



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

Configuração Subjetiva Do Diagnóstico De Câncer Em Um Contexto Ambulatorial

ANA PAULA SOARES FERNANDES

BRASÍLIA
JUNHO/ 2007

ANA PAULA SOARES FERNANDES

Configuração Subjetiva Do Diagnóstico De Câncer Em Um Contexto Ambulatorial

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

Brasília, Junho/2007



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por :

A menção final obtida foi:

BRASÍLIA, JUNHO / 2007

Muito obrigada a todas as pessoas que me mobilizaram e inspiraram com suas histórias de vida, tanto na vida pessoal como familiares e amigos, quanto pacientes e voluntários da Rede Feminina. Agradeço também aos que me apoiaram no entendimento do que eu não conhecia, e ajudaram com sabedoria e afeto. O meu crescimento e o desenvolvimento no curso e deste trabalho, só aconteceram e continuam porque vocês alimentam meus pensamentos e sentimentos, provocando crescimento pessoal, profissional, humano e espiritual.

Sumário

Agradecimento.....	iii
Sumário	iv
Resumo	v
Introdução	6
Capítulo I – Fundamentação teórica	9
1.1 Ausência da subjetividade no contexto médico	9
1.2 Contribuições da subjetividade na saúde	13
1.3 Implicação da subjetividade no tratamento do câncer e no contexto ambulatorial.....	16
1.4 Implicações da subjetividade social	21
Capítulo II – Metodologia.....	26
2.1 Pesquisa Qualitativa	26
2.2 Descrição da metodologia	28
2.3 Processos envolvidos na construção de conhecimento	32
Capítulo III – Construção do conhecimento	34
3.1 Estudo de caso I.....	34
3.2 Estudo de caso II	45
Conclusão	58
Referências Bibliográficas	64
Apêndice	66
Anexos.....	67

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo estudar as possíveis configurações subjetivas do diagnóstico de câncer de mama, levando em consideração os aspectos da subjetividade individual e social envolvidas neste processo. A análise é feita por meio de dois estudos de casos de sujeitos com câncer de mama que tiveram posicionamentos diferentes diante da notícia e da forma como vêm levando o tratamento. Inicialmente há uma fundamentação teórica acerca do contexto da Pós-Modernidade e da subjetividade como campo de estudo, vinculando com informações sobre o câncer, e finalizando com os objetivos propostos. A metodologia utilizada é a da pesquisa qualitativa, descrita aqui em sua base epistemológica, instrumentos e forma de análise de conteúdo aparente nos casos. Com a construção do conhecimento a partir disto, há algumas considerações descritas na conclusão a respeito das interpretações dos casos, da subjetividade social envolvida na constituição da configuração subjetiva, promovendo o incentivo a pesquisas nessa área e a legitimação dos recursos singulares no enfrentamento da doença como uma forma de perceber alternativas diversas para uma posição ativa no tratamento e na vida.

Introdução

Este trabalho de conclusão do curso de Psicologia foi inspirado pelos sentimentos e pensamentos que surgiram durante o tempo de experiência vivida como voluntária na Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília (R.F.C.C.) que atua no Hospital de Base de Brasília (HBDF), dando assistência emocional e social a pacientes de câncer de mama e ginecológico. Todo o período vivido em contato com pacientes das mais diversas realidades sociais do país, profissionais trabalhando nas condições do sistema público de saúde, os amigos de trabalho voluntário que ensinam com suas experiências de vida, mobilizaram em mim a necessidade de crescer, evoluir como ser humano em todos os aspectos bio-psico-social-cultural e espiritual.

A experiência também me colocou em contato com fenômenos psicológicos antes nunca vistos por mim, variando do desespero total à esperança inabalável mesmo diante de uma palavra médica de fim de possibilidades terapêuticas. Tudo o que sempre vivi ali me fez pensar bastante sobre a psicologia, sobre o processo de configuração subjetiva singular de cada paciente, e sobre o que poderia ajudar ainda mais no enfrentamento da doença. E o que mais chamava a atenção, como voluntária, sempre foram os efeitos do afeto, da postura acolhedora, da palavra de esperança, da ajuda na organização das idéias, na luta pela vida física e pela importância dada ao aspecto emocional. Tudo o que era feito pelo trabalho voluntário se tornava muito diferente da atitude dos profissionais da equipe de saúde.

Como sempre trabalhei às sextas-feiras à tarde, dia de primeira consulta mostrando a suspeita do câncer ou confirmando o diagnóstico, então estive em contato com muitas reações diferentes diante desta nova realidade apresentada às pacientes. O trabalho oferecido era a atitude amorosa, o acolhimento e o colocar à disposição que faziam a diferença e ajudavam algumas pacientes a se reorganizarem e assumirem uma postura diante do que lhe era imposto. Sendo que

um dos aspectos mais perturbadores de seus estados emocionais estava sempre ligado a uma questão social ou a uma idéia cultural a respeito do câncer, que determinavam a causa da doença e atestavam um futuro com poucas esperanças.

Daí surge a curiosidade de como isso tudo constitui a subjetividade social e individual no contexto de ambulatório de hospital público e do adoecimento com o câncer, vislumbrando, não somente, uma tentativa de entender alguns processos, mas também de encontrar alternativas de apoio psicológico para o enfrentamento da doença.

Desta forma, para iniciar trabalho, há uma contextualização sobre o momento atual, envolvendo questões da pós-modernidade que influenciam o modelo biomédico, saindo da orientação moderna das ciências da saúde a partir da exclusão da subjetividade como foco de estudo, e do aspecto emocional como um meio secundário de assistência à saúde. Portanto, foca-se o resgate da subjetividade na constituição do ser humano, a sua contribuição no campo da saúde, suas implicações no tratamento do câncer e no contexto ambulatorial, ressaltando ainda a constituição e as implicações da subjetividade social, com o objetivo de estudar as possíveis formas de configurações diante do diagnóstico de câncer, levando em consideração o contexto ambulatorial.

Por meio da metodologia da pesquisa qualitativa, incluindo seus pressupostos de epistemologia qualitativa, instrumentos de pesquisa, formas de análise de conteúdos aparentes, e do método construtivo-interpretativo dos discursos e atitudes dos sujeitos participantes, há a reflexão sobre o que surgiu nas conversas de dois estudos de caso por meio do espaço reflexivo, gerador de tensões, questões, e ao mesmo tempo permissivo para uma busca de entendimento dos processos de configuração subjetiva envolvidos. A partir destas expressões e do que aparece indiretamente no discurso de cada uma delas, acessamos indicadores de sentido subjetivo e

podemos interpretá-los na busca de inteligibilidade sobre o processo de subjetivação e então, converter a produção do sujeito em material para construir conhecimento.

Continuando o processo de construção do conhecimento, a partir dos sentidos subjetivos, confrontar a teoria e a prática, e buscar novas formas de interpretar os diversos processos humanos, levando em consideração a complexidade destes, e reconhecendo a característica contextual desta pesquisa.

Diante de tudo o que aparece e do que já tem na literatura, as reflexões e considerações sobre possíveis processos de configuração subjetiva, e de práticas da psicologia, são propostas. Apresentando também um conceito de subjetividade social no contexto ambulatorial, na tentativa de entender o que influencia o clima social deste ambiente, ligado à hostilidade, gerando tensão, medo, insegurança e fragilidade. E, a partir do estudo de como as pessoas vêm lidando com o câncer, procurar perceber o que contribui para o processo de se sobrepor ao impacto inicial da doença.

Capítulo I – Fundamentação teórica

1.1 Ausência da subjetividade no contexto médico

Na história da humanidade surgiram várias formas de se fazer ciência de acordo com as características do momento em que era necessária. No contexto das sociedades ocidentais, o pensamento científico dominante há muito tempo tem sido o do paradigma cartesiano, baseado no positivismo, em que a objetividade é predominante na busca de uma verdade absoluta, criando leis universais na tentativa de explicar, prever e controlar os fenômenos estudados. Desta forma, a linha de raciocínio é baseada em dicotomias, onde se estuda apenas um dos componentes dos pares, por exemplo, o individual ou o social, o corpo ou a mente, e o interno ou o externo. Esta forma de pensar ainda está presente na atualidade, apesar de já haver um movimento, da Pós-Modernidade, de quebra deste paradigma, orientado para a complexidade dos fenômenos humanos e da importância do estudo da subjetividade.

A ciência, na Modernidade, “deixou de lado” o estudo da subjetividade na tentativa de encontrar as verdades absolutas e universais. Então, ignorou o singular e o subjetivo para dar atenção ao que era objetivo e podia ser generalizado. No campo das ciências humanas e da saúde também não foi diferente, o que trouxe alguns prejuízos ao desenvolvimento de ciências como a Psicologia. Apesar de haver um resgate da subjetividade, este processo ainda está caminhando e algumas características da Modernidade continuam a influenciar as práticas da atualidade, por conta de sua funcionalidade dentro das estruturas das instituições hospitalares.

No campo da saúde, como diz Capra (1982), esta influência positivista e cartesiana, continua muito forte porque ela embasou o pensamento médico, resultando no modelo biomédico. O corpo é visto como máquina, a doença, como um mau funcionamento dos

mecanismos biológicos, e o papel do médico é intervir, concentrando-se em partes e perdendo de vista o paciente como ser humano, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico. Desta forma, os mecanismos biológicos são vistos como a base da vida e os mentais, como fenômenos secundários, o que está de acordo com a divisão cartesiana de corpo e mente. Afinal, esta forma de fazer ciência se restringiu a estudar o que é aparente e objetivo, excluindo a subjetividade por conta de envolver processos históricos, culturais e sociais.

Há o reducionismo na busca de uma causa específica das doenças, que eram universalizadas e generalizadas. Desta forma, a referência ao paciente desconsiderava suas qualidades específicas, características sociais, morais e psicológicas (Queiroz, 1986). Uma das conseqüências desta forma de pensar é que ela traz uma visão fragmentada do homem, enfatizando o estudo da doença como entidade, fazendo compartimentalizações, com objetividade, concretude e padronizações.

Como fala Ramos (1994), por volta do século XIX começou-se a pensar em doença como um desvio do normal, um desequilíbrio do não natural, focando as anormalidades biológicas e reduzindo os sistemas corporais a partes menores. O foco era os aspectos universais da patologia, colocando a doença como uma entidade separada, marcada pelo desvio de normas fixas e fisiológicas de um corpo pensado como uma máquina, um conjunto de sistemas relacionados, mas relativamente independentes.

Isto tudo também representa o conceito de ordem, tão prezado e buscado pelas teorias do contexto da Modernidade, justificando a doença como uma desordem do organismo, que funciona da mesma forma para todas as pessoas, e com isso, desconsidera os aspectos individuais e subjetivos de cada ser humano, enfatizando o estudo e o tratamento voltados para o objeto e não para a pessoa humana.

Segundo Capra (1982), de acordo com a concepção mecanicista do organismo humano, a tecnologia médica é considerada o único caminho para melhorar a saúde, pois tem como foco a busca pelas causas. E nesta tecnologia também entram os medicamentos como fonte econômica, por conta da indústria farmacêutica e para tratar os sintomas ao invés de buscar outras causas subjacentes.

Porém, este modelo mecanicista de falar em saúde começou a não responder aos problemas que surgiam, como por exemplo, o crescimento de aparecimento de doenças crônicas e degenerativas como câncer, doenças do coração, hipertensão e doenças psiquiátricas. (Queiroz, 1986, pág 312)

Isto porque a tecnologia baseada no modelo unicausal de doenças não era eficiente na investigação das causas e nem no tratamento destas doenças, o que abalou o método deste modelo. Afinal, identificando-se com o positivismo, o modelo biomédico não reconhece o papel da sociedade, da cultura, da comunidade científica e da própria história na determinação não só do objeto de conhecimento, como também na maneira de abordá-lo (Queiroz, 1986). Sendo que os fatores além do biológico citados acima são fundamentais para o entendimento do processo de adoecimento das pessoas porque estão presentes em suas vidas e fazem parte do que compõe a complexidade do ser humano.

Um das contribuições para a quebra do modelo biomédico é o resgate da subjetividade na atividade médica iniciada com a psicanálise, com o resgate da história de vida do paciente, considerando o papel da psique no desenvolvimento de doenças, e utilizando o termo psicossomática. Apesar de continuar em um movimento de unilateralidade ao pensar o ser humano, de uma certa forma, este momento da Psicologia começa a apontar os outros aspectos que compõem a complexidade humana, focando o subjetivo e o emocional. E neste processo,

outras escolas da Psicologia também contribuíram de formas específicas, porém limitadas em algum aspecto, como o Humanismo por exemplo, ao falar de uma visão de homem que resgata o indivíduo como sujeito, o que é fundamental para continuar o pensamento no estudo da subjetividade, porém ainda restringe este sujeito ao aspecto individual, e não fala da significação dos aspectos sociais, não leva em consideração a cultura, as representações sociais e as instituições que formam uma sociedade, por exemplo. Mas, há ainda uma contribuição importante do Humanismo e que deve ser considerada neste movimento de resgate da subjetividade que é a ênfase na função da relação como via para mudanças dentro do processo terapêutico, dando ênfase ao processo conversacional e às possibilidades positivas do ser humano.

Nesta caminhada da Psicologia, no desenvolvimento de abordagens diversas, é interessante notar a necessidade de pensar o ser humano dando importância a tudo que compõe sua complexidade, às características específicas de individualidades e de contextos. De uma maneira que chama a atenção para o que o integra, os fatores como as influências sociais, históricas, culturais, tradições, as experiências, o ambiente, características de personalidade, fantasias, representações, linguagem, simbologias, emoções, sentidos, significados, e tudo o mais que compõe a subjetividade humana. Sendo que o movimento do resgate da subjetividade acompanhou todo o processo da humanidade, e das ciências, de rompimento com o paradigma cartesiano, numa busca de adaptação aos novos contextos e necessidades que surgiam.

Acompanhando as mudanças da Pós-Modernidade, o problema da subjetividade sai gradativamente de uma posição marginal para uma posição central, onde suas questões são problematizadas e suas relações com o conhecimento são assumidas (Neubern, 2001). Passa a ser

utilizada como conceito que embasa os projetos de estudos sociais e psicológicos de ciências como a Sociologia, Antropologia e Psicologia, por exemplo.

González Rey (2003) apresenta a subjetividade como um complexo, plurideterminado, contraditório, e diferenciado sistema, em constante desenvolvimento, afetado pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que a constituem, dentro do contínuo movimento das complexas redes de relações que caracterizam o desenvolvimento social, que é expressa, simultaneamente, em dois níveis diferentes de constituição, o individual e a social. Abre-se espaço para um estudo do ser humano visto em sua totalidade, integrado em seus aspectos mais diversos e complexos, o que permite uma inteligibilidade dos processos psíquicos como dinâmicos, mutáveis e multideterminados, gerando um olhar mais aberto ao novo, ao desconhecido.

A subjetividade vista como um sistema constituído por processos simbólicos e de sentido que se desenvolvem na experiência, amplia as possibilidades de estudo dos fenômenos humanos, assim, a Psicologia precisa sair de uma forma de estudar estes fenômenos e os processos de saúde e doença pautados em uma busca da verdade absoluta do pensamento moderno, na tentativa de encontrar formas alternativas de estudo que atendam às novas necessidades, admitindo as singularidades, reconhecendo a complexidade e se propondo a trabalhar com ela de uma forma adequada, sem reduzi-la ou torná-la relativa.

1.2 Contribuições da subjetividade na saúde

As crises na medicina ocidental vinculadas principalmente ao surgimento das doenças crônicas exigiram uma nova forma de pensar a saúde e a doença, não mais como objetos isolados, previsíveis e controlados, pois já não era mais eficiente e nem suficiente para todos os problemas. Embora a abordagem do modelo biomédico seja útil ao sistema médico, ela desconsidera o valor

da experiência subjetiva do paciente como uma forma de fazê-lo reconhecer sua identidade e seu poder pessoal. Tal visão limita tanto a compreensão que se tem sobre a saúde e a doença como componentes de um mesmo processo, quanto a sensibilidade de perceber os recursos positivos do paciente que poderiam ajudar-lhe em seu processo de recuperação da saúde (Remem 1993, in Traverso-Yépez, 2001).

Então, inicia-se um movimento em busca de outros modelos, como o biopsicossocial, que vê o ser humano como integrado por aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Além disto, as linhas de pensamento da pós-modernidade mostram a necessidade de dar atenção a outros aspectos como os históricos e culturais no desenvolvimento humano, considerando a complexidade e a subjetividade, porque o desenvolvimento da subjetividade não responde a uma simples preferência teórica, mas sim à tentativa de reconceituar o fenômeno psíquico em uma ontologia própria, específica do tipo de organização e processos que o caracterizam (González Rey, 2003)

Capra (1982) fala que o amplo conceito de saúde necessário à nossa transformação cultural exige uma visão sistêmica, considerando as dimensões individuais, sociais e ecológicas. E neste caminho anda o pensamento da Psicologia da Saúde, buscando um conhecimento no qual a saúde é vista como processo, e com isso, o reconhecimento da subjetividade torna-se essencial para a metodologia de estudo ao incluir os aspectos qualitativos na tentativa de compreender o que envolve o processo de adoecimento.

A saúde, nesta diferente forma de pensar, é considerada como o funcionamento integral que aumenta e otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade aos diferentes agentes e processos causadores de doença (González Rey, 2004). É vista como um sistema individual, integral, em constante mudança, multideterminado por questões pessoais, ambientais,

subjetivas e sociais, em que a produção de sentido dificulta a vulnerabilidade do sujeito a agentes que possam desencadear doença, descartando a antiga idéia de que saúde é ausência de doença.

Sufrimento e doença não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva, mas estão intimamente relacionados com as características de cada contexto sócio-cultural. Existe toda uma ordem de significações culturais socialmente construídas, que influenciam o uso que cada indivíduo faz do seu corpo, bem como as formas pelas quais cada pessoa experimenta os seus estados de saúde e doença, a expressão dos sintomas, assim como os hábitos e estilos de vida e as próprias práticas de atendimento à saúde (Boltanski, 1989; Minayo, 1998; Radley, 1994, in Traverso-Yépez, 2001, pág. 52).

Se a subjetividade implica um jogo dialético entre o sujeito e o mundo social, logicamente suas necessidades derivarão de uma complexa construção originada dessa relação e não de uma oposição à priori entre duas dimensões (Neubern, 2001). E como nível ontológico da constituição humana, representa um momento essencial para a construção teórica dos processos de saúde e de doença (González Rey, 2004). Ou seja, a subjetividade reaparece como o objeto de estudo, apesar de ainda existirem correntes na Psicologia que negam o subjetivo em nome do discurso. Porém, a subjetividade ganha espaço para ser discutida, refletida, na tentativa de uma inteligibilidade de como ela vai se constituindo e sendo construída no e pelo homem, permitindo a visualização daquilo que compõe o ser humano como sendo, fundamentalmente, suas relações e sua forma de fazer isso com o mundo, consigo mesmo e com os outros, dentro de toda uma gama de elementos simbólicos existentes no que ele cria, como a cultura, por exemplo, e na eterna relação recursiva entre as dicotomias.

1.3 Implicação da subjetividade no tratamento do câncer e no contexto ambulatorial

Devido à ineficiência do modelo médico, para tratar e descobrir as causas de doenças crônicas, abre-se espaço para estudar o que vai além do que este modelo propõe, destacando-se, neste sentido, a subjetividade como via de entendimento destes processos de adoecimento. Isto porque, dentre estas doenças, há o câncer, e se falando dele, há uma grande influência dos aspectos subjetivos em todo o seu desenvolvimento e tratamento, desde o que aparece no momento do diagnóstico até o que envolve os efeitos do tratamento.

Sendo assim, é importante destacar que as idéias acerca do câncer que vêm influenciando a sociedade há muitos anos na história da humanidade continuam no imaginário social na atualidade. Idéias estas vinculadas a imagens de corrosão, mutilação, ao castigo divino, sujeira, contágio, e tendo como metáfora a figura do caranguejo, por sua forma de movimentar cheia de idas e vindas, e o caráter agressivo de suas garras. Tudo isso vai construindo um imaginário em que a doença ganha muita força, e como todas as doenças difíceis de tratar na história têm as conseqüências da exclusão, abandono, solidão e morte, o câncer também vem recebendo significados parecidos.

Segundo Sontag (1984) as fantasias inspiradas pela tuberculose no século passado, e pelo câncer agora, constituem reflexos de uma concepção segundo a qual a doença é intratável e caprichosa, ou seja, um mal não compreendido. E ainda dá para acrescentar, que o principal pensamento vinculado a isso tudo é a idéia da morte “adiantada e rápida”, afinal, a ciência, como a fonte mais confiável de conhecimento, não sabe a causa e nem garante a cura.

Isto gera um sentimento de insegurança e desconfiança que dá à doença uma dimensão muito imaginária, e menos realista, sendo encarada como um mistério e temida de modo muito agudo. O que é bem compreensível, afinal, não podemos ignorar que uma das grandes

dificuldades da sociedade ocidental é lidar com a morte, e tudo que se fala do câncer, logo é vinculado à finitude, daí então, um dos fatores de tanto temor.

Capra (1982) coloca que a visão fragmentada do mundo em nossa cultura, a abordagem reducionista da ciência e o exercício da medicina orientado pela tecnologia, influenciaram a visão do câncer como um poderoso invasor que vem de fora, não havendo esperança de controlá-lo, trazendo o sinônimo de morte para muitas pessoas. Além disso, toda a linguagem utilizada para se falar de câncer, seja ela médica ou do senso comum, traz a conotação de algo desregulado, incontrolável, feroz, agressivo, anormal, e com uma energia muito superior à da própria pessoa. Este mesmo autor diz que as tensões cruciais no caso do câncer são aquelas que ameaçam algum papel ou alguma relação central da identidade da pessoa, ou as que criam uma situação para a qual, aparentemente, não há escapatória.

Esta relação com a identidade pode ser entendida aqui também como um processo no qual a identidade não é vista como categoria fixa, estável, que se rompe e tem uma mudança brusca. Mas sim como mais uma categoria orientadora da vida mas que é flexível diante às experiências e coerente como que se vive no mundo pós-moderno.

O sujeito previamente vivido como tendo uma identidade unificada e estável, está se tornando fragmentado; composto não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias ou não resolvidas. Correspondentemente, as identidades, que compunham as paisagens sociais “lá fora” e que asseguravam nossa conformidade subjetiva com as “necessidades” objetivas da cultura, estão entrando em colapso, como resultado de mudanças estruturais e institucionais. O próprio processo de identificação, através do qual nos projetamos em nossas identidades culturais, tornou-se mais provisório, variável e problemático. (Hall, 1999, pág 12)

Esta forma de entender a identidade é coerente com a idéia de subjetividade orientadora deste estudo, que considera o sujeito pós-moderno em constantes processos de mudanças e desenvolvimento de acordo com sua história de vida e com as experiências que vive no cotidiano.

Então, acrescido ao simbolismo do câncer que degrada a pessoa, o seu corpo, a sua identidade, está também toda uma gama de emoções vinculadas ao medo, insegurança, impotência, tristeza, desesperança, entre outras, que contribuem na constituição do sentido da doença como algo destruidor e muito maior do que o próprio indivíduo.

De acordo com Capra (1982), a biologia moderna mostrou que o processo de desenvolvimento do câncer se dá quando o sistema imunológico não reconhece a célula diferente que surgiu ou por informação genética incorreta, ou por substâncias nocivas, ou por conta do acaso mesmo, e então estas células se agrupam e formam tumores, que podem prejudicar o funcionamento das células normais. Denomina este processo como um colapso interno sem causa específica, mas que tem influencias biológicas e psicológicas.

Com isso, parece coerente o que Sontag (1984) coloca, dizendo que o câncer é uma metáfora para o que é mais ferozmente enérgico, e essas energias constituem o supremo insulto à ordem natural. E pensando na Modernidade como o tempo em que a ordem é sagrada porque gera segurança, controle e estabilidade, uma doença como o câncer, que é denominada como algo descontrolado, produz muito mal estar na sociedade.

Conforme Bauman (1998), na Modernidade o mundo é fundamentado na promessa de liberdade dos poderes criativos humanos, em que a inevitabilidade da morte biológica era a mais obstinada e sinistra das ameaças que pairava sobre a credibilidade dessa promessa, e assim, sobre o fundamento desse mundo. Desta forma, a morte torna-se algo sem sentido e por isso gera muito sofrimento, recebendo conotações de algo agressor, que afronta o ser humano, e perde seu caráter

de processo natural. Afinal, este poder do controle moderno gera a ilusão da possibilidade de encontrar uma forma de imortalidade, e a idéia de finitude torna-se algo muito hostil e sem sentido.

Ainda mais quando a história do câncer secreta temores antigos e faz reviver os fantasmas da morte lenta e da perda da feminilidade, ou seja, daquilo que é considerado a alma de toda mulher, como é colocado por Gimenez (1997). O que confirma o medo da morte não somente como a parada das funções do corpo, mas também relacionada a todas as funções subjetivas envolvidas com finitude, perdas, lutos, do que envolve os sentidos do sujeito.

Se a morte algum dia fosse derrotada, não haveria mais sentido em todas as coisas que os humanos laboriosamente juntam, a fim de injetar algum propósito em sua vida absurdamente breve (Bauman, 1998). E talvez por isso, há muitos relatos de pessoas com câncer dizendo que suas vidas mudaram depois da doença e da visão da possibilidade da morte.

Hall (1999) comenta que quanto mais a vida social se torna mediada pelo mercado global de estilos, lugares e imagens, de experiências de vida ou imagens da mídia e dos sistemas de comunicação globalmente interligados, mais as identidades se tornam desvinculadas de tempo, lugares, histórias e tradições e parecem flutuar livremente.

Porém, estas mudanças se fazem em um processo lento, influenciando o presente, mas entrando em conflito com hábitos arraigados das culturas. No exemplo do câncer, a narrativa contada nas histórias populares fornecem imagens, cenários símbolos, rituais, idéias que simbolizam, ganham emoção, e representam as experiências partilhadas, dando um sentido generalizado à doença.

Isto tudo faz parte do que constitui a subjetividade social envolvida no adoecimento de câncer e portanto, forma um elo de identificação entre os portadores da doença, possibilitando a

continuação de pensamentos bem arraigados que difundem as idéias agressivas, relacionadas ao grande mal deste século por conta do intenso sofrimento, e as terminologias médicas tais como maligno, invasivo, agressivo e avançado, por exemplo.

Desta forma, quando a pessoa entra em contato com qualquer coisa relacionada ao câncer, e de acordo com contextos diferentes, muitas idéias e emoções envolvem sua vivência. Sendo que percebi que isto se intensifica no contexto hospitalar, como por exemplo, no Hospital de Base de Brasília, em especial no ambiente do ambulatório de mastologia e ginecologia oncológica, onde sempre trabalhei como voluntária. Neste local, todas às sextas-feiras à tarde, há o momento em que algumas pacientes têm sua primeira consulta no ambulatório. Normalmente as pacientes recebem o diagnóstico da doença, ou a notícia de que há uma suspeita de câncer quando os médicos que as encaminharam não lhes disseram o porquê. Mas elas já sabem, de alguma forma, que o assunto daquele lugar é o câncer.

Por isso, nestas tardes, o ambulatório se torna um ambiente cheio de ansiedade, medos, fantasias, tabus, mitos, apreensão e fragilidade. Há muitas idéias erradas sobre o que é o câncer, possíveis causas e efeitos dos tratamentos, que criam uma dimensão de sofrimento antecipado intenso, por ser antes mesmo de qualquer afirmação médica.

Após a saída do consultório, sempre vi muitas mulheres reagirem de formas diferentes, algumas saíam desorientadas, chorando muito, passando mal, outras ficavam da mesma forma que entraram, ou quando tinham uma companhia elas se agarravam a esta, e quando não tinham ninguém elas nos procuravam para conversar, desabafar, chorar, descarregar a angústia do momento. Também há uma relação entre médico e paciente permeada pelo medo do discurso, tanto de um como de outro, de quem fala, ou ouve, da abertura para perguntas, ou não, e principalmente da forma como cada um reage. Neste sentido, a emocionalidade atravessada por

inúmeros elementos, tanto de natureza simbólica como não-simbólica, configura o sentido diferenciado de um texto para dois contextos (González Rey, 2003), ou seja, o mesmo texto (diagnóstico de câncer) é lido de formas diferentes dependendo do contexto e da história de quem lê, e nesta relação, as reações são diferentes, e concomitantemente, as necessidades que surgem variam muito.

Mas, independente desta forma de ler, seja ela menos sofrida ou não, eu entendo que a escuta e o acolhimento dessas expressões podem ajudar na reorganização psíquica, o que é muito importante para a adesão ao tratamento, ou na escolha de não fazê-lo. E para isto, há a necessidade do entendimento de alguns processos básicos e complexos da constituição da subjetividade envolvida nisto tudo, tanto a individual como a social.

1.4 Implicações da subjetividade social

De acordo com González Rey (2004), a subjetividade social existe em uma multiplicidade de cenários, como as instituições, a família, os momentos de funcionamento da sociedade, como política, economia, arranjos sociais, comunidades, sistemas de comunicação, e processos demográficos. Sendo que todos estes processos aparecem constituídos de maneira simbólica e, em seus sentidos subjetivos, nas diversas formas de subjetividade social. Ou seja, é um conceito que permite explicar os processo de produção e organização de significados e sentidos subjetivos no nível social.

Em vista disso, faz-se necessário entender em que condições ambientais e sociais o câncer tem aparecido como fonte de comunicação, de diálogo e de questão reflexiva, seja dentro das instituições ou do que circula fora delas.

No contexto ambulatorial, há um espaço social permeado por mitos e medos, em que o imaginário social tem muita influência, em que as histórias de câncer vividas com familiares ou amigos permeiam o ambiente, e geram muita angústia nas pacientes.

O ambulatório é um espaço de “circulação” de elementos de sentido relacionados a outros elementos provenientes de outras zonas de sentido, em que o imaginário aparece como estrutura de significantes e significados que não respondem ao real. Afinal, o imaginário é uma criação humana, seu valor está no sentido que gera para os sujeitos que o compartilham, e não na designação de um fenômeno real externo ao sujeito, constituindo também a subjetividade social envolvida neste contato com a doença (Gonzalez Rey, 2003).

Esta questão do imaginário, muitas vezes, fica clara na dimensão que o problema toma, ou na aceitação de informações equivocadas a respeito da doença como um todo. O que possibilita um sofrimento por conta também da carga emocional depositada em todo o simbolismo, na imaginação, no que não tem palavra para descrever.

No debate sobre a pós-modernidade, certas concepções se destacam e podem ser tomadas como referência. Dizem respeito às caracterizações da sociedade da imagem e da sociedade do conhecimento. Na primeira, considera-se que vivemos em uma cultura dominada por imagens, onde a mídia tem um papel fundamental na produção de narrativas que criam um universo de ilusão. (...) A sociedade do conhecimento é vista pela disseminação do conhecimento a todos os planos da vida social e a filtragem de informação relevante nas rotinas e no cotidiano. A aspiração de que através da razão os homens controlariam seu destino e alcançariam a felicidade derivou para um mundo fora de controle, processo de amplas conseqüências sobre a economia, a política, a cultura e a subjetividade. Essas idéias não seriam tão fecundas

se não tivessem atravessado o debate sobre a pós-modernidade. (Fridman, 1999, Pág 356)

E neste debate da pós-modernidade, podemos perceber como o que passa na televisão sobre o câncer, as imagens da cabeça careca, do sofrimento do tratamento, maquiagens exageradas e linguagem de um grande mal do século, associadas aos conhecimentos de senso comum ou científicos que corroboram estes conceitos, intensificam as idéias fantasiosas e têm efeitos nas experiências das pacientes que chegam ao hospital.

Afinal, conforme González Rey (2003), a realidade aparece para as pessoas por meio das representações sociais e dos diferentes discursos que formam o tecido social, mediante os quais os sujeitos configuram os sentidos subjetivos, produzindo significações em relação a si e aos outros. Ou seja, os elementos de sentido das esferas da vida do sujeito se integram e configuram o sentido subjetivo daquilo em que ele está envolvido, unindo os processos simbólicos e as emoções num mesmo sistema. Sendo que nesta linha de pensamento, as representações sociais, aparecem como elementos de inteligibilidade desses processos, por meio dos quais os sujeitos significam e experimentam os sentidos subjetivos de suas relações de comunicação, e não são espaços sociais rígidos, estáticos e pré-formados.

Buscando este valor heurístico das representações sociais, faz-se necessário compreender o conceito de subjetividade social como gerador de visibilidade das complexas relações sociais que envolvem instituições, processos subjetivos da sociedade, política, economia e diferenças sociais que estão relacionadas à vida do sujeito e à sua forma de se colocar no mundo, fazendo esta ligação entre o individual e o social constantemente, em uma relação recursiva, dialética, em que um constitui o outro concomitantemente, e de forma contraditória.

A subjetividade social apresenta-se nas representações sociais, nos mitos, nas crenças, na moral, na sexualidade, nos diferentes espaços em que vivemos etc e está atravessada pelos discursos e produções de sentidos que configuram sua organização subjetiva. (...) os espaços sociais geram formas de subjetivação que se concretizam nas diferentes atividades compartilhadas pelos sujeitos e que passam a ser, com sentidos subjetivos distintos, parte da subjetividade individual de quem compartilha esses espaços (González Rey, 2005, pág. 24).

E, pensando no que envolve o câncer, um dos pontos essenciais a se estudar é o que compõe subjetivamente o cenário do recebimento do diagnóstico, desde questões ambientais, contexto, influências institucionais, simbolismos, emoções, representações sociais, relações, ou seja os processos de subjetivação do momento e da história de cada paciente. Isso porque já se sabe muita coisa sobre o câncer, sobre as representações envolvidas relacionadas à morte e tal. Porém, há pouca literatura a respeito de como as mulheres recebem a notícia do diagnóstico, de como ficam carregados de emoção os simbolismos, o imaginário, que ronda o ambiente ambulatorial, neste caso, dos efeitos emocionais desse descobrimento do câncer além da vinculação com a morte, ou das conseqüências disso, e do que elas precisam como ajuda profissional, como um apoio psicológico neste momento específico.

Desta forma, pretende-se estudar as configurações subjetivas no momento em que as pacientes recebem o diagnóstico de câncer, aprofundando nos múltiplos processos subjetivos que se desdobram a partir daí e suas conseqüências para o modo de vida e o estado psicológico dos pacientes.

Com o objetivo de gerar inteligibilidade sobre o processo de configuração subjetiva associado ao diagnóstico e tentar explicar a forma em que se organizam e desenvolvem essas configurações, partindo de casos singulares de organização subjetiva diferentes.

Outro objetivo deste estudo é descrever algumas características do ambulatório hospitalar e do clima social dominante nele que contribuem com a representação social hegemônica sobre o câncer, a disseminação de mitos e crenças que influenciam o estado emocional de qualquer pessoa que entra em contato com o câncer.

Com isso, busco também tentar explicar os processos que contribuem para que as pacientes consigam se sobrepôr ao primeiro impacto e sejam capazes de reorganizar suas vidas de cara à nova situação que enfrentam em decorrência da doença, fazendo isto por meio do estudo de dois casos singulares que representam formas diferentes e alternativas de lidar com o adoecimento e tudo o mais que o envolve.

Capítulo II – Metodologia

2.1 Pesquisa Qualitativa

Para o estudo do que foi colocado, partimos do pressuposto de entender a subjetividade como sistema complexo capaz de expressar através dos sentidos subjetivos a diversidade dos aspectos objetivos da vida social que concorrem em sua formação (González Rey, 2005). A partir desta definição ontológica da subjetividade, as características que aparecem recebem valor heurístico, permitindo a construção do conhecimento a partir do sentido subjetivo como unidade constitutiva desta. E com esta epistemologia qualitativa, procura-se converter a produção do sujeito em material para construir conhecimento.

Para estudar a subjetividade, faz-se necessário utilizar o método da pesquisa qualitativa, proposto por este mesmo autor, com um caráter construtivo-interpretativo, no qual o conhecimento é uma construção, uma produção humana, e não uma realidade ordenada de acordo com categorias universais. Em que o empírico representa o momento em que a teoria se confronta com a realidade, e sendo também o momento de desenvolvimento e organização da teoria.

Uma das exigências para a construção teórica da subjetividade é a produção de categorias que nos permitam dar conhecimento sobre o caráter geral de seu funcionamento e formas de organização, e que nos permita especificar as formas que essa organização adota no nível singular (González Rey, 2003). E no modelo proposto, temos como categorias principais o sentido subjetivo e a configuração subjetiva.

O pressuposto do enquadre de produção de sentido é de que a vida cotidiana constitui-se como esforços continuados de produção de sentido, sendo o sentido resultante de um processo ativo – ou mais precisamente interativo – de elaboração dos

conhecimentos derivados do imaginário social de nossa cultura, de sua re- interpretação à luz do contexto social específico e, sobretudo, do imperativo das interações imediatas no aqui e agora da vida cotidiana (Spink in Gimenez, 1997, pág 198)

Poderia acrescentar ainda os outros aspectos que constituem a complexidade humana nesta produção de sentido, que vão além do imaginário cultural e das experiências imediatas, tais como o ambiente relacional da pessoa, o contexto social, aspectos de personalidade, o biológico, o espiritual, e toda sua organização subjetiva que abrange os aspectos de sua vida como um todo.

As categorias de sentido subjetivo e de configuração subjetiva representam modelos teóricos no sentido em que nos permitem uma representação da realidade estudada, abrangendo tanto seus aspectos de organização como sua processualidade, sem que uma dessas dimensões seja absoluta em relação à outra. No entanto, os conteúdos emocionais e simbólicos, que aparecem no estudo de ambas as categorias, podem ser construídos somente no estudo singular dos diferentes sujeitos ou nos espaços concretos da subjetividade social a serem estudados. (González Rey, 2005, □□ 117 e 118)

Desta forma, como a ciência é uma atividade de pensamento, o que aparece de forma indireta no discurso de quem é pesquisado são os sentidos subjetivos que podem, então, ser interpretados, na tentativa de gerar inteligibilidade sobre aquele processo singular. E tudo isso é acessado por meio da comunicação, do diálogo em que o sujeito demonstra seus interesses, desejos, contradições, em um espaço relacional do qual o pesquisador não é neutro, e sim ativo no processo, a partir do momento que abre espaço para uma relação dialética e dialógica, na qual

o sujeito pesquisado e o pesquisador se relacionam por meio de uma comunicação reflexiva e produtora de conhecimento.

Quando há a inserção no espaço concreto da subjetividade social, a forma de construir o conhecimento por meio das categorias de sentido e configurações subjetivas é influenciada também pelas percepções do pesquisador, fugindo da neutralidade novamente. Ao fazer parte do contexto social, conhecê-lo, vivenciá-lo, torna-se mais um instrumento no momento de entender como o processo funciona e se organiza, pois garante uma postura ativa no processo de conversação, e não somente investigativa. O fato de o pesquisador fazer parte do espaço social, ter um tempo de experiência nele, lhe proporciona uma facilidade de compreensão do discurso expresso, na medida em que “sabe um pouco como as coisas acontecem” naquele contexto, mas com a cautela de respeitar e dar importância ao caráter singular de cada sujeito.

2.2 Descrição da metodologia

O cenário de pesquisa se faz por meio da proposta a duas pacientes de câncer de mama para participarem de um estudo sobre como as pessoas que recebem o diagnóstico de câncer vêm lidando com essa realidade, como se sentem, pensam, e as formas como convivem com a doença. Para isso, são interrogadas a aceitarem participar da pesquisa, por meio de dois encontros, nos quais a conversa e o diálogo são os meios para tentar entender como lidam com o câncer e ajudá-las a refletirem sobre o que as angustiam, sem que haja nenhum prejuízo no tratamento ou no estado emocional. Enfatizando que o espaço relacional pode ajudá-las no enfrentamento da doença, a partir do momento que permite a elas compreender a sua forma de se posicionar frente à doença e buscar alternativas quando for necessário. São questionadas a respeito da possibilidade de gravação das conversas e assinam o termo de consentimento (anexo II). São

informadas da importância da participação delas para a pesquisa neste assunto, que podem ter um retorno sobre o que foi estudado, e que o pesquisador está à disposição se a pessoa sentir necessidade de outros encontros.

O estudo é caracterizado pelo que aparece, o que é expresso, no espaço relacional promovido diante da realidade do recebimento do diagnóstico de câncer e do que acontece a partir de então. Desta forma está coerente com o que propõe a organização da metodologia da pesquisa qualitativa, tendo como meio de acesso às informações o próprio espaço relacional, dialógico, o contexto interativo, com o interjogo entre as subjetividades do pesquisador e do pesquisado.

O método da pesquisa qualitativa busca, ao invés de dados, a qualidade das informações que aparecem no espaço da relação, do diálogo. O que surge são elementos, indicadores de uma organização subjetiva expressa por meio dos sentidos subjetivos. Porém o sentido não é algo que aparece diretamente nas respostas das pessoas, nem nas representações que as alimentam, apenas aparece disperso na produção total da pessoa, que poderá ser manifestada por meio de alguns instrumentos.

No caso, o instrumento representa apenas um meio pelo qual provoca-se a expressão do sujeito, como um facilitador para a fala, para o aparecimento dos simbolismos da pessoa, envolvendo-a emocionalmente, e assim, facilitando a expressão dos sentidos subjetivos. Estes aparecem indiretamente na qualidade da informação, nas palavras, significados atribuídos, níveis de elaboração, temporalidade, nas manifestações gerais do sujeito em seus diversos tipos de expressões. Sendo que o trabalho do pesquisador continua ao tentar interpretar estes sentidos e produzir inteligibilidade sobre eles.

Como instrumentos, há a entrevista semi-estruturada por conta do tema proposto a ser estudado, e como via de aproximação, estabelecimento de vínculo e criação de um espaço de confiança em que a pessoa possa se sentir à vontade para se expressar, e o pesquisador tenha pelo menos um foco inicial para a conversação. O outro instrumento é o completamento de frases, por ser uma relação de frases iniciadas que precisam ser terminadas, ou não, de acordo com a vontade do pesquisado, e também, porque, com isso, sugere temas que são desenvolvidos de acordo com a necessidade do sujeito, por meio do diálogo.

Como via principal de relação, há a conversação, seja ela por meio de entrevistas ou do completamento de frases. Afinal, ela é um processo cujo objetivo é conduzir a pessoa estudada a campos significativos de sua experiência pessoal, os quais são capazes de envolvê-la nos sentidos subjetivos dos diferentes espaços delimitadores de sua subjetividade individual (González Rey, 2005).

Para que a conversação seja possível, há a necessidade de criação de vínculo, um espaço no qual o pesquisado sente-se seguro, confiante, confortável para expressar o que tem de mais íntimo e profundo. Desta forma, a atitude facilitadora do pesquisador é o diferencial no estabelecimento deste vínculo.

No caso do presente estudo, pelo fato de eu estar inserida no contexto estudado de uma forma que já é vinculada ao afeto, apoio e acolhimento, por integrar o grupo de voluntários da Rede Feminina de Combate ao Câncer (R.F.C.C.) atuante no Hospital de Base de Brasília, há uma facilidade de contato com pacientes de câncer de mama e, conseqüentemente, uma postura mais cooperativa por parte delas na aceitação e participação na pesquisa.

A Rede Feminina é uma instituição que atua no Hospital de Base dando assistência social e psicológica para as pacientes de câncer de mama e ginecológico. Atua no ambulatório das

clínicas de ginecologia e mastologia oncológica deste hospital, oferecendo apoio, informação e acolhimento diante o diagnóstico. Além do suporte assistencial, faz um trabalho também no 5º andar, visitando as enfermarias, conversando com as pacientes internadas para cirurgia, exames ou por conta de complicações do quadro clínico, oferecendo a escuta e o carinho como ajudas nestes momentos.

Por conta da minha experiência de aproximadamente três anos nesta instituição, a conversação ganha um componente favorecedor da expressão, vinculado às atitudes de afeto, de estabelecimento de segurança por conta do apoio às tensões que surgem normalmente no dia-a-dia das pacientes atendidas.

Desta forma, a metodologia baseada na conversação facilitada por instrumentos permite um caráter ativo no processo de construção de conhecimento para o que é proposto, e de inteligibilidade das produções subjetivas que aparecem, já que a minha experiência influencia tanto na escuta como na forma de lidar com o que aparece.

Para isso, o contato prévio já é favorecido e, portanto, não demanda atitudes alternativas na tentativa de estabelecê-lo. Os encontros nos quais a conversa se desdobra têm como objetivo compreender o que circula, envolve e influencia os processos de subjetivação diante o diagnóstico de câncer, atentando para as influências da experiência vivida no contexto ambulatorial da instituição hospitalar citada. Assim, busca-se entender como atuam as categorias de sentido subjetivo e configuração subjetiva, na tensão produzida sobre o paciente oncológico, e como isto mobiliza os vários recursos personológicos, sociais, culturais e espirituais da pessoa envolvida. Além de tentar entender como as representações e o imaginário social podem influenciar na dimensão que a doença toma culturalmente.

2.3 Processos envolvidos na construção de conhecimento

Nesta metodologia proposta, o conhecimento é entendido como processo permanente de produção de inteligibilidade, que se legitima na medida em que produz novas zonas de sentido sobre o problema estudado.

Na pesquisa qualitativa que apresentamos, o objetivo central é a construção de modelos teóricos compreensivos e com valor explicativo sobre sistemas complexos, cuja organização sistêmica é inacessível à observação, seja esta natural seja provocada. Sendo a explicação como um sistema de argumentações sobre a organização do sistema estudado. Começa com a incerteza e o desafio, sem uma certeza *a priori* a ser confirmada.(González Rey, 2005, pág 89).

Ou seja, o conhecimento produzido aqui depende do que o sujeito estudado expressa, e não de uma confirmação ou refutação de hipóteses. Há uma delimitação de tema a ser investigado como orientação para a pesquisa, mas sem afirmações antecipadas. Afinal, cada ser humano traz muitas surpresas por conta da complexidade que envolve sua forma de funcionar, e criar uma hipótese a ser confirmada, seria cair no erro grotesco de reduzir os fenômenos humanos a variáveis previsíveis e controláveis, desconsiderando as singularidades.

Diante o problema proposto a ser pesquisado, a escolha dos sujeitos estudados foi facilitada pela proximidade de contato e pela prévia noção da atitude de enfrentamento da doença por conta do acompanhamento feito pela Rede Feminina de Combate ao Câncer. Desta forma, foram escolhidas duas pacientes com atitudes diferentes diante o diagnóstico e o desenvolvimento da doença por conta do objetivo de entender um pouco melhor a diversidade de enfrentamento perante o mesmo contexto.

O contato estabelecido e os encontros foram marcados previamente e aconteceram fora do ambiente hospitalar, na casa das pacientes. Foram gravados e facilitados pelos instrumentos descritos tais como entrevistas semi-estruturadas e o completamento de frases. O espaço conversacional possibilitou momentos de tensão, reflexão, e compreensão da forma como a subjetividade pode se configurar de maneiras diferentes.

Por meio dos estudos dos casos apresentados, o objetivo de construção de conhecimento pode ser alcançado em vista da complexidade de aspectos subjetivos que aparecem na singularidade de cada sujeito participante. Com isso, a postura construtivo-interpretativa para lidar com os indicadores aparentes permite a busca de uma inteligibilidade dos diferentes processos e configurações subjetivas, e possibilita o pensamento do pesquisador na tentativa de entender as formas de enfrentamento da doença, incluindo os sentidos subjetivos, as zonas de configuração destes, e as maneiras alternativas de lidar com a nova realidade “imposta”, considerando os processos envolvidos nas subjetividades individual e social.

Os sujeitos estudados são pacientes assistidas pela R.F.C.C. que já estão em tratamento no Hospital de Base há pelo menos seis meses e que se dispuseram a participar diante o convite. Têm realidades bem diferentes, e assumem uma postura ativa de enfrentamento da doença de formas singulares, o que torna cada caso característico pela história de vida individual e por aspectos bem definidos de suas formas de se organizarem e modos de vida.

Capítulo III – Construção do conhecimento

3.1 Estudo de caso I

Este capítulo é dedicado ao estudo do que foi expresso nos encontros com as pacientes pesquisadas, facilitado por conta dos instrumentos utilizados descritos nos anexos I e II, como a entrevista semi-estruturada e o completamento de frases. Os conteúdos aqui apresentados são interpretados de acordo com a metodologia qualitativa acima apresentada, tratando os assuntos de acordo com sua importância na subjetivação singular de cada sujeito.

Por isso há um foco inicial no que envolveu o processo de descoberta da doença, levando em consideração aspectos da subjetividade individual e social, a forma como a pessoa se posiciona na vida, o estado emocional situacional, as influências do imaginário social presente no contexto em que o diagnóstico é dito ao paciente, e os processos que se desdobraram a partir disto. Nesta linha de pensamento, observar e tentar entender os núcleos de sentido que atuam na organização subjetiva do sujeito são fundamentais para gerar inteligibilidade sobre as possibilidades de enfrentamento do adoecimento.

O primeiro caso estudado mostra bem como a forma que a pessoa funciona e leva a vida influencia na sua maneira de lidar com o adoecimento. É o caso da paciente M., que tem 26 anos, recebeu o diagnóstico de câncer de mama há 02 anos, e não tem casos de câncer na família. É graduada em Pedagogia, está separada, tem uma filha de 07 anos, mas antes desta teve um aborto de um feto de 04 meses muito desejado. Hoje mora com os pais. Trabalhava como supervisora de telemarketing, mas saiu quando começou o tratamento. Não comenta sobre religião, aparentando não seguir nenhum dogma. Considera-se uma pessoa alegre, positiva e simpática. Tem uma postura bem otimista com relação à vida e ao que tem que passar, o que ficou bem exemplificado

em sua atitude diante a suspeita de câncer e o momento de recebimento do diagnóstico descrito por ela.

E: fale um pouquinho sobre a sensação de ficar no ambulatório aguardando a consulta:

M: a princípio eu estava tranqüila porque não havia casos de câncer na família, e pela minha idade, 24 anos, eu achava bem difícil ter alguma coisa. Então fiquei tranqüila, continuei com minha alegria e simpatia, conversando com as pessoas, mas bem tranqüila. Já no primeiro dia tive que fazer uma punção, que foi horrível, dói demais, é muito ruim... mas saí tranqüila e fui curtir o carnaval porque isso foi antes do carnaval. Quando voltei do carnaval, fui para a consulta sem a menor preocupação. O médico já tava com o resultado, e eu fui sem a menor preocupação, fui sozinha, dirigindo, e tal. E ele falou que tinha dado, que eu tava com câncer, e que, pelo tamanho, e pela evolução do tumor eu teria que fazer uma cirurgia grande e tirar tudo. A princípio eu fiquei calma, escutei tudo que ele tinha falado, daí saí, fui pro carro e quando entrei, a ficha caiu, comecei a chorar e comecei a me desesperar. Liguei para um namorado, que eu tinha na época, para ele ir me buscar, mas não pôde, então, foi um transtorno. Fui para casa, e aí foi um desespero total, de todo mundo...

Inicialmente parece não perceber a real possibilidade de estar com a doença, talvez uma fuga ou uma forma mesmo de funcionar do tipo, de não se preocupar com o que não está confirmado, sentindo pouca ansiedade, não deixando de desfrutar do que gosta, como o carnaval por conta desta expectativa. Porém, tem uma reação de desespero bem coerente com as expectativas que começa a criar a respeito de si e da reação que os outros terão com a notícia.

E: você pode me falar mais um pouco sobre as sensações a respeito do diagnóstico?

M: ah, aquelas coisas que você acha que nunca acontece com você. Eu comecei a chorar, ficar desesperada. Aí a gente começa, né?!. A gente que é mulher, começa a pensar na vaidade

do cabelo que vai cair, na vaidade do seio. O meu era muito pequeno, então não tinha como preservar nada. Aí você começa a pensar, né, como é que eu vou ficar daqui há um mês? Pensar também que vai morrer. Todo mundo sabe que vai morrer, mas parece que nunca fica tão próximo, e a doença coloca próximo. Passa tudo pela cabeça. E aí você começa a se revoltar e veio aquelas perguntas de sempre de por que comigo?, por que eu? E tal.

Há um medo natural da morte presente no ser humano, mas o interessante é observar como os sentidos sociais da doença levam rapidamente a essa associação, dando a sensação de aproximar o que é inevitável, mas sobre o qual o ser humano não gosta de pensar. Estas associações são possíveis por conta das representações sociais a respeito do câncer difundida por muitos anos, e que influenciam a atualidade, nos discursos, nas crenças, fantasias e idéias a respeito da doença.

O interessante de se pensar a partir deste caso concreto é a forma como a dinâmica subjetiva se organiza diante da questão da morte quando esta parece ficar mais próxima quando há um diagnóstico carregado socialmente com a idéia de morte e de perdas, como no caso do câncer. Desta forma, a morte se constitui como sentido subjetivo da pessoa, configurando subjetivamente sua forma de ser e seu modo de vida. Isto parece ser um processo comum em pacientes com relação ao diagnóstico, indicando um dos sentidos subjetivos hegemônicos nas configurações subjetivas da doença. Ou seja, o que aparece como representação social do câncer, passa a constituir os sentidos subjetivos também à medida que parece legitimar ou influenciar sentimentos, atitudes e crenças, tornando-se hegemônico. O mesmo processo acontece com a idéia de perder o seio, associada à perda da feminilidade, e que também constitui um sentido subjetivo, configurando também a forma de se relacionar com o parceiro, podendo gerar uma

sensação de estar menos atraente, e o medo de perder o parceiro. Tudo isso influencia nas decisões sobre quem saberá do diagnóstico e para quem pedir apoio.

No caso dela, além da angústia da proximidade da morte, o que ela dá mais importância ao falar dos seus sentimentos, é a dificuldade de lidar com a preocupação que os seus familiares teriam com relação à sua doença. Tanto que relata isso após o diagnóstico.

(...)E aí também começo a pensar na filha que tenho, e ficar preocupada porque ela tá na fase de entender tudo, e então como ela ia reagir. Porque ela tinha visto a novela da Carolina Dieckman, que caiu o cabelo e tal, e ela ficou toda sentida e agora iria ver com a mãe dela, então fiquei preocupada de como ela ia ficar com tudo isso... E o desespero foi nessa hora, e também com a minha mãe porque ela começou a passar mal da pressão. E aí você acaba sofrendo mais pelo sofrimento dos outros que estão de fora também. Daí vem o namorado que ficou com medo e foi embora, então dá a sensação de que você ficou sozinha no mundo. Mas aos poucos fui colocando a cabeça no lugar, porque na hora dá um choque, você leva um susto. Mas depois vai se conformando, vendo as possibilidades de tratamento, e tal. Isso começou a me tranquilizar, apesar de ter ficado triste.

A dimensão de choque e susto são coerentes com o sentido de proximidade da morte relatado, que dá a sensação de um fim do que a pessoa é naquele momento para um futuro incerto, como vida e como pessoa, o que leva a uma “confusão” de identidade. A organização subjetiva da paciente M. ligada à categoria esperança permite a ela encontrar alternativas para superar o momento, visualizando isso nas possibilidades de tratamento, e configurando um sentido subjetivo voltado para a aceitação da doença, o reconhecimento dos sentimentos de tristeza, e a alternativa de atitudes positivas de enfrentamento e posicionamento.

É interessante observar o que cita sobre a filha a respeito de como a televisão pode influenciar a forma da filha comportar e de sentir o que lhe acontecia, e também influenciar sua própria expectativa, comparando reações emocionais. Esta questão de imaginário social a respeito do sofrimento de quem tem câncer aparece também no completamento de frases. E o que chama a atenção, além de constatar como isso realmente constitui a subjetividade social presente no processo, é perceber sua capacidade de se posicionar a respeito do que lhe faz mal.

Não gosto de ouvir reclamações e lamentações

É muito fácil encontrar pessoas negativas para te colocar para baixo, mas quando isso acontece, corto logo a pessoa. Faço isso porque ouço muitas histórias de câncer tristes e não preciso ficar ouvindo elas, não quero.

Há, por parte de M., um movimento pessoal de sofrer com o presente e com o que lhe acontece, então consegue se posicionar na escolha de não querer ouvir histórias ruins ou que possam lhe fazer sofrer. É uma estratégia subjetiva para enfrentar o sofrimento, focando-o somente no que sente e nas reações de sua família. Com relação ao que ouve e aparece na televisão, M. pode tentar impedir uma influência maior, porém tem uma grande preocupação com o sofrimento das pessoas próximas, da família, e que gera bastante tensão, aparecendo também como uma realidade atual. Esta preocupação com os outros e uma tentativa de poupá-los, mais ou menos como faz com as histórias que não quer ouvir, aparece como um aspecto de sua personalidade que orienta seus sentimentos e atitudes, como quando esconde sua tristeza, exemplificado nas frases:

Sofro com os sofrimento dos outros, minha família

Eu secretamente sou muito chorona. Não gosto que as pessoas lá de casa me vejam chorando para não sofrerem porque eu o sofrendo.

Meu maior prazer na vida é ver minha família feliz, alegre e saudável

Estas informações também são indicadores de que a instituição familiar é um núcleo de sentido importante em sua configuração subjetiva, ao mobilizar sentimentos, provocar atitudes e fazer parte do que faz sentido para sua vida. A família aparece como uma categoria organizadora de sua configuração subjetiva ao transpor afeto, apoio e segurança

A família aparece em todos os momentos do seu discurso, como se fosse um dos esteios de sua organização subjetiva, o lastro de amor, aceitação, conforto, investimento afetivo, componente de seu modo de vida e foco de suas atitudes. A instituição familiar é citada no passado, mostra-se importante no seu presente, e é um dos pontos que justifica o seu futuro.

Minha família para mim é tudo.

Amo verdadeiramente minha família

Os amigos minha segunda família

Sinto que estou melhor quando estou com a casa cheia

Fracassei com minha mãe, com desobediência na adolescência.

M. planeja seu futuro em diferentes áreas, além da familiar, o que demonstra uma capacidade de ampliar interesses e motivações para um desenvolvimento em vários aspectos, incluindo a carreira profissional. Isto demonstra uma atitude positiva na vida, uma capacidade de visualizar e planejar projetos futuros, dando sentido para um processo de enfrentamento da doença. O sentido subjetivo da morte, que inicialmente ficou muito presente, passa a tomar um lugar secundário em sua organização subjetiva, à medida que a questão do futuro é integrada como sentido subjetivo também, exemplificado em seus projetos de vida.

Desta forma, os sentidos subjetivos que vão se constituindo na sua vivência da doença permite que mudanças em sua organização subjetiva vão acontecendo, levando-a para um

processo em que aparece o sujeito, na medida que sua configuração subjetiva mais evidente para o futuro se sobrepõe à da doença. Com isso ela pode fazer planos futuro, apreciar as coisas simples da vida, manter o compromisso com o tratamento, tornando-se bastante participativa nas decisões, buscando informações, mobilizando-se para uma postura ativa na vida como um todo. Desta forma, a doença não é a sua identidade, e neste novo processo a doença passa a fazer parte de sua identidade, presente no seu momento atual e lembrada para o planejamento do futuro, reconhecida nas limitações, como por exemplo, na idéia de adotar um filho, já que não poderá mais ter um biológico. Nesta configuração subjetiva, a doença está presente e tem suas influências, mas por outro lado, há possibilidades de caminhos alternativos para realizar seus sonhos.

Desejo casar de novo e construir uma nova família.

Quando penso em filhos penso em adotar um.

O trabalho é essencial só foi adiado.

Os estudos eu pretendo continuar, fazer uma pós ligada ao que gosto que é biologia, ou fazer uma nova faculdade de Biologia ou Biomedicina.

Meu futuro trabalhar bastante

Minha ambições ter uma casa bem bonita para viver com a família que eu construir e ter um monte de cachorro.

Vale a pena perseguir os sonhos, sempre

A importância de um futuro a faz significar o tratamento como seu foco no tempo presente. Por isso, ela investe suas energias, interesses, angústias, no que vive, esperando que esta fase passe e possa concretizar seus planos. Assume assim, uma postura cooperativa no tratamento, participa dos processos de decisões e sofre com as incertezas das tecnologias médicas

na busca da cura do câncer. Assumir as limitações que a doença traz, não a imobiliza para viver seus sonhos. É muito interessante observar como as limitações orientam seus projetos futuros, como exemplificado no desejo de construir uma nova família, adaptando sua perspectiva de maternidade ao falar da possibilidade de adotar um filho.

No momento, relata que seu foco é no tratamento, então não quer compromissos, apesar de se envolver com um homem fixo. Porém, decidiu e esclareceu que por enquanto não quer firmar nada, porque acha que para um relacionamento dar certo tem que haver investimento, e não se sente disposta a corresponder uma pessoa, quando ainda luta muito para viver. Ela não deixa de viver seus namoros, e tem o cuidado de não se compromissar em um momento caracterizado por ela como muito incerto, mas acredita em sua cura, e acha que com isso, poderá sim se casar e construir sua família, em um momento diferente da vivência de cirurgias recentes, e sessões de radio e quimioterapia. Este processo dela é interessante por mostrar uma noção de momento vivencial e de modo de vida coerente com o que vive e sente, permitindo que ela desfrute dos prazeres e do afeto de um relacionamento, mas coloca-se em uma postura de liberdade e sem cobranças de futuros, apesar de ela mesma planejar isso, o que indica uma forma saudável de aproveitar o que surge no momento e “plantar sementes” para o futuro que idealiza.

Meu maior compromisso é com o tratamento.

Eu luto pela minha vida.

Quisera saber o que vai ser daqui para frente, o futuro.

A minha principal preocupação é se minha filha vai passar a mesma coisa que eu.

Tenho dúvidas sobre a minha saúde.

Gostaria de ser mais seguro no meu tratamento.

Sinto com frequência carência de namorado, mas agora não quero compromisso. Até saio, dou uns beijinhos, mas não quero investir em um relacionamento porque to voltada para o tratamento.

A angústia vivida por conta da incerteza do tratamento e do fantasma da recidiva, em si ou na sua filha, tem a ver com sua postura de tentar visualizar o sofrimento futuro com uma dimensão grande e a faz criar expectativas de que pode vir mais dor. Porém, quando experiencia um momento que imaginava ser difícil, percebe em si uma força desconhecida, uma possibilidade de superar uma fragilidade na qual acreditava ser orientadora de sua vida, vive o presente como uma descoberta de suas possibilidades como ser humano, e de sua capacidade de encontrar alternativas para lidar com o que não gosta, posicionando-se de forma ativa para resolver o que pode incomodar.

Porque você é o que você vê. E quando a gente tá por fora começa a imaginar um monte de coisa, não conhece a dimensão, mas não sabe como é realmente, e acha que o seu problema é o maior do mundo.

Quando começou a cair o cabelo, eu achei que eu ia ficar muito frágil, sabe?. Mas não, eu fiquei forte, fui procurar uma peruca, porque eu não aceitava colocar um lenço na cabeça. Não por vaidade, mas para as pessoas não ficarem me olhando com cara de pena. Você sabe, né?! Olham para você com a cabeça raspada. Não, careca mesmo, porque ficam uma falhas e o couro fica diferente, e todo mundo sabe que você tá com câncer, e fica olhando com dó. Eu falei, não, eu não quero! Então a cabeleireira perguntou se podia passar a máquina, e eu falei que podia. Achei que ia me desesperar, mas fiquei forte. Na hora deu uma sensação ruim porque eu tinha um cabelão, mas achei que eu fosse desesperar mais.

O sentido subjetivo presente na frase você é o que você vê exemplifica o que tem sido mais destacado por ela como uma mudança diante da doença, que é a questão da estética e da vaidade. Dois pontos significativos do que é atribuído como valorativo da pessoa nos tempos atuais, em que a estética é culturalmente “cultuada”. Desta forma, as mudanças em sua identidade que ficam mais evidentes, como processo flexível, está relacionado ao que ela mesma coloca. E sua forma de atuar no mundo, buscando alternativas para superar momentos difíceis a faz mobilizar outros recursos subjetivos, que terminam gerando novos sentidos subjetivos de cara à experiência vivida, constituindo sua forma de ser e sua auto-estima, atuando em sua configuração subjetiva, mudando sua forma de se ver e se atribuir valor, dizendo, em seu relato, que hoje em dia se ama ainda mais.

Na primeira cirurgia tive a oportunidade de fazer a reconstituição. Mas eu tinha a intuição de que viria mais coisa, para eu ter realmente a noção do que eu tinha que passar. Porque eu tinha a noção de que tinha que passar por uma coisa muito agressiva e eu ainda não tinha passado. Porque eu não tive reação de quimioterapia, sempre me senti muito bem, não tinha mal estar, só mesmo a queda do cabelo, os outros sintomas, nunca tive. Graças a Deus. Mas no fundo, no fundo, alguma coisa me dizia que eu não tinha passado por tudo que eu precisava passar. Não que ah eu tenho que sofrer. Mas no fundo eu sentia que tinha mais coisa para vir. E foi o que aconteceu nesta segunda cirurgia. Fiz a reconstituição, e o câncer voltou, então tive que fazer tudo de novo e tirar tudo mesmo, ficar sem nada. Ainda deu uma complicação porque inflamou, tive que ficar com a cirurgia aberta, na base de muito remédio e tive que fazer outra cirurgia mais complicada porque tinha pouco tecido para costurar a pele por causa da reconstituição. Agora que a ficha caiu mais ainda, porque depois de tanta coisa, acaba vendo que a estética, a vaidade, não é nada. Porque eu tive a oportunidade de ter um peito e tal,

mas se não tivesse feito, eu não teria passado por tudo isso. Poderia até ter passado por ter voltado, mas seria menor o sofrimento. Porque essa cirurgia foi grande porque não tinha mais pele.

E: Você acha que o que mudou então foi essa forma de você lidar com a vaidade?

M: foi, foi com certeza. Você vê que é besteira, e não é nada perto do que você precisa.

E: O que você acha que precisa?

M: o que precisa são as pequenas coisas, dar valor a elas, tipo andar, andar de bicicleta, sair... ah você acha que uma prótese dentro de um sutiã é ridículo. Mas depois você vê que ninguém percebe e que você não precisa ficar tão neurótica com esse tipo de situação sendo que tem coisas muito mais importantes para se preocupar. Eu me pego muito assim naquelas coisas, ah, to andando, sabe? To... não tive nenhuma gripe, né?! Porque a imunidade cai pra caramba e pode até ficar de cama por causa de uma gripezinha, e eu não tive nada disso. Nunca precisei fazer transfusão de sangue nem nada, ou do hemograma ficar muito ruim, sabe?! Então começa a pensar em outras coisas e deixa passar essa coisa da estética.

Ao perguntar o que a doença representou para ela, disse que não foi um castigo, mas uma sacudida, e atribui o maior significado à questão da vaidade e da estética. O que é bem compreensível pela sua faixa etária e pelas exigências da cultura na pós-modernidade: da estética perfeita. Isso mostra que, mesmo sendo um ponto difícil para ela lidar, há uma capacidade de mudar de opinião, tirar lições com suas experiências como no exemplo da necessidade da segunda cirurgia. Sua postura de procurar dar importância ao lado bom das coisas, a faz atribuir valores diferentes a tudo que envolve sua vida, desde a estética até suas formas de obter prazer, de ser valorizada pela pessoa que é, descrevendo-se somente com característica de personalidade,

por exemplo, o que demonstra uma mudança de identidade também, na forma de se reconhecer e de se atribuir valor.

Há uma grande capacidade de geração sentidos subjetivos novos, à medida que mudanças rápidas e inesperadas surgem em sua vida, permitindo uma flexibilidade no enfrentamento da doença, caracterizada em suas atitudes diferentes de acordo com cada situação pela qual tem que passar. Um indicador desta capacidade de geração de sentidos subjetivos é a sua forma de pensar que sempre viriam situações mais duras com relação à doença, o que termina permitindo-lhe vivenciar bem estes momentos, como aconteceu com a raspagem dos cabelos, e a necessidade da segunda cirurgia.

A singularidade de sua subjetividade fica aparente em como se configura tal organização subjetiva a partir do que aprende com o que vive e tira lições, de possuir recursos para superar cada momento difícil, seja com relação à forma de contar para os familiares sobre o diagnóstico, seja pelo medo da morte, os planejamentos para o futuro, a percepção de uma força antes despercebida, o crescimento pessoal, e principalmente, a sobreposição do sujeito à doença, permitindo-lhe viver outros aspectos de sua experiência no mundo, sem se restringir ao que o rótulo câncer carrega consigo nesta cultura.

3.2 Estudo de caso II

A paciente G. tem 42 anos, cinco filhos, sendo dois do primeiro casamento e três do segundo. É divorciada do primeiro casamento, e seu atual marido tem 34 anos e o casamento já dura 15 anos, como ela enfatiza. O filho mais novo tem 10 anos. Ela tem o diagnóstico de câncer há 06 meses e já fez quimioterapia e a mastectomia da mama esquerda. Mora em Ibimirim, em Pernambuco e veio para Brasília porque o marido conseguiu um trabalho aqui e conseguiu iniciar

o tratamento. Trabalhava como pescadora na sua cidade. Comenta dois fatos de sua história bem difíceis de lidar que foi o abandono do pai quando era bebê e a morte da mãe, quando já adulta, mas que não consegue superar.

É uma pessoa bem simples e cursou até a sétima série do Ensino Fundamental. Não tem casos de câncer na família. É católica e tem a religião e a fé em Deus como fortalecedores para enfrentar o tratamento. Tem uma educação coerente com os preceitos religiosos e busca sempre uma boa educação para os filhos, tendo dificuldades de lidar com as “coisas do mundo de hoje”. Dá valor às coisas simples que construíram a sua vida e o contato com a natureza, prezando as boas formas de se comportar. Hoje se considera maravilhosamente bem, e está realizada por poder fazer o tratamento.

O início de seu relato apresenta características do ambulatório que o tornam um ambiente de grande ansiedade por conta da experiência de espera que proporciona o contato com muitas histórias, relembrando comentários desagradáveis, e um momento de atividade mental que pode ser dirigida para diversos focos. As representações sociais hegemônicas a respeito do câncer, vinculadas principalmente à agressividade e à morte, neutralizam a realidade, e com isso o simbólico associado e influente passa a ser generalizado. O imaginário, nesse contexto possibilita uma dimensão muito grande ao câncer como um eliminador da pessoa como ser vivo no mundo e como ser em si mesmo, provoca um desconhecimento (falta de reconhecimento) de si mesmo, como uma ruptura de identidade, sofrendo mudanças em todo o processo. Em seu caso, a fala sobre isso possibilitou a expressão de angústias que a aliviou um pouco, mas sinalizou uma grande expectativa, tensão, falta de informação e medo.

E: e como a senhora se sentiu antes da consulta?

G: eu tava com medo! Muito nervosa, tensa com o que ele ia dizer. Mas aí eu fui soltando a voz, né?!

E: foi conversando...

G: fui conversando, falando histórias do Recife. Contando pro povo o que diziam por lá. Umass pessoas falavam que eu tava com Aids, e que o que tinha não ia curar. Daí, depois que falei isso comecei a me acalmar um tantinho. Aí pronto, fui chamada e ele resolveu me internar para resolver tudo.

E: ele falou o que você tinha?

G: Não! Mandou fazer biopsia e um monte de trem. Mas depois falou sim.

A influência do que lhe foi dito sobre o câncer não ter cura e ser associado à AIDS mostra como ainda é um tabu social falar sobre isso, e como a cultura e os sentidos sociais ficam arraigados e difíceis de mudar. Estas representações ganham poder e desestruturam psiquicamente as pessoas, principalmente, em sua boa parte, as mais humildes, com pouca escolaridade, que dependem do sistema público, são submissas ao que lhes é oferecido, mesmo sendo o mínimo, e mesmo assim acham-se privilegiadas por conseguirem algo. Esta realidade social do sistema de saúde pública brasileiro também influencia na forma como a pessoa recebe o diagnóstico e leva o tratamento.

A postura autoritária do sistema de saúde paternalista e também dos médicos, geram um ambiente não dialético no qual as pessoas mais humildes normalmente sentem dificuldades de se posicionarem a respeito do que ouvem, ou então, sentem-se impossibilitadas de expressarem o que sentem, de tirarem as dúvidas, o que contribui para que o contexto ambulatorial seja hostil. Há um clima ruim por conta do medo do diagnóstico, do medo de falar com os médicos e serem

maltratadas. Também aparecem os sentimentos de insegurança promovidos pela falta de informação e pelas influências simbólicas que envolvem o adoecimento de câncer.

No caso de G., pela sua forma espontânea, houve a facilidade de se expressar que a trouxe tranquilidade, mas isto aconteceu porque de uma certa forma houve um ambiente facilitador por conta do acolhimento recebido pelo trabalho voluntário realizado ali. Porém, isto somente ajuda na busca de uma estrutura emocional menos desorganizada para o que é o momento mais difícil para as paciente, que é diagnóstico.

Ao falar do momento do diagnóstico, citou sua angústia, desespero e o medo de morrer muito ligado ao futuro dos filhos. Apesar de haver o sentido subjetivo da morte em sua organização, o interessante é que ele não está vinculado principalmente à sua própria vida, mas sim à idéia de que com sua morte, estará abandonando os filhos, isto porque sua história com abandonos é bem difícil e não quer que se repita com os filhos.

Trouxe também, em sua fala, os efeitos das conversas com pessoas conhecidas que só falam coisas ruins. Isto mostra mais uma vez a “força” das crenças compartilhadas na criação de uma representação do câncer, por meio de conhecimentos e de imagens, que dimensionam a questão de forma muito intensa e hostil à pessoa, sua identidade e vida. No relato mostrou logo uma característica sua que é estar aberta a ouvir o outro, e com isso, receber influências boas e ruins, e também poder receber apoio.

E: e aí? Como você ficou?! (quando recebeu o diagnóstico)

G: muito difícil! Ave Maria Nossa Senhora! Eu endoideci, corri o hospital todinho, eu chorei, eu gritei, aí veio psicólogo, vocês de rosinha pra conversar. E eu fui começando a me acalmar um tantinho. Veio uma menina de vinte e dois anos, que já teve câncer, já tinha tirado a mama e me mandou apertar no lugar da cirurgia, e eu falei: Tô vendo a sua mama. E ela falou

que não tinha mama ali, e disse que tem filho, tem marido.... E todo mundo me deu apoio. E isso foi me incentivando mais um pouquinho, né?!

E: o que você acha que aconteceu para você reagir assim?

G: ah, é porque a gente acha que vai morrer. Porque, assim, eu nunca fiz uma cirurgia, nunca. Essa foi a primeira, e eu pensava, vou morrer. E quando contei pras minhas colegas do Recife, uma disse que eu ia viver um ano, a outra disse: você vai viver dois anos e vai morrer, outra, que isso é câncer e isso não tem cura não. Aí pronto, foi que eu desanimei. Aí, abandonei tudo e disse, Senhor, seja feita a Sua vontade. E aí foi assim, até que a tia do meu marido conversou muito comigo e eu resolvi fazer o tratamento.

O contato com o caso real da moça de 22 anos a traz para uma dimensão mais concreta e sai um pouco da influência do imaginário que a deixou tão transtornada, como se fosse o fim de tudo, e sem saber o que fazer com algo tão grande e sofrido. As questões relativas ao sentido social da doença continuam a influenciar, mas a sensação de ser apoiada é uma categoria que constitui sua organização subjetiva. A presença do outro lhe dando apoio, mostrando realidades, fazendo esclarecimentos, diminui suas tensões e possibilitam um estado emocional que a permite refletir e mudar de postura. E no completamento ela coloca

Não gosto de ouvir coisas ruins. Sinto muito mas não vou botar na mente

Isto já indica uma atitude diferente dela diante do que lhe falam, assumindo uma postura de escolher não colocar na mente aquilo que pode lhe fazer mal, o que não aconteceu no primeiro momento diante o diagnóstico. O que tem a ver com o surgimento de uma postura ativa em sua vida, um processo de tornar-se sujeito, reconhecendo sua necessidade de apoio.

E: além do medo de morrer, você pensava em outras coisas?

G: nos meus filhos. Pensava nos bichinhos. Um deles, mais novo, tem dez anos. Ah eu pensava sim. Pensava em eles serem criados por quem. Outras mães não é a mesma coisa que a de sangue. Pensava na educação que eles iam ter, porque avó cuida diferente, e o pai trabalha o dia todo. Então eu pensava assim que ia abandonar meus bichinhos.

Com relação à criação dos filhos, preocupa-se com o fato de que quem os criasse, caso ela morresse, não fosse parente de sangue. Da mesma forma como aconteceu com ela na história com o pai que a abandonou quando tinha três dias, e foi criada pelo padrasto, que não considera como pai, dizendo que sentiu muita falta dele. Isto exemplifica a forma como a experiência alimenta os sentidos subjetivos da pessoa, e no caso dela, constituindo um sentido que aparece naturalizado na consideração de sangue para exercer bem o papel de pai ou de mãe. Algo produzido a partir de sua história de vida e que orienta sua forma de pensar e agir no mundo. Então, não queria que essa história se repetisse e isso fica claro quando diz no completamento de frases o seguinte:

Vale a pena perseguir os objetivos.

E: E qual é o seu objetivo?

G: só morrer quando meus filhos tiverem casados e em suas casas.

Isso mostra como os filhos, e sua responsabilidade como mãe, são indicadores de sentido subjetivo que constitui sua forma de viver voltada para a família, sendo um núcleo de sentido importante na reorganização do sentido de sua vida com câncer, um núcleo base de luta para ter um futuro, dando-lhe força e ânimo para enfrentar o tratamento. Como se qualquer sofrimento valesse a pena ser passado e superado por causa dos filhos, para não abandoná-los e alcançar um objetivo que dá sentido à sua vida, que é vê-los independentes, e constituindo famílias, como a noção de procriação divulgada na igreja.

A minha principal preocupação em casa, os filhos e o marido

Quando penso em filhos penso nas coisas boas, na companhia. São as coisas maravilhosas que Deus deixou pra gente.

Minha família para mim maravilhosa

Meu maior compromisso cuidar da minha saúde para poder cuidar dos filhos

Na verdade o que eu queria mesmo era ficar só em casa com os filhos e o esposo

Meu maior prazer na vida é viver junto de minha família

A família está em foco também, porque outra zona de sentido que fazia parte de seu cotidiano foi alterada por conta do tratamento. Pela forma como falou da questão do trabalho, este parece um ponto importante para o valor que dá para si mesma. E como é muito simples, acha até que não é merecedora de um benefício estadual porque não trabalhou. Mostra como seus valores a respeito de educação, caráter, honestidade e merecimento são coerentes com seu modo de vida e religião. Já que tudo em sua vida foi conseguido com seu trabalho e esforço, diante de sua realidade de vida simples, em que sempre lutou para sobreviver, sem ambições materiais, apenas a continuação da vida mesmo, e agora tem que ser diferente.

Infelizmente não posso trabalhar mais como pescadora

O trabalho é muito importante. Eu não queria receber o dinheiro do INSS porque acho que a gente só deve receber quando trabalha, e eu aqui, parada, é muito difícil ganhar esse dinheiro. Fica parecendo que não é meu mesmo, porque não suei para conseguir.

Com relação à sua religião, ela mantém uma postura de não querer mudar a própria e aceitar as outras. Fala disso porque sente uma certa pressão de alguns familiares para se tornar crente, mas não quer isso para si, pois se sente melhor na Igreja Católica. Por isso prefere ficar falando somente de Deus ao invés de usar nomes de religião. Isto é um indicador de uma atitude

ativa e coerente com o que ela pensa e sente. Apesar de dizer que precisa do apoio das pessoas, não se submete a qualquer conselho ou apoio e opta pelo que lhe faz sentir melhor.

Eu gosto de Deus, amo Deus

Amo verdadeiramente Deus

Eu secretamente rezo e me confesso a Deus

Penso muito em Deus

É muito fácil conhecer as palavras de Deus

Ao deitar rezo

Eu me proponho a ir à Igreja Católica

Há um ponto importante na forma de G. se colocar no mundo como dependente das pessoas, colocando como sua principal qualidade poder ajudar os outros, e dizendo que necessita de apoio. Este aspecto, juntamente com a relação com Deus, a colocam em uma posição flexível de reconhecer suas necessidades, e ser coerente com elas, sem se perder do que pensa e sente. Esta questão de precisar de apoio parece vir de uma crença de ser insegura e pela falta que sente da mãe, como apresenta nas seguintes frases e em um trecho da entrevista:

Sofro no dia das mães, porque queira ter minha mãe viva. Precisava do apoio dela.

Faria diferente trazer minha mãe de volta, se eu pudesse

Gostaria de ser mais seguro em mim mesma

Necessito muito de apoio

O tempo mais feliz de minha vida foi quando encontrei o apoio de vocês (RFCC)

G: ah tá. Ainda bem que tem um monte de gente para incentivar a gente aqui: vocês, os médicos, e todo mundo pra gente ficar bem. Mas o que mais me preocupa são meus filhos e meu marido. Mas eu confio em Deus para me ajudar nessa.

E: quando você acha que Ele mais te ajudou?

G: na hora da cirurgia, porque tava com muito medo e me entreguei nas mãos Dele. Daí fiquei mais calma.

E; Ele é quem mais te dá apoio, então?!

G: é, com certeza, já que não tenho mais minha mãe. Se ela tivesse aqui quando soube da doença eu não tinha desistido do tratamento da primeira vez. Porque também, eu tava com medo de contar pro meu marido, e de ele não me querer mais.

Um aspecto interessante a ser comentado sobre o discurso de G., é que ela sempre fala de falta de apoio, porém em poucos momentos ela se refere ao marido, e em nenhum deles, ela o faz sem vinculá-lo à família como um todo, e aos filhos. Isto é um indicador de que a relação é marcada por sentidos subjetivos associados ao marido que não estão ligados a segurança, apoio e confiança, já que busca isso tudo fora de seus relacionamentos nucleares. Este ponto aparece no medo de ela contar para o marido, no apoio que a tia do marido lhe deu para não abandonar o tratamento, na frase que diz que o tempo mais feliz de sua vida foi quando encontrou o apoio do trabalho voluntário, e nos sentimentos a respeito da falta da mãe e do apoio que ela poderia ter lhe dado, sendo que essa sensação de falta associada ao afeto que ela precisa é mais um indicador de que no momento atual da vida algo lhe falta, embora não consiga reconhecê-lo. Sua atitude de cautela para contar e compartilhar um momento difícil, indica que lhe falta este espaço de confiança, mas os sentidos envolvidos nisso podem estar relacionados a muitas questões que aparecem na entrevista e no completamento.

E: como foi quando você contou pra ele?(o marido)

G: ele é bacana, ótimo, muito compreensivo. Quando tinha filho eu falava: olha meu filho noventa dias viu. Ele dizia: tá certo. E a gente esperava os noventa dias. Com o tratamento disse

assim: olhe, a gente nasceu sem cabelo, sem peito, e tudo foi crescendo, então pode tirar isso tudo. Eu ficava com medo de contar e ele me abandonar, e aí ele disse: imagina! Você tá doida!? Quando nós casemo nos pés de Deus o que foi que eu disse? Na saúde, na tristeza, na doença, na pobreza ou na riqueza ?! Foi ou não foi?! Então, estou contigo. Não vou lhe abandonar nunca. Só no dia que você morrer, ou eu morrer, que aí a gente abandona um ao outro. Mas não agora, de jeito nenhum!

E: e isso foi importante para você!

G: foi. Que daí eu fiquei mais segura, né?

O casamento maravilhoso. Apesar de ele ser mais novo, é bacana. É uma pessoa muito compreensiva.

O que aparece na sua fala, indica que há sentidos subjetivos associados ao lugar da mulher em relação ao homem na subjetividade social que envolve o seu relacionamento matrimonial. Estão vinculados ao fato de ela ser mais velha que ele, e também no medo do abandono caso perca a mama, por exemplo. A frase “apesar de ele ser mais novo, é bacana”, mostra que há alguma insatisfação, não reconhecida por ela, mas que tem efeitos na maneira de reconhecê-lo como companheiro. Além disso, como as experiências alimentam os sentidos subjetivos, esta forma de vivenciar a relação tem a ver com sua história de vida cheia de abandonos, como o do pai e do ex-marido. Isto perpassa o relacionamento e participa do sentido subjetivo deste.

Um ponto importantíssimo na história de G. é o apoio inesperado por ela de seu marido, indicando uma surpresa e uma forma de perceber a da relação como insegura, podendo ser motivos diversos. Afinal, um de seus maiores medos com relação ao surgimento da doença era a possibilidade do abandono por parte de seu companheiro. Este é um medo freqüente nas paciente

de câncer de mama, que mostra um sentido subjetivo essencial a ser aprofundado em relação à configuração subjetiva da doença, por conta da representação hegemônica da perda da feminilidade no sentido do tratamento atingir a estética, desde a queda de cabelo às mutilações, que geram a insegurança da falta de desejo ou de atração do homem pela mulher. A forma compreensiva de seu marido a conforta, deixa-a mais segura, e dá força para enfrentar o tratamento, focando o sentido de tudo em uma melhora para continuarem a vida juntos. Passa uma sensação de não estar só na luta e de poder contar com quem tem mais importância em sua vida. De forma semelhante acontece com relação a Deus e ao trabalho voluntário que a assiste.

E: então, quando você tem o apoio das pessoas, fica mais animada para fazer as coisas?

G: ah fico sim, foi só por causa do apoio dos outros é que eu consegui começar o tratamento. E a força de Deus também.

E: é parece que Ele é muito importante para você mesmo!

G: é porque sou muito insegura. E quando alguém conversa comigo, me dá força e parece que ganho mais força ainda.

E: parece então que você tem essa força, mas quando fica insegura precisa de alguém pra te explicar as coisas e te apoiar. Às vezes, quando a gente não entende direito o que acontece ou fica esperando uma reação das outras pessoas, a gente se sente insegura mesmo, e isso pode passar com uma conversa, ou para entender o que acontece, ou para tirar as dúvidas sobre as reações das pessoas que a gente gosta e receber o apoio.

G: é mesmo. Porque quando vem a pessoa que explica ou dá o apoio pra gente de coração bom, as coisas ficam totalmente diferente. Parece que passou uma borracha e apagou o que a gente tava sentindo de insegurança.

Esta última fala mostra a importância do apoio, seja psicológico, religioso ou da rede social, para sua organização psíquica, como um foco de esclarecimento e diminuição de angústias. E também dá esperança de viver dias melhores, tendo planos para o futuro, tanto na cura de sua doença, na parte da família, na criação dos filhos, como em outros aspectos, como os estudos, por exemplo.

Os estudos não terminei ainda, mas pretendo terminar porque é maravilhoso

Desejo muita saúde para mim e pra todos, e voltar no hospital só para fazer exames

Em casa quando eu chegar em Pernambuco vou visitar meu lugar e mostrar que eu estou bem e que não era nada daquilo que as pessoas estavam pensando

Meu futuro agora é só alegria

Estas frases mostram como agora ela sente esperança no tratamento e faz planos de quando estiver curada, parecendo ter uma sensação de certeza de que isso acontecerá, ou seja, é um indicativo de sobreposição à doença.

O caso de G. mostra mais uma vez como a forma que a pessoa leva a vida e se relaciona com o mundo, com os outros e consigo mesmo, influenciam na maneira de sentir o diagnóstico, pensar a respeito dele e reagir ao novo momento de vida. O impacto é coerente com o modo de ser e viver da pessoa, sendo que isto está muito ligado à questão da morte, além da finitude do próprio existir, mas também se a pessoa tem objetivos para a vida e como eles são significados, como são carregados de sentidos, simbologias e emoções. Por exemplo, se há pessoas que dependam dela, como os filhos, e de quando ela reconhece que cumpriu sua missão, e assim se permitir morrer. Mais um aspecto influenciador é a relação com o marido, que a coloca em uma situação de insegurança e demandado apoio externo, mostrando também como também influencia na forma de receber a notícia.

Outro ponto importante apresentado pelo caso dela é como o clima social antes do recebimento do diagnóstico pode influenciar a forma de reação das pessoas relacionados às suas histórias de vida. Na situação descrita mobilizou sentimentos de solidão e idéias de abandono por figuras importantes, como o pai e a mãe, fazendo-a pensar que o marido a abandonará também, e se sentir sem apoio para viver. Isto confirma a importância de um suporte emocional, seja ele qual for, perante a situação da notícia do adoecimento. Como se ela resgatasse momentos difíceis, no caso, a morte da mãe por exemplo, e percebesse que o que a ajudou foi o apoio de outras pessoas, e por isso, então, dá tanto valor a um suporte.

Conclusão

Por conta do estudo proposto, e da experiência que tenho com o trabalho voluntário, pude perceber a complexidade envolvida no adoecimento com o câncer de mama, desde o diagnóstico até as influências históricas e sociais que envolvem o estado emocional da pessoa diante desta realidade. Por isso, há algumas considerações importantes para a compreensão dos efeitos psicológicos do diagnóstico de câncer e de como o contexto em que ele é dado influencia o estado emocional das pacientes.

É essencial ressaltar aqui, que a motivação para esta pesquisa e as elaborações possibilitadas por ela têm origem na prática, no contato cotidiano com casos de vida real, sofrimentos, superações, aprendizados e alegrias. Neste sentido, o processo de construção do conhecimento, confrontando teoria e prática, e gerando novas formas de pensar, torna-se essencial para a continuação do desenvolvimento da Psicologia como ciência que estuda a complexidade e processualidade da subjetividade humana, necessitando constantemente de novas produções de conhecimento para embasar atuações, pautadas em entendimentos de dinâmicas e processos psíquicos dos mais diversos. No caso do adoecimento do câncer, muitos aspectos da configuração subjetiva do adoecimento ainda precisam ser estudados, e a pesquisa neste campo merece ser incentivada sempre.

Pude perceber que uma questão envolvida na configuração subjetiva do diagnóstico tem a ver com a influência do modo de vida na forma como cada um lê o texto câncer de mama. Ou seja, a forma como a pessoa se mobiliza com os sentidos sociais, sua maneira de pensar e sentir a respeito do câncer, e o impacto da notícia são coerentes com o modo de vida da pessoa e sua forma de ser, de se expressar e emocionar. E quando são submetidas a um contexto associado à

morte, como o processo de diagnóstico, ficam em uma situação de ruptura deste modo de vida e desta forma de ser orientados por objetivos que a pessoa tem para a vida, pelo modo como eles são significados, carregados de simbologias e emoções, constituindo os sentidos subjetivos.

Nesta linha de pensamento, percebe-se que o câncer toma formas diferentes em cada sujeito, constituindo-se subjetivamente muito além das representações hegemônicas existentes acerca da doença. Isto se torna possível à medida que os recursos subjetivos singulares da pessoa produzem efeitos psicológicos que a permitem lidar com o câncer de uma forma que faz parte da identidade, integrando a doença como participante da sua vida, mas não como algo acima da própria pessoa, ou maior do que qualquer força humana. É uma forma de configuração subjetiva em que o câncer ganha uma forma ao fazer parte da identidade, ao invés de tomar o lugar da pessoa. Isto é exemplificado belamente no caso I, em que a paciente expõe recursos subjetivos que a permite planejar o futuro reconhecendo as limitações que a doença lhe causa, mas encontrando alternativas para se realizar diante disso, como na questão de formar uma família e ter filhos, adontando-os, se for necessário, permitindo uma postura ativa diante da vida.

Outra possibilidade de configuração subjetiva diante do diagnóstico, está relacionada aos efeitos emocionais mobilizados por uma crise existencial. O caso II mostra como o diagnóstico é caracterizado por um momento de questão existencial, que gera muita tensão, e tem seus efeitos de acordo com a estrutura emocional da pessoa, podendo intensificar núcleos subjetivos que já estão carregados de emoções negativas, como por exemplo sua falta de apoio vivenciadas em seus relacionamentos, principalmente o matrimonial. E neste sentido, o que possibilita sua reorganização psíquica é justamente ter tido algum tipo de apoio vindo de pessoas desconhecidas, e valorizando este momento como o mais feliz de sua vida. O seu momento de grande desespero,

torna-se também como o mais feliz de sua vida, demonstrando como o que falta, quando é suprido, a satisfaz de uma forma muito importante para conseguir reagir ao que lhe foi imposto.

Com o estudo, percebi também que a questão da morte, vai além da finitude do próprio existir, que já é muito angustiante, mas incluindo as conseqüências disto na missão que pessoa se propôs a cumprir nesta vida, a questão de dependência de familiares, por exemplo, e ganhando uma mensagem de limitação de sonhos, de frustração nas realizações pessoais. Isto possibilita atribuir à doença uma dimensão de gravidade talvez bem maior que a realidade diante das possibilidades de cura.

Mais um aspecto que contribui para essa dimensão imaginária intensa de sofrimento tem relação com as formas sociais atribuídas ao câncer. Uma das questões está relacionada às representações sociais e aos sentidos hegemônicos atribuídos ao câncer, por meio do discurso e de imagens que se referem a um fenômeno aterrorizante, desordenado, forte que geram sentimentos de medo de algo agressivo, invasivo, ameaçador, às vezes até maior do que qualquer força humana, associado rapidamente às idéias de perda da vida e da feminilidade. Muito disso acontece por conta da linguagem médica e de senso comum utilizada para se falar do câncer, seja como o nome que não se pode falar, ou com expressões do tipo maligno, invasivo, muito agressivo, avançado, quimioterapia, sofrimento, sem possibilidades terapêuticas e etc.

As conseqüências destas crenças são visíveis na geração de um processo antecipado de tensão perante uma suspeita de câncer, e que no caso estudado “contamina” todo o ambiente em que há várias pessoas com o mesmo temor do diagnóstico. Ou seja, o estar no ambulatório já parece ser o diagnóstico, ou fazer parte do que podemos chamar de processo de diagnóstico, sendo que a fala do médico torna-se a marca deste processo, como algo que legitima, e logo

associado ao processo de morrer. Tais pessoas compartilham angústias e crenças que dão uma dimensão de julgamento e sentença de morte, no caso de confirmação da doença.

O clima social fica cheio de medo, ansiedade, hostilidade, sensação de vulnerabilidade, impotência, fragilidade, e mais um monte de emoções que carregam estas simbologias, imagens e crenças a respeito do câncer. Isto que compõe subjetivamente o cenário do recebimento do diagnóstico, possibilita um estado emocional de fragilidade pela dificuldade de encontrar alternativas para ser diferente, quando a força social diz ser de um modo. Quando a pessoa entra em contato com o diagnóstico, a questão da morte aparece como uma ruptura de identidade de uma forma como se o sujeito não tivesse energia psíquica para se sobrepôr ao fato de estar doente, influenciando a forma como a pessoa experiencia o seu estado de saúde e doença.

A subjetividade social constituinte e constituída no contexto ambulatorial, vinculada ao clima social hostil e ameaçador das crenças, símbolos e representações, é permeada pelos sentimentos de medo, incerteza, insegurança, fragilizando emocionalmente cada pessoa que compartilha das crenças acerca do câncer como um grande destruidor. Os significados e sentidos subjetivos neste nível social configuram um ambiente marcado por tensão e insegurança, dois estressores psicológicos que explicam as diferentes reações à notícia, e um processo de adoecimento emocional porque já gera vulnerabilidade. E a partir daí, várias formas de lidar com a doença aparecem, como negações, depressões, revoltas, aceitações, superações, choque, apatia e etc. Este clima social é influenciado por estruturas ambientais, pela demora do atendimento, possibilitando um tempo ocioso, momento conversacional no qual o assunto, geralmente, é o adoecimento e as histórias conhecidas sobre este processo.

Com isso, as formas de sobrepôr à doença têm muito a ver com as necessidades singulares das pessoas, que vão se alterando de acordo com a história, modo de vida e com o que é vivido

em cada etapa do tratamento, o que vai se tornando mais importante e significativo, seja pelo apoio, mudanças de conceitos, de modo de vida, focos, planejamentos, objetivos, categorias e instituições que dão sentido à vida e etc.

Assim, a prática da psicologia precisa ser orientada para uma postura que compreenda tudo o que envolve o contexto de diagnóstico para facilitar o estabelecimento do vínculo, usando o afeto como facilitador para que a linguagem tenha emocionalidade, e assim, acessar o outro, dando apoio, suporte, permitindo a reflexão, buscando o sujeito desde o primeiro contato com o paciente, na tentativa de buscar alternativas para se sobrepôr ao primeiro impacto com os recursos que tem ou que pode desenvolver, e de acordo com as necessidades de cada um, tentando diminuir a limitação que as formas sociais, ao dar valor aos sentidos, atua na vida das pessoas, saindo de uma postura muito pessimista e se direcionando para a visualização de possibilidades, de potencialidades para atuar na e para a vida.

Isto pode ser feito acompanhando a transição da pós-modernidade na forma de pensar os processos psíquicos, reconhecendo a complexidade que constitui a subjetividade e seu caráter processual e dinâmico, facilitando uma forma de atuar que abre o olhar para a vivência singular do diagnóstico de câncer sem categorizá-lo por conta das representações sociais hegemônicas, mas sim tomando uma postura diferente ao dar esperanças para possibilidades diversas de se vivenciar o adoecimento, reconhecendo a pessoa, o sujeito, e sua dinâmica psíquica, antes da doença. Ao dar o suporte no momento do diagnóstico, mostra-se a importância maior que a pessoa tem antes da doença em si, já se constituindo como um momento de legitimação do sujeito.

Uma contribuição que a psicologia pode trazer por meio de seu estudo da palavra e do que está por traz dela é a orientação para uma mudança na linguagem usada na explicação do que é o

câncer e em termos menos amedrontadores para se referir a seu estado clínico e características. Esta mudança, no meu entender, é necessária e pode ajudar nos efeitos emocionais, apesar de eu reconhecer que o que está arraigado à idéia do câncer ser muito forte, mas algo pode ser feito como possibilidade de início, e acredito que um dos passos importantes é procurar alternativas de terminologias para se falar disso, já que a palavra, as fantasias, o imaginário, as crenças sociais, os discursos repassados nas gerações têm muita força, podendo também influenciar de um modo mais positivo e dando mais esperança.

Referências Bibliográficas

- BAUMAN, Zygmunt (1998). *O mal-estar da pós-modernidade*. Trad. Mauro Gama, Cláudia Martinelli Gama, revisão técnica de Luís Carlos Fridman. Jorge Zahar Editora. Rio de Janeiro.
- CAPRA, Fritjof (1982). *O ponto de mutação*. Trad. Álvaro Cabral. Editora Cultrix: São Paulo.
- FRIDMAN, L. C.: *Pós-modernidade: sociedade da imagem e sociedade do conhecimento*. In Rev. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, VI(2), 353-75, jul.-out. 1999. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000300007 Acessado em 15 de Março de 2007.
- GIMENES, M. da G. G. G. (1997) (Org). *A mulher e o câncer*. Editorial Psy, São Paulo.
- GONZÁLEZ REY, F. (2003). *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- _____ (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____ (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- HALL, Stuart.(1999) *A identidade cultural na pós-modernidade*. Tradução: Tomaz Tadeu da Silva, Guacira Lopes Louro. 3.ed. DP&A. Rio de Janeiro.
- NEUBERN, Maurício S. *Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica*. Psicologia, Reflexão e Crítica, 2001, 14 (1), pp 241-252.
- QUEIROZ, Marcos de S. (1986). *O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica*. Ver. Saúde públ. São Paulo, 20 (4): 309/14.
- RAMOS, D. G. (1994). *A psique do corpo. Uma compreensão simbólica da doença*. Summus Editorial, São Paulo.

SONTANG, Susan. (1984) *A doença como metáfora*. Trad. Márcio Ramalho. Edições Graal, Rio de Janeiro.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. *A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios*.

Rev. Psicologia em estudo., vol.6, no.2, p.49-56, Dez 2001. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722001000200007&script=sci_arttext&tlng=

[pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722001000200007&script=sci_arttext&tlng=) acessado em 20 de Março de 2007.

Apêndice

Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa é desenvolvida por Ana Paula Soares Fernandes, aluna do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB-, pela disciplina Monografia, como trabalho de conclusão do curso de graduação, orientado pelo Prof^o Fernando Luis González Rey, e tem como objetivo estudar as formas de subjetivação do enfrentamento do câncer, em especial, no momento do diagnóstico.

Sua participação se dará por meio de dois encontros com o pesquisador, de acordo com sua disponibilidade. Em cada encontro acontecerá uma entrevista com tempo livre e que será gravada, no qual, o objetivo é estabelecer um diálogo, um espaço de conversa, sendo que sua identidade será mantida em sigilo.

Desta forma, você é livre para decidir sobre sua participação, e também para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, se for de sua vontade, na medida que o pesquisador está a sua disposição para qualquer contato e esclarecimento de dúvidas. O seu envolvimento nos encontros, por meio do diálogo reflexivo proposto, poderá te ajudar a compreender sua forma de se posicionar frente à doença, não havendo riscos para seu tratamento.

Você poderá ter um retorno sobre a pesquisa, se quiser, e sua participação é muito importante para o estudo de como as pessoas vêm enfrentando o processo de adoecimento.

Data: ____ / ____ / _____

Paciente

Ana Paula S. Fernandes (pesquisadora)

Anexos

Anexo I

Transcrição de trechos da entrevista com M.

E: fale um pouquinho sobre a sensação de ficar no ambulatório aguardando a consulta:

M: a princípio eu estava tranqüila porque não havia casos de câncer na família, e pela minha idade, 24 anos, eu achava bem difícil ter alguma coisa. Então fiquei tranqüila, continuei com minha alegria e simpatia, conversando com as pessoas, mas bem tranqüila. Já no primeiro dia tive que fazer uma punção, que foi horrível, dói demais, é muito ruim... mas saí tranqüila e fui curtir o carnaval porque isso foi antes do carnaval. Quando voltei do carnaval, fui para a consulta sem a menor preocupação. O médico já tava com o resultado, e eu fui sem a menor preocupação, fui sozinha, dirigindo, e tal. E ele falou que tinha dado, que eu tava com câncer, e que, pelo tamanho, e pela evolução do tumor eu teria que fazer uma cirurgia grande e tirar tudo. A princípio eu fiquei calma, escutei tudo que ele tinha falado, daí saí, fui pro carro e quando entrei, a ficha caiu, comecei a chorar e comecei a me desesperar. Liguei para um namorado, que eu tinha na época, para ele ir me buscar, mas não pôde, então, foi um transtorno. Fui para casa, e aí foi um desespero total, de todo mundo.

E: Você pode me falar mais um pouco sobre as sensações a respeito do diagnóstico?

M: ah, aquelas coisas que você acha que nunca acontece com você. Eu comecei a chorar, ficar desesperada. Aí a gente começa, né. A gente que é mulher, começa a pensar na vaidade do cabelo que vai cair, na vaidade do seio. O meu era muito pequeno, então não tinha como preservar nada. Aí você começa a pensar, né, como é que eu vou ficar daqui há um mês? Pensar também que vai morrer. Todo mundo sabe que vai morrer, mas parece que nunca fica tão próximo, e a doença coloca próximo. E aí também começo a pensar na filha que tenho, e ficar preocupada porque ela tá na fase de entender tudo, e então como ela ia reagir. Porque ela tinha visto a novela da Carolina Dieckman, que caiu o cabelo e tal, e ela ficou toda sentida e agora iria ver com a mãe dela, então fiquei preocupada de como ela ia ficar com tudo isso. Passa tudo pela cabeça. E aí você começa a se revoltar e veio aquelas perguntas de sempre de por que comigo?, por que eu? E tal. Porque você é o que você vê. E quando a gente tá por fora começa a imaginar um monte de coisa, não conhece a dimensão, mas não sabe como é realmente, e acha que o seu problema é o maior do mundo. E o desespero foi nessa hora, e também com a minha porque ela começou a passar mal da pressão. E aí você acaba sofrendo mais pelo sofrimento dos outros que estão de fora também. Daí vem o namorado que ficou com medo e foi embora, então dá a sensação de que você ficou sozinha no mundo. Mas aos poucos fui colocando a cabeça no lugar, porque na hora dá um choque, você leva um susto. Mas depois vai se conformando, vendo as possibilidades de tratamento, e tal. Isso começou a me tranqüilizar, apesar de ter ficado triste. Quando começou a cair o cabelo, eu achei que eu ia ficar muito frágil, sabe?. Mas não, eu fiquei forte, fui procurar uma peruca, porque eu não aceitava colocar um lenço na cabeça. Não por vaidade, mas para as pessoas não ficarem me olhando com cara de pena. Você sabe, né?! Olham para você com a cabeça raspada não, careca mesmo, porque ficam uma falhas e o couro fica diferente, e todo mundo sabe que você tá com câncer, e fica olhando com dó. Eu falei, não, eu não quero! Então a cabeleireira perguntou se podia passar a máquina, e eu falei que podia. Achei que ia me

desesperar, mas fiquei forte. Na hora deu uma sensação ruim porque eu tinha um cabelão, mas achei que eu fosse desesperar mais.

Na primeira cirurgia tive a oportunidade de fazer a reconstituição. Mas eu tinha a intuição de que viria mais coisa, para eu ter realmente a noção do que eu tinha que passar. Porque eu tinha a noção de que tinha que passar por uma coisa muito agressiva e eu ainda não tinha passado. Porque eu não tive reação de quimioterapia, sempre me senti muito bem, não tinha mal estar, só mesmo a queda do cabelo, os outros sintomas, nunca tive. Graças a Deus. Mas no fundo, no fundo, alguma coisa me dizia que eu não tinha passado por tudo que eu precisava passar. Não que ah eu tenho que sofrer. Mas no fundo eu sentia que tinha mais coisa para vir. E foi o que aconteceu nesta segunda cirurgia. Fiz a reconstituição, e o câncer voltou, então tive que fazer tudo de novo e tirar tudo mesmo, ficar sem nada. Ainda deu uma complicação porque inflamou, tive que ficar com a cirurgia aberta, na base de muito remédio e tive que fazer outra cirurgia mais complicada porque tinha pouco tecido para costurar a pele por causa da reconstituição. Agora que a ficha caiu mais ainda, porque depois de tanta coisa, acaba vendo que a estética, a vaidade, não é nada. Porque eu tive a oportunidade de ter um peito e tal, mas se não tivesse feito, eu não teria passado por tudo isso. Poderia até ter passado por ter voltado, mas seria menor o sofrimento. Porque essa cirurgia foi grande porque não tinha mais pele.

E: Você acha que mudou então essa forma de você lidar com a vaidade?

M: foi, foi com certeza. Você vê que é besteira, e não é nada perto do que você precisa.

E: O que você acha que precisa?

M: o que precisa são as pequenas coisas, dar valor a elas, tipo andar, andar de bicicleta, sair... ah você acha que uma prótese dentro de um sutiã é ridículo. Mas depois você vê que ninguém percebe e que você não precisa ficar tão neurótica com esse tipo de situação sendo que tem coisas muito mais importantes para se preocupar. Eu me pego muito assim naquelas coisas, ah, to andando, sabe? To... não tive nenhuma gripem, né, porque a imunidade cai pra caramba e pode até ficar de cama por causa de uma gripezinha, e eu não tive nada disso. Nunca precisei fazer transfusão de sangue nem nada, ou do hemograma ficar muito ruim, sabe?! Então começa a pensar em outras coisas e deixa passar essa coisa da estética.

Transcrição entrevista com G.

E: Como foi ficar no ambulatório aguardando a consulta?

G: primeiro eu fui para o hospital do Gama porque a tia do meu marido me incentivou. E lá encontrei um doutor muito bacana, que me mostrou o Dr Rogério que me levou pra lá. Mostrei os exames tudo difícil que eu fiz, e fui para o Hospital de Base.

E: e como a senhora se sentiu antes da consulta?

G: eu tava com medo! Muito nervosa, tensa com o que ele ia dizer. Mas aí eu fui soltando a voz, né?!

E: foi conversando...

G: fui conversando, falando história do Recife. Contando pro povo o que diziam por lá. Um pessoas falavam que eu tava com Aids, e que o que tinha não ia curar. Daí, depois que falei isso

comecei a me acalmar um tantinho. Aí pronto, fui chamada e ele resolveu me internar para resolver tudo.

E: ele falou o que você tinha?

G: Não! Mandou fazer biopsia e um monte de trem. Mas depois falou sim.

E: e aí? Como você ficou?!

G: muito difícil! Ave Maria Nossa Senhora! eu endoideci, corri o hospital todinho, eu chorei, eu gritei, aí veio psicólogo, vocês de rosinha pra conversar. E eu fui começando a me acalmar um tantinho. Veio uma menina de vinte e dois anos, que já teve câncer, já tinha tirado a mama e me mandou apertar no lugar da cirurgia, e eu falei: to vendo a sua mama. E ela falou que não tinha mama ali, e disse que tem filho, tem marido, e todo mundo me deu apoio. E isso foi me incentivando mais um pouquinho, né?!

E: o que você acha que aconteceu para você reagir assim?

G: ah, é porque a gente acha que vai morrer. Porque, assim, eu nunca fiz uma cirurgia, nunca. Essa foi a primeira, e eu pensava, vou morrer. E quando contei pras minhas colegas do Recife, uma disse que eu ia viver um ano, a outra disse: você vai viver dois anos e vai morrer, outra, que isso é câncer e isso não tem cura não. Aí pronto, foi que eu desanimei. Aí, abandonei tudo e disse, Senhor, seja feita a Sua vontade. E aí foi assim, até que a tia do meu marido conversou muito comigo e eu resolvi fazer o tratamento.

E: além do medo de morrer, você pensava em outras coisas?

G: nos meus filhos. Pensava nos bichinhos. Um deles, mais novo, tem dez anos. Ah eu pensava sim. Pensava em eles serem criados por quem. Outras mães não é a mesma coisa que a de sangue. Pensava na educação que eles iam ter, porque avó cuida diferente, e o pai trabalha o dia todo. Então eu pensava assim que ia abandonar meus bichinhos.

E: o que você acha que representou o diagnóstico?

G: como assim?

E: o que você pensa sobre o fato de você estar doente?

G: ah. Bom, eu não acho que é castigo não, porque Deus não quer o sofrimento de ninguém. Acho que é consequência dos tempos de hoje, que tá mais evoluído, e até gente nova, moça, tá pegando essas coisas. É um vírus mesmo que tá dando no pessoal e pronto.

E: é um vírus?

G: é. Porque ninguém na minha família teve isso.

E: na verdade os médicos não sabem qual é a causa. Mas o câncer acontece por conta de um tumor, um amontoado de células que cresceram diferentes das outras células da mama, mas não é um vírus. E, normalmente é causada por um monte de fatores juntos, do nosso corpo e do meio-ambiente.

G: ah tá. Ainda bem que tem um monte de gente para incentivar a gente aqui: vocês, os médicos, e todo mundo pra gente ficar bem. Mas o que mais me preocupa são meus filhos e meu marido. Mas eu confio em Deus para me ajudar nessa.

E: quando você acha que Ele mais te ajudou?

G: na hora da cirurgia, porque tava com muito medo e me entreguei nas mãos Dele. Daí fiquei mais calma.

E: Ele é quem mais te dá apoio, então?!

G: é, com certeza, já que não tenho mais minha mãe. Se ela tivesse aqui quando soube da doença eu não tinha desistido do tratamento da primeira vez. Porque também, eu tava com medo de contar pro meu marido, e de ele não me querer mais.

E: como foi quando você contou pra ele?

G: ele é bacana, ótimo, muito compreensivo. Quando tinha filho eu falava: olha meu filho noventa dias viu. Ele dizia: tá certo. E agente espera os noventa dias. Com o tratamento disse assim: olhe, a gente nasceu sem cabelo, sem peito, e tudo foi crescendo, então pode tirar isso tudo. Eu ficava com medo de contar e ele me abandonar, e aí ele disse: imagina! Você tá doida!? Quando nós casamos nos pés de Deus o que foi que eu disse? Na saúde, na tristeza, na doença, na pobreza ou na riqueza ?! Foi ou não foi?! Então, estou contigo. Não vou lhe abandonar nunca. Só no dia que você morrer, ou eu morrer, que aí a gente abandona um ao outro. Mas não agora, de jeito nenhum!

E: e isso foi importante para você!

G: foi. Que daí eu fiquei mais segura, né?!

E: então, quando você tem o apoio das pessoas, fica mais animada para fazer as coisas?

G: ah fico sim, foi só por causa do apoio dos outros é que eu consegui começar o tratamento. E a força de Deus também.

E: é parece que Ele é muito importante para você mesmo!

G: é porque sou muito insegura. E quando alguém conversa comigo, me dá força e parece que ganho mais força ainda.

E: parece então que você tem essa força, mas quando fica insegura precisa de alguém pra te explicar as coisas e te apoiar. Às vezes, quando a gente não entende direito o que acontece ou fica esperando uma reação das outras pessoas, a gente se sente insegura mesmo, e isso pode passar com uma conversa, ou para entender o que acontece, ou para tirar as dúvidas sobre as reações das pessoas que a gente gosta e receber o apoio.

G: é mesmo. Porque quando vem a pessoa que explica ou dá o apoio pra gente de coração bom, as coisas ficam totalmente diferente. Parece que passou uma borracha e apagou o que a gente tava sentindo de insegurança.

E: por isso é importante, quando você estiver insegura, procurar alguém pra conversar, refletir sobre o que acontece, e você pode me procurar quando quiser, e qualquer pessoa da Rede .

G: tá certo!

E: você acha que aprendeu ou ganhou alguma coisa com a doença?

G: eu ganhei novos amigos, conheci pessoas como vocês, e a aprendi a lutar pela vida.

E: e agente tá aqui para te ajudar.

G: é eu não vou mais ficar matutando sozinha, recolhida. Vocês pediam pra eu conversar e falava conte. Daí, então eu fui me sentindo bem. Eu aprendi a falar, soltar, e isso me ajudou. Porque meus filhos também são assim, e agora eu converso mais com eles, pergunto se ficaram chateados comigo quando eu brigo por causa do iogurt (orkut), e depois fica tudo bem. Até nisso, isso tudo me ajudou.

E: então tá. A gente está aqui pra isso, para conversar bastante. Obrigada.

Anexo II – Completamento de Frases