclarece que o pesquisador na pesquisa qualitativa relaciona as informações a todo instante durante o estudo. Assim

sendo, as hipóteses fazem parte da pesquisa, são contribuintes para as reflexões do pesquisador e valiosas no progresso da pesquisa.

A escolha sobre o tema das configurações subjetivas relacionadas ao câncer de mama deveu-se a essa doença se expressar representações sociais que interferem significativamente no processo de produção de sentido subjetivo da mulher. A forma com que ela irá se posicionar diante dessa nova situação de vida terá influência tanto de sua história de vida como de suas relações sociais, das representações sociais e individuais. Representações, estas, que podem estar associadas à morte, ao corpo, à feminilidade, à incerteza quanto à cura, ao medo quanto à reincidência e desenvolvimento (metástase) do câncer.

Tais fatores merecem nossa atenção visto que, a partir da compreensão e o estudo dos mesmos, podemos ampliar novos campos de pesquisa associados à produção de sentido subjetivo no processo de adoecimento, esclarecer aspectos presentes nesse contexto e, assim, contribuir para que o indivíduo doente amplie suas possibilidades diante do enfrentamento da situação.

O câncer de mama é o tipo de câncer que surge com mais frequência entre as mulheres brasileiras. O mesmo diz respeito a um tumor maligno, sua origem deve-se a uma multiplicação desordenada, irregular e exagerada de células. Esse tumor é considerado maligno devido à capacidade das células que o compõem originarem metástases, ou seja, se espalhar e invadir outras células sadias ao seu redor, as quais sofrerão esse impacto e se caírem na corrente sanguínea poderão alcançar outras células sadias e dar início a novos tumores (DA SILVA, 2005).

O diagnóstico de câncer de mama dá-se através da mamografia, considerada como o melhor meio para esse câncer ser detectado, pois ela é capaz de confirmar a existência de um tumor ainda no início de sua formação, fato este que aumenta de forma significativa as chances de cura e pode descartar a remoção da mama como forma de tratamento. É importante ressaltar que, ainda sendo um método muito eficaz, a mamografia pode não detectar a existência de alguns nódulos. Nesse sentido, o auto-exame e as consultas regulares ao ginecologista também são demasiadas importantes (DA SILVA, 2005).

O tratamento para esse caso de câncer poderá envolver a cirurgia conservadora ou a radical. A primeira refere-se à retirada de uma parte da mama, quadrantectomia, e a segunda considera a retirada total da mama, mastectomia. Esses dados dependerão de cada caso de câncer de mama. No caso da cirurgia conservadora ser efetivada, a

radioterapia é considerada como complemento do tratamento e funciona através da aplicação de radiação direcionada ao tumor, o que implica em reduzir o tamanho deste ou evitar que ocorra o retorno da doença (GUAZZELLI & OLIVEIRA, 2008).

Em relação a isso, Brenelli & Shinzato (1994) observam que a retirada das mamas através da mastectomia pode provocar na mulher um abalo na imagem corporal. Esses autores afirmam que a mama simboliza a feminilidade, tendo ela um caráter feminino. Para eles, ao longo dos séculos, as mamas sustentam uma conotação de beleza, nutrição, sensualidade e feminilidade. Portanto, pacientes que sofreram alguma deformação mamária serão possíveis de manifestar alterações na imagem corporal que, por sua vez, poderão dar desdobramentos a sentimentos negativos diante da situação, fato este que elicia a necessidade e a importância de uma assistência psicológica para com o indivíduo em questão.

Com isso, contemplamos que o câncer de mama possui poder de afetar a sexualidade e a imagem pessoal feminina, assim como sua identidade de forma geral. O medo, a angústia e a ansiedade, como já citados anteriormente, são os sentimentos mais presentes nas mulheres que recebem o diagnóstico de câncer de mama, sendo importante ressaltar que a doença em si e os aspectos relacionados à mesma, incluindo as formas de tratamento, são fatores que contribuem para o surgimento desses afetos (GUAZZELLI & OLIVEIRA, 2008).

Para Cury (2000), a cirurgia relacionada ao câncer de mama é considerada um fator estressante, pois os resultados são imprevisíveis tanto quanto os sintomas e a paciente não possui controle frente a situação. Ainda antes da operação há demasiada preocupação quanto à gravidade da doença e os resultados da cirurgia e isso representa grande fator gerador de medo.

Todos esses fatores mostram como o apoio de um profissional psicólogo faz-se indispensável desde o momento do diagnóstico da doença, como durante e depois da cirurgia. O psicólogo pode auxiliar quanto à compreensão do que está ocorrendo e servir de suporte para a mulher que está diante dessa situação (CURY, 2000).

A quimioterapia é também outro tipo de tratamento existente utilizado na mulher com câncer de mama que possui forte impacto físico e psíquico. Ela exige o uso de medicamentos de alta potência, os quais agem pelo corpo todo e visa bloquear a volta do tumor e evitar o aparecimento do mesmo nos demais órgãos. Sua aplicação mais comum é feita com soro através da via endovenosa. A quimioterapia possui fortes efeitos colaterais, entre eles está o risco do desenvolvimento de anemia, a diminuição da

resistência do organismo a infecções, queda dos cabelos e pêlos, vômitos, náuseas e diarreia, dificuldades em engravidar, entre outros. Esses efeitos acabam por relacionar-se com os aspectos psíquicos da mulher, interferindo também de forma bastante evidente em seu aspecto emocional (DA SILVA, 2005).

Considerando o exposto acima, o presente trabalho tem como foco principal o estudo acerca da reação da mulher com câncer de mama frente a novas situações que a doença lhe impõe. Por conseguinte, este conteúdo preza os processos subjetivos da mulher, os quais através desse contexto são possíveis de manifestar-se e revelar-se, assim como as representações que a mesma possui em relação ao corpo e a elaboração que ela constrói frente à doença, pois se estima que o estudo sobre tal sistema faz-se notável e demasiado importante tendo em vista que, além de ampliar nosso conhecimento acerca de fatores relacionados à adaptação da mulher frente à doença e à doença em si, torna-se possível discutir formas possíveis de direcionar o doente à aquisição de uma melhor qualidade de vida diante dessa situação e contribuir para uma melhor adaptação nesse contexto.

Capítulo 1 - SENTIDO SUBJETIVO

Vygotsky considera a integração dos aspectos cognitivos e afetivos ao conceituar sentido. A partir da idéia de sentido elaborada por este autor, González Rey desenvolveu a categoria de sentido subjetivo, a qual o mesmo define como sendo uma unidade inseparável dos processos emocionais e simbólicos que constituem o sentido subjetivo e na qual a presença de um desses elementos evoca o outro, sem existir uma relação na qual um determina o outro (GONZÁLEZ REY, 2003).

Através do sentido torna-se possível a expressão de conteúdos não estáveis, incoerentes e inconstantes existentes nos processos complexos da subjetivação. Dessa forma, dissolvem-se as dualidades como individual - social, consciente - inconsciente, cognitivo - afetivo, intrapsicológico - interpsicológico, considerando que a produção de sentido acontece de maneira simultânea na integração dessas dimensões (GONZÁLEZ REY, 2003).

González Rey (2007) nos ensina a subjetividade como um sistema de sentidos subjetivos e produção de significados que possuem caráter histórico social.

Associado a isso, Martinez (2005) explica que a subjetividade sendo encarada ao mesmo tempo como significados e sentidos auxilia no sentido de romper com as dicotomias individual/social, interno/externo, intra-subjetivo/intersubjetivo, articulando dialeticamente ambas as extremidades, e expressando seu caráter contraditório, complementar e recursivo.

Os sentidos subjetivos são produzidos de forma singular através da relação do sujeito com o mundo e são expressos no âmbito emocional e simbólico. Dessa forma, o indivíduo dá sentido às experiências vividas de acordo com os sentidos subjetivos presentes no processo de subjetivação de um contexto, o que evidencia a singularidade característica deste processo (GONZÁLEZ REY, 2003).

É importante ressaltar frente a esses dados, que o processo de sentido subjetivo não envolve somente fatores do tempo presente, pois os sentidos subjetivos configurados na história do sujeito também participam dos processos de subjetivação. Sendo assim, os sentidos subjetivos de uma determinada experiência não se limitam à ela e seus aspectos reais e simbólicos, já que existe a integração e a relação desses sentidos com outros produzidos anteriormente em outros períodos de sua história

(GONZÁLEZ REY, 2004b).

Para González Rey (2003), a categoria de sentido subjetivo representa o processo no qual o indivíduo subjetiva a realidade, cada vivência, suas experiências vividas e os acontecimentos que surgem a sua volta. Como já foi dito, esse processo engloba fatores da história de vida do indivíduo, seu contexto atual, sua cultura. Assim, as situações vivenciadas atualmente pelo sujeito são configuradas de inúmeras formas e o sentido subjetivo tem capacidade de articulá-las de maneira única no âmbito psíquico com demais situações vivenciadas pelo indivíduo historicamente e socialmente.

Assim, pode-se concluir que o desdobramento de novos sentidos subjetivos está relacionado a sentidos subjetivos em processo no sujeito e seu campo social, o que também significa dizer que a produção de novos sentidos subjetivos sempre ocorre no decorrer das atividades do sujeito a partir de sua complementariedade com sentidos anteriores a ele. Então, a psique humana é vista como um processo complexo que articula especificamente a experiência atual do sujeito com seu mundo historicamente configurado tornando-se aspecto principal da integração dialética entre o histórico e o atual (GONZÁLEZ REY, 2004b).

O sentido subjetivo é o responsável pelos desdobramentos psicológicos que acontecem no sujeito quando este se encontra frente à expressão de alguma palavra. Esses desdobramentos psicológicos demarcam o pensamento, o qual é caracterizado não apenas por seu caráter cognitivo como também por seu sentido subjetivo e sua manifestação abrange a articulação das significações e emoções do sujeito (GONZÁLEZ REY, 2004b).

A emoção na sua relação com os processos simbólicos aparece no conceito de sentido, o qual engloba uma organização singular de diversos elementos, os quais adquirem uma qualidade subjetiva que surge através de combinações de símbolos, afetividades, significados e imagens que particularizam a estrutura permanente dos sistemas subjetivos. Assim sendo, a categoria de sentido possibilita a compreensão das emoções em seus aspectos subjetivos, aonde processos de relação entre emoções e significados organizam subjetivamente as vivências histórico-sociais humanas (GONZÁLEZ REY, 2003).

Nossa vida cotidiana é constituída de produções contínuas de sentido subjetivo, aonde o sentido é resultado de um processo ativo e interativo do homem com a sua realidade social, a qual sempre é uma produção cultural (SPINK & GIMENES, 1994).

Para Spink (2003), a produção de sentidos pode ser compreendida como um

processo da linguagem em ação, uma prática discursiva na qual os indivíduos em suas relações sociais expõem posições e constroem sentidos. Spink fala sobre dar sentido ao mundo considerando este processo uma prática social a qual é inerente ao homem, não representando apenas uma atividade cognitiva intra-individual. A autora considera que o afeto é responsável pela produção de sentido, entretanto seu foco apresenta a linguagem como principal elemento produtor de sentido e processo subjetivo, ou seja, enfatiza a linguagem nesse sistema.

Em contrapartida, González Rey (2003) ensina as emoções considerando-as componentes essenciais para a produção de sentidos e organizações subjetivas, mas também considera a linguagem como produtora de sentido e referência para a estruturação subjetiva, ressaltando assim o papel demasiado importante tanto das emoções quanto da linguagem neste processo subjetivo. Destarte, os aspectos inerentes à linguagem e sentimentos do sujeito, os quais têm ligação com as experiências do mesmo, são elementos de sentido subjetivo que são constituídos de forma simultânea em suas relações e práticas sociais.

Assim sendo, a relação do homem com o mundo envolve tanto os aspectos simbólicos como os emocionais, e são os mesmos que caracterizam os sentidos subjetivos de forma dinâmica e permanente. O sentido subjetivo se organiza a partir da interação desses elementos com diversos aspectos da vida psíquica do indivíduo dando surgimento a novos sistemas e infinitos processos de desdobramentos.

Tendo em vista os aspectos citados, compreender o sentido subjetivo em seu nível de complexidade e dinamismo é demasiado importante para o desenvolvimento da presente pesquisa, já que a partir desse conceito torna-se possível o entendimento quanto à subjetividade encontrar-se agregada a processos cognitivos, como a linguagem, processos emocionais e contextos sociais do sujeito, o que nos mostra ser crucial a consideração de tais elementos para a construção de conhecimento em torno dos aspectos da subjetividade, foco principal deste estudo.

1.1 - A Produção de Sentido Subjetivo e o Câncer de Mama

Através deste trabalho pretende-se estudar principalmente os aspectos subjetivos envolvidos no processo de adoecimento da mulher com câncer de mama, ou seja,

considerar o sentido subjetivo inerente a essa doença, pois a maioria das pesquisas acerca do câncer de mama tem enfoque nas conseqüências objetivas provenientes do tratamento e da situação como um todo, desconsiderando a complexidade de fenômenos presente nesse contexto bem como a organização subjetiva articulada de emoções, significados e processos simbólicos, fatores importantíssimos para a compreensão e o estudo acerca da doença e dos fatores relacionados a ela.

Como já discutido anteriormente, o sentido relaciona especificamente a experiência atual do sujeito com o mundo historicamente configurado do mesmo. Dessa forma, no caso desta pesquisa o evento atual que está sendo considerado é o contexto do câncer de mama, o qual tem poder de redimensionar a vida do sujeito que poderá produzir e criar novos sentidos diante da situação, podendo ser capaz de ressignificar a própria existência (CARVALHO, 1992)

Como diria Leshan (1992), o ser humano é capaz de criar, sendo esta uma de suas peculiaridades. No caso do câncer de mama, a mulher ao criar novos sentidos subjetivos constrói subjetivamente a sua doença, ampliando sua percepção para novas possibilidades ou limitando-a, fato este que dependerá dos tipos de sentido produzidos nessa experiência.

González Rey (2004a) afirma que a saúde está muito associada com a capacidade do sujeito de produzir sentido diante de seus conflitos. Sendo assim, diante de um processo de adoecimento, como por exemplo o câncer de mama, é possível ocorrer uma desorganização na vida da pessoa devido a ruptura e a quebra de identidade que a doença gera. Entretanto, a mulher apresenta possibilidades de construir sentidos subjetivos novos podendo dessa forma reorganizar sua vida e assim continuar atuando no mundo como um sujeito ativo.

Quando o indivíduo adoce este vive um momento confuso, caracterizado por novas emoções, pensamentos, sentimentos e vários elementos de origens diversas que estão sendo integrados pela subjetividade. O câncer de mama, especificamente, pode gerar sentimentos associados ao medo, incerteza e insegurança e a angústia gerada por estes fatores pode ser transformada em um produto de tensão que pode levar a mulher a novos significados e novas possibilidades frente às diversas situações que a doença lhe impõe. Contudo, se a mesma não conseguir produzir novos sentidos que lhe permita sentir e significar a doença como condição de vida, facilitadora de novas alternativas de crescimento e desenvolvimento e organizar as novas condições e mudanças que acontecem constantemente ao seu redor, o sentimento de angústia pode aumentar e

impedir que ela construa novas possibilidades de melhoramento de sua qualidade de vida, ou seja, impede a possibilidade dela continuar atuando no mundo com um papel ativo (BAYER, 2004).

Tais reações da mulher com câncer de mama frente à situação relacionam-se à sua subjetividade. Diante disso, o indivíduo pode tentar escapar das contradições e angústias geradas pelo adoecimento, sentir pena de si mesmo e manter um posicionamento passivo acerca do contexto vivenciado ou apresentar um posicionamento diferente, facilitando a construção de sentidos que o permitam aprimorar suas potencialidades frente à doença (GONZÁLEZ REY, 2004a).

A partir disso, é importante ressaltar que cada mulher possui suas peculiaridades, um histórico de vida único, diversos e diferentes elementos de sentido, valores específicos que influenciarão nas suas escolhas de estratégias, na forma como irão encarar esse novo e complexo processo e na forma que irão dar surgimento a novos sentidos subjetivos.

Campos (1995) afirma que a reação dos pacientes frente ao diagnóstico de uma doença são consideradas como representações do seu mundo interno, as quais são influenciadas por sua história de vida e pelo seu contexto familiar, único em cada indivíduo.

Referente a esse ponto, González Rey (2004a) esclarece que diante de um novo contexto e novos acontecimentos, os elementos de sentido de diferentes experiências da vida do sujeito se integram e novos sentidos subjetivos desenvolvem-se. González Rey denomina esse processo de configurações subjetivas, aonde ocorre a integração de diferentes sentidos subjetivos existindo uma relação de tensão entre os sentidos constituídos e a produção de novos sentidos subjetivos de maneira estável, todavia é um processo suscetível a mudança, não sendo estritamente fixo.

Nessa perspectiva, podemos considerar que a relação da mulher com o câncer de mama é constituída de diversas configurações de sentidos subjetivos, aonde estas são produzidas dentro dos espaços sociais no qual a mulher encontra-se. Diante disso, é importante ressaltar que essa relação abrange aspectos ainda mais amplos, não se restringindo apenas à mulher e à doença. Os familiares, médicos, amigos, ambiente de trabalho, agentes hospitalares, ambiente de tratamento, agentes terapêuticos também estão inseridos nas dimensões dos processos subjetivos que a mulher desenvolve frente à situação, sua relação com todos esses fatores influencia nas atitudes, gestos, sentimentos, concepções e ações que a mesma apresentará nesse contexto. Dessa forma,

tais fatores irão se constituir nas configurações de sentidos subjetivos da relação mulher e o câncer de mama, o que justifica a importância de se buscar compreender os valores, práticas, tratamento e conceitos do indivíduo doente no estudo desse processo englobando o doente e a doença (SPINK & GIMENES, 1994).

Frente a esses dados, é importante ressaltar que a produção de sentido subjetivo não ocorre através da simples interiorização das variáveis e condições externas existentes no contexto que o indivíduo se encontra. Quanto a isso, González Rey declara que *“a subjetividade não se internaliza, não é algo que vem de “fora” e que aparece “dentro” (González Rey, 2003, p.78).”* Segundo ele, a categoria de sentido nos permite entender o social como outro momento de produção de sentidos que estão relacionadas a condições objetivas e de relação que ultrapassam os tempos e campos do individual, não se referindo a algo externo e objetivo. O sentido facilita uma representação da subjetividade possibilitando a compreensão da psique não como um reflexo do objetivo, mas como a construção de um sujeito que estrutura de forma única em suas circunstâncias de vida social (GONZÁLEZ REY, 2004b).

Desta forma, o fato surge para o indivíduo perpassando o tecido social, o fenômeno subjetivo é configurado em um contexto cultural, o qual é construído pelos diferentes discursos e representações sociais. Assim, a subjetivação não acontece somente no nível individual, o meio cultural representa um sistema subjetivo gerador de subjetividade, existindo uma relação na qual o meio cultural é constituído pelos indivíduos e representa o espaço aonde os próprios se constituem enquanto sujeitos individuais. A subjetividade se expressa simultaneamente em níveis diferentes de constituição, a subjetividade individual e social, implicando em uma relação complexa da história de vida do sujeito e seu contexto social (GONZÁLEZ REY, 2005).

Observamos assim, que o conceito de sentido subjetivo e subjetividade ultrapassam o âmbito individual visto que esse processo envolve o sujeito e seu meio histórico-social, onde o sujeito individual está constituído pelo ambiente cultural e é um dos momentos constituintes deste meio através da consequência de suas atitudes dentro desse tecido social em que atua. Concomitantemente a isso, temos na teoria de González Rey os conceitos já citados no parágrafo acima: a subjetividade individual e a subjetividade social. Tais processos não são excludentes, eles se relacionam de forma mútua na constituição subjetiva (GONZÁLEZ REY, 2004b).

A partir da teoria de González Rey, aprendemos que a subjetividade individual diz respeito à história única de cada indivíduo, é constituída dentro do seu

meio cultural e através de suas relações sociais. Gonzalez Rey afirma que a subjetividade individual expressa os processos de subjetivação referentes à experiência social do indivíduo e as formas de organização desta vivência por meio do curso da história do mesmo. Destarte, a subjetividade individual é produzida em campos sociais constituídos historicamente, o que significa dizer que no processo de constituição da subjetividade individual estão implicados os espaços configurados pela subjetividade social que é anterior a organização do sujeito psicológico concreto (GONZÁLEZ REY, 2003).

Diante desses conceitos, consideram-se duas categorias essenciais no decorrer do desenvolvimento da subjetividade individual, sendo estas a personalidade e o sujeito. A personalidade é representada por um processo subjetivo referente à organização da experiência histórica do indivíduo. Como cada indivíduo é único e produz sentidos subjetivos diversos de acordo com diferentes contextos sociais, as experiências que não possuem sentido para o sujeito não têm repercussão em sua personalidade. A subjetividade individual possibilita, assim, a produção de posições específicas, únicas, frente aos diversos espaços da subjetividade social. Este fator esclarece o processo de singularidade de cada pessoa (GONZÁLEZ REY, 2004b).

Já a subjetividade social engloba os processos de sentido e significado que caracterizam os campos sociais em que o indivíduo vive, representando as configurações subjetivas grupais e individuais que se integram nas escolhas do comportamento social. A mesma surgiu diante da reflexão sobre uma psicologia social tendo como base teorias associadas à interação do indivíduo e seu meio social. A relação existente entre esses dois processos é constante e recíproca, visto que o individual e o social são inseparáveis. A identidade pessoal e os processos de sentido subjetivo é ao mesmo tempo produto da ação do próprio indivíduo e da sociedade na qual ele se encontra (GONZÁLEZ REY, 2004b).

A partir disso, podemos concluir que a mulher com câncer de mama produz sentidos subjetivos através da tensão entre os processos de subjetividade individual e social diante da doença. As configurações de sentido que emergem e são criadas nesse contexto sofrem influência de uma série de forças sociais que têm impacto sobre ela, mas a mulher também tem possibilidades de atuar diante dessas forças e se tornar sujeito do processo que vive. Essa relação, como já foi dito anteriormente, é singular e diferenciada e constitui-se como elementos de sentido na organização desses processos e em seu desenvolvimento humano (GONZÁLEZ REY, 2006).

Diante do exposto, as ações e formas que a mulher com câncer de mama expressa frente a este processo de adoecimento representa momentos de significações e produção de sentidos que a acompanham freqüentemente e de forma inconsciente. Suas ações referem-se à processualidade constante entre a subjetividade social e individual, elas se integram de forma contraditória no curso de seu desenvolvimento e estão associadas a vivencia e ao espaço social da mulher assim como às maneiras de organização dessas vivências através do curso de sua história única (BAYER, 2004).

Tendo isso em vista, justifica-se a relevância aqui atribuída ao estudo dos sentidos subjetivos, dos processos da subjetividade, como possibilidade de compreender e estudar alguns processos existentes na relação da mulher e o câncer de mama.

1.2 – Representações Sociais e seu Impacto no Câncer de Mama

É importante esclarecer que esta pesquisa preza e faz referência ao estudo quanto ao conceito de representações sociais, pois o mesmo tem significativo impacto e influência em relação aos processos de subjetivação da doença na mulher com câncer de mama. Tais aspectos subjetivos, aqui estão sendo considerados como importantes e essenciais na forma com que a doença é encarada pelo sujeito.

De acordo com González Rey (2006), as representações sociais são entendidas como forma de produção de conhecimento que garante a constância do “mundo” que as pessoas crêem, representando assim um processo de produção subjetiva que certifica a segurança e a identidade dos indivíduos.

A representação social refere-se a um processo de produção subjetiva que está mutuamente constituída na subjetividade social e individual. Logo, a representação social da doença se dá por sentidos subjetivos e práticas simbólicas presentes no dia-a-dia das pessoas, como, por exemplo, as crenças, os relacionamentos interpessoais. Assim, as práticas, formas de avaliação e comunicação de um determinado grupo social vão se agregando. Este sistema faz referência à rotina e forma que vivemos nossas realidades sociais, as quais se objetivam nos valores e deste modo são consideradas como uma “realidade” ou “verdades” emergindo a categoria de senso comum (GONZÁLEZ REY, 2003).

Assim, observa-se que essa realidade é produzida por sentidos subjetivos, implicando em uma construção social da realidade, evidenciando que o processo de

subjetividade é uma produção do homem a qual implica em aspectos simbólicos e sentidos subjetivos. Destarte, a existência de uma relação entre a Psicologia da Saúde e a Psicologia Social torna-se evidente, pois a ligação entre as representações sociais e os processos subjetivos sociais e individuais nos remete a relação do simbólico e aspectos subjetivos presentes nos processos das doenças crônicas (GONZÁLEZ REY, 2004a).

A despeito da relação entre as representações sociais e a subjetividade social e individual, González Rey declara:

“São os indivíduos como sujeitos ativos e criativos que questionam, quebram e geram alternativas sobre a situação dominante da vida social, criando processos de socialização de novos conhecimentos sobre os quais se produzem novas RS. No entanto, são os sujeitos individuais as instâncias geradoras desses novos processos de subjetivação, convertendo-se em sujeitos de novos núcleos de subjetividade social que, ao perpetuar-se e passar a ser parte do consenso social, gera novos mecanismos de subordinação por meio das RS que em um momento representaram um impulso revolucionário de ruptura em um processo que se estende ao infinito (GONZÁLEZ REY, 2003, p.139).”

Desta forma, observamos que a subjetividade individual pode influenciar uma determinada representação social, mas a força do social também atua em direção a essa ruptura da subjetividade individual, sendo que essa relação está presente de forma constante. Então, o sentido subjetivo que a mulher emerge diante do processo de câncer de mama está relacionado a definições simbólicas construídas pela cultura, conceitos e práticas que configuram a nossa realidade social, constituindo a “matéria-prima” dos processos de subjetividade aqui discutidos (GONZÁLEZ REY, 2004b).

Moscovici (2003) expõe três aspectos para a compreensão acerca do conceito de representação social, considerando que as mesmas são representações de outros, sendo representações de outro grupo ou outra pessoa; têm aspecto impessoal, pois são competentes a todos; e englobam uma representação pessoal, sendo esta compreendida como pertencente ao ego.

A partir das representações desenvolve-se o processo de aprendizagem em

relação ao mundo concreto, o que nos permite dar significado ao mundo, nos comunicar e obter conhecimentos inerentes ao meio social. Moscovici (1978) explica a representação social como um modo de conhecimento particular, o qual implica na comunicação entre as pessoas e elaboração de atitudes.

Destarte, as representações sociais são dinâmicas e circulam na rotina do indivíduo através da comunicação, dos comportamentos, pensamentos, opiniões, imagens, valores (MOSCOVICI, 1978).

Moscovici desenvolveu o conceito de representações sociais considerando-as um grupo de pensamentos e idéias adotadas pelos indivíduos, sendo resultantes de uma organização social extensa. Segundo o autor, as afirmações e explicações dadas pelos indivíduos diante de determinados temas referem-se a “teorias” do senso comum (QUEIROZ, 2003).

Portanto, as pessoas constroem representações no curso da comunicação e, desta forma, acabam dando surgimento a uma relação de representações circulando-as, relacionando-as, abrindo espaço para outras representações e fazendo com que outras mais antigas passem a não mais existir, o que explica o seu dinamismo e sua constante produção. Dessa maneira, o indivíduo ao incorporar uma representação dá início a um processo de organização da realidade. Em outras palavras, as representações sociais são construídas de acordo com uma determinada época histórica, tendo caráter diversificado e dinâmico. Justamente por isso, as mesmas são possíveis de serem questionadas (GONZÁLEZ REY, 2007).

Diante do diagnóstico de câncer de mama, a mulher aciona suas representações sobre ele, seus familiares e médicos também possuem representações e podem expressá-las de forma a impactar na maneira como a mulher irá enfrentar a situação. Simonton, Simonton e Creighton (1987), discutem sobre as representações negativas acerca do câncer possuírem poder de influenciar de forma direta os processos de evolução da doença.

O câncer é extremamente associado ao conceito de morte em nossa cultura, portanto quando a pessoa recebe o diagnóstico referente a essa doença sua resposta subjetiva pode ser demasiada baixa em virtude da força da representação social da morte estar ligada ao câncer desenvolver um caráter definitivo de nosso imaginário cultural relacionado essa doença. É necessário explicitar a impossibilidade de se generalizar essa reação, pois, conforme os aspectos citados anteriormente, os sentidos subjetivos expressam não apenas o impacto da influência externa. Os mesmos são uma

produção que define a influência do externo por meio da configuração subjetiva atual do sujeito, justamente por isso as reações não podem ser generalizadas e este trabalho levanta a importância de se estudar a singularidade dos indivíduos, visto que nos processos de adoecimento os aspectos de sentido subjetivo, representações sociais e configurações subjetivas se relacionam e se organizam de forma única na vivência dessa situação pelo indivíduo (GONZÁLEZ REY, 2006).

Esses fatores contribuem para esclarecer a importância do estudo das representações, pois podemos através delas identificar a origem de algumas atitudes adotadas pelas pessoas diante da doença e ajudar no sentido de ampliar suas possibilidades perante a situação, pois também se torna possível a conscientização sobre atitudes negativas e inadequadas e, assim, permitir ressignificações, revisões, transformações, mudanças (PEREIRA, C. & SOARES, 2003).

Simonton, Simonton e Creighton (1987), apresentam três representações principais sobre o câncer:

- o câncer significa morte;
- não há nada que possa controlar o câncer porque é algo que vem do exterior;
- o tratamento é pouco eficaz e tem muitos efeitos colaterais e causa muito sofrimento.

Frente a essas representações, os autores sugerem propostas de transformações para as mesmas, as quais são:

- o câncer pode ou não ser fatal;
- o câncer é causa das próprias defesas internas do organismo
- o tratamento médico pode ser um importante fator para ajudar as defesas imunológicas.

Considerando justamente o fato da doença em questão carregar uma forte representação inerente à morte, compreende-se o motivo pelo qual a grande parte das mulheres que recebem o diagnóstico de câncer de mama manifestar sentimentos de angústia, medo, tristeza, ansiedade (GIMENEZ, 1997).

Ainda discutindo as representações sociais acima citadas, é importante explicitar que as doenças associadas ao conteúdo de morte geram insegurança e desesperança nas pessoas que a apresentam, pois a forte idéia de grandes possibilidades de morte associadas à doença é capaz de interromper a temporalidade futura do indivíduo. A comoção que o tema da morte provoca no indivíduo se mostra relacionada às representações sociais da doença, todavia o sujeito é capaz de produzir novos sentidos

subjetivos e novas representações diante da experiência vivida, e isso conseqüentemente poderá criar novas possibilidades e alternativas para a situação facilitando seu desenvolvimento individual (GONZÁLEZ REY, 2006).

Discutindo sobre os conceitos de representações sociais podemos remontar aos aspectos da teoria de Durkheim (1978), o qual deu início à teoria das representações coletivas. Essas representações fariam referência ao produto de associações e combinações de idéias e sentimentos presentes ao longo de gerações as quais acumularam experiências. Destarte, na relação do indivíduo e sociedade o autor afirma que ao pensar e agir o sujeito criaria um processo que transpõem a si mesmo. Conceito este que nos remete às idéias aqui apontadas onde os processos de subjetividade social e individual estariam mutuamente presentes nos processos subjetivos do indivíduo, o que significa dizer que o pensamento e ações do sujeito ultrapassariam o âmbito individual considerando que o contexto social também interfere nesse sistema.

Moscovici (2003) argumenta que o sujeito depende de um sistema cognitivo e meta-sistema social, no qual o primeiro possibilita o pensamento e o segundo estabelece as normas do processamento dos dados. À vista disso, as representações sociais não são meramente um conjunto de opiniões compartilhadas, elas possuem conteúdos os quais apontam diferenças individuais organizadas a partir da relação dos indivíduos e das trocas simbólicas na sociedade.

Assim, as representações são referentes a princípios organizadores que direcionam e medeiam as relações simbólicas gerando, ao mesmo tempo, diversidades e variações entre grupos e indivíduos. Segundo González Rey, as representações sociais *“são verdadeiras produções sociais que expressam elementos de sentido muito variados sobre as realidades sociais nas quais emergem (González Rey, 2004b, p. 44).”*

Nesse âmbito, como já dito anteriormente, é importante reafirmar que o sujeito está constituído pelas representações sociais e também é constituinte das mesmas através de suas posições únicas. Este processo explica a transformação, o caráter dinâmico e o desenvolvimento das representações através das produções ativas e criativas dos indivíduos frente aos campos sociais (GONZÁLEZ REY, 2004b).

Uma das principais críticas feitas à teoria de Moscovici diz respeito aos fatores citados acima, ao fato deste autor não atentar para o sujeito como instância necessária na construção, transformação e desenvolvimento das representações (GONZÁLEZ REY, 2004b).

Para Jodelet (2001), as representações sociais referem-se a teorias as quais

permitem entender os fenômenos da vida por meio de um grupo de significações e conjuntos de referências. Destarte, podemos interpretar e dar sentido ao novo, administrando as relações com os outros e organizando o mundo. Elas são teorias que possibilitam ordenar os fenômenos da vida, imagens que simbolizam um sistema de significações, sistemas de referência que possibilita a tradução do desconhecido e dar sentido ao novo. Referem-se ao senso comum socialmente produzido e compartilhado, dizem respeito à prática mental de grupos e pessoas, suas relações com a realidade, objetos e contextos.

Nesse sentido, as representações sociais organizam-se em um processo que integra informações que permanentemente estão presentes nas relações pessoais de cada indivíduo (MADEIRA, 1999).

Como já relatado, as representações sociais possuem poder de influenciar as ações e pensamentos dos indivíduos e desta forma construir estigmas relacionados a algumas doenças. As representações também podem desdobrar idéias que por sua vez criem preconceitos e discriminações entre os indivíduos. No caso do câncer de mama, apesar de uma maior conscientização da população referente à doença, ainda existem pessoas que acreditam que a doença é contagiosa, é fruto de pessoas sujas ou de hábitos insalubres e é devido a sentimentos ou atitudes do sujeito, fato este que acaba culpabilizando o indivíduo e levantando uma falsa idéia de que o sujeito teria algum controle sobre a doença existir ou não (PEREIRA, C. & CAMINO, L., 2003).

Nessa linha, a mídia apresenta um papel crucial, podendo interferir nos pensamentos e representações sociais da doença a partir da criação e divulgação de conteúdos acerca do câncer. Nesse sentido, podemos associar o conceito de sentido de Spink (2003), o qual se refere a uma construção, um empreendimento compartilhado e interativo de criação de termos por meio dos quais os indivíduos entendem e se comportam diante dos fenômenos a sua volta. Assim sendo, as práticas discursivas possibilitam a produção de sentidos em seu dia-a-dia. Então, Spink (1994) ressalta a importância da mídia para a compreensão da produção de sentidos. A autora afirma que a mídia tem poder de construir e circular conteúdos simbólicos, podendo reestruturar espaços de interação possibilitando novas configurações aos esforços de produção de sentido.

À vista disso, observamos a produção de sentidos como um fenômeno sociolinguístico, aonde a linguagem e a comunicação representam a base e sustentam as práticas sociais produtoras de sentido (SPINK, 1994).

Esses aspectos, como já dito anteriormente, geram impacto na forma do sujeito responder diante da doença, mas não o impossibilitam de construir novas alternativas e se posicionar contrariamente diante dos mesmos.

É importante ressaltar que as representações sociais referentes à causalidade do câncer estão muito associadas ao modo de vida do indivíduo. Essas representações estão presentes em muitos relatos médicos, em programas televisivos, em debates sobre qualidade de vida e no senso comum. As mesmas acabam por atribuir causalidade a doença, sendo o adoecimento do corpo consequência de uma vida com demasiada atividade, alimentações deficientes, muitos fatores estressantes e com uma rotina agitada (BRENTANI; COELHO; IYEYASU & KOWALSKI, 1998).

Essa idéia acaba por gerar um sentimento de culpa na mulher que tem câncer de mama, podendo aumentar sua angústia e ansiedade e dificultar sua busca em alternativas que lhe proporcione possibilidade de melhor adaptação nesse contexto. Dessa forma, compreende-se o poder que as representações podem ter influenciando nas formas de enfrentar que a mulher com câncer de mama apresenta.

Faz-se necessário esclarecer que essa pesquisa não pretende conferir causalidade a doença, e sim discutir e levantar questões acerca dos processos subjetivos que se configuram na experiência do adoecimento e suas representações, as quais possuem um forte impacto nesse processo de adoecimento.

Estudar as representações sociais e todos os aspectos inerentes a este processo nos permite compreender e discutir os impactos que elas geram no adoecimento e na produção de sentidos subjetivos, ou seja, proporciona a discussão relacionada aos elementos simbólicos, valores, crenças, atitudes presentes na maneira da mulher enfrentar o câncer de mama, que de certa forma são afetados pelas representações em questão.

Capítulo 2 - SAÚDE

O conceito de saúde ainda está fortemente fundamentado no modelo biomédico, aonde os principais referenciais deste modelo correspondem ao corpo e a doença.

Os princípios da teoria biomédica consideram a saúde e a doença como sendo qualitativamente diferentes, baseando-se nisso para classificar as patologias e dessa forma dando surgimento aos conceitos de saudáveis e doentes (CARVALHO, 2002).

Este modelo dá ênfase à doença e não ao indivíduo que está doente, o foco não é o doente e sim os aspectos universais das patologias, buscando e categorizando os sinais das doenças. Com esse enfoque dado aos sintomas, a doença passou a significar uma entidade separada e assinalada pelo desvio de normas fixas e fisiológicas. Como consequência, o social é naturalizado e o homem diferencia e classifica dando início a relação de normal como sendo natural (GONZÁLEZ REY, 2004a).

Diante disto, a patologia passou a ser o objeto de estudo da Psicologia e o “anormal” passou a imperar tão profundamente o pensamento psicológico que localizou a anormalidade no sujeito. Ainda está presente uma naturalização das doenças na Psicologia, desconsiderando a dimensão histórica e social do indivíduo, o campo pessoal e o social, a relação existente entre o indivíduo e seu comportamento diante de um contexto (GONZÁLEZ REY, 2004a).

Segundo González Rey (2004a), ao categorizar os indivíduos como doentes ou saudáveis e naturalizar os processos humanos, responsabiliza-se o sujeito por vários processos descartando e separando-o de uma ordem social, visto que na realidade o sujeito e seu contexto são inseparáveis.

Ainda nessa linha, o foco dado aos aspectos biológicos no modelo biomédico acaba desqualificando os indivíduos devido à doença e colocando-os em papéis passivos, atribuindo naturalização às enfermidades (SPINK, 2003).

De acordo com Mandú (2004), o modelo biomédico dá enfoque aos aspectos biológicos do ser humano, solucionando os problemas de saúde e necessidades através das ciências e de suas técnicas, desconsiderando as dimensões psicológica, social e cultural para o tratamento e cura.

Carvalho (2002), afirma que modelo biomédico tornou-se amplamente aceito durante os séculos XIX e XX, representando ainda hoje a visão dominante na área médica. Ele pressupõe que a doença é um mal do corpo, não tendo relação de

dependência com os processos psicológicos e sociais da mente.

Votando ao século XVII, nos deparamos com o momento em que Descartes influenciou significativamente a Medicina através de seu modelo dicotômico e mecanicista de pensamento, o qual defende a idéia de mente e corpo serem fatores separados e o estudo das partes do corpo como sendo necessário para a compreensão de um organismo como um todo (QUEIROZ, 1986).

Essa idéia contribuiu para esse aumento do enfoque dado a doença, aqui relatados, descartando os sentimentos que pudessem ter relação com este processo. Conseqüentemente, o homem passa a ser reduzido à sua doença, dando início aos conceitos da pesquisa positivista, aqui já discutidos, que dão foco à doença e não à pessoa. Em termos de saúde, esse fundamento considera o ser humano assim como uma máquina e a doença como uma disfunção dos mecanismos biológicos. A partir desse raciocínio, o tratamento envolveria apenas a intervenção química e física (QUEIROZ, 1986).

Isso evidencia o fato do modelo biomédico compreender a doença unicamente como uma disfunção biológica e não levar em consideração as condições de vida, o contexto socioeconômico e cultural do homem. Destarte, este modelo visualiza a doença através de sinais e sintomas e explica a mesma através da relação linear de causa e efeito.

Nesta pesquisa, essa desconsideração dos aspectos sociais pelo modelo biomédico é fortemente criticada.

Também se contrapondo ao modelo biomédico, Reis (1998) afirma que o indivíduo não vive fora de um ambiente, não existindo um organismo sem ambiente e um ambiente sem organismo. As dimensões psicológica, social e biológica não são partes de um todo e sim a própria totalidade do ser.

No momento em que o padrão de doenças foi sendo transformado, pois os principais problemas de saúde não são mais as doenças infecciosas e sim as crônicas, a contribuição apenas do modelo biomédico passou a ser revisto. Assim, o papel da psicologia passa a ser importante para fornecer auxílio para a compreensão da relação entre características da personalidade, estilos de vida e causas de doenças crônicas (CARVALHO, 2002).

Como conseqüência, surge o reconhecimento de que determinadas características do paciente, como sua história de vida, estilo de vida, personalidade, relações interpessoais também precisam ser incluídos para se compreender os conceitos

de saúde e doença.

É nesse contexto que se torna importante a inserção de um modelo mais abrangente, incluindo as dimensões socioculturais e psicológicas, para o estudo e conceito referente à saúde. Os aspectos subjetivos e sociais não podem ser descartados dos processos de saúde e doença, visto que esses processos não são isolados. No caso das doenças crônicas, como o câncer de mama, existe a influência de um momento histórico-cultural que interfere nas formas que serão construídas para se compreender e visualizar os fenômenos de adoecimento (SPINK, 2003).

Assim, surge o modelo biopsicossocial buscando compreender o indivíduo não somente através dos aspectos biológicos e orgânicos ou apenas os psíquicos ou sociais, e sim através de sua totalidade, sua singularidade e complexidade. Esse modelo considera a complexidade do ser humano, não tornando possível reduzi-lo apenas aos conceitos considerados no modelo biomédico que acabam padronizando e rotulando o mesmo em classificações, desconsiderando a ligação entre o campo pessoal e o social (FREITAS, 2005).

Logo, o modelo descrito no parágrafo acima afirma que a saúde possui importantes fatores socioculturais e psicológicos, compreendendo o ser humano como um todo. Esse conceito inclui o sujeito e seus processos subjetivos diante de um contexto sociocultural. Corpo e mente são interligados, o que significa dizer que quando uma pessoa adoece existe a associação de ambos nesse processo, considerando também as instâncias da vida. Assim, as formas de tratamento e cuidado com o indivíduo envolvem a abordagem de diferentes aspectos na vida do paciente relacionados ao âmbito biológico, psíquico e social (QUEIROZ, 2003).

Nesse ponto de vista, o paciente que apresenta o diagnóstico referente ao câncer deve ter uma assistência que envolva os cuidados em diversos fatores da sua vida, o tratamento deve abordar o campo físico, emocional, econômico, cultural, social, espiritual e os tabus e preconceitos relacionados à palavra e doença câncer (COSTA, LUNARDI & SOARES, 2003).

González Rey (2004a) defende essa forma de trabalho, propondo a mudança de não procurar as falhas, doenças, disfunções ou defeitos por si, e sim ir atrás do que está “certo” de acordo com o que a pessoa mostra desde o início, o que requer ouvi-la e respeitá-la em sua individualidade, singularidade e subjetividade.

À vista disso, o conceito de saúde de González Rey (2004a) contribui para uma visão mais complexa do ser humano, citada anteriormente, e de seus aspectos

subjetivos. Neste conceito, González Rey contempla os seguintes aspectos essenciais para a compreensão do conceito de saúde:

- não se pode identificar saúde com normalidade, considerando o aspecto único e singular referente ao âmbito individual. A saúde não é uma média, é a integração funcional obtida individualmente através de várias alternativas;

- a saúde é plurideterminada e seu processo não se decide pela participação do homem de maneira unilateral, pois nela combinam-se de forma estreita os fatores congênitos, somatofuncionais, sociais, psicológicos e genéticos;

- a saúde é um estado dinâmico, não estático, estando o seu processo em constante desenvolvimento. O indivíduo participa de forma consciente e ativa como sujeito do processo;

- a saúde não é sinônimo de ausência de sintomas, é um funcionamento integral que amplia e melhora os recursos do organismo no sentido de diminuir sua vulnerabilidade aos variados agentes e processos geradores da doença.

Nessa mesma linha, Freitas (2005) esclarece que a relação entre presença ou ausência de sintomas implicando em doença ou ser saudável não existe.

Assim, os fundamentos do modelo biomédico se mostram inapropriados para o estudo inerente as doenças, neste caso o câncer, por responsabilizar o doente pelo seu quadro, rotulá-lo e inabilitá-lo no que se refere ao mesmo se posicionar como sujeito ativo diante da doença.

Á vista disso, este trabalho ressalta a importância do estudo das relações entre os processos de subjetividade social e individual e as representações sociais no processo de subjetivação do câncer de mama, considerando as configurações subjetivas indispensável para esta pesquisa porque as mesmas representam a base da produção de sentidos que emergem diante da doença e são cruciais para a compreensão inerente à forma com que o sujeito vivencia a experiência do adoecimento.

Assim, justifica-se o fato do modelo biomédico apresentar-se insuficiente para esta pesquisa, sendo o modelo biopsicossocial o mais adequado, considerando a mulher em seus aspectos biológico, psicológico e social para estudar o processo de adoecimento do câncer de mama.

2.1 – Câncer de Mama

Primeiramente, é importante explicar que a palavra câncer faz referência a mais de cem doenças que têm em comum um crescimento desordenado de algumas células, as quais são capazes de penetrar tecidos e órgãos, podendo assim espalhar-se para diversas regiões do organismo, processo conhecido como metástase. Essas células que se dividem rapidamente e de forma descontrolada determinam a formação de tumores. Esse processo causa a substituição dos tecidos saudáveis do corpo por essas células de desenvolvimento anormal (BRENTANI; COELHO; IYAYASU & KOWALSKI, 1998).

No caso do câncer de mama, esse processo ocorre no seio. Os sintomas podem envolver a mudança do formato do seio, elevações em algumas áreas desta parte do corpo, secreções, dor, mudança de cor nessa área. O nódulo geralmente é o primeiro sinal da doença, a mulher pode sentir através do toque ou pelo exame ginecológico, a mamografia. Se realmente for constatada a presença de um nódulo, a avaliação posterior em sua grande maioria envolve uma biópsia que analisa se o nódulo é um cisto ou um câncer (INCA, 2006).

A alta frequência de diagnóstico do câncer de mama entre as mulheres faz com que esse tipo de câncer se torne um dos mais temidos. Esse temor também se deve ao fato de existirem diversas divulgações as quais afirmam que o tumor do câncer de mama é o tumor responsável pela maioria das mortes no que se refere às mulheres brasileiras (INCA, 2006).

Assim, não podemos deixar de considerar o fato de essa doença carregar consigo um demasiado conceito de morte, pois isso nos permite compreender um dos motivos pelos quais as mulheres temam ainda mais essa doença e se comportem de forma desesperançada muitas vezes quando recebem o diagnóstico. Outro fator importante é que esse tipo de câncer possui significativos efeitos psicológicos que afetam a percepção da mulher em relação a sua imagem corporal, feminilidade e sexualidade (GIMENEZ, 1997).

Diante do diagnóstico do câncer, esses aspectos considerados acima podem desdobrar sentimentos de angústia, ansiedade, tristeza, frustração, explicando o porquê das mulheres manterem uma postura de apreensão quanto à doença câncer de mama.

Em relação às pesquisas que apontam para o fato do câncer de mama representar o tipo de tumor que causa maior número de morte entre as mulheres, é importante esclarecer que essas divulgações podem aumentar ainda mais as representações do

câncer associada à morte e contribuir para os sentimentos de angústia persistirem entre as mulheres. Essas pesquisas não devem ser encaradas de forma absoluta, pois as mesmas se baseiam apenas em uma parte do processo generalizando-o para as demais partes, determinando, prevendo e concluindo muitas vezes fatores que simplesmente não podem ser analisados de forma fidedigna por esses tipos de pesquisas, talvez até por nenhum tipo de pesquisa, pois esses fatores não podem ser universalizados visto que cada caso é único. Cada caso sofrerá a influência de diversos fatores específicos, o que assegura a possibilidade de qualquer coisa acontecer podendo melhorar o quadro ou piorá-lo sem que necessariamente esses aspectos possam ser previstos (CARVALHO, 2002).

Além disso, o câncer de mama já possui tratamentos eficazes e quando diagnosticado em sua fase inicial as probabilidades de cura aumentam ainda mais (INCA, 2006).

2.2 – Tratamento e suas Implicações

O tratamento do câncer engloba diversos especialistas. Um dos principais objetivos do tratamento é melhorar a qualidade e o tempo de vida dos pacientes. Todos os pacientes são acompanhados a longo prazo, visto que as medidas terapêuticas demandam tempo e intervalos e, principalmente, pelo fato dos primeiros anos após o tratamento apresentarem riscos de recidivas (BRENTANI; COELHO; IYAYASU & KOWALSKI, 1998).

Embora o tratamento e o impacto angustiante gerado pelo diagnóstico de câncer tenha se transformado ao longo deste século, o medo está muito presente. Isso porque existem riscos não previsíveis e inevitáveis, perde-se o controle sobre o próprio corpo e a saúde gerando uma angústia e uma incerteza quanto ao futuro (GIMENEZ, 1997).

O tratamento oncológico baseia-se essencialmente em três modalidades específicas: a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. As duas primeiras são formas de tratamento localizado ou regionalizado e a terceira é adotada para o tratamento da enfermidade sistêmica, seja no paciente com doença metastática ou com risco de desenvolvimento (BUZUID, 2006).

A seleção do melhor método dependerá da localização e do tamanho do tumor, da idade da paciente, do tamanho da mama e dos resultados dos exames da mamografia

(BRENTANI; COELHO; IYEYASU & KOWALSKI, 1998).

A cirurgia engloba quatro tipos básico de mastectomia: A Lumpectomia / Segmentectomia / Quadrantectomia; Mastectomia simples; Mastectomia Radical modificada e Mastectomia Radical. A Lumpectomia diz respeito à remoção do nódulo, a segmentectomia de um segmento do tecido mamário e a quadrantectomia de um quadrante da mama, a escolha entre esses processos técnicos dependerá dos fatores acima citados. A mastectomia simples e a radical modificada envolvem a retirada total da mama, a diferença é que a radical modificada também remove os linfonodos axilares. A mastectomia radical é raramente realizada hoje em dia, ela implica na remoção da mama, linfonodos axilares e dos dois músculos peitorais (BUZAID, 2006).

De acordo com Gimenez (1997), depois da mastectomia, as mulheres se deparam não somente com a perda da mama, mas também com o diagnóstico de câncer que carrega consigo a idéia de deterioração física, sofrimento e morte. Diversos processos intrapsíquicos emergem e são compreendidos como mecanismos de defesa. Algumas mulheres, logo após a cirurgia, mostram-se mais preocupadas com a possibilidade de viver do que com a aparência. Depois de alguns meses, porém, elas apresentam maior preocupação acerca de sua imagem corporal, sentem-se desfiguradas, insatisfeitas com sua imagem corporal e auto-estima.

Carvalho (2002), expressa o fato do tratamento primário do câncer de mama envolver a amputação desta parte do corpo, o que é um trauma psicológico considerável para a maioria das mulheres visto que a mama é carregada de símbolos da sensualidade. A mama sendo danificada, a auto-imagem pode sofrer alterações como já discutidas anteriormente, a mulher pode emergir sentimentos de inferioridade e medo de ser rejeitada. A autora fala a respeito dos diversos sentimentos que as mulheres possuem acerca de sua feminilidade e corpo após a mastectomia. Entre elas, a maioria relata vergonha, sentimentos de mutilação e sentem-se sexualmente repulsivas. Frente a isso, as mulheres podem passar a evitar a relação sexual tentando assim evitar os sentimentos de rejeição e vergonha.

A radioterapia tem como agente terapêutico a radiação ionizante, a qual tem capacidade de promover ionização no local onde incide podendo alterar moléculas de forma a levar as células à morte ou inviabilidade biológica. Os efeitos colaterais aqui presentes envolvem as anormalidades no crescimento e desenvolvimento, náuseas, distúrbios funcionais e alterações genéticas (BRENTANI; COELHO; IYEYASU & KOWALSKI, 1998).

A quimioterapia é um nome empregado para o tratamento de qualquer doença utilizando para isso substâncias químicas. Segundo Carvalho (2002), existem mais de trinta drogas utilizadas neste tratamento de câncer, as quais diminuem a proliferação celular. Entretanto, além de atingir as células cancerígenas, o tratamento também pode paralisar o crescimento de outras células, como a do bulbo capilar, medula óssea e mucosas. Os mais temidos efeitos colaterais envolvem a diminuição do número de leucócitos, glóbulos brancos, que geram a diminuição das defesas e infecções generalizadas. Porém, existem medicamentos que podem reverter esses riscos, estimulando as células formadoras de leucócitos e evitando essa ameaça a integridade do indivíduo.

Os tratamentos complementares à mastectomia, a quimioterapia e radioterapia, também podem ter como conseqüência o surgimento de distúrbios na identidade feminina, pois podem envolver a retirada dos ovários, parada ou irregularidade da menstruação, calvície parcial ou total e aumento de peso (CARVALHO, 2002).

Apesar dessas principais formas de tratamento apresentarem efeitos colaterais, desconforto e impacto nos aspectos físicos, psíquicos e sociais das mulheres, é evidente que a cirurgia é um dos meios que freqüentemente causam maiores transtornos emocionais, já que interfere significativamente em uma área do corpo dotada de conteúdo simbólico e na maior parte dos casos é o tratamento mais invasivo (BRENTANI; COELHO; IYEYASU & KOWALSKI, 1998).

De acordo com Carvalho (1992), apesar de o tratamento ter a finalidade de promover e assegurar o bem estar, o restabelecimento e, em alguns casos, a cura do paciente, adquire um caráter ameaçador, invasivo e agressivo. Ele tem poder de gerar sentimentos de impotência, fragilidade, vulnerabilidade e a perda da autonomia. Segundo a autora, o paciente com câncer teme por sua vida ou pelas seqüelas objetivas e subjetivas possíveis de acontecer.

Nessa direção, a autora enfatiza a importância de esclarecer a situação na qual ele se encontra, propiciando ao mesmo o direito de receber informações e participar do curso das decisões inerentes ao seu tratamento. Isso pode diminuir o medo relacionado ao isolamento, abandono, perda de controle, rejeição, perda da independência e aumentar a confiança nos médicos e equipe responsáveis pelo paciente (CARVALHO, 2002).

Então, observamos a repercussão significativa dos tratamentos existentes diante do diagnóstico de câncer de mama. A cirurgia, em grande parte mutiladora,

transformando e mudando radicalmente o esquema corporal da mulher, tornando necessária uma adaptação a alterações de identidade, e a radioterapia e quimioterapia as quais envolvem características agressivas e não são fáceis de serem suportados (BRENTANI; COELHO; IYAYASU & KOWALSKI, 1998).

Destarte, a conscientização da situação, além de ser um direito do paciente, pode contribuir para uma melhor adesão aos tratamentos. O paciente pode colaborar mais e sentir menos medo dos procedimentos em sua maioria dolorosos e agressivos. Notificar a respeito dos efeitos colaterais pode ajudar o paciente a se prepara e enfrentá-los de forma mais positiva (CARVALHO, 2002).

2.3 – O Apoio Familiar

A importância das relações afetivas tem sido fortemente comprovada como um aspecto relevante para o bem estar de qualquer indivíduo. No caso do câncer de mama, quando um integrante da família recebe esse diagnóstico, a dor e angústia que o mesmo desencadeia aumenta ainda mais a importância dos laços familiares e de seu apoio para com o doente (CARVALHO, 2002).

A união dos indivíduos que constituem uma família, a expressão quanto a emoções e sentimentos e o fato da mesma permanecer ao lado do indivíduo doente podem possibilitar a ocorrência de mudanças importantes nos padrões de relacionamento familiar e na própria maneira de encarar a vida e enfrentar os obstáculos (CARVALHO, 1992).

Uma pesquisa realizada pela autora Gimenez (1997) acerca da adaptação psicossocial da mulher após a incidência de câncer de mama sugeriu através de seus resultados que mulheres que possuem famílias unidas são mais suscetíveis a se sentirem amadas e emocionalmente apoiadas pelos familiares. Essa percepção parece oferecer à mulher segurança sobre a situação, pensando que a família ajudaria a mesma a lidar com o contexto estressante, possibilitando-a a ser capaz de responder eficazmente às demandas de mudança. Dessa forma, a sensação de disponibilidade e apoio social pode ser importante à proteção da saúde.

Ainda nessa linha, a autora conclui que a coesão familiar e a conseqüente oportunidade para apoio familiar é um ponto crucial na promoção de adaptação psicossocial após a cirurgia de retirada de parte ou totalidade da mama. Do contrário, as

complicações de saúde ou o acúmulo dos efeitos de doenças são capazes de levar à adaptação psicossocial inadequada.

Apesar desses dados, essa pesquisa esclarece que uma pessoa doente que não tem o apoio e afeto de seus familiares não necessariamente irá se adaptar de forma mais difícil frente à situação. O apoio emocional, carinho e afeto da família parece aumentar a possibilidade de uma melhor adaptação e posicionamento diante das mudanças que o adoecimento provoca, mas é relevante considerar que um indivíduo que não tenha família pode se adaptar de forma positiva e até mais benéfica do que um que passe por esse processo ao lado dos familiares e contando com suas respectivas ajudas.

Inclusive, alguns familiares podem ter um posicionamento prejudicial em relação ao doente de forma a intensificar suas apreensões e angústias.

É justamente por isso que esta pesquisa respeita a singularidade inerente aos indivíduos, os aspectos subjetivos presentes nesses processos, a histórica única de cada sujeito, tornando cada acontecimento e mudança dotados de peculiaridades importantes de serem consideradas e estudadas de forma a prezar tais aspectos.

Capítulo 3 - IMAGEM CORPORAL E O CÂNCER DE MAMA

A percepção que construímos em relação ao nosso próprio corpo depende de fatores sociais e individuais. Nossa auto-imagem é constantemente elaborada a partir de nossas experiências com o mundo exterior, sendo que a maneira como sentimos e pensamos o corpo também influencia nossa relação com o mundo. Sendo assim, a imagem corporal é construída através das experiências do sujeito no mundo e do mundo no sujeito, sendo ela atualizada a cada nova vivência.

Associado a isso, Breton (2006) refere-se ao corpo como sendo um instrumento em comunicação com o mundo, que fala e está impactado pelo social, e Schilder (1999) afirma que o mundo e o corpo são intimamente ligados, sendo duas experiências interconexas.

Schilder (1999) também nos ensina que as imagens corporais são determinadas através do meio social e justamente por isso não são estáticas. Assim, compreendemos que os aspectos relacionados à experiência corporal são transformados a todo o momento, considerando que a percepção que temos sobre o corpo tem influência sobre a percepção que temos sobre o mundo, sendo a recíproca verdadeira.

Para Breton (2006) o corpo está compreendido na trama social de sentidos. É através do nosso corpo que nos relacionamos com o mundo, somos reconhecidos através de nossa aparência, nosso corpo faz parte da nossa identidade e pode estar associado aos conceitos de beleza, higiene, elegância, descuido, juventude, velhice. Assim o corpo é um dos principais espaços de inscrição subjetiva.

Costa (2004) refere-se ao corpo como meio de obter aprovação social, pois mostrar-se com um corpo como o dos bem sucedidos é a maneira que muitas pessoas têm de, imaginariamente, ganhar reconhecimento. Então, o indivíduo assim pode acabar criando uma relação com seu próprio corpo em busca de uma imagem ideal e tratá-lo como se ele fosse um objeto para a realização social.

Essa realidade tem possibilidade de impor ao sujeito demasiada preocupação acerca de sua apresentação e sua forma física, pois esses novos valores centrados no corpo limitam a experiência do indivíduo no mundo.

Costa (2004) afirma que para a discussão frente à forma que lidamos com o corpo na atualidade, devemos entender que passamos por grandes modificações no modo de perceber o corpo. As novas tecnologias, a mídia, o desenvolvimento da ciência

e do sistema econômico do capitalismo traça nova forma de perceber a experiência humana.

Segundo Foucault, são elaborados novos produtos e tecnologias os quais objetivam embelezar o corpo e aprimorá-lo. Diante disso, nas sociedades capitalistas o corpo toma toda a atenção assumindo o foco social, a inserção nesse contexto acontece principalmente por meio da imagem e do *status* e, assim, os valores morais e o tradicionalismo estão sendo gradativamente trocados e transformados em direção a liberdade e a expressão corporal (COSTA, 2004).

O discurso médico inerente a saúde, qualidade de vida e a perfeição corporal está muito presente na vida dos indivíduos ganhando cada vez mais espaço e traçando um modelo de ser na sociedade. Esse discurso acaba por gerar uma atenção maior referente ao corpo e impondo uma necessária observação em relação a seu cuidado e aperfeiçoamento (LE BRETON, 2006).

Essas representações sociais em relação à corporeidade podem aumentar ainda mais a preocupação quanto à imagem corporal e interferir na constante elaboração do sujeito diante de suas vivências e sensações. Sendo assim, a experiência corporal observa-se, sobretudo, como uma experiência subjetiva e algumas rupturas como a doença traz possibilidades de diálogos entre o mundo físico e social.

À vista disso, quando um indivíduo passa por um processo de adoecimento e seu corpo sofre alterações, físicas e/ou psíquicas, conseqüentemente isso interfere no sentido que ele dá à sua imagem corporal de forma que sua identidade também pode ser afetada.

No caso do câncer de mama podemos ver claramente esse processo, principalmente porque o seio e o cabelo representam fortes símbolos da identidade feminina. Apesar de cada mulher com câncer de mama atribuir à situação um sentido subjetivo único, que depende de suas próprias experiências e do meio no qual ela está inserida, a grande maioria quando percebe o corpo alterado pela doença tem sentimentos negativos em relação a essa transformação, reconhecendo-a como uma mudança que deixou seu corpo desfigurado, incompleto, feio, menos feminino, menos sensual, menos atraente (CARVALHO, 2002).

E, como observamos, a sociedade valoriza demasiadamente a aparência, sendo essa angústia um dos desdobramentos não só individual como também social do câncer de mama. Destarte, a mulher também pode se preocupar com os pensamentos que os outros terão a respeito dela, sentir-se envergonhada e exposta e ter receio de encarar os

outros na rua (GIMENEZ, 1997).

Em relação a isso, Segal (1995) explica que o câncer de mama desdobra muitos elementos simbólicos e emocionais ao longo de sua vivência por causar danos em uma parte do corpo fortemente associada à feminilidade, maternidade, sensualidade, sexualidade.

Como já dito anteriormente, a ligação que estabelecemos com o mundo se dá através de nosso corpo, ele nos permite interagir com os outros e nos torna reconhecível. Logo, quando alguma doença resulta num dano à imagem corporal conseqüentemente a visibilidade da doença é gerada.

Assim, no adoecimento como o câncer de mama, a mulher pode mostrar fragilidade e vergonha em relação ao corpo modificado também devido a essa modificação ser visível, manifesta e exposta em sua maior parte, diferenciando-a dos outros. Esse corpo agora alterado terá impacto na forma como ela se relacionará com a sociedade, como ela será aceita e reconhecida pelos outros, sua relação com o mundo também é transformada (CARVALHO, 2002).

O processo de adoecimento do Câncer de mama possui um significado peculiar que diz respeito tanto à fatalidade e à iminência de morte, como ao risco de amputação de uma importante parte do corpo com significado emocional e sexual e o qual é símbolo da feminilidade. Sendo assim, destaca-se a significativa relação entre corpo e processos subjetivos.

Com relação a esse aspecto, Gimenez (1997) explica que o câncer de mama interfere no corpo feminino e conseqüentemente na identidade feminina, principalmente pelo fato do seio estar simbolicamente associado à feminilidade. Não menos importante, o cabelo também está simbolicamente associado à feminilidade. Quando o tratamento causa a queda do cabelo, a mulher constrói todo um significado em volta disso, podendo se sentir menos mulher, menos forte e ter sua auto-estima abalada. Tendo isso em vista, é relevante observar que muitas mulheres não reconhecem o próprio corpo, sentem-se mutiladas, deformadas, envergonhadas (SEGAL, 1995).

Entretanto é importante considerar que essa transformação ocorre de forma única e singular, já que diversos fatores contribuirão para a mulher se posicionar de determinada forma frente à situação e é justamente o que este trabalho defende, criticando veemente a universalização e generalização que desconsideram os aspectos subjetivos, negando conseqüentemente os posicionamentos singulares que apontam para fatores importantes e possíveis de serem trabalhados em virtude de maiores

possibilidades de adaptação frente à doença.

Faz-se necessário compreender o que o seio representa para a mulher e para a sociedade, pois através da percepção acerca desses valores e representações existentes é que nos aproximamos do entendimento quanto à construção de sentidos subjetivos em relação à corporeidade no processo de adoecimento aqui citado.

Capítulo 4 - METODOLOGIA

O suporte metodológico do presente trabalho refere-se à epistemologia qualitativa de González Rey (2005). Essa epistemologia envolve uma compreensão dialógica da pesquisa, a qual destaca a comunicação como importante fonte para produzir idéias a partir da informação empírica e considera o pesquisador como o sujeito do processo, assim como as pessoas que representam o objeto de pesquisa.

A escolha pelo referencial epistemológico qualitativo justifica-se pelos objetivos do trabalho, pois, considerando que a pesquisa qualitativa desenvolvida por González Rey (1997, 2005) permite o estudo relacionado aos aspectos inerentes à subjetividade, os objetivos propostos em questão serão atingidos de forma coerente. Mais especificamente, a metodologia qualitativa apresenta diretrizes as quais se mostram adequadas para esta pesquisa pelo fato de serem condizentes com o conceito de valorização dos aspectos subjetivos e constatarem o valor heurístico da experiência individual como importantes elementos e fontes de dados em uma pesquisa (MINAYO, 2007). Considerando que o estudo relacionado ao câncer de mama e a subjetividade tem como enfoque a peculiaridade e singularidade inerentes à experiência do sujeito, mostra-se apropriada uma metodologia de pesquisa que reconheça a importância do significado das experiências relacionais do sujeito e apresente capacidade de captar as riquezas e os aspectos presentes neste âmbito. Devido a essas considerações, esse estudo será fundamentado pela metodologia em questão.

Adicionado ao exposto acima, Pope & Mays (2005) descrevem a pesquisa qualitativa como uma metodologia que estuda as diversas experiências do sujeito de forma a averiguar, investigar e compreender os sentidos do sujeito frente às suas vivências, dando possibilidades do mesmo revelar sua percepção subjetiva de existência e mundo.

De acordo com González Rey (2005), o estudo qualitativo tem como norteador principal os seguintes conceitos: **o conhecimento é uma produção construtivo-interpretativa, o processo de produção do conhecimento tem caráter interativo e a significação da singularidade como nível da produção do conhecimento.**

O primeiro conceito refere-se ao conhecimento ser considerado como um processo de construção. Assim, a produção de conhecimento não é encarada de forma determinista, e sim como um processo de produção com caráter construtivo. Destarte,

esse processo não implica na relação de causa e efeito, não considerando uma realidade ordenada baseada em categorias universais do conhecimento (GONZÁLEZ REY, 2005).

O segundo conceito aborda que entre pesquisador e sujeito participante deverá existir interação para que o conhecimento possa ser construído, pois através de uma interação conversacional podemos identificar várias expressões simbólicas (GONZÁLEZ REY, 2005).

Nesse sentido, a metodologia qualitativa propõe que a produção do conhecimento envolva o pesquisador e, conseqüentemente, seus ideais e estilo pessoal. Relacionando-se a isso, o posicionamento de Lüdke & André (1986) afirma que a pesquisa implica, inevitavelmente, em trazer consigo valores e interesses que orientam o pesquisador e irão refletir em sua investigação, ou seja, não há separação entre o pesquisador, objeto de estudo e as construções elaboradas pelo mesmo.

O último conceito, por fim, mostra que o foco da epistemologia qualitativa é o estudo da subjetividade. A interpretação na relação entre pesquisador e indivíduo participante é considerada como produção única de informação de sentido subjetivo, cada sujeito é único na sua construção subjetiva e, portanto, a qualidade de expressão representa a legitimidade do conhecimento (GONZÁLEZ REY, 2005).

Sendo assim, observamos que esse tipo de metodologia enfatiza a linguagem como fonte poderosa de dados, já que ela nos concede o estudo minucioso dos aspectos envolvidos na subjetividade. Outra característica importante da linguagem é que a mesma é um processo bastante dinâmico e aberto, permitindo o desenvolvimento de um diálogo aonde o sujeito pode se expressar de forma livre e usar diferentes formas de expressão simbólica. Portanto, a comunicação é o principal instrumento utilizado no estudo sobre a configuração subjetiva e tanto o pesquisador quanto o indivíduo participante da pesquisa participam ativamente desse processo (GONZÁLEZ REY, 2002, 2005).

Dessa forma, a metodologia qualitativa acaba por facilitar o acesso à construção da subjetividade da mulher com câncer de mama, foco principal do trabalho, e os conceitos relatados acima podem ser devidamente utilizados durante o estudo de caso que este trabalho pretende realizar.

É importante ressaltar que esse trabalho tem como finalidade levantar questões sobre o assunto principal e construir informações que possam de alguma maneira contribuir para os estudos envolvendo os aspectos abordados aqui, não objetivando em nenhum momento encontrar e / ou formular verdades absolutas. Portanto, as

interpretações, construções e hipóteses constituem os principais aspectos abordados nessa pesquisa e os mesmos poderão sofrer novas articulações durante a realização da mesma.

Sobre esse assunto, Atlan, *apud* González Rey (2005), complementa:

“Não nego que exista uma realidade, apenas nego o fato de que uma teoria ou tradição, permitindo uma concepção exclusiva de realidade, defina esta com o qualificativo de “última”, como se não pudesse ir mais longe. Na minha opinião é sempre possível se aprofundar nas coisas. E por isso mesmo não se pode falar de “realidade ultima”. A realidade é algo a interpretar (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 66).”

E, ainda relacionado a isso, González Rey (2005) afirma que o conhecimento é caracterizado por um processo de construção que se legitima na capacidade de produzir, continuamente, novas construções através da tensão do pensamento do pesquisador com os vários eventos empíricos coexistentes no decorrer da pesquisa. A teoria na pesquisa qualitativa não é considerada um sistema estático e de resultado absoluto, contrário a isso ela é aberta e une tanto os pensamentos do pesquisador como o momento empírico da pesquisa. Tal momento refere-se ao resultado da tensão entre informação da realidade e teoria e permite ao pesquisador ampliar conhecimentos acerca do assunto. O sistema teórico e os fatos estão freqüentemente em contato, provocando múltiplos e imprevisíveis resultados, construções e elaborações teóricas.

Co-relacionando se a isso, González Rey (2005), relatou:

“A produção de conhecimento é um processo teórico comprometido com uma realidade que o desafia constantemente desde o momento empírico, desafio que constitui uma via de confrontação entre o estudado e o modelo teórico usado em sua significação. Dessa confrontação, dependerá tanto o desenvolvimento do modelo teórico, como o aumento de sua capacidade para gerar novas zonas de sentido sobre a realidade estudada. Nessa definição de teoria como processo em

desenvolvimento e confrontação permanente, não há espaço para dogmas que consideram as categorias um conhecimento preexistente invariável (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 37)”.

Em relação aos conceitos citados acima referentes à epistemologia qualitativa, Campos (2008) expõe críticas direcionadas à idéia de que a mesma não possui condições de generabilidade. O fato da mesma se limitar a uma pequena amostra, faz com que o conteúdo do estudo não possa ser ampliado para sujeitos que estão além da amostra analisada como a epistemologia quantitativa o faz.

A despeito disso, a epistemologia qualitativa opõe-se à epistemologia quantitativa, justamente pelo fato desta última considerar o conhecimento como uma realidade ordenada de acordo com categorias universais, generalizando e sobrevalorizando a razão humana a outros elementos humanos assegurando uma obtenção da verdade, com enfoque na lógica e interpretação mecanicista (GONZÁLEZ REY, 2002).

Tendo isto em vista, o conhecimento como produção possibilita a epistemologia qualitativa sair da lógica da resposta para a lógica da construção, saindo da idéia linear de causa e efeito, a qual tem probabilidade de reduzir e enquadrar o sujeito em limites fechados. Dessa forma, a metodologia qualitativa é efetivamente capaz de organizar conhecimentos a respeito da complexidade referente aos aspectos subjetivos da psique humana (GONZÁLEZ REY, 2005).

Nessa direção, Vasconcelos (2002) escreve que a teoria da subjetividade apresenta-se com a finalidade de construir um campo de conhecimento compreensível dos processos psíquicos, não enquadrando o sujeito em sistematizações universalistas e, assim, não permitindo que o sujeito caia em meio a tantas contradições.

González Rey (2002) refere-se à generalização como sendo um dos principais objetivos que sustenta o ideal positivista. Na concepção do autor, em psicologia a generalização envolve procedimentos como a padronização das categorias usadas nas elaborações teóricas, classificando todos os indivíduos que estudamos de forma a não levar em conta sua dimensão singular. Esses procedimentos acabam por dar surgimento a um conceito de generalização que “substancia” ou “coisifica” o generalizado, ou seja, aquele fator que se generaliza torna-se uma entidade “supra-individual”, aparecendo como verdade absoluta, impossível de se discutir, fixa.

O desenvolvimento e as configurações subjetivas são processos dotados de

conteúdos complexos, incoerentes, inconstantes, dinâmicos, instáveis, os quais não podem ser reduzidos a fórmulas universais, ou seja, o conhecimento e estudo acerca dos processos básicos da subjetividade não podem ser construídos por meio de entidades homogêneas, definidas de forma direta e universal no nível do comportamento. Minayo (2007) nos alerta nesse sentido. Segundo a mesma, para emergir o sentido é imprescindível tratar o sujeito individual, seu contexto, e relacionar a natureza desse sistema. Assim, ela destaca que devemos conceber processos complexos e explicações significativas, não causas gerais e origens únicas.

Esse ponto de vista é exatamente o que a epistemologia qualitativa propõe, envolvendo a compreensão dos complexos processos que constituem a subjetividade, desconsiderando a predição, descrição e controle da realidade. Portanto, essa metodologia considera a legitimação de todas as fontes de informação organizadas de forma coerente na construção do conhecimento interpretativo, garantindo sua legitimidade através do sentido que as informações têm para os sujeitos participantes do estudo.

Quanto a esses conceitos, Neubern (2003) afirma:

“Uma informação torna-se relevante em função de sua repercussão nos processos de construção de pensamento do terapeuta e não em função de uma categoria preestabelecida, ou seja, em função de sua qualidade para tais processos. Não são, portanto, a quantidade, a presença ou ausência, a frequência ou a afinidade com uma categoria universal que as informações apresentam que garantiriam sua legitimidade, pois tais características são comumente artificiais aos sujeitos e pouco condizentes com os processos complexos da subjetividade (NEUBERN, 2003, p. 51).”

Sendo assim, o trabalho com os critérios da epistemologia qualitativa analisa a qualidade da construção relacionada à sua pertinência e coesão com seus próprios pressupostos. Ela ressalta a importância do resgate do sujeito e sua subjetividade, direcionando ao reconhecimento da essência única do ser humano e da importância da apreensão desta realidade subjetiva no processo de produção e desenvolvimento do conhecimento (GONZÁLEZ REY, 2005).

À vista disso, torna-se evidente que a epistemologia qualitativa se diferencia da quantitativa por considerar a produção de idéias e pensamentos na dimensão da teoria, evitando categorias universais as quais simplificam e limitam esses processos. A partir disso, conclui-se que o valor do conhecimento não está no fato do quanto ele pode ser generalizado, e sim na possibilidade de construção acerca do estudado e na capacidade de ajudar os outros a evoluir e desenvolver na forma de pensar o tema pesquisado (BOOTH, COLOMB & WILLIANS, 2000).

Frente aos fatores expostos acima, a epistemologia qualitativa foi adotada como fundamentação do presente estudo. Acredita-se que os aspectos inerentes as configurações subjetivas feminina perderia sua riqueza de significações, singularidades e seus processos complexos se construída por outras diretrizes que não as referentes à pesquisa qualitativa, o que impediria o alcance aos objetivos aqui propostos. Por esta visão, a escolha da utilização da epistemologia qualitativa como suporte metodológico facilita o desenvolvimento da pesquisa em questão por enfatizar os processos de construção, os quais se transformam em dados valiosos na produção de um conhecimento mais complexo e rico.

4.1 - Procedimento Metodológico

Para a realização dessa pesquisa uma mulher que teve câncer de mama foi entrevistada. A mesma concordou em participar da pesquisa e as entrevistas ocorreram no período de maio a junho de 2009. O local das entrevistas foi na própria residência da participante e nos horários mais adequados à rotina da mesma. Os encontros ocorreram em três dias e tiveram duração de aproximadamente duas horas.

4.2 – Instrumentos

Os instrumentos são utilizados para a produção de informação e, portanto, devem facilitar ao máximo a expressão subjetiva do sujeito. Levando em conta a metodologia adotada para esse estudo, os instrumentos propostos são abertos e variados com a finalidade de auxiliar na construção de indicadores relevantes relacionados à constituição subjetiva do indivíduo (GONZÁLEZ REY, 2005).

A partir disso, conclui-se que os instrumentos são ferramentas interativas, sendo a entrevista e o completamento de frases dois importantes deles e os quais foram empregados para a efetivação do presente estudo. Estes instrumentos possibilitam o acesso à constituição de sentido produzida pelo indivíduo frente à nova situação presente em sua vida.

A entrevista apresenta como característica principal ser aberta e permitir a participante expressar-se de forma espontânea e livre em relação aos novos fatores existentes na sua experiência. Já o completamento de frases favorece a expressão de sentidos subjetivos, a partir do qual podemos construir hipóteses que participam da produção de informação. Assim como a entrevista, esse instrumento não possui regras restritas (GONZÁLEZ REY, 2005). Segundo González Rey (2005), um dos pontos relevantes da utilidade do completamento de frases é que ele evidencia a expressão de sentidos subjetivos diferenciados em áreas e aspectos muito distintos da vida das pessoas.

4.3 – Participante

Uma mulher, a qual recebeu um nome fictício, Patrícia, a fim de preservar sua identidade. A mesma tem 38 anos de idade, possui grau superior completo, trabalha como professora e é dona de uma confeitaria. Em um de nossos encontros, Patrícia me presenteou com alguns doces especiais feitos por ela mesma.

Patrícia mora sozinha, seu estado civil é solteira e a mesma não tem filhos.

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

A descoberta do câncer deu-se através de um exame ginecológico de rotina, a ginecologista solicitou uma mamografia e assim que recebeu os resultados ligou e pediu para Patrícia procurar um mastologista com urgência. Logo em seguida, ela começou a fazer todos os exames que lhe foram solicitados, dentre eles uma biópsia e um agulhamento. Os resultados confirmaram a suspeita de câncer de mama e no período de Outubro de 2007 os médicos realizaram uma cirurgia para a retirada do tumor em seu seio direito. Logo em seguida, ela já começou a fazer fisioterapia e quimioterapia. Fez algumas sessões de radioterapia posteriormente. Hoje toma remédio para os ossos devido aos efeitos colaterais e outros medicamentos por ainda estar enquadrada na linha de risco de acordo com os médicos, ou seja, Patrícia encontra-se na fase de controle da doença.

O tratamento do câncer é algo que muitas vezes é invasivo, pode provocar mudanças no corpo e muitas delas persistem mesmo muito tempo depois. Podemos observar esse fator no caso de Patrícia. A mesma descreve que até hoje se sente um pouco mal, fraca, enjoada e tem que se lembrar todos os dias de tomar o remédio para os ossos.

“ Eu me sinto um pouco mal hoje em dia porque teve efeito colateral, ta?! Por exemplo, nos meus ossos e eu tomo quatro comprimidos por dia, me sinto fraca, enjoada ...”

Ainda sobre o tratamento do câncer, a retirada do seio é um dos grandes exemplos de como o mesmo pode impactar agressivamente nos processos emocionais da mulher. A queda do cabelo também resulta em diversos elementos simbólicos e emocionais que se desdobram no curso dessa situação. Patrícia fala sobre sua representação quanto a esses fatores:

“Eu não ficaria e nem me sentiria mais tão feminina, toda mulher se importa com isso, você se olha no espelho e fica incomodada, um seio menor que o outro, ou

sem peito, sem cabelo, eu ia dar um jeito, mas não ia ficar careca e nem aleijada ...”

“Cheguei a comprar a peruca e isso foi uma coisa muito importante porque eu nem precisei usar ela e foi muito bom estar com ela lá na minha mão e nem precisar dela ...”

“Depois da cirurgia eu vi que o médico não tinha colocado o silicone e nem diminuído o outro. Porque, assim, a gente combinou que ele iria decidir na hora que se tivesse ficado muito pequeno ele iria colocar o silicone, mas se tivesse ficado só um pouco menor ele iria diminuir o outro seio pra ficar igual. Ele não fez nada, não sei se foi malandragem porque era convênio, não quero nem pensar nisso (...) Eu ainda quero fazer, eu fiquei com muita raiva, é horrível me olhar no espelho, não uso mais blusa decotada, eu tenho vergonha porque eu sou mulher, mas mulher tem peito direito, e aí?! Não sei te explicar, eu sei que eu sou mulher mas não como eu era, eu tenho peito e as partes da mulher só que eu não sou atraente, fiquei deformada, não me sinto mais tanto mulher, mas você entendeu que eu sei que sou mulher, né?! ...”

Frente a esses relatos, observamos que a produção subjetiva de Patrícia frente à situação se relaciona com as diversas representações sociais acerca da feminilidade, o que sugere que a produção subjetiva de Patrícia relacionada ao câncer sofre influência dessas representações sociais. Observa-se que as mesmas geram impacto na forma com que Patrícia se organiza e se posiciona diante das transformações e alterações físicas conseqüentes do adoecimento. Patrícia reduz o seu atrativo ao aspecto físico, e por sua vez, reduz o físico ao problema que esta enfrentando com o seio, para o qual existem diferentes alternativas de solução. Entretanto, percebe-se sua ansiedade em relação a isso e essa ansiedade pode, de fato, estar participando de sentidos subjetivos associados a outras esferas de sua vida, sobre os quais tentaremos aprofundar na presente análise.

No caso dos trechos selecionados acima, fica evidente a associação da identidade feminina ao seio e cabelo. Ela afirma que não se sente mais tanto mulher, o que mostra que a ausência de parte da mama gera impacto na forma como ela se sente como mulher, interfere na sua identidade feminina. As transformações corporais devido ao tratamento provocou uma ruptura em seus processos subjetivos, impactando na forma como Patrícia se vê.

Diante da possibilidade de perder uma parte do seio e o cabelo, Patrícia gera alternativas com a finalidade de resgatar sua feminilidade e seu corpo original, não

adoecido, não mastectomizado.

“... eu também exigi a cirurgia plástica na hora que soube que ia ter que fazer a cirurgia porque eu disse que não queria ficar aleijada ...”

“Eu estava me sentindo muito feia, já estava até atrás de uma peruca. Caía cabelo, caía mais do que o normal, ficou ralo, tá?! Mas eu não fiquei careca, ficava muito enjoada, dava muito sono.”

“... feia, deformada e amputada é assim que me sinto, mas se você me perguntasse o que mais me incomoda, tá?! É que eu não me vejo completa, eu sou mulher, mas não por inteiro ...”

Apesar da cirurgia não ter sido realizada após a mastectomia e ela não ter feito uso da peruca, Patrícia estava se organizando diante da condição imposta pelo adoecimento encontrando maneiras pelas quais ela poderia atenuar as prováveis transformações em seu corpo. Através dessa atitude, Patrícia consegue criar novas possibilidades conseguindo sair do espaço impositivo que a doença deu surgimento e ocupar um espaço no qual ela ainda poderá ter cabelo e seio, revertendo de certa forma a situação e sendo sujeito ativo desse processo. Considero interessante destacar a intenção de Patrícia de cuidar da aparência para evitar os sentimentos ruins que as transformações dariam surgimento, pois evidencia a relação de associação existente entre sua auto-estima e auto-imagem.

De acordo com esses elementos, os autores Brenelli & Shinzato (1994) falam que a retirada das mamas através da mastectomia pode provocar na mulher um abalo na imagem corporal. No caso de Patrícia, a possibilidade de seu corpo ficar sem o seio ou parte dele se tornaria um corpo aleijado em se tratando de sua percepção. Depois da cirurgia, aonde de fato ela perdeu e vivenciou a experiência de estar sem parte do seio ela afirma que se sente deformada e incompleta como mulher, se sente feia, mostrando a significativa relação de sua auto-imagem com sua auto-estima e sua identidade.

Esses autores afirmam que a mama simboliza a feminilidade, tendo ela um caráter feminino. Para eles, ao longo dos séculos, as mamas sustentam uma conotação de beleza, nutrição, sensualidade e feminilidade. Portanto, pacientes que sofreram alguma deformação mamária serão possíveis de manifestar alterações na imagem

corporal que, por sua vez, poderão dar desdobramentos a sentimentos negativos diante da situação.

Esses conceitos e os relatos de Patrícia apontam para uma representação dominante quando se relaciona o seio à feminilidade, aonde um impacto em um desses pontos implica em um impacto no outro.

Gimenez (1997) também discute as representações acerca do seio, desta parte como sendo definidora da identidade feminina. Muitas mulheres quando precisam fazer a cirurgia para a retirada da mama sentem-se mutiladas, deformadas, envergonhadas (SEGAL, 1995).

Patrícia fala sobre a vergonha e a frustração de se olhar no espelho:

“... acho que meu caso foi menos sério, mas mesmo assim me sinto incomodada com uma parte a menos do seio, fico triste quando fico me olhando no espelho, tento evitar, não fico querendo olhar; tenho vergonha de trocar de roupa até mesmo na frente da minha irmã, mas ao mesmo tempo não é algo que me incomoda tanto assim, fico um pouco frustrada, me incomoda, mas, assim, fico pensando que o meu caso foi um dos melhores, não precisou tirar tudo, ficou menor, não é tão legal, né?! Mas não está tão ruim quanto poderia ter ficado (...) Eu tenho que ser agradecida por estar viva, ta?! Eu tenho que pensar mais no lado bom porque senão eu fico muito triste, no fundo no fundo todo dia eu tento fugir do espelho porque eu me esforço pra não ficar incomodada, mas eu tenho que me esforçar e isso já mostra como é horrível, é muito ruim você vê seu corpo detonado, sua beleza toda deformada, isso acaba com a mulher; qualquer mulher ...”

No completamento de frases Patrícia expressou o seguinte, tendo relação com o que foi exposto acima:

Dói: ver que fiquei aleijada, dói meu seio;

Fico triste: com meu corpo;

Ao mesmo tempo em que Patrícia afirma que não se incomoda tanto com a transformação ocorrida em seu seio, ela também afirma que fica muito triste e que é

algo horrível que acaba com a mulher. González Rey (2005) nos ressalta que as contradições participam dos processos da subjetividade e a produção de sentidos subjetivos é um processo contraditório. A produção subjetiva de Patrícia aqui se apresenta de forma incoerente e inconstante, mas isso também pôde ser percebido através de sua postura e gestos no decorrer de nossas entrevistas, as quais tiveram muitos sorrisos em momentos relacionados à descoberta do câncer e ao medo de morrer.

Também podemos observar através desse trecho a constante tensão presente no processo subjetivo de Patrícia diante da situação, aonde a mesma se incomoda com a transformação em seu corpo conseqüente da doença e afirma que isso acaba com a mulher, mas ao mesmo tempo considera que não está tão ruim e deve ser agradecida por estar viva. Adicionado a esses fatores, a mesma fala que deve pensar mais no lado bom da situação e essa reflexão pode ajudá-la a dar novos sentidos aos momentos difíceis e a não se colocar como vítima frente à doença.

Os relatos acima indicam que Patrícia está em processo de adaptação em relação ao seu novo corpo, existindo um processo de integração dessa nova dimensão em seus processos subjetivos, a mesma se sente triste em relação à ele, mas também acha que não está tão ruim.

Através do relato de Patrícia sobre a experiência de sobreviver ao câncer de mama, observa-se que o processo de adoecimento é capaz de transformar fortemente a maneira pela qual a pessoa adoecida segue sua vida. Relacionado a isto, Patrícia comenta a seguir:

“...eu não gosto de verdura, tá?! Eu tenho que comer mesmo, eu gosto de algumas verduras, as mais escuras, mas eu não gosto muito. E eu sei que eu tenho que comer, minha família sempre fica cobrando e preocupada com isso também. Então assim, hoje eu tomo mais cuidado em relação a isso, tá?! Eu também comecei a fazer natação, comecei a cuidar e prestar mais atenção em mim, tá, e nas pequenas coisas. Tento passar mais tempo com a minha família, tento fazer mais as coisas que eu gosto ...”

Patrícia também fala sobre o que a levou a tentar se cuidar e aproveitar mais seu

tempo e sua vida:

“... antes eu ficava naquela coisa de “ah, amanhã eu faço, amanhã eu vejo, amanhã eu digo”, mas agora eu tento viver mais o presente e dar mais valor as coisas. Acho que aproveito mais a vida. Santa mãe, ter câncer faz você parar pra pensar em como foi sua vida, no que você deixou de fazer, pensar que tudo acabou e que você não vai poder mais melhorar e nem concertar as coisas, que sua vida está contando, ali correndo, você acha que a qualquer momento as coisas podem acabar, aí quando você consegue fazer a cirurgia, vê que os exames deram que está tudo bem, é como se você tivesse uma outra chance de viver e tentar concertar os erros de antes, tentar aproveitar mais ...”

“Eu lembro que quando eu soube do resultado a primeira coisa que eu perguntei é quantos dias eu ainda tenho de vida (risos).”

“... bom, tenho câncer de mama, tenho câncer e de repente eu vou morrer, né? Aí, eu pensei: bom hoje eu não vou nem dormir ...”

Esses trechos apontam para o fato da doença ter levado Patrícia a mudar de forma positiva alguns aspectos do modo de vida, como ela mencionou, por exemplo, ter começado a nadar, a valorizar mais seu tempo pessoal e sua relação com a família, fatores estes que irá se traduzir numa vida melhor pra ela.

Aqui também observamos o câncer e seu poder de quebrar a temporalidade futura e sua associação ao conceito de morte. Patrícia apresenta sua representação quanto ao câncer poder fazer as coisas acabar a qualquer momento. Ainda em relação a isso, no completamento de frases Patrícia completou a seguinte frase:

Às vezes tenho: medo de morrer;

Minha vida hoje: é hoje;

Preciso: lutar para viver;

Desejo muito: não ficar doente pra não morrer;

Gostaria de saber: sobre pós-vida;

O presente: é precioso;

Com relação a isso, González Rey (2006) afirma que as doenças associadas ao conteúdo de morte geram insegurança e desesperança nas pessoas que a apresentam, pois a forte idéia de grandes possibilidades de morte associadas à doença é capaz de interromper a temporalidade futura do indivíduo. A comoção que o tema da morte provoca no indivíduo se mostra relacionada às representações sociais da doença, todavia o sujeito é capaz de produzir novos sentidos subjetivos e novas representações diante da experiência vivida, e isso conseqüentemente poderá criar novas possibilidades e alternativas para a situação facilitando seu desenvolvimento individual.

Assim, observamos que ao mesmo tempo em que Patrícia fala que acha que a qualquer momento as coisas podem acabar ela gera alternativas subjetivas que lhe possibilitam produzir sentidos subjetivos em que se percebe diante de uma nova chance e que a faça valorizar mais o presente, aproveitando mais a vida. Inclusive sabendo que o câncer ainda pode voltar, ela se mostra mais segura depois de ter recebido os exames mostrando que tudo estava em bom funcionamento, criando novas esperanças e considerando que isso é uma nova chance para ela continuar a viver de forma mais proveitosa.

Através da experiência de ter câncer de mama, observamos que Patrícia mudou sua forma de se relacionar com o mundo e consigo mesma, valorizando mais alguns momentos de sua vida, focando em fazer mais as coisas que gosta e mudando alguns hábitos com o intuito de se cuidar mais. No caso de Patrícia, a doença trouxe a possibilidade de ela reavaliar sua vida em direção a aproveitá-la de forma mais ampla. Este processo demonstra a capacidade do ser humano de produzir novos sentidos às situações pelas quais ele vivencia.

A experiência de Patrícia também expõe a transformação da relação entre os familiares. No caso dela, a família sempre foi unida, mas isso se tornou ainda mais evidente quando souberam que ela estava com câncer. Esse fator se esclarece através dos seguintes trechos:

“Assim que eu contei pra minha irmã ela ficou lá em casa comigo. É tão bom ter alguém assim pra te carregar, te cuidar, né?! A gente conversou e chorou muito juntas ...”

“... minha família, minhas irmãs e papai é minha base, é a coisa mais

importante pra mim. Ver que eles estavam do meu lado, assim, eu não precisava de mais nada.”

“Quando eu acordei no outro dia eu acordei outra, já não estava mais chorando. Quando eu fui tomar o café estava todo mundo na mesa da cozinha, minha outra irmã tinha ido pra minha casa e papai também. Estava todo mundo dando força um pro outro (...) nós fomos muito unidos, muito, muito mesmo, então todo mundo deu todo o apoio. Minha irmã, por exemplo, ela faz e fazia tudo, tanto que eu sempre brinco que ela sempre está do meu lado. Ela me acompanhava em tudo, ia pra todos os lugares comigo. Já o papai me passava muito segurança, ele nunca dá pânico, é muito tranqüilo, ele sempre falava pra mim que eu ia me curar. E eu sempre levava isso comigo.”

“... eu estava com medo e muito triste, mas eu me sentia tão amada e adorava esse cuidado todo, mas é porque também eu sempre fui muito mimada, né?! Acho que sou mal acostumada (risos).”

O cuidado e a preocupação dos familiares em relação à situação de Patrícia foi bastante significativo para ela, a qual foi capaz de produzir novos sentidos subjetivos diante da doença dando início a sentimentos ambíguos. Ao mesmo tempo em que ela sentia medo e tristeza com o adoecimento, este processo lhe permitia se sentir mais cuidada e amada por seus familiares visto que eles passaram a dar mais atenção a ela. No completamento de frases Patrícia escreveu no tópico família as palavras solidária e saúde, apontando para o fato de Patrícia reconhecer o carinho de seus familiares e associá-los à saúde. No tópico referente a palavra “pai” Patrícia completou com “meu herói”.

As demonstrações de afeto de seus familiares influenciaram na produção de sentidos subjetivos positivos em relação à doença, a qual a colocava em uma condição de estar cercada de seus familiares e estar recebendo muito carinho e apoio, passando-lhe a sensação de estar sendo cuidada e com saúde.

No desenvolvimento desse ponto em nossa conversa, Patrícia mostra sua preocupação em relação à sua família estar sofrendo com a situação dela:

“Esse dia era sexta feira ainda e realmente eu chorei a tarde inteira e meus

familiares também, a minha irmã disse que nesse dia ela começou a sentir um pânico, né?! E eu também. Santa mãe! Eu pensei “vamos ter que cuidar disso”.”

“ ... e eu chorei muito, tá?! minha colega ia muito lá em casa e a gente olhava muito a mamografia e eu chorei muito com ela, sinto que com ela eu pude desabafar eu podia chorar porque eu ficava tentando ser forte pra não passar o medo pra papai e minhas irmãs ..”

Através desses relatos, pode-se observar que a produção subjetiva de Patrícia relacionada à doença e à família deu surgimento a sentimentos de cuidado e ser amada, mas também deu surgimento a pensamentos de preocupação e essa preocupação gerou angústia em Patrícia a ponto de fazê-la evitar desabafar e chorar com seus familiares e se sentir mais a vontade com sua amiga, pois não queria passar seu medo para eles. Isso se configurou em outro fator de estresse, já que além de ter que lidar com seu medo ela ainda tentava lidar com o medo de seus familiares.

Essa observação traz a tona o fato do processo do adoecimento não envolver isoladamente o paciente. O doente faz parte de uma rede social que também se posiciona em relação à situação e à doença interferindo na forma do doente enfrentar a situação, o paciente não está isolado. Patrícia se distanciou de seus familiares na medida em que não se sentiu a vontade para desabafar com eles e isso poderia ter se configurado em um elemento negativo para o enfrentamento da doença, mas Patrícia encontrou alternativas para esse contexto se apoiando na amiga, a qual ela se sentia mais a vontade.

Nos relatos a seguir, podemos observar a influência da religião de Patrícia na forma com que ela vivenciou sua doença:

“Aí quando eu fui dormir, chorei, mas aí eu conversei com Deus e mentalizei a imagem de Jesus com as mãos abertas saindo luz, colocando luz pra mim, passando luz pra mim e eu entreguei minhas mãos, conversei com Ele dizendo que era nova e que eu tinha muitas coisas pra fazer na vida (risos) e que eu não queria morrer ...”

“... eu fiquei assim agoniada, mas aí eu conversei com Deus e eu me entreguei tanto em uma oração pra Deus que uma hora eu fiz assim com as mãos em concha e me entreguei nas mãos Dele, entreguei meu caso e confiei que tudo ficaria bem. E eu

achei muito interessante porque eu dormi, eu não perdi o sono ...”

A religião, como sentido subjetivo para Patrícia, lhe deu suporte emocional, tranquilizando-a e de certa forma lhe dando esperança e força para encarar o medo e a angústia gerada pela sua condição de portadora de câncer de mama. Observamos também, mais uma vez, o câncer fortemente associado ao conceito de morte.

Outro medo bastante evidente nos relatos de Patrícia é o medo da recidiva.

No completamento de frases, Patrícia deixa isso bastante evidente:

Nunca: mais quero ter câncer;

Receio: acontecer tudo de novo;

Espero o dia: da certeza;

Meu sonho: é a cura que não tem perigo do câncer voltar;

Através da transcrição de algumas partes de sua fala também remetemo-nos a essas considerações:

“Toda vez que eu faço exame eu fico com medo, pensando “será que tem alguma coisa?” e sempre olho logo o resultado.”

“A dificuldade é que existem riscos nos dois anos seguintes a cirurgia e até os cinco anos depois existe perigo, depois disso não.”

Esse risco da doença retornar ou desenvolver metástase pode desencadear ansiedade e sentimentos de angústia nas mulheres que têm câncer de mama. No caso de Patrícia, observamos que ela sente medo e fica apreensiva nos momentos em que faz o exame, mas no momento em que recebe os resultados dos mesmos explicitando que seu organismo está em bom funcionamento, ela encara isso como mais uma conquista e um passo adiante, não permanecendo constantemente preocupada após receber os resultados dos exames de rotina como podemos observar a partir das falas a seguir:

“ Santa mãe, saio de lá querendo pular, você não imagina a sensação que é, de conquista, de um passo adiante na vida (...) Fico nas nuvens, tá?! (Risos) Saio de lá e faço um monte de doces, minhas irmãs e papai, a gente come tudinho, tipo uma comemoração, tá?!”

“... vou trabalhar, fazer minhas coisinhas, é uma sensação de alívio, ganho a vida de novo ...”

“Eu falo que tive câncer e digo que todos devem fazer exame também porque é muito importante e também digo que câncer não é um bicho de sete cabeças, ele vêm e passa.”

Referente a esse aspecto, no completamento de frases Patrícia completou a frase “Não gosto de” com a palavra “exames” e logo depois completou a frase “É muito fácil” escrevendo “depois que passa os exames e fico aliviada de novo”.

Apesar de relatar sentir medo nos momentos de fazer os exames de rotina, para acompanhar seu estado, e saber que ainda está na fase de risco, o processo de subjetivação de Patrícia referente à doença mostra que ela atribuiu sentido ao câncer como sendo uma doença que vem e passa. Aqui é importante lembrar que Patrícia expressou seu medo de morrer por ter câncer mama, porém diante da experiência e diante da conquista de receber os resultados do exame certificando que tudo está bem, a mesma produziu sentido subjetivo de forma a considerar o câncer como um processo de adoecimento que vem e vai.

Assim, observamos que o medo de morrer existiu diante da descoberta do diagnóstico e podemos dizer que esteve muito associado às representações acerca do câncer estar associado à fatalidade. Posteriormente, através da experiência de ter câncer de mama e a vivência de conseguir retirar o tumor e não mais ter câncer, tendo exames que comprovam isso, Patrícia atribuiu novos sentidos frente ao processo e se posicionou de forma contrária, deixando de associar o câncer à morte a partir de uma tensão entre sua subjetividade individual e social.

Dessa forma, podemos observar sentidos já anteriormente existentes contrapondo-se com os novos sentidos que emergem diante da experiência atual de Patrícia. Os elementos presentes nesse contexto, bem como os preexistentes a ele, integram-se de forma a dar surgimento a novas configurações subjetivas.

Patrícia não é casada e nunca teve um relacionamento sério duradouro. Quando conversamos sobre como ela visualizava passar por este processo de adoecimento ao lado de um companheiro, a mesma relatou o seguinte:

“Santa mãe, é difícil (...) mas assim, o que toda mulher quer é que o homem dê apoio, fique do lado, mas homem dá trabalho e acho que é difícil não se sentir triste com ele vendo você aleijada, antes normal e agora assim...”

“... porque tem o lado bom e o ruim, mas é lógico que eu queria que me tratasse igual uma princesa, cuidasse de mim, mas claro que também eu ia ficar com vergonha (...) mas não é nem aquela vergonha, sabe, vergonha que a gente tem de tirar a roupa, de ficar de biquíni, do cara ficar analisando a gente de cima pra baixo e de baixo pra cima (risos) mas é aquela vergonha triste, que você fica triste de estar assim, de mostrar uma coisa feia porque aí não tem nem como disfarçar, esconder, né, e é você.”

Sobre esse tema, os complementamentos de frases foram os seguintes:

Os Homens: são maravilhosos e cruéis ao mesmo tempo;

Um parceiro: é complicado;

Namorados: vivo sem e muito bem;

Através dos trechos selecionados observamos que Patrícia tem uma representação de que homem dá trabalho e é cruel. Ela expressa suas fantasias em relação à possibilidade de ter um homem ao seu lado nessa situação, gostaria que ele cuidasse dela, mas ao mesmo tempo afirma que ficaria com vergonha e triste de mostrar seu corpo da forma que ela o enxerga, aleijado e feio.

É bastante evidente a forma com que as alterações físicas no corpo de Patrícia a abalaram no que diz respeito a sua auto-estima, identidade feminina, vaidade, auto-imagem. Em um dado momento de nossa entrevista, a mesma relatou que desde pequena tinha um corpo que todos elogiavam e sua mãe inclusive a incentivava a fazer atividades que tonificassem seu corpo. Abaixo podemos compreender tais aspectos a partir de seus próprios relatos:

“... eu sempre fui “socadinha”(risos), toda durinha, barriga lisinha, comia muito mocotó e acho que foi isso ...”

“Quando eu era pequena eu fiz balé e fiquei até os 13 anos, lembro que as meninas da minha idade já tinham peito e eu ainda era tão menina, mas isso também nem me incomodava. Mas aí, logo depois, quando fiquei (...) na época que fiquei menstruada, eu de repente era peituda, mas era peituda proporcional, sabe?! Fiquei tão orgulhosa, feliz porque aí agora eu virei mulher, né?! (risos)”

“... eu era muito magrinha e comecei a malhar, aí teve um dia que eu cheguei em casa, e eu já tava ficando mais encorpada, aí minha mãe virou pra mim e deu um sorriso tão bom, ela disse “muito bem, filha”. Ela sempre pagou academia e nessa época a gente tinha até um professor particular (...) Eu me sentia extremamente bem, tá?! Eu pensava assim, estou saudável e estou linda, aí colocava uma calça baixa e uma blusinha apertadinha, saía e minhas amigas falavam, os meninos olhavam, olha, eu me sentia tão bem ...”

“Uma vez eu troquei de roupa na frente de uma amiga, eu já era até velha, tinha uns 26 anos, e essa amiga virou pra mim e falou: “nossa, você tem o peito mais lindo que eu já vi”. Na hora eu gostei, mas também fiquei sem graça, aí ela até comentou que era porque ele era redondinho, durinho, em pé. Quem não ficaria sem graça, né?! Mas também que mulher que não ia gostar ...”

Assim, observamos que Patrícia se sentia muito reconhecida e feliz quando os outros falavam sobre o seu corpo, algo que acontecia com muita frequência. Isso acabou incentivando-a a cuidar mais do corpo e a valorizá-lo mais. Patrícia se sentia aceita naquele corpo, sentia-se bela através dos relatos dos que estavam próximo a ela.

Esses aspectos que foram presentes em determinada época de sua vida se relacionam com os aspectos atuais. Agora que Patrícia sofreu uma transformação em seu corpo, ela não gerou alternativas e novos sentidos subjetivos os quais a possibilitam sentir-se ainda feminina e bonita. A ruptura que o câncer de mama gerou fez com que Patrícia não mais se sentisse tão feminina e mulher.

Outro fator que também aconteceu em sua história de vida que se mostra relevante diante das observações feitas até aqui é um relacionamento amoroso que Patrícia teve quando tinha 21 anos. Segue abaixo algumas de suas considerações a esse assunto:

“Eu tive alguns namoradinhos, ta?! Mas o único que eu considero foi quando eu namorei um menino que estudava. Acho que por isso que eu e minha família levamos ele mais a sério. E também foi o único que eu gostei mesmo. Tem aquele ditado que diz que mulher gosta de ser mal tratada, santa mãe, eu gostei tanto desse menino e ele me fez sofrer como nunca. A gente namorou alguns meses, mas a gente estava e não estava, era uma bagunça. Ele me fazia me sentir tão mal, hoje eu fico até assustada, como pode menina, uma mulher ser tão burra e cega, eu até mudei a cor do meu cabelo (...) mas o que eu quero te contar é que ele era muito de aparência. Ele reparava em tudo, marca, se tava combinando ou não, e olha que ele nem tinha dinheiro. Na época, eu era muito menina e apesar de sempre me importar e cuidar do meu corpo eu era, como se diz, eu era nem aí pra roupas, jóias, bolsas e quando a gente foi dormir juntos pela primeira vez ele foi um super grosso, no meio do “xuéxué” ele vira pra mim e fala: “ah, perai, né, Patrícia, seu sutiã não tem nada a ver com sua calcinha”...”

“... ele ficava preocupado em malhar, só que ele parou e aí ele ficava preocupado era por mim, ele ficava falando que eu tava gorda, que minha bunda estava caída, teve até uma época que eu fiquei doida e parei de comer e malhei muito. Ele sempre me colocava lá embaixo ...”

“Teve uma festa que a gente foi, ta, e eu fui de salto alto, daqueles que você bate até a cabeça no teto (risos). Aí a gente ficou até tarde e deu umas 5h da manhã e você acredita que ele não deixou eu tirar a sandália e ficar de chinelo?! Ele disse que isso não era atitude de mulher ...”

“... e era assim tão crítico que quando vinha um elogio era (...) eu pensava que só podia ser algo fenomenal. E não é que ele era louco pelo meu peito?!”

Diante dessas experiências, Patrícia se reconhece como mulher e se sente aceita em especial por uma parte do corpo. Ela deu símbolo e significados ao seu seio os quais sofreram influências dessas experiências vivenciadas por ela. Assim, quando essa parte do corpo sofreu modificações, toda a simbologia e significado que o corpo representa pra ela também gera modificações na sua forma de se relacionar com o mundo e consigo mesma.

No completamento de frases, em relação aos aspectos que dizem respeito ao corpo Patrícia escreveu:

Meu corpo hoje: é mais pesado;

Meu corpo antes: perfeito;

O complemento dessas frases mostram que Patrícia era satisfeita com o corpo que tinha antes e que o corpo de hoje lhe passa a idéia de ser mais pesado. Isso torna ainda mais evidente a insatisfação que Patrícia teve diante da alteração ocorrida em seu corpo, como já relatada anteriormente, e sugere que a mesma não ampliou suas possibilidades através da produção de novos sentidos subjetivos diante da situação.

A experiência de namoro que ela nos relata nos indica que essa vivencia contribuiu para a mesma se posicionar de forma a achar que os homens podem ser cruéis e é complicado ter um parceiro.

Através do completamento de frases podemos observar também outros aspectos relacionados à representação de homem ou companheiro para Patrícia:

Posso ter medo: de me relacionar;

Prefiro: ficar sozinha do que mal acompanhada;

A experiência que Patrícia teve com o namorado gerou um impacto muito importante quanto à significação que a mesma atribuiu ao seu corpo, quanto à significação que o corpo tem em sua vida. O tipo de experiência que ela teve com esse namorado, o qual faz parte da sua história de vida, fizeram com que ela se sentisse de forma muito ruim, dando ênfase e destacando o seu corpo, em especial os seus seios.

A relação que Patrícia teve com sua mãe e suas amigas também apontam para uma relação aonde a valorização de seu corpo estava presente. O fato de sua amiga, assim como o namorado, também ter dado ênfase e apreciado de forma especial o seio de Patrícia contribuiu para a mesma dar significativa importância para essa parte de seu corpo.

Assim, as configurações subjetivas de Patrícia relacionada ao corpo têm aspectos inerentes às relações que fizeram parte de sua vida, aonde o processo subjetivo da mesma ocorre dentro desse contexto.

Frente a essas observações, sugere-se que a mesma a partir de suas vivências passou a se sentir segura e aceita possuindo um corpo e um seio que era elogiado e observado de forma positiva. No momento em que esse corpo e essa parte sofreram algumas transformações, Patrícia organizou subjetivamente essa experiência de forma a gerar transformações em sua identidade, auto-estima, auto-imagem.

Essas experiências pelas quais ela passou também refletem a forma com que Patrícia se posiciona e se comporta frente ao seu contexto atual. Suas escolhas perpassam por essas experiências diante de contextos atuais.

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como base a teoria da subjetividade e a epistemologia qualitativa desenvolvida por González Rey. Dessa forma, o estudo de caso nos permitiu levantar reflexões em relação às configurações subjetivas da mulher com câncer de mama.

Observamos que o impacto de novos acontecimentos em nossas vidas, sejam eles quais forem, tem relação com o contexto atual e com a história de vida do indivíduo. O impacto do adoecimento do câncer de mama na mulher está associado a fatores da subjetividade social e de configurações subjetivas constituídas ao longo de seu histórico de vida, o qual é único.

À vista disso, compreendemos a importância de se considerar o aspecto histórico-social do sujeito para a compreensão quanto à forma com que o mesmo se posiciona frente a novas situações.

Os sentidos subjetivos que emergem diante do processo do câncer de mama estão associados à história de vida da mulher, da cultura na qual a mesma se encontra e no contexto atual em que ela se relaciona. O câncer de mama se organiza constituindo configurações subjetivas na mulher a partir de diversos sentidos subjetivos da história singular da mesma e de seu contexto atual, sendo estas as características presentes em qualquer processo da configuração humana.

Destarte, a padronização e universalização das experiências vividas no percurso de nossas vidas mostram-se errôneas e inválidas, sendo importante examinar, considerar e compreender todo o conjunto de sentidos subjetivos os quais se entrelaçam com as representações sociais historicamente específicas e com a subjetividade individual e social de cada indivíduo.

Através do conhecimento e pesquisas direcionadas ao principal tema em questão podemos desmitificar generalizações, conceitos acerca do natural e normal e banir exigências quanto a obedecer e seguir padrões estipulados, fatores que contribuem para incapacitar a pessoa de se posicionar como sujeito nos processos que acontecem em sua vida. Através da conscientização quanto à especificidade dos processos inerentes à vida do indivíduo, o mesmo pode se sentir capaz de construir sua realidade e subjetividade, se posicionando como sujeito ativo desses processos, construindo sua forma singular de

viver e ampliando suas possibilidades ao enfrentar novos acontecimentos, mesmo estando diante de uma doença que lhe representa ameaça à própria vida.

O caso de Patrícia nos mostrou a relação existente entre a corporeidade e a produção de sentido subjetivo, aonde o sentido subjetivo é constituído, vivenciado e expressado também através do corpo. Assim, considera-se importante compreender os sofrimentos do corpo enquanto expressões subjetivas e critica-se o modelo biomédico o qual dá ênfase na doença desconsiderando o doente nos processos de adoecimento (FREITAS, 2005).

Também pudemos identificar a influência que as representações sociais exercem sobre a forma de enfrentar o câncer de mama, sendo notável ressaltar a importância do estudo relacionado às representações para, assim, compreendermos o posicionamento dos indivíduos diante dos processos inerentes a sua vida. Adicionado a isso, torna-se possível contribuir para que o indivíduo amplie suas possibilidades frente à situação e ocupe um lugar de sujeito ativo diante da doença.

REFERÊNCIAS

- BAYER, C. M. **As configurações de Sentido Subjetivo no Câncer de Mama**. Tese de Mestrado em Psicologia – Universidade de Brasília: Instituto de Psicologia, 2004.
- BRENELLI, H. B. & SCHINZATO, J. Y. **Terapia de Apoio à pacientes com câncer de mama**. Em: DIAS, E. N. **Mastologia Atual**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- BRETANI, M.M.; COELHO, F.R.G.; IYEYASU H. & KOWALSKI L.P. **Bases da Oncologia**. São Paulo: Marina, 1998.
- BOOTH, W. C.; COLOMB, G. G. & WILLIAMS, J. M. **A arte da pesquisa**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- BUZAID, A. C. **Oncologia Clínica - Manual Prático do Hospital Sírio Libanês**. São Paulo: Dendrix, 2006.
- CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.
- CAMPOS, L. F. L. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia**. Campinas: Alinea, 2008.
- CARVALHO, M. M. M. J. **Introdução à Psiconlogia**. São Paulo: Livro Pleno, 2002.
- CARVALHO, V. A. **Atendimento psicossocial a pacientes de câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- COSTA, C., LUNARDI F. W.D. & SOARES, N.V. **Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe**. Revista Brasileira de Enfermagem, Vol. 56, n. 3, pp. 310-314, 2003.
- COSTA, J. F. **O vestígio e a aura - Corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- CURY, A. F. **Aspectos Emocionais da Cirurgia Ginecológica**. Revista Feminina de

Ginecologia, Vol. 28, n. 9, outubro. São Paulo: Ponto Planejamento, 2000.

DA SILVA, M. **Câncer de Mama**. Minas Gerais: Pelicano, 2005.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Abril, 1978.

FREITAS, J. de L. **Ruptura e sentido na experiência de adoecimento e morte**. Tese de Doutorado em Psicologia - Universidade de Brasília: Instituto de Psicologia, 2005.

GUAZZELLI, M. de & OLIVEIRA, M. **Câncer de Mama - Prevenção e Tratamento**. São Paulo: Yendis, 2008.

GIMENEZ, M.G.G. **A mulher e o Câncer**. Campinas: Editoral Psy, 1997.

GONZÁLEZ REY, F. L. (1997). **Psicologia e Saúde: desafios atuais**. Psicologia: Reflexão e Crítica. Vol. 10, n. 2, pp. 275-288.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson, 2002.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson, 2003.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo: Thomson, 2004a.

GONZÁLEZ REY, F. L. **O social na Psicologia e a Psicologia Social: a emergência do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 2004b.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Thomson, 2005.

GONZÁLEZ REY, F. L. **As representações sociais como produção subjetiva: seu**

impacto na hipertensão e no câncer. Psicologia: Teoria e Prática, Vol. 8, n. 2, pp. 69-85, 2006.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Psicoterapia, Subjetividade e Pós-Modernidade - uma aproximação histórico-cultural.** São Paulo: Thompson, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **A situação do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2006.

JODELET, Denise. **As representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

LAPLATINE, F. **Aprender Antropologia.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo.** Petrópolis: Vozes, 2006.

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

MADEIRA, M. C. **Representação social, racionalidade e linguagem.** UFRN/NEPERS: Mimeo, 1999.

MANDÚ, E.N.T. **Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 12, n. 4, pp. 665-675, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2007.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em Psicologia Social.** Petrópolis: Vozes, 2003.

NEUBERN, M. S. **Passos para uma epistemologia complexa da psicologia clínica.** Tese de Doutorado em Psicologia – Brasília: Universidade de Brasília, 2003.

PEREIRA, C. & CAMINO, L. **Representações sociais, envolvimento nos direitos humanos e ideologia política em universitários de João Pessoa.** Psicologia: Reflexão e Crítica, Vol. 16, n. 3, pp. 447-460, 2003.

PEREIRA, C. & SOARES, A. **Reflexões acerca da perspectiva das representações sociais.** Estudos, Vol. 30, n. 1, pp. 61-84, 2003.

POPE, C., & MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

QUEIROZ, M. S. **O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica.** Saúde Pública Vol. 20, n. 4, pp. 309-317, 1986.

QUEIROZ, M.S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico.** Bauru: Edusc, 2003.

REIS, J. da C. **O sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos saúde e doença.** Lisboa: Editora Veja, 1998.

SCHILDER, P. **A Imagem do Corpo.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SEGAL, M. S. **Mastectomia - Mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama.** Rio de Janeiro: Record - Rosa dos Tempos, 1995.

SIMONTON, O. C., SIMONTON, S. M. & CREIGHTON, J. L. **Com a vida de novo: Uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer.** São Paulo: Summus, 1987.

SPINK, M. J. P. **Permanência e diversidade nas representações sociais da hipertensão arterial essencial.** Temas em Psicologia, Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia, Vol. 3, n. 2, pp. 199-212, 1994.

SPINK, M. J. P. & GIMENES, M. G. G. **Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença.** Saúde e Sociedade, Vol. 3, n. 2, pp. 149-171, 1994.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde – Prática, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, M. J. E. **Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2002.

APÊNDICES**Apêndice A - Completamento de Frases**

1. Saúde _____
2. Desejo muito _____
3. É difícil _____
4. Não gosto de _____
5. É muito fácil _____
6. Família _____
7. O presente _____
8. O tempo mais feliz _____
9. Amo _____
10. Nunca _____
11. Vida _____
12. No passado _____
13. Odeio _____
14. Mulher _____
15. Luto _____
16. Às vezes tenho _____
17. Preciso _____
18. O tempo mais difícil _____
19. Posso ter medo _____
20. Dói _____
21. Minha vida hoje _____
22. Espero o dia _____
23. Não gosto de ouvir _____
24. Receio _____
25. Brigo _____
26. Fico triste _____
27. Um dia _____
28. Eu sou _____
29. Meu pai _____
30. Gostaria de saber _____
31. Minha mãe _____
32. Se eu pudesse _____
33. Sinto saudades _____
34. Atualmente eu _____
35. Meu sonho _____
36. Paz _____
37. Ao deitar _____
38. Prefiro _____
39. Felicidade _____
40. Câncer _____

41. Meu corpo hoje _____
42. A sociedade _____
43. Meu corpo antes _____
44. Ser forte _____

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Larissa Medeiros Bessa, aluna do curso de psicologia do UniCEUB, estou cursando o décimo semestre e estou matriculada na disciplina Monografia, a qual envolve a efetivação de uma pesquisa e será a responsável pela minha formação e conclusão do curso. Este trabalho está sendo orientado pelo professor Dr. Fernando Luis González Rey e tem como objetivo estudar as configurações subjetivas de uma mulher com câncer de mama.

A pesquisa será realizada através de entrevistas e as informações nelas obtidas serão utilizadas somente para fins de pesquisa. As mesmas serão gravadas e transcritas para a efetivação do estudo. Você não será identificado em momento algum e todas as informações que possam identificá-la serão omitidas.

Como os objetivos desta pesquisa são totalmente acadêmicos, os resultados poderão ser utilizados para fins de divulgação científica como congressos ou artigos, mas ressalta-se que a exposição da mesma continuará obedecendo devidamente às normas referentes ao sigilo.

Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem precisar justificar os motivos. Da mesma forma, você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta, caso se sinta desconfortável com a mesma ou exista qualquer outro fator que lhe seja desagradável. Portanto, sinta-se a vontade para responder o que quiser, não precisando relatar informações que por ventura não queira.

Esta participação é voluntária, ou seja, não haverá qualquer tipo de benefícios financeiros devido a sua participação e contribuição.

Qualquer dúvida durante ou após a pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador, neste caso eu, como também com o Comitê de Ética do Uniceub.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Assinatura do Participante

Larissa Medeiros Bessa

Fernando Luis Gonzalez Rey

Brasília, ____ de _____ de 2009

Larissa Medeiros Bessa

Aluna de Monografia

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES

Curso de Psicologia

Contato: larabessa@hotmail.com / 9202-1512

Dr. Fernando Luis González Rey

Professor de Psicologia e Orientador de Monografia

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES

Contato: gonzales_rey49@hotmail.com

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa do UniCEUB

Contato: 3340-1363 / comite.bioetica@uniceub.br

ANEXOS

