



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO: PSICOLOGIA

**ESTUDO DAS CONFIGURAÇÕES SUBJETIVAS E
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE UMA ENFERMEIRA:
ESTUDO DE CASO**

LÍGIA MIYASAKI

BRASÍLIA

NOVEMBRO/2007

LÍGIA MIYASAKI

**ESTUDO DAS CONFIGURAÇÕES SUBJETIVAS E
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE UMA
ENFERMEIRA: ESTUDO DE CASO**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Psicologia do

UniCEUB – Centro Universitário de Brasília

Professor Orientador:

Fernando Luis González Rey

Brasília/DF, Novembro de 2007.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Fernando Luis González Rey

Maurício Neubern

Alejandro Olivieri

A Menção Final obtida foi:

BRASÍLIA, NOVEMBRO/2007.

*Não sejas o de hoje.
Não suspires por ontens...
não queiras ser o de amanhã.
Faze-te sem limites no tempo.
Vê a tua vida em todas as origens.
Em todas as existências.
Em todas as mortes.
E sabes que serás assim para sempre.
Não queiras marcar a tua passagem.
Ela prossegue:
É a passagem que se continua.
É a tua eternidade.
És tu”*

(Cecília Meireles, 1963)

*A minha irmã Cínthia, que não pôde partilhar esta parte da jornada,
mas que mesmo distante sempre esteve ao meu lado,
em meu coração e em minha vida.
Obrigada por sua eternidade.
Amor infindável.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados:

Mãe, pai, Si e Ci (*in memoriam*), por todo o **amor** a mim dispensado. Vocês são o meu suporte e a parte mais bonita e importante da minha vida.

João Carlos, pelo imenso amor, compreensão, carinho, respeito e auxílio. Sua força foi imprescindível. A minha vitória é também sua!

Tia Mítico Sato e prima Tatiana Inumarú, por toda a ternura, sabedoria e amor.

Familiares de coração. Em especial aos meus “avós adotivos” Gilda Eva, João Dantas, Manuella e Carlos Torquato e a minha lindinha Gabriella. Amo-os, independentemente do laço que nos une.

Professor Doutor Fernando González Rey, pela paciência, carinho, compreensão, afeto e força. Mais do que um mestre, você é para mim, um amigo que quero preservar para sempre. Todos os seus ensinamentos ultrapassaram os limites acadêmicos e voltaram-se para a vida.

André Morale, Sabrina França, Paula Rachel, Camilla Techuk e demais amigos e amigas conquistados ao longo de minha história. Que a valiosa amizade seja proporcionalmente duradoura.

Aos queridos:

Professores que possibilitaram que esta minha longa jornada fosse iniciada de forma prazerosa e intensa. Em especial aos mestres: Valéria Mori (Florzinha!) Morgana Queiroz, José Bizerril, Maurício Neubern, Moacir Rodrigues, Alejandro Olivieri, Otávio Abreu, Sandra Regina, Renan Custódio, Ana Maria, Virgínia Turra e Hiran Valdez (*in memoriam*).

M.L. que com a sua generosidade e carinho, possibilitou o desenvolvimento desta monografia e um grande aprendizado pessoal.

A todas as pessoas que, de alguma forma, impactaram minha vida e trouxeram-me sentidos e sentimentos inestimáveis.

A palavra mais utilizada neste agradecimento é “amor”, porque é ela que melhor define o que tenho por todos vocês.

Muito obrigada. Muito obrigada. Muito obrigada.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	vi
INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1.1 – Breve Histórico da Psicologia da Subjetividade	10
1.2 – Sujeito e Subjetividade	29
1.3 – Sentido Subjetivo	32
1.4 – Configuração Subjetiva	34
1.5 – Representações Sociais	36
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA PESQUISA	
2.1 – Epistemologia Qualitativa	42
2.2 – O Problema de Pesquisa	46
2.3 – Instrumentos Utilizados	47
2.4 – O cenário da pesquisa	50
2.5 – Sujeito de Pesquisa	51
CAPÍTULO III – CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO	
3.1 – Estudo de Caso	52
Considerações Finais	85
Referências Bibliográficas	90
Apêndices	93
Anexos	98

RESUMO

Esta monografia tem como finalidade estudar as configurações subjetivas e os possíveis impactos que as representações sociais e subjetividade social podem exercer na organização psicológica de uma profissional de enfermagem, que trabalha em uma unidade oncológica especializada em um hospital de Brasília – Distrito Federal. A metodologia aqui empregada é baseada na proposta de epistemologia qualitativa de González Rey que possibilita a confrontação dos objetivos propostos, principalmente através de sua dinamicidade e capacidade dialógica e interpretativa, mas sem restringir-se a isso, permitindo desdobramentos interpretativos e reflexivos em múltiplas zonas de sentido. A construção de informação é feita sob o referencial teórico da Teoria da Subjetividade de González Rey, cujo enfoque diferenciado permite uma maior abrangência dos temas e significados abordados o ao longo do trabalho, a partir das categorias de “subjetividade”, “sujeito”, “configuração subjetiva” e “sentido subjetivo”. Este estudo abre assim mais um campo de inteligibilidade que engloba as representações sociais e o modo com as quais permeiam as configurações e sentidos subjetivos presentes em profissionais da área de saúde e que são extremamente importantes para o desenvolvimento de possibilidades teóricas para a reflexão do profissional de saúde em relação aos diferentes desdobramentos da sua prática e posicionamento frente aos pacientes com câncer.

Palavras-chave: subjetividade, representação social, enfermagem.

Abstract:

This monographic work has as its objective the study of subjective configurations and the probable impacts that social representations and the social subjectivity can exert on the psychological organization of a nursing professional who works on a specialized oncologic unit in a hospital in Brasília – Distrito Federal. The methodology applied is based on the proposal of qualitative epistemology from González Rey, which makes possible the confrontation of the proposed objectives, specially thru it's dynamicity and dialogical and interpretative capacities, without being restricted to this subject, allowing interpretative and reflexive breakdowns in multiple zones of senses. The information was built under the theoretical references of the Subjectivity Theory from González Rey, which has a differenced focus that allows a larger coverage of the themes and meanings discussed along this work, based on the “subjectivity”, “subject”, “subjective configuration” and “subjective sense” categories. This study shows an intelibility field grouping social representations and the way they permeate the subjective configuration and senses of professionals of the health area who are extremely important for the development of theoretical possibilities for the health professional's reflections related to the different breakdowns of it's practice and of it's positioning when facing patients with cancer.

Keywords: subjectivity, social representations, nursery.

Muito se sabe sobre o paciente oncológico, tendo-se em vista a quantidade de estudos, artigos e teses publicadas¹ cujo foco de análise é o portador da doença, ou o sofrimento deste perante a existência de uma patologia ainda considerada incurável e cheia de representações sociais negativas (Sontag, 2002). Entretanto, pouco se fala dos aspectos psicológicos subjetivos presentes nos profissionais da área da saúde, chamados de “cuidadores” (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros), que lidam diretamente com tais pacientes, como se a atividade profissional dos mesmos fosse vista como uma mera obrigatoriedade em prol da cura e recuperação da pessoa em sofrimento, negando-se que o profissional possa estar também envolto em uma dinâmica psíquica de sofrimento tão significativa quanto a do paciente oncológico. O “cuidador” passa a ser, em alguma medida, despersonalizado e ligado apenas ao modelo biomédico difundido na área da saúde e tão criticado pela Psicologia contemporânea.

Deste modo, perde-se em termos de pesquisa, um campo abrangente de estudo e aprofundamento que poderia desdobrar-se e tornar-se um meio pelo qual diferentes representações sociais (da doença, das profissões, do contexto hospitalar, dentre inúmeras outras) que não correspondem à realidade sejam “neutralizadas”, impedindo a propagação de idéias errôneas de tais representações, bem como a abertura de um campo de estudo voltado para o “cuidado ao cuidador” rico e cheio de possibilidades, que poderia levar também, à melhoria do contexto de trabalho em uma unidade hospitalar, favorecendo tanto o paciente como o profissional ali inserido.

Tendo esta perspectiva em mente, alguns temas ligados ao contexto médico surgem e produzem questionamentos relevantes. Será que a rotina de trabalho, na maioria das vezes

¹ Em pesquisa bibliográfica realizada pela autora desta monografia, cerca de 95% dos artigos, teses e publicações acadêmicas voltadas para o estudo das configurações subjetivas e das dinâmicas que envolvem a doença, suas respectivas representações sociais, o tratamento e a cura, são voltadas para a figura do paciente, sendo o seu “cuidador” (equipe médica em geral), de certa forma, ignorado ou pouco explorado em suas possibilidades de estudo.

árdua, interfere na maneira pela qual o profissional da saúde vê o paciente ou mesmo a doença e o tratamento em si? A morte (ou a perda de pacientes) é encarada do mesmo jeito, independentemente da posição em que se encontra a pessoa (paciente ou “cuidador”)? Como o viver em meio a doenças e a pessoas que necessitam de cuidados especiais influencia na qualidade de vida do profissional? Como a visão do social (representações sociais, subjetividade social) para com o profissional interfere na forma com a qual este vê a si mesmo? Dentre diversas outras questões e problemáticas.

Sob este aspecto e com os questionamentos acima propostos, tem-se aqui uma monografia como o resultado de uma pesquisa com enfoque epistemológico qualitativo, proposto por González Rey, e cujo objetivo principal é estudar as configurações subjetivas e o modo com a qual as representações sociais impactam sobre a complexa organização psíquica de uma profissional de enfermagem atuante na área de oncologia. Este estudo possibilita uma investigação profunda acerca da subjetividade individual e social que permeia o contexto de vida da participante da pesquisa, em diferentes esferas de sua vida.

Para tanto, utiliza-se a Teoria da Subjetividade de González Rey como aporte teórico para nortear a pesquisa e possibilitar a legitimação das informações construídas, a partir de um estudo de caso em cujo desenvolvimento são apresentados e levados a confrontação conceitos teóricos e aspectos mais significativos da teoria e indicadores de sentido presentes ao longo de todo o processo.

O primeiro capítulo desta monografia dedica-se ao o referencial teórico por meio do qual a produção da informação torna-se possível. São analisadas, em um breve histórico, diferentes perspectivas e autores da Psicologia Moderna e suas contribuições à Teoria da Subjetividade de González Rey, cujas principais categorias, como a concepção de sujeito, subjetividade, configuração subjetiva e sentido subjetivo, são descritas de forma a permitir que o leitor compreenda a construção de conhecimento proposta no terceiro capítulo. Uma

breve explanação sobre o conceito de Representação Social, também se faz muito importante para a análise de algumas das problemáticas observadas ao longo da pesquisa.

A Epistemologia Qualitativa, proposta por González Rey em seus livros *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação* (2005a) e *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios* (2002) é abordada e definida no segundo capítulo como sendo um processo permanente e dinâmico de produção de conhecimento que possibilita a abertura de novas zonas de sentido anteriormente imprevisas para a pesquisa (González Rey, 2002). Delimitações dos instrumentos utilizados neste trabalho, seu cenário e seu sujeito, são feitas ainda com o intuito e se apresentar a metodologia utilizada a fim de concretizar a pesquisa aqui apresentada.

Como parte mais importante e significativa desta monografia, tem-se o terceiro capítulo, onde nem todas as questões inicialmente propostas perpassam a construção do conhecimento, mas abrem um novo leque de produção de novas informações que são destrinchadas e aprofundadas de modo a integrar todo o conteúdo teórico com os elementos que o fundamentam empiricamente, como os indicadores de sentido subjetivo presentes na fala da participante da pesquisa ao longo das dinâmicas conversacionais.

Seguem-se ainda, as considerações finais, elaboradas com o intento de se destacar os principais aspectos, reflexões e contribuições ligadas a esta área de discussão, e que foram levantados ao longo da pesquisa.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Breve Histórico da Teoria da Subjetividade

A Psicologia, ciência oriunda do pensamento filosófico e teológico observado desde a antiguidade, através de pensadores como Platão, Aristóteles, Demócrito, Sócrates, dentre outros, é uma construção social e cultural que não existe *a priori* na humanidade, passou a ser considerada de fato uma ciência, a partir do momento em que começou a objetivar e “concretizar” seu objeto de estudo e atuação, utilizando-se para isso de instrumentos, técnicas e abordagens para legitimar empiricamente o seu campo de estudo, em contraposição à especulação, intuição e generalização do pensamento filosófico dominante até então.

Os teóricos antecedentes da Psicologia Contemporânea, a partir do declínio do poderio da Igreja medieval, detentora do “saber absoluto” e imutável, começaram um processo iconoclasta contra as verdades difundidas pela Igreja e passaram a “investir” nos ditos “saberes científicos”, ou seja, passíveis de experimentação e objetividade e distantes de construções teóricas a cerca dos fenômenos explicados pela religião ou pelo conhecimento do senso comum. René Descartes, criador do método científico cartesiano, ainda utilizado atualmente por muitas vertentes da Psicologia, dentre outros, contribuiu neste momento histórico para a difusão de um pensamento iluminista, voltado para a razão e objetividade em detrimento da fé e dos paradigmas não palpáveis que compunham o pensamento atuante. Desta forma, todo o conhecimento só era legitimado a partir de um modelo empírico rígido, racionalista e experimental, o que permeou todo o desenvolvimento da Psicologia, a partir de então.

Concomitantemente a isso, com o intenso crescimento e valorização da produção científica na Europa, em especial nos países do oeste europeu no século XIX, e as drásticas transformações sócio-econômicas do período, os materiais de estudo das ciências proliferaram-se e deram base para que diferentes teóricos produzissem sobre tais materiais, originando-se assim, variáveis linhas de pensamento e interesses sobre a epistemologia da Psicologia.

Segundo Schultz & Schultz (2001), Wilhelm Wundt, considerado o pai da Psicologia Moderna, procurou definir o objeto de estudo desta nova ciência seguindo a idéia de que os problemas da Psicologia poderiam ser compreendidos e estudados a partir de uma análise dos processos conscientes até que se chegasse aos seus elementos básicos, onde a consciência era tida como um fenômeno diferenciado e desvinculado das funções psíquicas, bem como com a descoberta de como esses elementos são sintetizados e organizados pelas pessoas e determinando as leis de conexão que governam essa organização. Para Wundt, assim como para Descartes, tanto a mente como o corpo eram partes isoladas e paralelas do homem, que nunca chegavam a serem interatuantes entre si.

Posteriormente, Edward B. Titchener, psicólogo estruturalista, compreendeu como sendo objetos de estudo da Psicologia “(1) reduzir os processos conscientes aos seus componentes mais simples ou mais básicos; (2) determinar as leis mediante as quais esses elementos se associam; e (3) conectar esses elementos às suas condições fisiológicas” (Schultz & Schultz, 2002, p. 83), enfatizando-se assim, as atividades e processos existentes no comportamento do ser humano.

Pode-se observar que, desde o princípio, o estudo da Psicologia baseava-se em um paradigma universalizante, onde a busca pelas verdades absolutas que visariam as causas e conseqüências dos fenômenos observados, ainda eram o objeto principal do estudo e devoção dos diferentes teóricos da disciplina, já que através da certificação de tais causas e

consequências, poder-se-ia explicar, prever e controlar os fenômenos, bem como quaisquer outros objetos de estudo.

Não se pode esquecer, no entanto, que cada teoria e escola teórica, tanto na Psicologia como de qualquer outra ciência, está permeada por um pensamento típico da época, que é parte significativa das representações sócias vigentes, bem como da cultura e dos contextos sociais, econômicos e políticos presentes naquele momento. Desta forma, cada teoria revela-se em sua essência, parte de um contexto macro (histórico, cultural e temporal) onde o autor está inserido, e revela a subjetividade a visão de mundo e o contexto do teórico, o que pode também vir a direcionar a linha de pensamento e o objeto de estudo deste, bem como a aceitação e a aplicação desta teoria pela população ou entre acadêmicos.

Tendo isso em mente, inicia-se então, um breve histórico da Teoria da Subjetividade, a partir da análise de algumas proposições teóricas e metodológicas da Psicologia Moderna, e desvinculando a categoria “subjetividade” das construções do senso comum, lembrando sempre que, por ser um breve histórico, não haverá o aprofundamento de questões referentes a escolas psicológicas específicas, bem como a citação ou o desmembramento de cada uma delas, apenas daquelas que se fizeram mais importantes e influenciantes no decorrer do desenvolvimento da referida teoria.

A Teoria da Subjetividade emergiu em um momento de ruptura das representações sociais existentes nos modelos psicológicos vigentes; por um lado, havia uma vertente muito forte da Psicologia que continuava voltada para a análise de comportamentos observáveis como prática de produção e legitimação de conhecimento, na qual, segundo González Rey, “omitia-se totalmente a definição de sujeito, enquanto indivíduo singular, capaz de atuar sobre os próprios contextos e processos que o determinam e de ser constituinte desses mesmos processos” (2004b, p. 11) e, por outro lado, uma Psicologia crescente e em fase de contestação, que visava a ruptura do paradigma estímulo-resposta, em prol da noção de um

sujeito ativo e participativo em seu próprio processo de desenvolvimento, mas que acabava por pegar para si, boa parte do determinismo e reducionismo ao qual criticava, pois defendia o estudo de uma nova concepção do homem, visando a sua “não-redução” a práticas comportamentais, mas, utilizando-se para isso, de conceitos universais e estáticos em detrimento da dinamicidade e complexidade exigida pelo estudo da subjetividade humana.

O Behaviorismo, escola psicológica iniciada com os estudos de Ivan Pavlov (fisiólogo russo) e John B. Watson (psicólogo norte-americano), detia-se na análise de comportamentos e contingências observáveis para validar suas teorias, afirmando que tais comportamentos não passavam de meras respostas a determinados estímulos (orientação estímulo-resposta), e que não havia a necessidade de se estudar os chamados fenômenos mentais (introspecção ou mentalismos – processos da memória, da emoção, ou seja, fenômenos não observáveis externamente), pois estes não seriam passíveis de observação objetiva e não representariam as causas efetivas dos comportamentos:

A Psicologia como uma representação condutista é puramente um ramo objetivo da ciência natural. Seu objetivo teórico é a predição e o controle da conduta. As formas de introspecção ao constituem uma parte essencial de seus métodos (...). A conduta do homem, com todo o seu refinamento e complexidade, forma somente uma parte do esquema condutivo total da investigação (Watson, 1913, citado por González Rey, 2003, p. 14).

Assim, observa-se que o Behaviorismo não considerava nenhum elemento de ordem simbólico-emocional e não via o social nem as produções deste como sendo importantes na constituição do sujeito, que apenas comportar-se-ia sob uma influência do meio em que vive, como um mero reprodutor de comportamentos “escolhidos” mediante prévia aprendizagem mecânica ou como resposta a estímulos aleatórios. As reações comportamentais serviriam como uma forma de justificar o comportamento do indivíduo a partir da ação de outro e não

um processo de produção deste frente à vida, ou seja, tal indivíduo não era um ser pró-ativo e, de forma alguma, expressar-se-ia subjetivamente, tendo em vista que a subjetividade sequer era considerada como material de estudo e pesquisa entre os comportamentalistas, já que não representava nenhuma significância dentro de seus conceitos e modelos teóricos.

Mesmo com o desenvolvimento da teoria por B. F. Skinner e seu rompimento com o mecanicismo determinista, onde apenas são observados e estudados os padrões estímulo-resposta dos comportamentos, e com a introdução da idéia de existência de uma “psique que enfatiza o processual, o histórico, no nível de contingências produzidas na história do comportamento, e o casual” (González Rey, 2003, p. 16), a teoria ainda prende-se à dimensão comportamental, pois se refere a qualquer produção psicológica como sendo um “comportamento transferido para a mente como propósito, intenção, idéias e atos de vontade” (Skinner, 1990, citado por González Rey, 2003, p. 16), desvinculados de qualquer relação com fenômenos subjetivos e complexos e ainda não tão importantes a ponto de tornarem-se objetos de estudo da teoria comportamental.

De forma geral, o comportamentalismo afastava-se imensamente do estudo da subjetividade, pois, ao se prender à análise de comportamentos, ignorava que estes eram apenas recortes pegos arbitrariamente dentro de um espaço de vida, que não poderiam determinar qualitativamente a subjetividade ou mesmo a personalidade do sujeito e que o importante do comportamento é o significado simbólico que a pessoa atribui a ele e não o ato em si, desconectado da história e da subjetividade do indivíduo.

Como consequência ao pensamento da época, cada vez mais instrumentos, procedimentos e técnicas (testes psicológicos projetivos e psicométricos, experimentação animal e humana, dentre outros) eram desenvolvidos a fim de se mensurar e definir empiricamente processos e estruturas psicológicas, como se estes fossem apenas eventos concretos da chamada realidade kantiana, sem considerar a subjetividade humana e seus

fatores constituintes, tais como as representações sociais, as emoções, os sentidos e significados, a cultura, a história de vida de pessoa, dentre muitos outros fatores, como parte integrante na formação e expressão do homem em sua totalidade.

O instrumentalismo, o objetivismo e o naturalismo do modelo comportamental de psicologia deram fase a uma representação atomizada da psique e do ambiente, que estavam em relações isomórficas micro localizadas, gerando uma incapacidade total de vislumbrar outras formas de organização, tanto da psique como da sociedade e da cultura (González Rey, 2004b, p.14).

Essa constante busca por conhecimentos objetivos, rígidos, generalizados e suscetíveis à mensuração, agregada a uma ausência total de definições qualitativas do singular e do social, deu origem à chamada *Metodolatria* (Danziger, 1990) que viria a ser uma exacerbada busca científica pelo conhecimento positivista cartesiano, cuja ênfase era mais voltada para os tipos de métodos empregados, bem como para a análise quantitativa dos resultados em detrimento da análise qualitativa dos sujeitos ou objetos estudados. Esse posicionamento traz ao estudo da psicologia apenas questões técnicas alienadas que adotavam convenções do uso de dispositivos técnicos para tentar mensurar fatores complexos e subjetivos, que são imensuráveis.

Capra (1982) diz ainda que o modelo positivista cartesiano vigente no padrão científico contribuiu ainda para as práticas da saúde, atuantes tanto entre os enfermos como entre e, principalmente, os “cuidadores” (médicos, enfermeiros, etc.), o que fundamentou a construção de um modelo biomédico que, mais uma vez, priorizava mecanismos e fenômenos passíveis de análises empíricas em prejuízo do sujeito como um todo, ou seja, complexo, singular e subjetivo. Novamente, a dicotomia entre mente e corpo é ressaltada, uma vez que o corpo assume a posição de mecanismo biológico central que rege todo o homem e a mente é posicionada como uma “estrutura” cognitiva, sem maior importância.

Sigmund Freud traz, a partir de seus estudos sobre histeria, junto à sua Teoria Psicanalítica, uma tentativa de quebra do modelo e prática clínica mecanicista biomédica, e do uso do referencial predominante da época de “estímulo – resposta”, através da criação de “condições para o estudo de processos complexos que não são acessíveis de forma imediata nem à observação, nem às respostas dos sujeitos estudados” (González Rey, 2004b, p. 20) e Clavreul diz que “a Psicanálise mostra que se pode sofrer daquilo que não se pode dizer” (1978, citado por Capobianco, 2003, p. 27), conseqüentemente, aproximando-se da idéia de subjetividade, trazendo a perspectiva de que há outros aspectos que permeiam a vida do homem, além daqueles palpáveis à ciência.

Outras problemáticas trazidas por Freud e que se relacionam com a subjetividade são: a categoria da transferência nos processos de análise (aplicação extensível a outras áreas de relacionamento), pois a transferência permitiria a representação de experiências vividas no plano emocional e simbólico durante a formação de vínculo entre as pessoas; a representação da psique como sendo um aspecto constitutivo intrínseco do sujeito; a representação da tensão do movimento entre sujeito e sociedade, mas que não focaliza ou aprimora fatores relacionais à cultura ou propriamente à sociedade; o desvinculamento da concepção de psique movida somente pela razão ou por fatores contingenciais; a percepção de fatores além da vivência corporal do sujeito que interfeririam no posicionamento e desenvolvimento do homem², dentre outras. Tais percepções e problemáticas vieram a agregar novas produções de sentido para o desenvolvimento da teoria de González Rey.

Entretanto, em suas construções, Freud emprega um caráter universal para explicar o homem, a psique humana e seu funcionamento (estruturas inflexíveis e pré-ordenadas e, em sua maioria, determinadas biologicamente). O fenômeno da transferência, por exemplo, estava reduzido à prática psicoterápica e relacionava dinâmicas que apareciam no contexto de

² Anotação da autora referente a uma aula de Teorias e Técnicas Psicoterápicas I, ministrada pelo Professor Doutor González Rey, em Brasília – DF, 2006.

interação entre paciente-terapeuta às dinâmicas parentais vivenciadas pelo sujeito, já a constituição psíquica, relativamente complexa, estava associada a fatores estáticos e imutáveis inerentes na constituição de todos os homens, reduzindo assim, o “indivíduo à mera expressão das tensões geradas pelas forças constitutivas de um aparelho psicológico que, ao não ser conceituado como uma realidade diferente da orgânica, parecia definido em sua especificidade qualitativa por forças de origem biológica” (González Rey, 2003, pp. 30 - 31) e tratou o social e o individual como sendo completamente distintos, que poderiam se relacionar, mas nunca serem interatuantes, serem constitutivos um do outro. Freud tenta também explicar as conseqüências que este funcionamento poderia alavancar para o indivíduo e seu desenvolvimento: patologias, traumas, desajustes: “a ação criativa do sujeito é omitida ante a figura de um ego substanciado e débil, impossibilitado de gerar novos focos de subjetivação capazes de conduzi-lo a momentos de ruptura no curso da ação” (González Rey, 2003, p. 23), considerações que se distanciam enormemente da construção da teoria da subjetividade:

Não se pode pensar em uma teoria da subjetividade amarrada a formas de subjetivação ou estruturas psíquicas invariáveis, pois essa “coisificação” na compreensão do psíquicos é a antítese da subjetividade como sistema histórico em permanente evolução. É sobre a base dessa característica da subjetividade que se desenvolve a cultura (González Rey, 2003, p. 24)

Freud demonstra ainda a importância de se analisar aspectos não biológicos nas pessoas, afirmando a união entre o funcionamento do psíquico e do somático, contrariando uma prática clínica já estabelecida socialmente. Emprega o termo “psicoterapia” para denominar este novo campo de estudo, sendo que tal termo, etimologicamente significa “tratamento da psique”, ou como diz Wolberg “tratamento de problemas de natureza emocional mediante meios psicológicos” (1967, citado por Buscher, 1989, p. 58), o que acaba

por trazer consigo a noção e a expectativa de cura de “algo que está doente” e de que há alguém capaz de tratar desse mal interno, sendo a pessoa novamente colocada sob a ótica do “paciente”, ou seja, do indivíduo que tem seu problema resolvido por alguém cujo saber, expresso pelas interpretações do terapeuta, é valorizado pelo discurso biomédico presente na obra de Freud. Para ele, a psicoterapia visaria alcançar os conteúdos inconscientes (emoções, vivências, experiências reprimidas, traumas) que seriam os causadores das problemáticas das pessoas e, a partir do momento em que estas se conscientizam dessas “causas”, seus sintomas seriam extintos e ela estaria “curada”.

Em contrapartida, González Rey, diz que a psicoterapia é, na verdade, um encontro em um processo de relacionamento onde existe a possibilidade de desenvolver as potencialidades do outro (tanto terapeuta como paciente envolvem-se e desenvolvem-se simultaneamente ao longo do processo), assim como construir novas opções de configurações subjetivas, onde o terapeuta posiciona-se de forma a facilitar a ação dinâmica do sujeito, e não de interpretar e subjugar a subjetividade do mesmo a partir de sua própria, e onde não existe uma causalidade única para a problemática do indivíduo, tendo em vista que nenhum problema ou sofrimento é unicausal e pontual³.

Freud distancia-se também da noção de subjetividade quando exclui, omite ou restringe à dinâmica familiar a importância do social e do cultural no desenvolvimento do ser humano; grande parte da influência do social seria expressa simbolicamente a partir dos conflitos edipianos na primeira infância do homem, determinado por essas experiências, bem como pela organização de sua estrutura psíquica e por sua natureza pulsional universal.

Posteriormente, com o desenvolvimento da Psicanálise, novas propostas foram incorporadas ao pensamento psicanalítico: Carl Gustav Jung, com sua Psicologia Analítica, estabeleceu uma origem variável (e não fixa, como propunha Freud) dos conteúdos

³ Anotação da autora, referente a uma aula de Teorias e Técnicas Psicoterápicas I, ministrada pelo Professor Doutor González Rey, em Brasília – DF, 2006.

inconscientes de acordo com a condição histórica do homem e trouxe à teoria o valor da cultura e do social e a conceituação de complexos afetivos, que se assemelha à categoria de configuração subjetiva de González Rey, sobre a qual se falará posteriormente neste trabalho; Jaques Lacan trouxe a importância da linguagem como forma de expressão de elementos não visíveis à consciência, dentro de uma ordem que envolvia os conceitos de simbólico, imaginário e o real e que permeou também o pensamento do construcionismo social; Erick Erickson incorporou elementos de sua teoria de desenvolvimento psicossocial; Winnicott discorre sobre a importância da relação dentro do *setting* terapêutico e a necessidade da pessoa em tornar-se sujeito, capacitado a confrontar e posicionar-se no mundo em que vive; e Elliott, que veio a romper com a noção de homem reduzido ao discurso, como propunha Lacan ou a fatores imutáveis, a partir do resgate do imaginário como constitutivo do sujeito e da sociedade, onde ambos não podem ser definidos somente a partir do social ou do discurso ou da linguagem, mas a partir dos processos de subjetivação relacionados ao contexto histórico-cultural do sujeito e da sociedade, possibilitando uma atuação criativa e complexa, o que constituiu um elemento essencial na transição da psicanálise para uma teoria da subjetividade histórico-socialmente fundamentada (González Rey, 2003).

Provém dos estudos psicanalíticos também, as diferentes idéias da Psicobiologia e da Psicossomática, que, quando tomadas como dogmas, acabam por minimizar os processos psíquicos e de subjetivação do indivíduo e a atribuir a ele uma culpabilidade por estados psicofísicos muitas vezes alterados por doenças ou males. Cousins (1979, citado por Rossi, 1993) diz que “o placebo é o médico que mora em nosso íntimo” (p. 35), para explicar a importância de se ter atitudes, pensamentos e emoções positivas (sempre qualificadas segundo o critério do pesquisador), que seriam a essência do bem-estar e da saúde.

Outros teóricos, afirmam que determinados traços da personalidade individual associados a tipos de emocionalidades rígidas (ambos mensuráveis empiricamente e

analisados segundo generalizações) indicam a probabilidade do aparecimento e desenvolvimento de determinadas doenças crônicas, como a hipertensão, o câncer, a diabetes, etc.. Sontag (2002), lembra ainda que essa representação difundida pela psicossomática da doença infere um “efeito devastador sobre o caráter, a personalidade, a somatização da doença e da morte” (p. 53), ignorando-se as formas de organização da doença e os processos de subjetivação envolvidos nos processos de adoecimento, assim como os aspectos psicossociais.

Quanto mais se encara como um todo a unidade do ser humano, mais se dissipa a realidade de uma doença que seria a unidade específica; e também mais se impõe, para substituir a análise das formas naturais da doença, a descrição do indivíduo reagindo segundo a sua situação, de modo patológico (Foucault, M., 2000, p. 16).

Foucault demonstra assim que a forma de se estudar as diferentes patologias nem deveria excluir o sujeito como um todo, nem deveria enfatizar a doença como o cerne do estudo, pois o homem adoecido age diferentemente e não pode ser desvinculado de sua complexidade, e as patologias, mesmo com as mesmas denominações etimológicas (e etiológicas) nunca são exatamente iguais, devido a sua organização psíquica individual. Lazlo, em 1996, compartilha o posicionamento crítico de Foucault à psicossomática e acrescenta fatores simbólicos e emocionais aos processos de adoecimento, o que permitiria a compreensão dos sintomas (e doenças) a partir de diferentes gêneses e desenvolvimentos. Entretanto Lazlo autor recai sobre alguns preceitos de tendências universalizantes da psicanálise e não consegue se desvincular da objetividade para explicar fenômenos subjetivos.

González Rey, ao refutar a noção pragmática da psicossomática, questiona ainda a conceituação de saúde, em detrimento das definições das patologias, como parte de sua Teoria da Subjetividade:

A saúde, no entanto, é um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de

maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis.

(González Rey 2004a, p. 1)

Onde a saúde representa também, um processo plurideterminado que não é vinculado ao conceito de “normalidade” imposto socialmente e que se desenvolve constantemente através da ação do sujeito, a partir de fatores genéticos, congênitos, sociais, psicológicos e somato-funcionais, interatuantes e interdependentes.

Na tentativa de se quebrar os paradigmas racionalistas que regiam as compreensões dos fenômenos psíquicos humanos, dissidentes da psicanálise, da fenomenologia, do existencialismo e da Gestalt, criaram uma nova força, uma nova corrente dentro do campo da Psicologia. Tal corrente, denominada Humanismo teve também como referências alguns conceitos filosóficos da antiguidade, retomando-se assim, parte da concepção teleológica de “essência humana” e, simultaneamente (talvez contraditoriamente), possibilitando ao homem um posicionamento mais ativo e voltado ao seu próprio desenvolvimento, sendo ele também o objeto central da produção psicológica da época. Ora, na medida em que atribui responsabilidade ao indivíduo por seu desenvolvimento e constituição através da concepção de livre-arbítrio (foge-se do determinismo, pois o indivíduo é possibilitado de agir de acordo com a sua vontade, as suas necessidades, convicções e princípios pessoais que, em si mesmo são geradores de subjetividade e não simplesmente por forças ocultas; o homem não mais é regido por forças estáticas internas), de potencialidade inata, de capacidade criativa e de tendências à auto-realização e ao crescimento, recai sobre ideais universais alienados da complexidade da interação do indivíduo com o social e com o cultural, intrinsecamente presentes em sua vida, enfatizando a importância da experiência consciente para representar e significar o mundo e a si mesmo.

Entretanto, no Humanismo, a psique permanece como um sistema interno, mas não apenas uma estrutura, que se organiza a partir da compreensão e congruência interna dos

efeitos externos ao homem, e o social não é tido como um caminho de constituição e organização da psique (González Rey, 2004b), ou seja, o “bom desenvolvimento” dependeria do nível de coerência entre a consciência, como via única de produção de sentido (Para Carl Rogers, se o homem pudesse se expressar livremente, não haveria a psicopatologia e nenhum outro movimento desviante, culpabilizando-se assim, o social pelo pleno desenvolvimento humano e contradizendo a sua própria noção de sujeito, capacitado a agir intencionalmente e a gerar a partir de sua relação com o mundo) – subjetividade, e os fatores externos a ela, o que reduz as possibilidades de constituição de sujeito em sua totalidade.

Este poder único da consciência em significar as experiências, assim como a atribuição de capacidades e potencialidades inatas e semelhantes a todos os indivíduos é, também, um reducionismo da teoria, pois impede que a subjetividade apareça com todos os seus desdobramentos, pois, ao contrário do que o Humanismo acredita, a subjetividade humana é responsável tanto pelo crescimento quanto pela destruição do homem, não havendo então, uma natureza universal e, a consciência, mesmo sendo permeada por representações e significados intencionais é também construída a partir de elementos que não são “escolhidos”, não são visíveis claramente pelo sujeito. Entretanto, esta teoria traz, em particular, uma aproximação histórico-social aos processos da subjetivação humana, onde se percebe a importância do social na constituição e desenvolvimento do homem, mas onde as capacidades e tendências universalizantes não têm um contexto histórico, constituído ns processos de subjetivação em diferentes momentos do homem.

Com o desenvolvimento da teoria, autores como Rollo May, Richard Hycner, Martin Buber, dentre outros, passaram a visualizar com mais profundidade o impacto que o social exerce sobre o indivíduo e sobre a sua organização psíquica. Para Buber⁴, o homem passa a “existir” somente em função de sua relação com o outro, com a sua capacidade de lidar com a

⁴ Anotação da autora, referente a uma aula de Teorias e Técnicas Psicoterápicas I, ministrada pelo Professor Doutor González Rey, em Brasília – DF, 2006.

alteridade e com a idiossincrasia. O diálogo passa a ser ressaltado como o maior instrumento da relação EU –TU e como via de produção de sentido e confrontação e os sistemas sociais (familiares, etc.) passam a ter uma relação direta com a organização psíquica do indivíduo.

Outras teorias e modelos de atuação, posteriores ao Humanismo, como o Construtivismo e o Construcionismo Social e a ascensão da Psicologia Social, influenciaram a nova perspectiva histórico-cultural que passou a vigorar com mais fluência entre os teóricos mais atuantes das três últimas décadas do século XX. Castoriadis e Guattari, por exemplo, criticam a forma com a qual as demais teorias psicológicas baseiam-se em premissas universais para lidar com as problemáticas subjetivas do ser humano, apoiando-se em uma perspectiva dialética, dialógica e complexa (González Rey, 2003).

Castoriadis, segundo González Rey (2003), trabalha com uma ênfase social, tratando da subjetividade como sendo um “pano de fundo” para a sua questão central, que é o imaginário, e aproxima-se da teoria da subjetividade quando incorpora categorias até então negligenciadas, como a do sentido, que, para ele, está além dos significados contidos nos signos e formas de linguagem compartilhadas, sempre dando a devida importância à história e ao momento atual do indivíduo que produz.

Já Guattari, dissidente que rompeu com a psicanálise, propõe o estudo de um sujeito inserido em um contexto histórico-cultural complexo, criticando o estruturalismo e suas formas rígidas de lidar com a teoria dialética, bem como ao contexto histórico, onde o capitalismo “gerava” zonas de sentido que interfeririam no processo de singularização dos indivíduos, sendo nestes processos que “o indivíduo se converte em sujeito de criação e ruptura, em agente intencional do desenvolvimento social” (González Rey, 2003, p. 133), ou seja, é desta forma que a pessoa torna-se “sujeito de sua própria vida”, aproximando-se da concepção de sujeito da teoria da subjetividade.

A abordagem histórico-cultural se desenvolve como parte de uma psicologia soviética que rompe, em um momento concreto de seu desenvolvimento, com uma visão centrada no indivíduo, colocando o social em um lugar diferente com respeito à formação e ao desenvolvimento dos processos psíquicos (González Rey, 2004b, p.23)

Assim, a visão histórico-cultural da Psicologia emerge em um momento de abertura dos modelos psicológicos atuantes, bem como em um contexto histórico de profundas transformações político-econômicas na antiga União Soviética (URSS). A *Perestroika*⁵ e a *Glasnost* trouxeram a possibilidade de ampliação e dissipação das novas forças da Psicologia, pois, contrariamente à política ditatorial e repressora que vinha sendo adotada até então, ela “permitia”, de algum modo, que a população (incluindo o meio acadêmico) tivesse uma maior liberdade de expressão diante da instabilidade e crise da antiga União Soviética. Lembrando ainda que algumas concepções teóricas, como o marxismo: a tida “essência humana” seria resultante do conjunto de todas as relações sociais do homem e onde o homem apareceria em uma situação social alienante e controladora de sua própria condição de sujeito⁶, e a dialética, que favoreceria a superação das dicotomias (em especial as dicotomias entre o indivíduo e a sociedade e o externo e o interno) encontradas nas teorias anteriores, a partir da concepção de que os sistemas evoluíam de acordo com as contradições geradas por eles mesmos e não por influências externas, permitindo então, que a idéia de uma natureza humana dominante modificasse-se para a concepção de uma construção de processos subjetivos subjacentes à história do homem, permeavam o pensamento da época.

⁵ Modelo político implantado pelo governo soviético que visava a reestruturação da economia do país a partir da disseminação de uma nova mentalidade voltada para o mercado e uma nova formação social.

⁶ Anotação da autora a partir de uma aula de Psicologia da Saúde, ministrada pelo Professor Doutor González Rey, em Brasília – DF, 2006.

O maior expoente da perspectiva histórico-cultural é Lev Semionovitch Vygotsky, fundador da escola soviética de psicologia e principal contribuinte para a posterior Teoria da Subjetividade de González Rey. Vygotsky, apesar de ter uma formação acadêmica voltada para o Direito, realizou muitos estudos relacionados à aprendizagem e à Psicologia de forma geral, com base em uma dinâmica enraizada no materialismo marxista, focado na inteligibilidade do contexto dialético socialmente situado para legitimar o pensamento e as teorias construídas. Desta forma, Vygotsky compreende o social como parte constituinte da psique humana, onde “nós nos tornamos nós mesmos através dos outros”⁷, em um processo de configuração e produção e não de internalização, como havia sido proposto por autores anteriores a ele. Segundo González Rey (2004b), Vygotsky atribuía uma influência imediata do social na formação da psique, sendo toda a internalização algo anteriormente externo e, portanto, acabava por ignorar a complexidade da história do sujeito que atua e a forma pela qual essa história participa no sentido de qualquer experiência social. Assim, “a subjetividade seria simultaneamente social e individual” (Mitjáns Martínez, 2005, p.15), pois o homem só existiria dentro de um sistema de relacionamentos, constituídos na conversação (não necessariamente apenas por meio da linguagem verbal), cuja possibilidade geradora de novas emocionalidades e conseqüentes sentidos subjetivos é intrínseca à relação e cuja produção é oriunda da cultura.

Vygotsky se aproxima da Teoria da Subjetividade quando rompe com a naturalização da deficiência como enfermidade e, embora ainda não tenha desenvolvido a categoria de sentido, já se observava em sua produção teórica uma ênfase nas várias conseqüências de uma experiência segundo a maneira em que ela é vivida. Com efeito, isso vai estar fortemente relacionado com o processo de

⁷ Anotação da autora referente a uma aula de Teorias e Técnicas Psicoterápicas I, ministrada pelo Professor Doutor González Rey, em Brasília – DF, 2006.

subjetivação dessa experiência em um contexto social concreto (González Rey, 2004b, p.36).

Vygotsky, tendo trabalhado com crianças portadoras de deficiências físicas, percebeu que a representação tanto das crianças como das doenças estava relacionada a um tipo de personalidade específico e que a manutenção deste pensamento era um erro, tendo em vista que não se considerava a forma com a qual a pessoa doente sentia-se diante da sociedade (a dimensão social subjetiva da doença influenciaria a vida da pessoa, mas não determinaria o modo pelo qual tal pessoa se veria e se sentiria dentro dessas representações sociais) e que a função psíquica não era, de forma alguma, linear, imediata e externa, e sim “configurada socialmente e ao mesmo tempo, constituinte do social dentro do processo em que se configura” (González Rey, 2004b p. 23), sendo flexível e passível de desenvolvimento constante. Percebe-se então que, mesmo que Vygotsky tenha introduzido a categoria “sentido” em sua teoria, sem aprofundar-se nela, ele já compreendia a importância da unificação dos processos cognitivos e afetivos para a constituição da psique humana. Contudo, este autor não chegou a compreender a emocionalidade e seus desdobramentos simbólicos com uma produção de sentidos e significados que ultrapassam as barreiras dos processos cognitivos e afetivos e não percebeu que cada pessoa, em sua unicidade, possui recursos psicológicos diferenciados para lidar com o social e, por isso, não poderia ser constituído somente por ele, já que, como Sarte (2004⁸) diz, não importa o que as circunstâncias fazem do homem, mas que o homem faz com o que fizeram dele.

Outro expoente da psicologia soviética, e o primeiro a integrar os aspectos emocionais aos aspectos cognitivos é Rubinstein, que dizia que “todo ato psíquico concreto, toda autêntica ‘unidade’ de consciência, insere ambos os componentes: o intelectual ou

⁸ Jean-Paul Sartre teve seu discurso proferido em uma conferência publicado no livro “*L’Existentialisme est une humanisme*” em 1946, mas a versão utilizada pela autora deste trabalho data do ano de 2004 e fora publicada em português pela Editora Bertrand, de Portugal.

cognoscitivo e o afetivo” (Rubinstein, 1957, p. 7 citado por González Rey, 2003, p.87) e, assim como Vygotsky, referia-se à consciência como sendo uma organização complexa da psique e não ao estado de ser consciente em contraposição ao inconsciente (González Rey, 2003).

É através da dialética entre o constituído (história do sujeito resultante das interações entre fatores biológicos, culturais e ontogenéticos) e o construído (dinâmica dos processos de construção e desconstrução permanente do sujeito do aqui e agora) que a constituição da subjetividade é possível.

A Teoria da Subjetividade veio romper com os paradigmas atuantes no pensamento psicológico vigentes até então, trazendo uma nova perspectiva de homem, posicionado agora como “sujeito da própria vida” e não determinado por invariantes universais internas ou externas a ele, sempre integrando os aspectos históricos e culturais sob os quais este homem está inserido, sem nunca valorizar um em detrimento do outro, mas colocando-os sob uma equidade, onde tanto um como o outro são interatuantes e inter-influenciantes. Tal teoria rompe também com o conceito de subjetividade do senso comum, mais ligado a concepção de relatividade, onde determinada coisa só tem um significado ou um sentido dependendo de um ponto de referência específico e onde não existe um referencial absoluto a partir do qual se pode observar ou estudar os fenômenos, sendo estes, de certa forma, impassíveis de legitimação por estudo, já que tudo dependeria de um processo de relativização cíclico.

Desta forma, González Rey traz a categoria da subjetividade como sendo um “sistema” que abarca o individual e o social compreendidos a partir da configuração dos sentidos subjetivos do sujeito, em uma tradução não linear, mas permanente das experiências vividas por este, sem ser redutível a nenhum substrato interno ou externo, onde tal sujeito pode expressar elementos que convergem com a sua emocionalidade, configurando-se na relação, nos processos de relacionamento em um contexto histórico emocional não,

necessariamente consciente ou voluntário⁹. Tal sistema engloba ainda o pensamento, a imaginação, as emoções, situações vividas pelo sujeito, onde, em uma constante integração, configuram-se em sentidos subjetivos diversos e passíveis de transformação e ressignificação.

É com essa dinamicidade e processualidade que o homem se desenvolve e faz desenvolver uma nova perspectiva psicológica, que, sendo mais complexa que as demais e integrando elementos e processos individuais e sociais, sem que um se sobreponha ao outro, permite maior complexidade e articulação entre as categorias psicológicas desenvolvidas neste trabalho.

É importante salientar que:

Uma representação complexa do psicológico, como é expressa pela Teoria da Subjetividade de González Rey, não poderia nunca constituir um sistema fechado. Ela mesma é uma produção subjetiva e, nessa condição, destacam-se sua historicidade e sua processualidade. O que hoje se configura como uma Teoria da Subjetividade foi sendo construído ao longo do processo de pesquisa (...). Esse processo não-linear de indas e vindas, de integração do contraditório, de conceitualizações e reconceitualizações, de novas interpretações e de focos diversos, sinaliza as possibilidades futuras de desenvolvimento desse corpus teórico em um processo contínuo de confrontação, modificação e crescimento (Mitjáns, 2005, p. 23).

Desta forma, sendo a teoria um fragmento pelo qual o homem tenta compreender os fenômenos, que, em geral, são sempre mais complexos do que os discursos que os descrevem e que uma das características da definição de sujeito proposta por González Rey é a sua capacidade de questionamento e de manter o seu pensamento sempre vivo e volátil, enfatiza-se a importância de se questionar e trabalhar as diferentes possibilidades e limites que uma

⁹ Anotação da autora referente a uma aula de Teorias da Personalidade, ministrada pelo Professor Doutor González Rey, em Brasília – DF, 2007.

teoria impõe à prática, não se permitindo cristalizar e tornar-se um dogma. Assim, este trabalho constitui-se a partir da teoria de González Rey, sem, no entanto, limitar-se a ela e às suas categorias, mas enfatizando-se os elementos que autora considera como sendo mais relevantes e importantes para o desenvolvimento do processo de construção da legitimidade da pesquisa apresentada, utilizando-se assim, a teoria como um instrumento facilitador para a compreensão dos processos subjetivos do sujeito de pesquisa e, simultaneamente, abrindo a possibilidade de diálogo com outras teorias e com as idéias da autora.

Tendo conhecimento sobre a etimologia da teoria de González Rey, é importante ressaltar que há alguns conceitos fundamentais para a compreensão desta construção teórica que são: subjetividade, sujeito, configuração subjetiva e sentido subjetivo (Mitjáns, 2005), sobre os quais se falará nos próximos itens deste primeiro capítulo.

1.2 - Sujeito e Subjetividade

A teoria de González Rey rompe com a perspectiva de homem universal, com características (essências) iguais e determinantes a todos, trazendo a perspectiva de um sujeito estabelecido na dinâmica dos processos de construção e desconstrução e constituído a partir de sua história de vida, onde ele é portador e produtor de subjetividade, dentro de uma cultura dominante, sem ser, necessariamente, subordinado a ela.

Se até então, o homem era visto de forma mecânica ou transcendental e sempre desprovido de subjetividade, segundo González Rey (2003), o sujeito passa a ser permanentemente constituído por configurações subjetivas, construídas em momentos de tensão, ruptura e contradição constantemente envolvidos em uma dinâmica histórico-cultural, onde a subjetividade social o abarca na mesma medida em que o próprio sujeito a constitui. O sujeito seria então, a singularização de uma história que não é passível de repetição, mas que,

simultaneamente, é capaz de permear com aspectos semelhantes o social e o outro: “não existe sujeito sem o outro, só que este outro não é simplesmente uma voz (*refere-se à palavra, ao processo dialético enfatizado em algumas correntes psicológicas como sendo o principal elemento edificador de sentidos e significados dentro das relações humanas*), é um sentido subjetivo configurado nas emoções que historicamente tem constituído na história do sujeito em relação com este outro” (González Rey, 2003, p. 183).

A capacidade de posicionar-se e tornar-se um ser ativo e criativo dentro dos espaços sociais permite que o homem constitua-se como sujeito e expresse-se através do pensamento, reflexão e produção de sentidos, constituindo-se como um agente de transformação, atuação e ruptura dentro do mundo em que vive, onde as fontes de subjetivação são inesgotáveis.

Outro elemento que propicia a singularidade do indivíduo é a personalidade, defendida por González Rey (2004b) como sendo uma espécie de rede complexa de componentes subjetivos imprevisíveis associados a diversas experiências vivenciadas ao longo da vida da pessoa e que simbolizam variáveis tonalidades emocionais que convergem sentidos subjetivos concebidos em diferentes épocas da vida humana com os atuais momentos de sua expressão social e cultural. Distintamente de outras concepções da personalidade, em sua maioria, deterministas e mecanicistas, González Rey trata-a de forma dinâmica e processual, capaz de organizar a multiplicidade de configurações subjetivas, que seriam as unidades básicas para o estudo da personalidade, (González Rey, 2002), colocando-a em paralelo com os diferentes aspectos da subjetividade social (também em constante integração com o individual) e possibilitando que, através dela, o sujeito possa construir e reconstruir novos recursos subjetivos e zonas de sentido frente à vida.

A subjetividade seria a constituição psíquica desse sujeito, constantemente integrada à sua ação social, bem como às suas dimensões biológicas, sociais e culturais sem se dissolver nelas ou ser esgotada ou explicada por apenas uma delas. Está intimamente ligada à produção

e à expressão de significados e sentidos, convergidos na emocionalidade (González Rey, 1997, citado por Neubern, 2004), e constantemente em transição.

“O caráter gerador da subjetividade não se sujeita a nenhuma dos fatores que lhe deram origem” (González Rey, 2003, p.107), justamente por ser plural, contraditório, em constante desenvolvimento, versátil, e por abranger diferentes configurações que integram o atual e o histórico em cada novo momento de ação do sujeito nas mais distintas esferas de sua vida (González Rey, 2005b).

A categoria de subjetividade de González Rey integra também a cultura e o social como elementos importantes na constituição do homem, onde a subjetividade social está presente em uma multiplicidade de cenários, momentos e processos, constituídos simbolicamente e em seus sentidos subjetivos e, concomitantemente à subjetividade individual, constitui-se e é constituída por ela em um processo não linear que permite a conexão de diferentes sistemas e configurações que afetam todos os momentos de expressão do sujeito, sem serem, necessariamente, conscientes.

A subjetividade individual se produz em espaços sociais constituídos historicamente; portanto, na gênese de toda a subjetividade social estão os espaços constituídos de uma determinada subjetividade social que antecede a organização do sujeito psicológico concreto, que aparece em sua ontologia como um momento de um cenário social constituído no curso de sua própria história (González Rey, 2003, p. 205).

Assim, observa-se que a subjetividade individual é constantemente permeada pela subjetividade social, onde elementos de sentido provenientes desta articulam-se com os demais elementos de sentido do sujeito, dentro de espaços relacionais que permitem o trânsito de sentidos que caracterizam tal sujeito em um processo característico ao ser humano. Da mesma forma que não é possível considerar o sujeito desvinculado de uma carga sócia

subjativa, não se pode pensar em um espaço social impermeabilizado contra a influência de alteridades, de subjetividades individuais (Mitjáns, 2005).

1.3 Sentido Subjetivo

A categoria “sentido” foi utilizada pela primeira vez por Vygotsky, quando este a diferenciou da categoria de significado, sendo a primeira um agregado de fatores que iriam além da mera definição compartilhada da palavra, mas também como um “agregado de fatores psicológicos que surgem em nossa consciência como resultado daquela palavra” (Vygotsky, 1935, p. 276, citado por González Rey, 2003, p. 129). Desta forma, o sentido seria dinâmico, fluido e complexo, desvinculado da compreensão do significado, mais ligado aos fatores comuns compartilhados permanentemente entre os membros de determinada sociedade.

Em contextos diferentes, o sentido de uma palavra muda. Ao contrário, o significado é comparativamente, um ponto fixo e estável que permanece constante apesar de todas as suas mudanças no sentido da palavra que são associados com o seu uso em contextos diferentes. (Vygotsky, 1935, citado por González Rey, 2003 p. 108)

Gonzalez Rey (2004b) compartilha, em parte, a categoria de sentido defendida por Vygotsky, mas ressalta que este não foi capaz de aprofundar-se nas questões envolvendo a emocionalidade, que viria a ser a forma que toma a experiência vivida em termos psíquicos, e de outras representações e simbolizações presentes nos contextos e nas relações que vão além dos níveis da fala, existindo outras formas e tipos de subjetivação que não necessariamente precisam passar pelos níveis da fala. Ademais, os sentidos subjetivos estão presentes também nos processos de significação propostos por Vygotsky, mas não estão definidos por eles, de

forma que os significados seriam construídos histórica e culturalmente e os sentidos seriam construções pessoais de tais significados compartilhados (mas não somente destes), apresentando maior fluidez e estabilidade, havendo também, uma integração dialética entre o histórico (vivido) e o atual na configuração da psique.

Assim, o sentido subjetivo seria a unidade que permite a organização da subjetividade humana, sendo inseparável da cognição, dos processos simbólicos e do afeto, onde estes, em interação, produzem a subjetividade. É, simultaneamente, uma expressão e produção do social e não apenas um reflexo deste, como é uma produção singular individual, estabelecida além da intencionalidade do sujeito a partir das experiências vividas e de sentidos previamente estabelecidos dentro de espaços culturalmente definidos, onde “a emergência de uma unidade simbólica ou emocional acarreta o aparecimento da outra, sem ser a sua causa, provocando uma cadeia de desdobramentos infinitos”¹⁰.

Por envolver processos emocionais e simbólicos, o estabelecimentos dos sentidos subjetivos nunca são explícitos ou intencionais, tendo-se em vista que tal produção tem a sua gênese no encontro do singular de um sujeito com a sua forma de perceber e atuar sobre o mundo em que vive, possibilitando a eliminação das dicotomias (social – individual, externo – interno, consciente – inconsciente, dentre outros), existentes nas diferentes produções psicológicas, pois “o sentido se produz de forma simultânea na integração dessas dimensões” (González Rey, 2004b, p. 51).

A categoria de sentido favorece a representação da subjetividade que permite entender a psique não como uma resposta, nem como um reflexo do objetivo, e sim como uma produção de um sujeito que se organiza unicamente em suas condições de vida social, mas que não é um efeito linear de nenhuma dessas condições. Os processos de produção de sentido expressam a capacidade da

¹⁰ Anotação da autora referente a uma aula de Teorias e Técnicas Psicoterápicas I, ministrada pelo Professor Doutor González Rey, em Brasília – DF, 2005.

psique humana para produzir expressões singulares em situações aparentemente semelhantes (González Rey, 2004b, p. 53).

Esta correlação entre os aspectos constitutivos da subjetividade, em especial, a emoção é explicada pelo autor, de forma em que todos os elementos permeiam a existência do outro, sem que um se sobreponha ao outro. A emocionalidade é vista então como a “expressão de uma subjetividade constituída em uma história singular que se confronta e se expressa dentro do mundo presente no qual o homem vive (...) e um aspecto essencial da produção de sentidos subjetivos, que são responsáveis pela capacidade generativa do sujeito” (González Rey, 2003, p. 168), configurando-se nas relações do sujeito e capacitando-o a agir sobre o mundo.

1.4 Configuração Subjetiva

Segundo Neubern (2004):

Configurações – conceito de González Rey (1997) que busca integrar, de modo sistêmico e dinâmico, diferentes processos subjetivos, como sentido, motivos e necessidades (...), devem ser compreendidas como noções que dialogam com os momentos atuais do sujeito e, portanto, estão passíveis de constantes alterações e novos arranjos. Logo, mesmo as influências de processos históricos integram-se de formas distintas, em termos configuracionais, em função das relações do sujeito consigo e com seus cenários sociais. As configurações subjetivas, por serem dinâmicas, expressam o sentido das diferentes atividades sociais dos sujeitos, e são responsáveis pelas emoções envolvidas na vida do sujeito. Elas

podem demonstrar as necessidades que se apresentam naquele momento, ou seja, naquela configuração (p. 216).

Desta forma, as configurações subjetivas são os sentidos, significados e simbolizações (subjetividade), de certa forma organizados de forma sistêmica e dinâmica, gerados a partir da pluralidade, do desdobramento de multiplicidades que se entrelaçam ao longo da história de vida do sujeito, dentro do tecido social no qual está inserido. É segundo González Rey (2003, p.127), “a integração de elementos de sentido, que emergem ante o desenvolvimento de uma atividade em diferentes áreas da vida”.

A experiência do sujeito em todas as esferas de sua vida constitui elementos de sentido que se unem aos processos atuantes no momento da ação para caracterizá-la, o que, segundo González Rey (2003), desmistifica a noção de que o comportamento do homem é unicausal ou construído apenas como reação a estímulos ou a repetição de aprendizagens e sim, reafirmando a dinamicidade e processualidade de toda a forma de ação e obra humana, graças aos processos de configuração subjetiva e formação de sentidos do homem. Deste modo, “as configurações subjetivas não podem ser analisadas como causas do comportamento, mas como uma fonte de sentido subjetivo para qualquer atividade humana” (González Rey, 2007, p. 137) o que também confere processualidade à atividade e às complexas formações psicológicas organizadoras da subjetividade.

A configuração subjetiva de González Rey funciona de forma em que zonas de sentido ou núcleos de sentido formados ao longo da experiência e de processos histórico-culturais do indivíduo seriam emocionalmente carregados e dotados de coerência (por isso a relativa estabilidade do sistema), e, por serem inter-atuantes, participam simultaneamente dos processos de formação e rearranjo de novos sentidos e representações do homem em suas vivências atuais, dentro de seus cenários sociais.

1.5 Representações Sociais

Segundo González Rey (2005a):

A subjetividade social apresenta-se nas representações sociais nos mitos, nas crenças, na moral, na sexualidade, nos diferentes espaços em que vivemos e está atravessada pelos discursos e produções de sentido 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 (p. 24).

Tendo-se em vista a conceituação de subjetividade social e de sua importância na análise do modo com a qual as formas de contato estabelecidas socialmente contribuem na constituição do sujeito e como este sujeito se representa, outra categoria que se faz presente ao longo deste trabalho é a da representação social, pois esta permeia todo o contexto de vida do sujeito de pesquisa, que se configura e cria sentidos e práticas díspares em distintas zonas de sentido de uma rede social sob o qual está inserido. Segundo Jodelet (2005), é importante que se estudem as formas de práticas e representações sociais que balizam a história do sujeito, pois tal estudo permite uma maior discussão e integração dos processos que ligam a vida do indivíduo contextualizado em todas as suas relações sociais, facilitando a compreensão do funcionamento psíquico e social a ser analisado, bem como as configurações subjetivas deste sujeito, incluindo-se os recursos deste ao entrar em contato com o pensamento coletivo.

As Representações Sociais (RS), para Moscovici (2003) são inerentes a todas as interações humanas, quer ocorram entre duas pessoas apenas ou entre grupos distintos; elas seriam idéias e imagens específicas e socialmente compartilhadas, onde, pelo ato da comunicação interpessoal, são expressas e perpetuadas, igualando “toda imagem a uma idéia

e toda idéia a uma imagem” (p.46). Para o autor, as RS pressupõem um simbolismo que não ignora o perceptual e o cognitivo das demais categorias com as quais trabalha a Psicologia Moderna, deste modo, “longe de registrar dados ou sistematizar fatos, elas são ferramentas mentais, operando na própria experiência, conforme o contexto em que os fenômenos estão relacionados” (p.344), o que explicaria a coexistência de divergentes representações e conhecimentos em um mesmo contexto sócio-cultural. Herzlich (1991), diz ainda que as RS são um modo de pensamento sempre ligado a ação individual e coletiva, “uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas” (p.25) e que permitem compreender determinados problemas e aspectos de uma sociedade, mesmo não se constituindo como um mero reflexo de uma realidade estática, mas como um elemento extrínseco constituinte de um indivíduo ou de um grupo.

Além disso, Moscovici alega que a teoria das RS leva em consideração a individualidade e alteridade dos indivíduos bem como diferentes fenômenos e atitudes “em toda a sua estranheza e imprevisibilidade” (p. 79), sendo seu objetivo “descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável e previsível, a partir dessa diversidade” (p.79), o que se distingue do que se pretende neste trabalho, bem como do posicionamento da autora e de outros referenciais teóricos posteriores a este autor, como González Rey, pois, quando se fala em representação, não há a referência a um processo de adoção de idéias, muito menos a um processo de reificação de representações, que cristalizariam a dinamicidade e processualidade do sujeito e da sociedade, mas a um processo de construção social que é compartilhada pela maioria dos membros de determinado grupo social (2003), o que não determina ou limita, no sentido de tornar previsível, uma realidade, um contexto, uma atitude individual, ou seja, um fenômeno humano.

Para Denise Jodelet (2005), as RS oferecem sempre uma relação entre o mundo e seus significados (objetivos e subjetivos) socialmente compartilhados, não se reduzindo às

formas discursivas às quais são enquadradas, tampouco estão alheias a elas. Para González Rey (2003), as RS são os sentidos subjetivos que constituem de forma simultânea a subjetividade social e individual, não representando um objeto concreto da realidade, e sim uma expressão complexa, ativa e diferenciada da realidade social com capacidade generativa e em permanente desenvolvimento. Elas permitem a legitimação e a organização subjetiva das experiências vivenciadas pelos indivíduos em meio a um contexto social, cujos núcleos de sentido de determinadas RS têm alto valor emocional para uma população concreta (González Rey, 2003), representativa da subjetividade social.

Neste trabalho, faz-se presente a análise de algumas representações sociais vigentes dentro do contexto médico-hospitalar, a partir da fala do sujeito de pesquisa, inserido em tal conjuntura. As representações da morte, da doença, em especial do câncer, do enfermeiro e do “cuidador” (equipe médica) são facilmente identificadas, pois tanto a enfermaria oncológica (unidade em que a participante da pesquisa trabalha), que é um “espaço de troca” de diferentes elementos de sentido provenientes de várias pessoas com culturas, mitos, saberes e imaginários diferenciados e onde tais elementos de sentido nem sempre correspondem à realidade palpável do ambiente, como a própria profissão da entrevistada (enfermeira) convergem para questões ligadas ao imaginário social e ao seu compartilhamento.

A RS da enfermagem, ligada ao papel social da mulher estabelecido ao longo da história, relaciona-se com a concepção de cuidados e proteção maternos, e também ao trabalho doméstico exercido principalmente pela figura feminina na sociedade ocidental (Borsoi & Codo, 1995), levanta ainda questionamentos importantes atrelados ao adoecimento, à cura, ao tratamento, à figura do paciente e à própria concepção e identificação da participante da pesquisa, já que sua atividade laboral constitui um espaço de profunda significância dentro da totalidade de sua vida.

O hospital, visto como um instrumento terapêutico destinado a curar (Foucault, 1995), abrange muitas das representações sociais que envolvem o médico, o enfermeiro e o próprio paciente, reificadas ainda pelas práticas direcionadas ao tratamento. Segundo Capobianco (2003), instaura-se um funcionamento dicotômico em que o paciente é posto no lugar daquele que não tem conhecimento sobre a sua doença e o seu próprio estado de saúde, enquanto o médico ocupa o lugar daquele que, além de saber, detém todo o conhecimento e tem todo o poder para lidar com o problema do outro da forma que acredita ser melhor, trazendo ainda a figura do enfermeiro como um mero instrumento voltado para a realização das prescrições médicas. Desta forma, as práticas hospitalares acabam por naturalizar concepções errôneas do senso comum no que dizem respeito às funções ou características tanto do médico, como do enfermeiro e do próprio paciente, hierarquizando uma dinâmica de poder, onde o paciente é colocado em uma posição onde acaba sendo alienado de seu processo de tratamento, dentro de um contexto de “separação e exclusão” (Foucault, 1995, p.101), onde ele não pode colocar-se efetivamente. A perspectiva médica pressupõe que o indivíduo (o paciente) deverá ser “observado, seguido, conhecido e curado (...), emergindo como um objeto de saber e da prática médica” (Foucault, 1995, p.111) apenas, sendo também uma função da enfermagem a humanização do paciente como ser humano em sofrimento e não como doença ou como conjunto de sintomas que precisam ser extintos.

Para Roger & Abalo (1997), a enfermagem é tradicionalmente caracterizada por nela existir um trabalho de enfermagem “competente e abnegado que exige muito amor e vocação” (p. 123, em tradução livre), sendo a enfermagem oncológica, local onde labora a participante desta pesquisa, uma unidade que requer que tais características sejam extremadas para o alcance dos objetivos propostos pelo tratamento oncológico, o que se constitui em outra zona de sentido da subjetividade social que permeia a construção da categoria de enfermeira.

Em se tratando de uma unidade de oncologia, questões relacionadas a problemáticas enfrentadas constantemente tanto pela equipe hospitalar como pelos pacientes permeiam ainda a configuração subjetiva nesta monografia analisada. A morte, entendida pela maioria dos pacientes¹¹ como um objeto meramente metafórico ou como “uma mudança que envolve as dimensões espiritual e corporal e que pode ser caracterizada pela transformação e separação” (Schulze, 1992 p.271), tem uma conotação diferenciada para o cuidador (incluindo a enfermeira), já que é algo contra a qual tais profissionais lutam e trabalham, sendo um fim pelo qual não se quer chegar, contrariando os objetivos da ciência médica e representando ainda, um fracasso, uma derrota (Kübler Ross, 2005). Na unidade oncológica, onde a morte acaba sendo invariavelmente vivenciada no cotidiano de trabalho (Kóvacs, 1992), há, teoricamente (visão não compartilhada pela autora da monografia, tendo-se em vista a sua visão de mundo e de processos subjetivos envolvidos na significação da experiência humana), uma tendência à banalização da experiência de cuidar de uma pessoa que irá morrer ou mesmo de perder um paciente, já que “o hábito traduz então a experiência, pela qual tudo, até o insólito, tornando-se costumeiro, acaba por tornar-se banal” (Jodelet, 2005, p.90), tendência essa que também será analisada posteriormente neste trabalho.

Há ainda, diferentes concepções, fantasias e representações acerca da topografia do câncer, relacionadas principalmente com a idéia de que tal doença, assim como foi à tuberculose há dois séculos, é um castigo incurável, sendo tratada muitas vezes como uma maldição, “que se espalha, prolifera, mata, extirpa, deixa feio, doloroso e vergonhoso” (Sontag, 2002, p. 21), além de estar pautada em uma visão extremada da psicossomática que atribui ao próprio doente certa “culpabilidade”, ao ligar a doença a aspectos da personalidade do indivíduo, por exemplo, ao dizer que o câncer é mais comum entre pessoas de personalidade Tipo B, ou que são, segundo o estudo de Sontag (2002), auto-insuficientes,

¹¹ Pesquisa realizada por Shulze, em 1992, e analisada em seu artigo: “As Representações Sociais de pacientes portadores de câncer”.

fracas ou que não saber externalizar seus sentimentos e emocionalidades. Entretanto, quando se rotula determinada doença ou pessoa esquece-se de que “cada configuração patológica é a expressão de uma combinação singular de sentidos que pode ser conhecida apenas no estudo do sujeito concreto” (González Rey, 2005b, p. 41), sendo que a organização da doença é produzida tanto na psique individual como na cultura, de forma simultânea (González Rey, 2004b).

Neste trabalho, faz-se então necessário observar, dentre outros aspectos, o modo com o qual tais representações sociais e estigmas de valor simbólico impactam sob a forma de ver e lidar com as coisas e situações vivenciadas pela participante da pesquisa a partir de suas próprias construções e história de vida. Como dito anteriormente, o intuito não é o de refutar ou confirmar hipóteses ou teorias previamente estabelecidas, e sim, produzir inteligibilidade acerca do que foi posto em diálogo com a participante da pesquisa, observando-se as variações em seus sentidos e configurações subjetivas, ao mesmo tempo em que novas zonas de sentido agregavam aspectos qualitativos ao diálogo.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA DA PESQUISA

2.1 Epistemologia Qualitativa

Para Minayo (1994), a pesquisa qualitativa “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas” (p. 21) e responde a questões subjetivas, de ordem singular, com “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações” (p. 22). Entretanto, partindo-se da problemática inicial da pesquisa, que é estudar as configurações subjetivas e o modo com a qual as representações sociais permeiam a organização psíquica de uma enfermeira que trabalha em uma unidade especializada em oncologia, faz-se necessário o uso da indicação de metodologia qualitativa proposta por González Rey em seus livros *“Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação”* (2005a) e *“Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios”* (2002), denominada Epistemologia Qualitativa, que acrescenta outras idéias e perspectivas à metodologia qualitativa defendida por Minayo.

A Epistemologia Qualitativa visa romper alguns paradigmas existentes nas pesquisas com o foco quantitativo e/ou instrumental, cuja universalização de categorias teoricamente relacionadas à “certos significados e formas concretas de expressão sujeito” (González Rey, 2005a, p.2), impedem o aprofundamento e a legitimação de uma produção dinâmica e flexível do conhecimento singular, voltado para a complexidade do sujeito de pesquisa e não para os interesses particulares do pesquisador, já que este também se constitui no campo de estudo como um membro efetivo dentro dos espaços de inteligibilidade nos quais o trabalho se desenvolve e não somente como um mero intérprete ou “confirmador de informações”.

A Epistemologia Qualitativa defende o caráter construtivo interpretativo do conhecimento, o que de fato implica compreender o conhecimento como produção e não como apropriação linear de uma realidade que se apresenta (...). É impossível pensar que temos um acesso ilimitado e direto ao sistema do real, portanto, tal acesso é sempre parcial e limitado a partir de nossas próprias práticas (González Rey, 2005a, p.3).

Assim, pode-se observar o valor da pesquisa não somente pelo conhecimento que esta pode acarretar, mas também pela possibilidade de abertura de novas zonas de sentido para estudo e reflexão acerca de outras problemáticas envolvidas ao longo do processo de construção da informação dentro do contexto estudado (González Rey, 2002). Sempre lembrando que a pesquisa está permeada pelo modelo teórico utilizado, de forma concomitante aos elementos, idéias e percepções do próprio pesquisador.

O caráter construtivo-interpretativo deste tipo de pesquisa relaciona-se com a concepção de que o conhecimento não é apenas a soma das constatações empíricas isoladas (fatos, experiências vivenciadas, etc.) do pesquisador sobre o objeto de estudo, e sim, um processo de construção das informações e indicadores obtidos, sendo que estes se entrelaçam em uma rede complexa e estruturada, onde um é constituído pelo outro de forma simultânea e dinâmica em diferentes momentos da organização da informação e assim, tomam sentido dentro das construções tanto do investigador, como do próprio sujeito de pesquisa.

Segundo González Rey, a interpretação nesta proposta epistemológica não se refere a nenhuma invariante universal do marco teórico do pesquisador, mas funciona como “um processo que se realiza através da unicidade e complexidade do sujeito estudado” (2002, p. 32 - 33), juntamente com o pensamento e aportes do pesquisador e que permite conferir sentido às diferentes manifestações do sujeito em suas diversas formas de expressão em diferentes momentos e contextos, pois “nenhuma expressão do sujeito pode ser tomada de forma direta

pelo pesquisador fora do contexto geral em que se produz” (González Rey, 2002, p. 91), e qualquer expressão pode ser ou estar relacionada a outro indicador procedente de outros momentos da conversação.

Outras duas características fundamentais da epistemologia qualitativa, segundo González Rey (2005a), são: a necessidade de se defender a legitimação do singular como “instância de produção do conhecimento científico” (p.10) e a compreensão da pesquisa como sendo um processo de comunicação dialógico, tendo-se em vista que a comunicação é a via mais significativa para se chegar ao conhecimento e estudo das configurações e processos de sentido subjetivo dos indivíduos, inseridos em um contexto histórico, cultural, simbólico e social, transpassado por múltiplos desdobramentos não observáveis diretamente.

Quanto à legitimação do singular, muito se questiona o valor de uma pesquisa que tem apenas um sujeito como referencial para a produção do conhecimento científico, pois se alega que para ser considerado válido, o estudo deve ser representativo de uma amostra percentual considerável de indivíduos ou fenômenos analisados. Entretanto, devemos ressaltar que este trabalho, na verdade, baseia-se em um tipo específico de “estudo de caso”, cujo foco é o estudo de um determinado contexto, indivíduo ou acontecimento específico (Silva e Procópio, 2004), onde os resultados permitem o fornecimento de informações não generalizáveis, mas legitimadas qualitativamente devido à sua organização complexa e preservativa do “caráter unitário do objeto social estudado” (Goode & Hatt, 1969, p. 422), onde “múltiplas fontes de evidência são utilizadas” (Yin, 1989, p. 23, citado por Bressan, 2000).

A legitimidade da informação do estudo de caso singular está definida pelo que ela aporta à construção do modelo em desenvolvimento no curso da pesquisa. Um exemplo são as teorias desenvolvidas com base na psicoterapia em psicologia (...). É o estudo da singularidade que nos permite acompanhar um modelo de valor

heurístico para chegar a conclusões que estão além do singular e que são inexequíveis sem o estudo das diferenças que o caracterizam (González Rey, 2005a, pp. 112 - 113).

O estudo de caso, empregado dentro dessa óptica epistemológica, auxilia no entendimento de fenômenos sociais complexos, possibilitando uma investigação mais abrangente dos elementos subjetivos que permeiam a percepção contextual do sujeito de estudo, intercalados com as proposições teóricas adotadas, onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas (Yin, R. K., 2003), o que agrega um outro campo de conhecimento às proposições teóricas em questão.

Desta forma, coloca-se o sujeito de pesquisa, no caso M.L., que será posteriormente apresentado, como indivíduo singular e capacitado para gerar e produzir, simultaneamente ao pesquisador, inteligibilidade sobre a problemática da pesquisa, pois sua singularidade “é a única via que estimula os processos de construção teórica portadores de um valor generalização perante o estudo da subjetividade” (González Rey, 2005a, p. 113).

A lógica configuracional, orientada a definir os processos intelectuais plurideterminados e complexos envolvidos no decorrer da pesquisa, está presente nos momentos de inteligibilidade da pesquisa na epistemologia qualitativa, colocando o pesquisador como cerne do processo produtivo (teórico), sendo ativo e criativo na articulação entre as informações obtidas, seus marcos teóricos e emaranhados intelectuais, que o possibilitam dar sentido ao conhecimento dos processos subjetivos, assim como possibilitar a “conceituação de novas áreas da realidade” (González Rey, 2002, p.135), sem nem desqualificar a participação (e construção) do outro, nem tomar como verdades absolutas o resultado dessa produção, afinal, “o pesquisador não só é quem sabe acumular dados mensurados, mas sobretudo quem nunca desiste de questionar a realidade, sabendo que

qualquer conhecimento é apenas um recorte” (Pedro Demo, 1999, p. 20) desta mesma realidade, dentro de um contexto específico.

2.2 O Problema da Pesquisa

Segundo González Rey (2002), “tradicionalmente, o momento inicial de uma pesquisa se define pelo esboço do problema (...), pois sua consecução facilita a definição de hipóteses que serão estudadas” (p. 71 e 72). Entretanto, para que tal definição distancie-se das problemáticas que envolvem o caráter invariável e apriorístico das pesquisas científicas, evita-se a simplificação do objeto de estudo, impedindo que diversas variáveis sejam criadas e não apuradas, assim como se evita que o trabalho dirija-se apenas à comprovação daquilo que o pesquisador quer validar.

Compreendendo-se tal concepção, construiu-se um problema inicial primário, que, processualmente, irá desenvolver-se ao longo da produção do conhecimento e seus múltiplos e complexos desdobramentos, permitindo também que o cenário de pesquisa e as alternativas instrumentais norteadoras da mesma fossem delimitadas, facilitando uma produção relevante acerca do problema apresentado (González Rey, 2005a), sem reduzi-lo à solução de questionamentos estáticos. As hipóteses iniciais comprometem-se e configuram-se ao longo do processo de construção teórica em um contínuo que não se prende somente à responder as questões propostas, mas a desenvolver reflexões e múltiplas possibilidades dentro do estudo.

Desta maneira, neste trabalho, é proposto um estudo das configurações subjetivas de uma profissional da enfermagem que trabalha em um hospital locado em Brasília, Distrito Federal, em uma unidade oncológica especializada. As diferentes questões relacionadas às

representações sociais do cuidado e do cuidador, do câncer, da morte e da vida, do trabalho com pacientes terminais, assim como processos subjetivos (individuais e, em especial, sociais) envoltos no contexto de trabalho de profissionais da saúde, em especial, do sujeito de pesquisa, também permeiam esta investigação, pois é através desses conceitos, que a dinâmica e o desenrolar da pesquisa se desenvolvem e se qualificam.

Os objetivos propostos foram:

1. Conhecer os elementos subjetivos da enfermeira que podem estar sinalizando representações sociais associadas a esse trabalho;
2. Caracterizar as tensões e as contradições subjetivas do trabalho da enfermeira;
3. Analisar, com base em indicadores de sentido fornecidos pelo sujeito de pesquisa, um estudo sobre suas configurações subjetivas e o modo com o qual elas se organizam contextualmente.

2.3 Instrumentos Utilizados

Na pesquisa qualitativa de enfoque epistemológico, os instrumentos utilizados no processo de construção de informação não são definidos de forma estática e não são utilizados como um fim em si mesmo, como na maioria das outras propostas de pesquisa científica, ao contrário, são ferramentas interativas utilizadas para provocar a expressão do sujeito, envolvendo-o emocionalmente, o que acaba por acarretar indicadores e produção de sentidos subjetivos, utilizados na construção da informação.

Desta forma, os instrumentos aqui utilizados são, na verdade, indutores de informações, que não as definem previamente e que permitem e facilitam a expressão,

elaboração e construção do sujeito de forma interativa e múltipla em toda a sua complexidade e necessidade, pois, segundo González Rey:

O sentido que um indutor de informação tem sempre é mediado pelo sistema de necessidades do sujeito estudado (...), permitindo o contato desse sujeito com novas zonas de sua experiência que estimulam a aparição de reflexões e emoções que, por sua vez, conduzem a novos níveis de produção de informação, tanto nos diferentes sistemas dialogistas constituídos na pesquisa, como nos instrumentos utilizados (2002, pp. 82 – 83)

É principalmente através do diálogo (dinâmica conversacional) que as informações e reflexões acerca da temática deste trabalho surgem ao longo do momento empírico. É pela conversação que os indicadores de sentido subjetivo (e subjetividade) em vários campos significativos da experiência do sujeito emergem e tornam-se acessíveis à construção teórica da pesquisa ao longo de todo o processo, ou seja, é por meio dessa dinâmica conversacional que o pesquisador consegue, de forma mais fácil e ampla, permear o mundo do sujeito, a partir da formação do vínculo e da reciprocidade, o que permite que tanto pesquisador como sujeito posicionem-se ativamente no compartilhamento e de construção de novas reflexões, processos simbólicos, opiniões, emoções e posicionamentos relacionados às temáticas trabalhadas. Essa prática dialógica não é efetivada através de um modelo de entrevista rígido ou padronizado, e sim com uma dinâmica conversacional que integra os interesses específicos do pesquisador em momentos particulares, e simultaneamente, possibilita o desdobramento e o surgimento de outras questões e elementos não previstos na pesquisa e que podem ser de extrema relevância para a compreensão teórica e enriquecimento do problema e da construção do conhecimento.

As conversações ocorreram em dois encontros distintos, de aproximadamente, duas horas e trinta minutos cada um, entre os dias 18 e 19 de outubro de 2007, onde se objetivou a

compreensão dos processos de subjetivação do sujeito frente ao seu contexto de vida e de trabalho, onde as representações e o imaginário social puderam influenciar na dimensão que tal sujeito encontrava-se no momento.

Outro instrumento empregado é o completamento de frases, que vem a ser um “agrupamento de indutores curtos a serem preenchidos pela pessoa que o responde” (Gonzalez Rey, 2005a, p. 57), ou seja, é um agregado de frases e/ou expressões curtas e incompletas (Apêndice I), escolhidas visando a produção de significados que poderão se integrar e transitar entre outras etapas do processo empírico (ou a outros indicadores procedentes), e que devem ser preenchidas pelo sujeito, como em um questionário (mas sem se restringir ou reduzir às “perguntas” apresentadas), possibilitando ao pesquisador e ao sujeito entrar em contato com campos de sentido subjetivo (expressão, emoções, experiências, valores, intencionalidade, etc.) de diferentes procedências, e assim, abrir um conjunto de hipóteses e interpretações que podem ser desenvolvidas posteriormente na análise de cada item do completamento (González Rey, 2005a) ou trechos de informação.

Através desses facilitadores é possível a construção e o desenvolvimento de conhecimento a cerca das problemáticas envolvidas no estudo das configurações subjetivas da profissional de saúde, na medida em que novas zonas de sentido emergem ao logo da pesquisa e da experiência de conversação entre a pesquisadora e o sujeito de estudo. O pesquisador, através da lógica configuracional, verifica os elementos indicativos de sentidos subjetivos (por exemplo, a expressão, a emocionalidade envolvida, a coerência da expressão com os núcleos de sentido subjetivo, as fantasias e representações existentes no discurso, dentre outros), presentes tanto na fala como no completamento de frases do sujeito, e, a partir daí, produz hipóteses, constrói acima de tais elementos e transcende-os, abrindo a possibilidade de surgimento de novos indicadores de sentido subjetivo.

É importante salientar que “o conhecimento não se legitima por sua correspondência isomórfica e linear com uma realidade externa a ele (*por exemplo, a categorização de instrumentos e*); se assim fosse, não poderia expressar construções e se reduziria a conceitos descritivos possíveis de serem definidos de forma direta na realidade imediata” (González Rey, 2002, p. 134) e, desta forma, leva-se em consideração, tanto a história e organização da experiência individual (pesquisador e sujeito), como a percepção de que diferentes realidades são interatuantes dentro dessas histórias e organizações inseridas em um contexto também cultural: “imaginamos que a história é a experiência humana e que esta experiência, por ser contraditória, não tem um sentido único, homogêneo, linear, nem em único significado” (Vieira, 1995, p. 11), reafirmando a singularidade, a complexidade e dinamicidade do processo de construção de conhecimento.

2.4 O Cenário da Pesquisa

Segundo González Rey (2005a), um dos fatores que caracteriza a pesquisa como qualitativa é a imersão do pesquisador no cenário social onde o fenômeno estudado constitui e está constituído por ele. Neste trabalho, as entrevistas ocorreram na residência do sujeito, a partir da disponibilidade de tempo e de locomoção do mesmo, entretanto, a pesquisadora visitou o hospital algumas vezes em momentos anteriores, a fim de conhecer o ambiente de trabalho do sujeito, bem como para familiarizar-se com os diferentes ambientes e contextos que poderiam ser citados ao longo das discussões.

Os encontros ocorreram em outubro de 2007 e foram posteriores a um encontro para a leitura e explicação do projeto de monografia e do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice II) elaborado pela pesquisadora a fim de esclarecer os objetivos,

condições da pesquisa e demais informações pertinentes relativas à participação da profissional.

2.5 Sujeito de Pesquisa

Neste estudo, o sujeito de pesquisa é M. L., uma mulher de 28 anos de idade, casada e grávida (quinto mês de gravidez) de seu primeiro filho. É graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de Brasília (2001), tem especialização em Unidade de Tratamento Intensivo, curso em Tanatologia e faz especialização em Oncologia em uma faculdade de Brasília. Trabalha há quatro anos como enfermeira em uma unidade voltada para o tratamento de pacientes com câncer, em um hospital público de Brasília, Distrito Federal. Residente no Setor Sudoeste, mora com seu esposo. Não possui religião, mas tem crenças espirituais próprias.

CAPÍTULO III

CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

3.1 Estudo de Caso

M. L., uma mulher de 28 anos de idade, é casada e está grávida (quinto mês de gestação) de seu primeiro filho. É graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de Brasília (2001) e trabalha como enfermeira desde 2003 em um hospital público da cidade, em uma enfermaria de oncologia. Não possui religião, mas diz ser uma pessoa “espiritualizada”, com crenças pessoais que permeiam a sua vida.

Ao longo das conversações, foram levantados aspectos relacionados à subjetividade social e individual da participante, bem como conteúdos referentes ao seu posicionamento pessoal e profissional nos diferentes contextos em que atua. Mesmo que todos os assuntos propostos tenham sido recebidos e conversados de forma natural e empática, as temáticas mais aprofundadas no diálogo ligavam-se a profissão e aos núcleos de sentido que envolvem a mesma, tais como a representação social e pessoal da enfermagem, do médico, da doença (em especial do câncer), do tratamento, além de outros temas atuantes na organização subjetiva de M. L.. Ficou claro que a forma com a qual M. L. posiciona-se em seu trabalho como enfermeira, é compatível com a visão de mundo e de vida que ela traz consigo, ainda que algumas contradições possam ser apontadas ao longo de seu discurso.

M. L. sempre se mostrou solícita em sua participação na pesquisa e isso foi, certamente, um facilitador para a criação e desenvolvimento de um vínculo empático que permitiu a edificação de um clima que favorecesse a expressão da emoção e a reflexão do sujeito e da pesquisadora, permitindo-se assim, a construção da inteligibilidade pretendida neste trabalho.

“Quero que você sinta que me importa pelo fato de você ser você, que me importa até o último momento de sua vida e faremos tudo o que está ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para viver até o dia da sua morte” (Dame Cicely Saunders, 1976, p.1004¹²).

Segundo M. L., a participante da pesquisa, o parágrafo acima citado representa seus valores como profissional e ser humano, pois focaliza todo o trabalho da enfermeira diante de seus pacientes, em especial aos seus pacientes ditos “terminais”¹³, ou seja, fora de possibilidade terapêutica. Para ela, mais importante do que cuidar da doença do paciente, é permitir que este saiba que pode contar com ela não somente para os cuidados básicos, mas também para compartilhar e apoiá-lo em uma parte, senão em toda ela, de uma jornada que será enfrentada no hospital, na luta contra o câncer. O paciente não é visto com um conjunto de sintomas, e sim, como um ser humano em sofrimento, que precisa ser ouvido e ter a sua dignidade respeitada.

“Quero que você sinta que me importa pelo fato de você ser você”, traz humanidade ao paciente, ao mesmo tempo em que reforça a idéia de que cada pessoa é importante pelo que é globalmente (características, personalidade, subjetividade, etc.), e não pela doença ou pelo estado de saúde em que se encontra naquele momento e, *“(...) mas também para viver até o dia de sua morte”*, resgata a dignidade e o caráter gerador do homem, mesmo que este não tenha uma perspectiva biomédica de sobrevivência devido ao estágio atual de sua doença.

¹² Tradução livre e paráfrase por M. L. O parágrafo original diz: *“You matter because you are you and you matter to the last moment of your life. We will do all we can, not to help you die peacefully, but to live until you die”* (Saunders, 1976, p.1004)

¹³ A terminologia “paciente terminal” é refutada tanto pela entrevistada como pela pesquisadora, pois implica em uma taxação, em uma rotulação que tende a descaracterizar a pessoa como um todo, determinando-a e impossibilitando-a como sujeito gerador. Por isso, neste trabalho, quando a terminologia for empregada, ela será colocada entre aspas, evidenciando-se a discordância do uso do termo na designação de uma pessoa ou de um grupo de pessoas.

Para M. L., o importante não é quanto tempo de vida o paciente terá a partir do início do tratamento ou da descoberta do câncer, e sim, como ele poderá viver qualitativamente a partir de então, desta forma, o sobreviver não é tão importante quanto o viver.

- *Você imagina chegar no (sic) serviço (no hospital) e dizer assim pro cara: “nós vamos estar aqui com você, durante todo o seu tratamento. Tudo que você precisar a gente vai estar aqui, dia e noite”. E quando o cara está morrendo a gente diz assim: “a gente vai estar aqui com você, a gente pretende deixar a morte mais leve, e dividir esse peso com você”, é isso que a gente faz. Então, quando o pessoal está morrendo, a pessoa está morrendo, a gente se sensibiliza muito. Então a gente segura na mão, a gente faz carinho, entendeu? E fala assim: “nós vamos estar aqui até o final, segurando sua mão até o final. Então vai com Deus e fica tranquilo que nós estamos aqui cuidando muito do seu corpo”.*

Neste trecho da entrevista, M. L. demonstra grande emocionalidade e pode-se notar a intensidade de seus sentidos subjetivos referentes à sua profissão e atuação como enfermeira em uma unidade oncológica. Ela sente-se de alguma forma responsável por acolher e ficar ao lado do paciente, garantindo-lhe conforto e, de certa maneira, segurança. O trabalho da enfermeira, para ela, naquele setor, é “deixar a morte mais leve”, dividir o fardo da morte e da dor com o paciente, atividades que outros profissionais da área da saúde não assumem por não terem um contato tão íntimo e afetivo com o mesmo.

É interessante observar ainda que na maioria das vezes em que M. L. fala das atividades da enfermeira ou da profissão em si, ela fala em primeira pessoa do plural: “nós fazemos” ou “a gente é importante”, demonstrando que seu entendimento quanto à enfermagem, engloba não somente a atividade que ela mesma realiza, mas a atividade e a visão de mundo de toda a categoria profissional, ou seja, faz parte de uma representação que ela mesma possui e dissemina da carreira. Simultaneamente, M. L. recrimina algumas representações vigentes acerca da profissão, algo que será mostrado posteriormente em seu discurso.

A enfermagem é socialmente vista como uma profissão feminina, muito ligada à noção da maternidade, dos cuidados maternos, da caridade e benevolência daquele que “desprende-se de si mesmo em prol do outro”, concomitantemente, o senso comum acredita que tal profissão é inferior à do médico, justamente por lidar diretamente com o ser humano e não com a causa ou o sintoma do problema apresentado. M. L. diz ter escolhido a profissão por influência de uma amiga e que não tinha a menor idéia do que seria a enfermagem, mas a partir do momento em que assumiu a profissão para si mesma, pode descobrir e experimentar tudo o que a profissão poderia oferecer nas diversas áreas de atuação. Sua representação acerca da enfermagem foi sendo construída a partir de sua vivência na área:

M. L.: A gente acha que a enfermagem é uma sub-profissão, que não precisa de universidade (...). É o senso geral da população achar que o enfermeiro é o auxiliar do médico. Então assim, eu também tinha esse pouco conhecimento. Eu nunca havia sofrido nenhuma internação, nenhum contato próximo do setor hospitalar, então não tinha idéia do que era ser enfermeiro (...). A enfermagem te exige muito, você entra ou não entra; o curso é integral, então, se você não o assume, você não vai para frente. Todo mundo passa por uma crise dentro do curso (...). Lá, a gente não tem espaço. O estudante de medicina tem tudo e o de enfermagem não tem nada. Se eu estou numa academia e ela não me dá o suporte, quem e que vai dar? (...) Sempre me questionei o porquê o dele (o estudo) é mais importante do que o meu. Isso é muito triste”

P.¹⁴: Hoje em dia o que você responde para essas pessoas que te perguntam: “Ah, por que você não vai ser médica?”

M. L.: Eu explico pra eles o que é a diferença da enfermagem e do médico, é basicamente isso, você querer ficar com o paciente. Você faz enfermagem, você quer estar ao lado do paciente. Se você quer tratar o paciente, você faz medicina. Mas se você quer se relacionar com a vida humana, com a pessoa humana, você faz enfermagem. A enfermagem, vou dizer pra você, ela vive... Ela sente o que o paciente sente. É a profissão que mais sente isso,

¹⁴ P. representa as intervenções feitas pela pesquisadora deste trabalho.

sabe? Tá (sic) lá dia e noite, entendeu? E você convive com a pessoa... Você fala que só conhece uma pessoa se você vive com ela, então, a enfermagem vive com ela. O paciente não tem coragem de abrir tudo que está a fim de falar. O médico chega lá naquela empáfia dele “passou a noite bem?”, “passei sim senhor”. “A cirurgia foi bem?”, “foi bem sim senhor”. Mas você sabe que ontem a noite ele (o paciente) morreu de dor, que ele teve uma noite péssima, que ele não está evacuando direito, por exemplo (...). A gente que vai lá ver, tem um contato mais humano e eles têm intimidade com a gente. Eles criam intimidade com a gente e não criam intimidade com o médico. Desvincula um pouco aquela noção de “estou aqui com o paciente”, pois eu estou aqui com a pessoa, e eles sentem isso quando o enfermeiro está perto. É bacana isso, é muito gostoso.

Percebe-se, por seu discurso e completamento de frases, que M. L. compartilha, em um nível muito pessoal, a representação social da enfermeira e da pessoa que se dedica a esta profissão. Em diversos momentos da conversa, ela se diz “uma defensora das pessoas e que cuida de seres humanos e não de doentes” e o “fazer o bem ao próximo” (ou, no mínimo, evitar fazer o mal) é uma máxima que ela traz consigo como um sentido subjetivo norteador de sua vida.

P.: De onde você acha que surgiu esse interesse pelo outro, pelo cuidar do outro?

M. L.: É a enfermagem que desperta isso. O que a gente começa a falar na faculdade é que a enfermagem é o ato de cuidar, é cuidar do outro, né?

P.: Na verdade são os enfermeiros os verdadeiros cuidadores, né?

M. L.: São. São. E a gente cuida de tudo, a gente é como uma mãe que cuida de tudo, de todos os aspectos. Foi a enfermagem que me apontou pra isso e eu tenho isso para a minha vida.

Este cuidado diferenciado do médico e do enfermeiro, para ela, constitui-se na forma mais explícita de diferenciação das profissões e é o que ela mais preza em seu trabalho. É importante se observar que, para M. L., o ato de cuidar relaciona-se com a concepção de cuidado que Boff¹⁵ (1999) apresenta, ou seja, a de que o cuidado só surge e faz sentido quando é voltado para alguém significativo para quem cuida e implica na participação e

¹⁵ M. L. sugeriu a leitura do livro “Saber Cuidar: Ética do ser humano – compaixão pela vida”, de Leonardo Boff, à pesquisadora, alegando ser uma importante fonte de conhecimento sobre o ato de cuidar e sobre a importância de se lidar com o ser humano como um todo.

integração ativa de ambas as partes. O que aparece como representação social do médico e da enfermeira, abre a possibilidade de desdobramentos de sentidos subjetivos vinculados a tais representações, e que acabam por legitimar, em alguma medida, as atitudes, concepções e crenças de M. L..

Uma observação quanto ao posicionamento de M. L. é que ela busca demonstrar que outras pessoas partilham de algumas concepções usuais suas, por exemplo, quando ela busca referências bibliográficas (Saunders, D'Assumpção, Boff, entre outros) que apresentem idéias semelhantes às suas, acaba por justificar de alguma forma, suas representações acerca do problema proposto. Entretanto, isso não quer dizer que o seu discurso seja construído e pautado apenas no discurso do outro, mas que ela sabe que algumas de suas construções possuem um viés que é compartilhado socialmente, mostrando assim, redes de subjetividade social que permeiam e atravessam a constituição de sua própria subjetividade.

Por mais que ela diga não concordar com o discurso do senso comum que prega a autoridade médica, ela sabe que deve “submeter-se” a ela, para manter o seu próprio status de enfermeira, de cuidadora. Por exemplo, mesmo que ela saiba que é somente o médico o receptor dos elogios e agradecimentos quando um “doença é curada” (foi o médico quem curou e não o tratamento ou o processo), por mais que ela ou demais membros da equipe tenham sido fundamentais para essa cura, ela se satisfaz com a certeza de que seu trabalho fora cumprido integralmente e que ele é fundamental no processo de tratamento do paciente. Perceber que as pessoas não a vêem como “detentora do saber absoluto”, assim como vêem a figura do médico e que por isso ela pode aproximar-se mais do ser humano ali presente, faz com que ela legitime as gritantes diferenças de tratamento e status entre as profissões e que se mobilize para a manutenção desta representação, o que não quer dizer que ela aceita ou concorda com determinadas atitudes que considera injustas.

Por muitas vezes, M. L. sentiu-se recriminada ou discriminada pela profissão escolhida. Chegou a ouvir coisas como “*Você é tão estudiosa, por que não faz medicina?*”, mas que isso nunca a abateu ou a entristeceu, justamente por ela reconhecer o valor de sua profissão. M. L. diz que a comparação entre diferentes profissionais da área de saúde é freqüente e que, devido ao modelo biomédico, os médicos são tratados como “*semi-deuses*”, mesmo ainda na academia, e os demais profissionais (enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) são vistos como subalternos, mas ela acredita que cada profissão tem o seu valor dentro de sua esfera de atuação e que não é justo o não-reconhecimento de uma categoria em detrimento de outra (medicina) que não existiria sem as demais, o que faz com que ela se posicione ativamente na busca do reconhecimento de seu trabalho. A forma com a qual ela se posiciona com relação à tal discriminação e representação fica evidente em alguns trechos da conversação:

M. L.: A gente é importante. E muito importante. O mesmo médico que me tomou o prontuário uma vez, em um hospital em que trabalhei, ele precisou muito de mim para um monte de coisas. Saber a informação do paciente, que ele não conhecia, saber dos exames laboratoriais, se tinham sido encaminhados... Pediam para eu ajudar a encaminhar. Quer dizer, ele precisava de mim. E ele me tratou de uma forma diferente e eu falei assim: “Ah, as coisas mudam, não é?”

P.: E no hospital, quando você sente que tomaram uma atitude ou uma decisão que vai de encontro com o seu posicionamento, vai de encontro com os seus valores, quando você não acredita naquilo e acha que aquela decisão é abusiva... Você se posiciona?

M. L.: A gente se posiciona sim. Quando a gente acha que o paciente está sofrendo demais... Eu sou muito sensível a isso... Não que outros enfermeiros não sejam, mas eu acho até que eu forço a barra. O paciente está sofrendo muito e o medicamento que eu estou dando não está resolvendo... Porque a gente é muito sensível, a gente vê o paciente com dor e vai logo resolver. Mas assim, eu fico mais sensível e incomodo muito mais o médico... Então eu começo a incomodar, eu falo

assim “Olha, doutor, já fiz isso, isso e isso e não resolveu. O que eu faço agora?” Aí ele diz: “faz isso”. “Então tá bom”, aí eu faço. “Doutor, não resolveu”. Entendeu? Você “pentelha” o médico até incomodar. Você incomoda o médico no sentido de que o paciente está te incomodando, porque está sofrendo. Até que o médico fale assim: “mas que saco, fala pra ele esperar, fala pra ele que já vai dar o remédio, não sei o quê...”. Então você vai incomodando até uma hora que o médico fale: “bom, então vamos sedar, né? Se não está resolvendo...”. Eu digo assim “já fiz tantas morfina, o que eu faço”? Entendeu? E tem colega, não, que pelo contrário, segura (a medicação), porque tem medo da parada respiratória que uma morfina pode provocar. O que se pode fazer? É um risco, claro, mas se você não vai arriscar, vai deixar o paciente sofrendo? Então tem colega que espera um pouquinho, e o paciente vai gritando, gritando, gemendo... Eu não... a medicação está prescrita! E o médico às vezes não está ali do lado, e se você não passa...Tem hora que eu vejo o médico longe e grito: “O fulano de tal já pediu tanta morfina”.

Neste aspecto, M. L. mostra que sabe impor o seu conhecimento e que faz disso uma arma, um instrumento para a sua atividade junto aos pacientes. Mesmo que a figura do médico seja mais imponente e importante no contexto hospitalar, ela posiciona-se de forma ativa e participativa na tomada de decisões e faz com que a sua palavra e a do paciente sejam ouvidas, o que, inevitavelmente, já lhe trouxe problemas entre a equipe médica.

Sobre o câncer, e seu trabalho com os pacientes oncológicos, M. L. compartilha das idéias de Sontag (1984) e diz que a forma mais honesta e humana de lidar com os pacientes é retificando a concepção da doença, desmistificando-a, ou seja, informando ao paciente as reais características e sintomas da doença e do tratamento, e não permitindo que fantasias prejudiciais (nem todas as fantasias são benéficas ou mesmo prejudiciais, devendo haver uma valoração das mesmas) permeiem o imaginário do doente. Simultaneamente, M. L. diz acreditar que D’Assumpção¹⁶, um médico tanatologista com quem ela mantém forte amizade e admiração, está certo quando escreve que: “o desrespeito aos medos e fantasias dos

¹⁶ Este autor também foi uma sugestão de leitura proposta por M. L., visando “enriquecer” o estudo realizado pela pesquisadora.

pacientes se constitui numa outra situação extremamente ofensiva à ética e até mesmo à caridade que deve caracterizar todos os profissionais da área de saúde” (2005, p.14), ou seja, ela acredita que o paciente deve poder falar sobre a doença e expressar-se livremente sobre ela, mas que também deve haver um esclarecimento por parte da equipe, para que falsas expectativas não sejam criadas, frustrando ou desrespeitando o paciente.

Para M. L., o câncer é “*uma doença cruel e implacável*”, muito ligada às concepções de dor e de sofrimento difundidas socialmente. Com dito anteriormente, M. L. trabalha em uma unidade especializada em oncologia, ou seja, ela tem um vasto contato com pacientes com câncer e convive diariamente com a realidade da doença. É possível afirmar que a sua representação do câncer está pautada muito mais em sua experiência de vida pessoal e profissional do que em possíveis representações sociais da doença, pois o que ela vivencia em sua rotina de trabalho está ligado diretamente a imagem que expressa a sua noção da doença e do tratamento e da pessoa com câncer. De forma contraditória, porém compreensível, M. L. diz acreditar que a cura do câncer é possível, apesar das dificuldades de tratamento e do sofrimento envolvido no processo. Entretanto, em geral, M. L. demonstra acreditar muito mais em um período de sobrevida com qualidade de vida após o diagnóstico e tratamento da doença do que em uma cura em si, já que as taxas de reaparecimento do tumor para os tipos de câncer com os quais ela trabalha são extremamente altas.

15. Os pacientes *são guerreiros por sua própria vida.*

20. Doença *acontece mais cedo ou mais tarde.*

23. O câncer *é uma doença cruel e implacável.*

48. A cura *pode ser alcançável no câncer.*

P.: Como você vê o câncer hoje?

M. L.: *Ele continua, na minha visão, sendo incurável, porque quando você trata de câncer... Ataca tanto o sistema de defesa da pessoa que de alguma forma ele volta. De alguma forma a quimioterapia prejudica alguns sistemas ou órgãos e você acaba voltando para o*

hospital de novo. O que ela faz é te dar mais tempo de vida, te dá mais tempo de vida. Agora, com qualidade... (faz sinal de negação, de dúvida). Em alguns casos eu acho até que é pior, o melhor é você não mexer naquele caso que você já tentou um esquema de terapia e não deu certo, pois você vai tentar um novo esquema... (...) E você vai atacar muito mais o paciente. Então eu acho que é muito melhor você desistir logo, deixar o cara curtir o resto de vida que ele tem com qualidade, porque a quimioterapia é vômito, é mal estar, são todos aqueles problemas de sangue, a pessoa tem que ficar em isolamento... Quer dizer, vai deixar as pessoas nos últimos dias de vida dela presa na cama. Ruim (pausa). Se você não fizer quimioterapia, os últimos dias você pode passear no Parque da Cidade abraçando as árvores... Dizendo pras pessoas da família que ama, que foi muito bom estar aqui, entendeu?

P.: Quando chega um paciente novo você já o olha com essa perspectiva?

M. L.: Não... A gente olha para ele com força de vontade, com força de vida. Ele às vezes chega deprimido... Alguns chegam deprimidos, mas a maioria chega com vontade de lutar, e a gente diz assim: “A gente está aqui pra lutar com você. A gente está junto com você até o final”. A gente diz assim e é assim.

P.: Trabalhar na oncologia é diferente?

M. L.: É muito diferente. Trabalhar na oncologia tem uma questão essencial, e só fica lá quem tem essa visão. Quem não tem essa visão, quem não consegue perceber isso, não trabalha. É o seguinte: o pessoal de fora tem a seguinte visão: “a oncologia é um lugar triste”. Se você for dizendo que a oncologia é um lugar triste, que só morre todo mundo e que o câncer não tem cura, você está fora. Pode ir embora. Mas se você for lembrar que a oncologia é o pessoal que mais tem força de vontade, mais tem força de vida... É isso. Porque ninguém... Se não tivesse muita vontade de viver faria um tratamento penoso desse... Penoso e doloroso e triste como é o tratamento do câncer se não tivesse muita, muita vontade de viver... E muita força de vida, não faria. Eu mesma, se fosse comigo, se eu fosse tratar câncer eu não sei se teria essa força de vida. Eles têm uma força de vida muito grande, parece que Deus está dentro disso. Então,

eles têm muita força de vida. Lá a gente vê força de vontade de viver, sabe, alegria de viver. É isso que a gente vê lá.

P.: S. sempre diz que a oncologia é o lugar mais vivo do hospital...

M. L.: Então, se você for pensar as pessoas que mais tem força de vontade estão lá... É lá! Porque o tratamento é triste, e você se pensar que o tratamento vai levar mais de um ano e que você pode morrer durante este tratamento, que o tratamento às vezes é mais penoso do que o próprio câncer que você está sentindo. Que você vai amputar, porque lá quase cem por cento das pessoas amputa...

Percebe-se que o sentido subjetivo de M. L. atribuído à doença é atrelado a noção racional que ela possui do tratamento contra o câncer, ora, se a realidade que ela encontra em seu trabalho está envolta em problemáticas contraproducentes, como as altas taxas de óbito e de consequências negativas causadas pelo câncer, como a necessidade de amputação de um membro ou o aparecimento de uma metástase, é coerente a noção realística que ela possui. Lembrando-se ainda que seu trabalho é voltado para tipos específicos de câncer (câncer ósseo, do sistema nervoso central e do aparelho locomotor) , não abrangendo todas as possibilidades da doença, o que tende a “superficializar” e a generalizar a concepção da patologia, já que diferentes especificidades da doença possuem diferentes probabilidades de desenvolvimento e tipos de intervenção e cura.

Simultaneamente, M. L. tem uma visão muito positiva e otimista tanto de seu trabalho em setor oncológico como dos pacientes com os quais trabalha. Mais do que auxiliar o paciente em sua jornada de tratamento, M. L. acredita que ela pode ser útil na transformação dos sentidos atribuídos àquela experiência vivenciada, mostrando ao paciente que ele se encontra em um estado difícil, mas que ele não é sintetizado por sua doença assim como a sua vida também não o é.

Em seu discurso, M. L. revela que o trabalho em uma unidade de oncologia requer uma concepção diferenciada da doença e do processo nela envolto, mostrando que, por mais

que ela tenha noção do quão sofrível é o tratamento e que grande parte dos pacientes que ali se encontram vão vir a óbito, ela sabe que o mais importante é permanecer esperançoso com a possibilidade de cura, é não desistir e continuar lutando por aquilo em que se acredita, no caso, a cura ou o restabelecimento da pessoa. O “viver agora e viver bem” constitui-se como um núcleo de sentido que perpassa suas atitudes dentro e fora do contexto de trabalho. É com esta concepção que ela se organiza de forma a gerar novos caminhos e alternativas para lidar com os acontecimentos que nem sempre ocorrem como o esperado.

Ela vê na força de vontade e no anseio de viver do paciente um jeito expressivo de combate à doença, que motiva e facilita o envolvimento do paciente para com o tratamento, o que demonstra que, do mesmo modo que ela se coloca ativamente no processo laboral, ela também dá ao paciente um sentido ligado a atividade e não a passividade ou a permissividade, sendo ele responsável também por seu tratamento e progresso, não de forma estática ou determinista, mas dinâmica e complexa.

Uma das maneiras pelas quais ela tenta manter o paciente ciente do que acontece em seu processo, é admitindo que ele saiba sobre outras questões importantes envolvidas naquele contexto hospitalar específico. Algumas dessas questões, relacionadas por exemplo, ao medicamento cedido¹⁷ ao paciente, a comida e equipamentos¹⁸ oferecidos sem nenhum custo, são expostas deixando claro que o tratamento que a pessoa está recebendo é o melhor possível, dentro da realidade brasileira e que isso deve ser encarado por essas pessoas mais clara e positivamente, suscitando também um senso de responsabilidade social que deve ser apreciado. Um sentido importante é aí expresso, pois ela acredita que se o paciente der mais valor ao que está sendo feito por ele, ele acabará dando mais importância a si mesmo, ao tratamento e aos profissionais envolvidos, o que gerará, direta ou indiretamente, uma

¹⁷ Após o período de internação, os pacientes recebem gratuitamente alguns medicamentos, várias vezes muito onerosos, que deverão ser utilizados como parte do tratamento proposto.

¹⁸ Próteses, material de reabilitação, muletas, etc. Produtos que podem ser encontrados em casas especializadas.

“recompensa” pelo esforço que ela e os demais funcionários desempenham. M. L. acredita que as pessoas devem ser gratas pelas coisas que são feitas por elas e devem estar cientes da realidade social do país, assim como ela, que é grata pelas possibilidades que teve e conquistou ao longo da vida, reconhecendo-as.

M. L.: A gente tenta fazer com que ele veja a importância que a gente dá a ele (paciente) lá, porque ele é um privilegiado, a gente gosta que ele veja isso.... E às vezes eles não dão valor a isso. “A comida daqui é uma m., eu não quero não”, o paciente diz. Eu falo “A comida daqui é ótima. Qual é o lugar que você poderia escolher isso que você está escolhendo?”

Outra questão ligada a forma com a qual ela lida com os pacientes diz respeito a humanidade que ela atribui à eles e à relação que mantém. Ela é capaz de envolver-se emocionalmente com o paciente (seus sentimentos bons e ruins, angústias, esperanças, dúvidas, etc.), mas sem permitir que este envolvimento prejudique a si mesma ou as funções que desenvolve, pois se ela se descontrolar emocionalmente, ultrapassando determinados limites, não consegue apoiá-lo ou cuidá-lo da forma mais adequada. Ela desmistifica assim a noção de que o profissional de saúde não pode estabelecer um vínculo afetivo com o paciente e diz que este envolvimento entre “pessoas” (e não profissional prestador de serviços e consumidor ou enfermeiro-paciente) é que permite a prática humanizada da medicina, da enfermagem ou de qualquer outra profissão da área da saúde.

M.L.: Já me peguei nessa situação (de forte envolvimento emocional), não que o sofrimento dele tenha me levado... mas já me peguei na situação de, por exemplo, passar uma notícia ruim e não conseguir e “travar”. Você vai tentar falar e dá um nó na garganta e você trava. Já chorei na frente de acompanhante quando tive que dar a notícia, já chorei na frente do paciente quando eu tive a oportunidade de me despedir de um paciente muito querido, e eu chorei dizendo aquela frase (de Saunders). Foi muito bonito (...). Então, assim, a gente absorve alguma coisa... Tem que absorver, né? Não tem jeito. Mas aí você não pode levar isso pra sua casa, para sua vida... Tem que tentar de alguma forma descarregar a emoção lá, sei lá, chorando... Mas

assim, também ninguém pode ver enfermeiro chorando no corredor o tempo todo, entendeu? Não dá. Você tem que se controlar de alguma forma. Não pode deixar te afetar muito se não você não trabalha mais (...) Você não pode se entregar e afundar (...) Você vai se envolver, não tem como você não se envolver. O que não pode é você se entregar ao problema do outro.

M. L. fala ainda sobre como é importante se respeitar a autonomia do paciente, de poder decidir sobre o seu tratamento, sobre sua evolução, justamente por ele ser o dono da própria vida. Uma pessoa em profundo sofrimento e consciente de si mesma, deveria ter o direito de se posicionar e escolher o que é melhor para si. Tal entendimento é condizente com a visão de homem que possui:

M.L.: Eu sou a favor da autonomia, inclusive na questão do aborto, na questão da vida. Se você quer ou não viver, a vida é sua, o corpo é seu, então você decide. A não ser que você esteja prejudicando um outro alguém. Mas no caso (falando-se sobre possibilidades terapêuticas), acho que a autonomia tem que ser levada em consideração. Por outro lado, acho muito complicado no nosso país a questão da autonomia, pois um paciente tem direito a autonomia na medida em que tem a informação certa. Se você não dá as informações ele não tem como ter a autonomia dele sobre a vida, porque não sabe o que está acontecendo, e nem todo mundo entende de saúde e tem muita gente ignorante... Você tem que tentar botar (a informação) de uma forma que ele possa exercer a sua autonomia (...). A medicina tem a tendência de puxar para o lado da cura. Ela quer curar o paciente, de qualquer maneira, porque esse é o objetivo da medicina desde o começo (...). Quando ele (o médico) se depara com uma situação em que não vai poder salvar a vida, ele não consegue agir e, dificilmente consegue aceitar a autonomia do paciente em dizer “eu não quero viver”.

Essa impossibilidade de decidir sobre a própria vida abre um campo de discussão para M.L. ligado às concepções de vida e de morte.

Se, para a maioria das pessoas, o “estar vivo” é uma condição rotineira, sobre a qual não se pensa ou se reflete de forma mais aprofundada, para M. L., que vive em um contexto

onde a morte e a vida são elementos definidores de sentido subjetivo, tanto para si mesma como para os demais profissionais e pacientes, o “estar vivo” adquire um sentido diferenciado que permeia a própria existência. Para ela, quando a pessoa não vive plenamente e apenas sobrevive entregue a forças alheias, sem vontade própria, planejamentos ou desejo de viver, de certa forma ela já está morta, impossibilitada de experienciar o mundo e as pessoas ao seu redor de forma significativa. Assim, a morte é compreendida por ela como um processo natural pelo qual todos um dia passarão e que faz parte do “estar vivo” e a vida é compreendida qualitativamente em categorias como: “luta”, “fazer bem ao outro”, “buscar realizar os sonhos”, “ser feliz”, desvinculadas de uma idéia totalmente orgânica, não sendo a constatação clínica que decide a vida e a morte de um indivíduo: os sinais vitais fazem parte do viver, mas o viver não se resume a eles, tampouco a morte se resume a ausência deles.

Para ela, o idealismo da “boa morte” (morte sem sofrimento, indolor, sem desespero) contribui para a disseminação de uma falsa perspectiva de cura tão propagada e exigida pela medicina pós-moderna. Muitas vezes, a possibilidade de ter um tempo de sobrevida maior, mesmo que sem qualidade de vida, é tratada pelos médicos e familiares como se fosse a única solução possível para o enfermo, o que só gera perdas para este, segundo M. L., no sentido de impossibilitar que ele coloque-se como sujeito ativo e detentor de autonomia, capaz de decidir por si só o que é melhor e mais confortável para ele e, principalmente, o que o impede de se despedir e ter um final de vida significativo, repleto de sentidos e sentimentos positivos.

M. L.: A gente faz um idealismo da morte (...) Depois que eu vi que a morte não é tão feia como a gente pensava, quanto eu pintava, eu fiquei muito mais tranqüila. A primeira morte que eu vi foi muito tranqüila, foi em uma UTI... O paciente também fora de possibilidades, mas num ambiente de UTI, o que não é a indicação, mas enfim... Ele estava num ambiente de UTI e estava se preparando devagarzinho, acompanhando no monitor, sedado, “apagado em coma”, e aí ele morreu tranquilamente, sem aquele sofrimento, sem aquele desespero. Eu acho que aí foi a

visão que eu comecei a tirar da morte. A morte faz parte da vida. Então, quando você não pode mais vencer ela, você tem que lidar com a morte, preparar o paciente para viver uma boa morte. O que é inevitável, todo mundo vai morrer mesmo, entendeu? Só que eles (pacientes e médicos) não estão preparados pra isso não... Ninguém na verdade está preparado, mas tem que preparar de alguma forma. Ela vai acontecer mesmo. Mais cedo ou mais tarde.

Para M. L., o “*poder se despedir das pessoas que ama*”, “*dizer para as pessoas que você as ama*”, “*aproveitar o agora*” e o “*viver e não sobreviver*”, constituem-se com elementos de sentido inerentes a sua concepção de vida e ela toma para si mesma aquilo que tenta transmitir para os seus pacientes, fazendo tudo que está ao seu alcance no dia de hoje, sem voltar-se para a expectativa de um amanhã que é insólito, sem esperar por um “porvir”, evitando decepções, frustrações e permitindo uma flexibilidade nas relações e sentimentos, já que tudo pode ser resolvido e melhorado hoje, inclusive desentendimentos pessoais. Este posicionamento é também um indicativo de seu processo de “tornar-se sujeito”, sobre o qual falar-se-á mais adiante.

Diz-se que a rotina pode tornar banal tudo aquilo que um dia teve sentido para uma pessoa (Jodelet, 2005), entretanto, a rotina de “perder pacientes” e lidar diretamente com a morte, enriquece o sentido subjetivo da morte que antes estava ligado ao medo e a idéias negativas (sofrimento, dor, tristeza, etc.) de M. L., que passa a ter uma visão mais “positiva” sobre o tema, retificando o valor da vida e a importância de vivenciar cada momento qualitativamente. Ela já não tem medo da morte (de morrer ou de perder alguém, mas sabe que perder alguém é algo extremamente doloroso) e compartilha da opinião de Morin (1996), quando ele diz que a morte de uma pessoa quando comparada com a “morte do universo”, ou seja, o fim de tudo, representa uma fragilidade conceitual que não define a totalidade do sujeito, tendo-se em vista que, sem consciência, às vezes optamos por morrer simbolicamente por causas aleatórias no momento em que nos omitimos ou nos anulamos em prol delas, ou seja, o “morrer biologicamente” é apenas um recorte na existência do sujeito.

Tal configuração subjetiva é também permeada por um outro núcleo de sentido que tem um papel fundamental na vida de M. L. e está ligado ao curso de tanatologia do qual foi participante há dois anos atrás. As informações apreendidas nesse curso promoveram a abertura de novas zonas de sentido e de reflexão em M. L. a ponto desta ser mobilizada emocionalmente de tal forma que suas concepções sobre a vida e sobre a morte fossem ressignificadas e embutidas de outros valores, simbolizações e sentimentos, o que acabou por balizar aspectos de sua vida antes não “valorizados”. Agora, ela vive ainda mais pela possibilidade que há no “hoje” e não se dispersa na perspectiva de um futuro ou na impossibilidade de se resolver um passado.

M. L.: Esse curso foi dez (...).Ele levantou questões que a gente não pensa normalmente, o que foi muito gostoso para mim (...). A tanatologia não me trouxe sentimentos ruins, só me trouxe sentimentos bons. Ela me disse assim: “aproveite o dia”, “carpe diem”. Você não sabe o dia da sua morte, então, o que você faria se você fosse morrer hoje no final do dia, ou se você for morrer na semana que vem ou se você for morrer daqui a um ano? A gente pensa nisso, a gente pensa em coisas mais imediatas e pensa em coisas a longo prazo (...), mas por que você não faz isso hoje, por que não faz isso agora? Por que você não diz “eu te amo” pros seus pais agora? É isso que a tanatologia me trouxe. E trouxe isso para o paciente, então, o que é que está melhor para aquele dia, o que faria feliz o paciente naquele dia? Um passeio na varanda, no jardim?

Trazer para a vivência atual elementos significativos possibilitou também a remissão de alguns “sintomas” que ela possuía anteriormente, como ansiedade ou mesmo o medo da morte. A tanatologia permitiu uma organização subjetiva desses núcleos de sentido, de forma que ambos tem uma importância balanceada na vida de M. L.. Se, por um lado, ela lida com a morte em seu dia-a-dia, por outro lado, ela tenta trazer a possibilidade de uma vida com qualidade àqueles que já não têm essa perspectiva.

A tanatologia também proporcionou-lhe um olhar diferenciado ao “paciente terminal” que diz optar ou não pela morte:

M.L.: As pessoas querem viver. É difícil alguém dizer assim “ah, eu não quero mais viver”. E se você for ver mesmo, as pessoas em fase final de tratamento, a maioria delas fala que não quer viver pra chamar a atenção. De alguma forma pelo sofrimento que elas estão passando, pra chamar a atenção da família, elas falam que não querem viver (...). Aí esse trabalho que eu fiz (de tanatologia), me permitiu descobrir como diferenciar as pessoas que não querem viver mesmo das pessoas que querem viver. Eu descobri que é a forma de elas falarem pra você. “Eu tô consciente da minha vida, eu tô consciente do meu corpo, eu tô ciente que eu não tenho mais chance de vida, e eu tô ciente que não quero mais ser mantido em aparelho”, “Se for me botar na UTI e me entubar, eu não quero”. Essa é a pessoa que não quer viver mesmo..

P.: Ela não quer sobreviver...

M.L.: Exatamente! Ela não quer sobreviver naquele esquema, entendeu? E a que quer viver diz: “Não, eu tô com muita dor, assim eu prefiro morrer, pois tô dando trabalho, assim eu prefiro morrer”, essa é pra chamar a atenção. É a forma como a pessoa diz pra você que ela quer. A clareza que ela tem do que é, entendeu?

Neste ponto, há por parte de M. L. uma generalização que influencia no modo com o qual ela percebe o sofrimento e a angústia do paciente. A partir da fala e dos sentidos que ela dá para essa fala do outro ela “consegue identificar” se há problemáticas que vão além da questão da morte e produz diferentes alternativas para lidar com os pacientes. Como ela possui uma visão mais “natural” da morte, ela tenta transmitir segurança e apoio àqueles que estão passando pelo processo de separação através de um diálogo sincero que possibilite o entendimento do paciente sobre o que vai acontecer com ele. Em uma entrevista concedida a um jornal local¹⁹, M. L. disse:

¹⁹ O trecho da entrevista utilizado nesta monografia não será referenciado na mesma para preservar a identidade da participante da pesquisa, tendo-se em vista que, devido ao fácil acesso ao jornal, tal identidade poderia ser facilmente reconhecida e M. L. poderia, mais uma vez, ser prejudicada.

“Explico tudo para a pessoa, digo como é o processo da morte, que a respiração do paciente vai ficar mais lenta, o coração vai parar de bater. Tudo muito natural. Elas ficam tranqüilas”.

Essa tomada de atitude é, simultaneamente, uma forma que ela encontrou para lidar com as dúvidas e anseios do paciente e com a sua emocionalidade referente à morte e ao *“perder um paciente pelo qual tanto se lutou”*. Ora, assim como médicos, ela também trabalha na promoção de saúde e, segundo suas palavras, sua função também é possibilitar uma melhoria de vida, um cuidado especial para com a pessoa que se encontra em sofrimento. Ver um paciente falecer é também *“fracassar”*, é ter tido um cuidado que não gerou uma melhora no quadro da pessoa. No entanto, há um diferencial significativo entre a visão de fracasso do médico e a sua visão, pois quando ela perde um paciente, ela saber que fez o melhor possível para que ele vivesse bem (com qualidade de vida) enquanto estivesse sob os cuidados dela, independente do tempo que ele permanecesse vivo.

Tal perspectiva é coerente com a sua visão de mundo e de *“ser responsável por parte do mundo do outro”*. Ao longo do completamento de frases, por exemplo, pode-se observar algumas características marcantes que se repetem no discurso de M. L.. O tratamento que ela dá ao *“outro”* é sempre permeado por muito cuidado e consideração. Em todos os momentos, ela se posiciona de forma ativa e afetiva, demonstrando saber que ela pode ajudar a tornar o lugar onde ela vive, um lugar melhor, a partir do que ela pode fazer (ou deixar de fazer) pelo outro.

1. *Eu quero o melhor que a vida pode oferecer para mim e para os outros.*
5. *Penso que os outros devem procurar sempre a melhor forma para entregar a felicidade (Entregar no sentido de proporcionar ao outro).*
7. *Não gosto de encarar o sofrimento humano sem poder fazer nada.*
22. *Desejo paz e tranqüilidade para mim e aos próximos.*
26. *Sempre sinto que posso fazer alguma diferença.*

33. Fico triste quando *vejo o sofrimento humano*.

52. Meus maiores defeitos *não são prejudiciais para os outros*.

54. Meu maior compromisso *é com o ser humano*.

Todas essas respostas para o completamento de frases são indicadores de sentido subjetivo que demonstram ser, mais uma vez, condizentes com a percepção que ela tem da profissão e de si mesma; um ser humano responsável pelo bem estar do outro, em permanente reciprocidade. Não são as respostas analisadas separadamente, mas o entrelaçamento dessa rede de respostas e indicadores de sentido que possibilita a visualização de M. L. como um todo.

Siegel, em 1996, diz que quem atua em função do amor que sente (à profissão, ao paciente ou à qualquer elemento de sentido da pessoa) pode cansar-se fisicamente, mas nunca emocionalmente, entretanto, de acordo com os relatos de M. L., esta máxima não pode jamais ser generalizada, já que existem outros fatores que podem impactar no modo com o qual um profissional encara o seu trabalho e a sua própria vida. Ela mesma, que se diz realizada profissionalmente e “*amar o que faz e como faz*”, em alguns momentos sente-se cansada, estressada e esgotada física e emocionalmente por conta de sua atividade laboral. No entanto, ela sabe que não é somente o trabalho que provoca todos esses “sintomas”, ou “*somatizações*” (como ela se refere) e que o profissional de saúde muitas vezes é quem mais precisa de “cuidados”, pois dedica-se tanto ao outro que muitas vezes, acaba por se negligenciar.

Desta forma, M. L. posiciona-se de forma bastante clara, no sentido de não se permitir “vitimizar” por um contexto de trabalho opressor ou por qualquer outra circunstância e percebe que tem um papel ativo no que se diz respeito a sua saúde mental e física, agindo de forma a evitar possíveis elementos negativos. Ela não culpa o seu trabalho (ambiente e atividades) pelo cansaço, possíveis doenças, mal estar, etc. que possa vir a ter, demonstrando

assim, apresentar bastante compreensão da dinamicidade da vida e das relações humanas em seus múltiplos desdobramentos.

M.L.: (...) Uma época eu estava vivendo um estresse terrível lá (no hospital onde trabalha), você se pega absorvendo os problemas e se desgastando muito fisicamente. De vez em quando acontece e você tem sempre que estar cuidando e observando. Quando acontece, você tem que dar um jeito. Ninguém merece. Eu acho que você pode ter vivido um dia de cão lá fora, mas chegando em casa você tem que esquecer e abrir um sorriso, entendeu? Não pode trazer isso pra vida (...). E lá tem que ter mais cuidado ainda, porque o emocional fica junto também, não é só o estresse e a pressão, não sei o quê. É estresse de vida e de morte, de dor e de sofrimento, entendeu? Você tenta não se prender a esses detalhes, senão daqui a pouco você se agarra ao sofrimento do outro e aí você vai junto, ele te leva junto (...). Eu já cheguei em casa e chorei. Mas assim, é um choro de exaustão, de cansaço, sabe? Não é um choro de desespero, pelo menos o meu não.

14. O trabalho é uma fonte de prazer e ao mesmo tempo de muito trabalho.

18. Não posso deixar que a intensidade da minha profissão interfira na minha saúde pessoal e mental.

29. Meus colegas de trabalho são companheiros de luta.

M. L. atribui ao alto índice de depressão²⁰ entre as enfermeiras do seu setor, essa incapacidade de se desvincular dos problemas relacionados ao trabalho e a grande cobrança sobre os profissionais (às vezes, o nível de exigência da instituição e das próprias enfermeiras é tanto que elas começam a se sentir na obrigação de realizar um número muito grande de atividades, e quando não conseguem cumpri-las acabam sentindo-se fracassadas, atribuindo um peso enorme a esse “fracasso”, principalmente porque a equipe de enfermagem é muito unida e todas querem fazer o seu melhor para não sobrecarregar outra enfermeira),

²⁰ Nos “bastidores” do hospital, comenta-se que o maior índice de atestados médicos por problemas emocionais (principalmente depressão), pertence ao setor de oncologia.

acompanhada de um não-reconhecimento da atividade por elas desempenhada, o que interfere diretamente na emocionalidade relacionada ao trabalho das enfermeiras. Essa atribuição pareceu ser uma contradição em seu discurso, mas, posteriormente, M. L. disse que tais fatores são potencializados e podem ser os “motivos” de uma patologia, apenas quando estão em interação com outros, como por exemplo, uma instabilidade emocional, uma crise de estresse ou mesmo um enfraquecimento psíquico; fatores que poderiam ser provocados por diferentes situações, contextos e histórias.

Profissionalmente, M. L. diz sentir-se realizada e feliz, já que ela obtém (financeiramente e intimamente) com o seu trabalho muito mais do que ela esperava obter assim que saiu da universidade e ingressou no mercado de trabalho, ou seja, suas expectativas foram superadas. Simultaneamente, M. L. diz saber que a enfermagem é desvalorizada, que não há a união da categoria para fortalecê-la e que melhorias nas condições de trabalho são necessárias para a saúde mental e física das enfermeiras, e que isso é algo pelo qual ela e as demais companheiras devem lutar para conquistar. É compreensível tal contradição, tendo-se em vista que ela trabalha em uma instituição que remunera melhor do que a maioria, entretanto, ela acredita que a dedicação (nível de empenho e envolvimento) devotada ao hospital é extremada e poderia ser melhor recompensada. Ao mesmo tempo, ela diz que o hospital possibilita uma “qualidade de vida” aos seus funcionários, pois além da maior remuneração, o trabalho que ela desempenha é voltado exclusivamente para o paciente (*“lá a gente bota a mão no paciente mesmo”*) e não para áreas burocráticas (serviços administrativos que ela não gosta de fazer) do hospital, como ocorre em hospitais particulares.

M. L.: A gente tem que rebolar com as armas que tem, mas eu acho que o hospital dá uma qualidade de vida pra gente, pois se eu tivesse dois empregos ia ser muito pior.

37. Adoro ser enfermeira

M. L.: Profissionalmente eu me sinto muito realizada. É mais do que eu esperava (...).

P.: Você tem algum sonho relacionado à profissão?

M. L.: Sonho? Não, acho que na profissão eu já me realizei. Mais até do que eu achei que conseguiria com esta profissão. Eu não penso em mudar a minha profissão. Agora, é uma profissão dura, uma profissão que exige muito da gente. Exige bastante profissionalmente, fisicamente... É uma profissão bastante exigente.

Apesar de não relatar nenhum planejamento futuro relacionado à profissão, M. L. mantém seus estudos atualizados, fazendo cursos de especialização e pós-graduação, o que demonstra, de certa forma, uma vontade de crescer e aprimorar-se na área em que atua. Segundo ela, “os estudo são excelentes fontes de conhecimento e prazer” e estão intimamente ligados com a sua vontade de “fazer a diferença”, de “ser alguém importante e significativo na vida” e de poder “concretizar-se como um ser humano”, que faz o melhor possível pelo próximo.

Percebe-se então que a configuração subjetiva relacionada ao seu contexto de trabalho é permeada por vários momentos de tensão, contradição e crise, vivenciados ao longo de sua vida pessoal e profissional, mas que são superados pela capacidade que M. L. tem de se adaptar e de se posicionar de acordo com a necessidade.

Como forma de manter um equilíbrio mental e uma qualidade de vida significativa, M.L. tem algumas atividades que lhe são importantes, como por exemplo, a psicoterapia que frequenta e as atividades físicas que desenvolve. M. L. disse que atualmente não tem nenhum problema que precise ser trabalhado em psicoterapia, mas a psicoterapia serve como um tipo de “suporte” para os momentos difíceis, quando eles ocorrem. É como se ela fosse à psicóloga para “prevenir-se” em caso de precisão. Seu objetivo terapêutico relaciona-se com a sua necessidade de se fortalecer para conseguir lidar melhor com as problemáticas da vida. Este importante indicador de sentido parece relacionar-se com a concepção que M. L. tem de que as pessoas precisam sempre buscar serem melhores, tanto para elas mesmas como para a humanidade de forma geral, o que agregaria uma melhoria na qualidade de vida de todos em todos os lugares.

M. L.: ... Eu cheguei à psicóloga e falei assim “Eu estou num momento ótimo da minha vida... Eu não tenho problema real nenhum, mas eu quero que você me ajude a fortalecer o que eu tenho de mais forte em mim pra eu me segurar nos meus pontos mais fracos”. Entendeu? Ela achou isso jóia, sabe? E tipo assim, a gente às vezes fica abatido, sabe? Mas a gente tem que ver o que é que é o ponto forte pra deixar a gente fortalecido. É isso que eu tô fazendo lá na terapia.

Outra estratégia para manter-se sã, além da psicoterapia é sempre extravasar o estresse e cansaço sentidos ao longo do dia, permitindo que eles sejam “expelidos” de alguma forma, evitando possíveis somatizações:

M. L.: Eu sou uma pessoa que acho que “descarrego na terra”. Eu pego a tensão e não acumulo ela, e não somatizo essa minha exaustão, esse meu estresse.. Porque tem gente que somatiza, dá ataque cardíaco, dá mal estar e eu não faço isso. O meu estresse entra e ‘escorrega pro pé’ e vai embora. Sabe, eu não me sinto assim (doente psiquicamente) mesmo nos momentos mais difíceis, eu não sinto que somatizo, que me afete tanto, sabe? Momentos que todo mundo tem, sabe? Então a minha válvula de escape ainda é dar uma caminhada na esteira, eu gosto de botar um radinho ali, uma, musiquinha boa... E fico lá uma hora... Um belo d’um banho... Ou botar as pernas pra cima mesmo... Eu relaxo assim

Assim, o cuidado que ela tem para com o outro é voltado para si mesma, como forma de garantir saúde e bem-estar. Além da mesma, outras pessoas contribuem para que ela se sinta “cuidada”, o que traz um novo núcleo de sentido bastante interessante:

P.: Você fala bastante de cuidado com o outro. Você se sente cuidada?

M.L.: Me sinto cuidada sim. Pela minha família que me cerca de cuidados.

Da mesma forma que M. L. fala constantemente sobre “lutar por seus sonhos e objetivos”, ela enfatiza sua relação com a família, relacionando cada membro desta com uma história de “lutas e conquistas”. Como ela foi criada por seus avós maternos, ela os vê como seus “pai e mãe”, pessoas por quem ela sente profunda gratidão e amor. Sua mãe é vista como sendo uma lutadora, uma vencedora que conseguiu superar as dificuldades e progredir na

vida. Em contrapartida, seu pai é uma pessoa com quem ela não criou vínculo afetivo (ele não faz parte da vida familiar ou emocional dela, nem de forma positiva, nem negativa), e que ela considera como “um perdedor”, pois diz que ele não soube aproveitar as chances que a vida lhe deu, tendo fracassado e se tornado uma pessoa vazia, por quem ninguém desperta um interesse ou um sentimento profundo.

M.L.: A diferença (entre a mãe e o pai) é o posicionamento que eles tiveram na vida, né? Eles tiveram, vamos dizer assim, as mesmas chances, eles saíram do mesmo ponto e chegaram em pontos diferentes. Então, na minha opinião, meu pai é um perdedor porque ele desistiu de lutar. E a minha mãe não, a minha mãe lutou. Não desistiu, entendeu? (...) Minha mãe está lá (Na Espanha), com as minhas duas irmãs. Pra ela que não tinha perspectiva nenhuma... ela está super bem. Tá vivendo bem, tem um namorado legal, ela está trabalhando tranqüila lá, e ele (o pai) não, ele eu acho que não vejo desde o casamento da minha irmã. Tem uns dois ou três anos já, nem notícia, eu acho que ele nem sabe que eu estou grávida. Então, assim, não é um perdedor só por isso não, é um perdedor porque a vida dele é uma m. hoje, ele tem uma vida fracassada, não se realizou, e porque desistiu de lutar. Eu acho até que ele tinha mais armas que minha mãe, então quando eu comparo um e outro eu vejo isso.

Ter sido criada pelos avós, ter conseguido lidar com os problemas da vida e aproveitar as oportunidades que surgiam (e foram conquistadas), enfim, toda a sua história de vida possibilitou a estruturação de recursos psicológicos voltados para o enfrentamento do que é vivenciado e, por isso, o “lutar”, o “vencer na vida” é tão importante e essencial para o que ela conceitua por felicidade e, se é a felicidade que ela deseja para o seu próximo, e coerente esperar que esse próximo também seja capaz de lutar e de se realizar e tomar como exemplo de realização pessoas que, como ela, tornaram-se melhores a partir de seu esforço e dedicação.

M.L.: Eu acho que a felicidade é o todo dia, todo dia ser feliz. Mesmo quando eu tenho uma tristeza muito grande, essa tristeza, essa perda vai me trazer alguma coisa boa. Pode ser que

agora você não veja, mas depois você vê (...). E quando eu falo da minha família eu falo dos meus avós, que eles sim são minha família, como se fossem meu pai e minha mãe, eu tenho duas mães, né? E as minhas irmãs e meu marido e a família do meu marido, então isso é a felicidade pra mim, entendeu?

Essa idéia de felicidade também é expressa quando ela diz que tudo na vida pode ser algo prazeroso para a pessoa, só dependendo dela encarar a vida como algo positivo. A simplicidade dos atos, das atividades como caminhar, abraçar uma árvore, estar com as pessoas amadas, são demonstrações de como ela se sente feliz, não precisando idealizar uma felicidade plena utópica, baseada em coisas superficiais (bens materiais, por exemplo) e que não agregam conhecimento e sentimento na pessoa.

Ter momentos de tristeza, decepção, raiva também faz parte do “estar vivo” e devem ser vivenciados com intensidade, mas sem a perspectiva de que isso é contrário à felicidade. O que mais a deixa triste é ver o sofrimento humano e não poder fazer nada para acabar com ele, sentir-se impotente por não poder ou conseguir ajudar o próximo, pois contraria sua motivação, contraria o que a faz bem e o que ela considera ser, sua identidade e função como pessoa.

4. O tempo mais feliz da minha vida *é o hoje*.

28. Felicidade *não deve ser idealizada; deve ser vivida diariamente*.

7. Não gosto *de encarar o sofrimento humano sem poder fazer nada*.

33. Fico triste quando *vejo o sofrimento humano*.

26. Sempre sinto *que posso fazer alguma diferença*.

M. L.: O problema é que as pessoas idealizam demais o que é a felicidade (...). Eu fico feliz de fazer uma caminhada no parque, e tem coisas no dia-a-dia que te fazem feliz, eu acho que é isso. Você tem que atrelar isso.

Como sentido subjetivo norteador do futuro ela tem agora expectativas sobre a concretização de algumas metas, como poder morar no exterior e com isso agregar

conhecimento e experiência de vida, viajar para a Espanha logo após o nascimento do filho para visitar a mãe e as irmãs e dar ao filho coisas que ela mesma não recebeu de seus pais, ou seja, poder proporcionar ao filho coisas que ela gostaria de ter tido ou podido fazer e, simultaneamente, fazer tais coisas por si mesma.

Como indicadores de sentido subjetivo, tem-se algumas respostas dadas ao completamento de frases aplicado:

2. *O passado é sempre uma boa forma de nos direcionar para o futuro.*

13. *Hoje tenho muitos planos e sonhos.*

25. *Conseguirei tudo o que quero com luta.*

32. *Tenho dúvidas sobre o futuro.*

36. *Daqui a 20 anos estarei ótima.*

47. *No futuro espero ser melhor que hoje.*

A ligação entre esses itens é clara no que se diz respeito à sua configuração subjetiva voltada para o futuro, para o porvir. M. L. sabe que seus sonhos e metas não ocorrerão sem esforço pessoal e por isso investe agora para que os mesmos se concretizem; ela não espera acontecer, ela realiza e age sobre tudo aquilo que lhe traz algum sentido motivador. Sua perspectiva positiva relaciona-se com o seu posicionamento de vida, também positivo e otimista, já que ela consegue perceber um lado bom em qualquer situação, por pior que possa parecer e, mesmo que ela tenha dúvidas sobre o futuro, ela sabe que se depender dela, de sua vontade e de sua atitude, as coisas ocorrerão como o esperado, já que ela “corre atrás” e faz o que é necessário para realizar-se.

P.: Você colocou “tenho dúvidas sobre o futuro” e “daqui a vinte anos estarei ótima”.

M.L.: Tenho certeza que vou estar ótima.

P.: Você não sabe o que vai acontecer até lá, mas sabe que alguma coisa boa vai ter?

M.L.: E que eu vou superar. Eu acho que a gente tendo a cabeça centrada nos seus objetivos e no que é felicidade... (M.L. fala sobre o que é a felicidade). Você tem que atrelar isso. Agora, sonho você pode sonhar. Pode sonhar grande mesmo, né? E eu sonho.

Essa capacidade de posicionar-se no agora é uma das características mais marcantes da subjetividade de M. L.. Ela se apresenta em permanente processo de “tornar-se sujeito”, sendo capaz de lidar com os momentos de contradição e confrontação dentro de realidades distintas, utilizando esses momentos de tensão para gerar sentidos e alternativas dentro dos espaços sociais aos quais pertence.

M. L. é congruente em todo o seu discurso, não somente quando o fundamenta através de referência a outros autores e pessoas, mas quando permite a observação de diferentes núcleos de sentido que se entrelaçam e se configuram a partir de sua história pessoal de vida. O passado, do qual ela pouco falou, converge para o que ela é hoje e para o que ela pretende ser no futuro; sua temporalidade está no presente, assim como a sua possibilidade de fazer o seu melhor, profissionalmente e pessoalmente.

M. L.: “Eu estou num momento ótimo da minha vida... Eu não tenho problema real nenhum, mas eu quero que você (terapeuta) me ajude a fortalecer o que eu tenho de mais forte em mim pra eu me segurar nos meus pontos mais fracos”

Alguns indicadores de sentido:

1. *Eu quero o melhor que a vida pode oferecer para mim e para os outros.*
16. *Sempre quis fazer alguma diferença.*
17. *Luto por meus sonhos.*
22. *Desejo paz e tranquilidade para mim e aos próximos.*
24. *Meus problemas são os que posso superar.*
26. *Sempre sinto que posso fazer alguma diferença.*
44. *Orgulho-me de ser quem sou.*
52. *Meus maiores defeitos não são prejudiciais para os outros.*

54. Meu maior compromisso é com o ser humano.

P.: *Você se orgulha de ser quem você é. Você mudaria alguma coisa?*

M.L.: Os meus defeitos eu tento trabalhar, sabe? Tento que eles não prejudiquem os outros. Acho que é o mínimo que a gente pode fazer pelo outro; que os seus defeitos não incomodem, não machuquem o outro. Se de alguma forma você machucar, vai lá e pede desculpas. Não faça de novo. Acho que é por aí.

P.: *E quando o defeito do outro machuca você?*

M.L.: Quando o defeito do outro me machuca eu machuco o outro também e falo “você não faça mais isso, que eu não gosto disso. Você me machucou”. Ele errou, mas depois também não guardo isso não.

Percebe-se então, que M. L. é congruente no sentido de ser capaz de gerar uma emocionalidade compatível com seus processos de desenvolvimento, por mais contradições, tensões e conflitos que possam existir nesse processo (González Rey, 2003), sendo coerente com os seus “defeitos” e “qualidades” e com a sua perspectiva de progresso permanente e dinâmico. Ela, muito mais de que uma enfermeira, é uma pessoa que faz da atividade profissional uma forma de expressar aquilo que tem sentido para a sua vida como um todo. Sua subjetividade pessoal é permeada por representações sócio-culturais da profissão e por núcleos de sentido semelhantes a algumas representações sociais da enfermagem. Sua identidade não é construída pelas representações sociais de sua profissão, mas estas representam um processo qualitativo dentro da formação de sua identidade (González Rey, 2003), que agrega diversas outras representações que permitem a construção e desconstrução de diferentes sentidos subjetivos.

Pode-se observar que os momentos de tensão, contradição e ruptura vivenciados e relatados por M. L., provocaram a construção de sentidos subjetivos únicos tecidos em uma organização coerente com aquilo que fora vivenciado em sua história de vida. Nos momentos em que ela foi capaz de gerar alternativas de subjetivação para lidar com as problemáticas de

sua vida, ela demonstrou também a capacidade plástica de uma personalidade saudável, capacitada a transitar por diferentes esferas sociais subjetivas.

Seu relacionamento com o outro, assim como a sua forma de enxergar esse “outro”, são reflexos da sua visão de mundo e de sua identidade, permeada por emocionalidades e sentidos subjetivos cheios de símbolos, significados e desdobramentos, que, em constante evolução, possibilitaram o estudo de parte de uma configuração subjetiva complexa e plural e que pode abrir caminhos para um estudo voltado para a subjetividade dos profissionais da saúde, o que enriqueceria essa área de conhecimento.

Questões envolvendo temáticas como a morte, a dor, a doença, a cura, dentre outras, têm sempre sentidos além daqueles que podem ser observados e permeiam a configuração subjetiva não somente dos pacientes ou das pessoas ditas “em sofrimento”, mas também daquelas que lidam diretamente com tais temas e se envolvem profissionalmente e emocionalmente com eles e com os pacientes, e que de alguma forma têm sido negligenciadas pela ciência como um campo de pesquisa, ao não serem ouvidas ou ao serem caracterizadas como trabalhadores que apenas cumprem rotinas laborais.

M. L. diz:

53. A enfermagem é uma arte.

E tecer produção de conhecimento sobre os profissionais que praticam dessa “arte” é possibilitar uma melhoria no contexto de trabalho e, possivelmente, no contexto de vida dos mesmos, respeitando-os e valorizando-os como seres humanos, principalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como especificado ao longo deste trabalho, não é uma finalidade real do mesmo tomar as informações aqui construídas como verdades absolutas acerca da problemática da pesquisa, tampouco se faz necessário apresentar conclusões rígidas e parciais, já que a pesquisa permite um grande aprofundamento, sobre o tema estudado. Contudo, é imprescindível apresentar algumas considerações relevantes levantadas ao longo do processo de construção da informação, até para suscitar importantes reflexões que podem ser trabalhadas em estudos posteriores.

Atualmente, há poucos trabalhos científicos sobre a subjetividade e configuração subjetiva de profissionais da área da saúde, como médicos e enfermeiros. No máximo, alguns estudos sobre patologias relacionadas ao contexto de trabalho, como a Síndrome de *Burnout* e doenças específicas do sistema osteomuscular, como as sinovites e as tenossinovites (Murofuse & Marziale, 2005) são realizados. Em contrapartida, uma enorme quantidade de estudos ligados à organização psíquica de pacientes são elaborados e publicados no meio acadêmico, o que gera uma fenda no conhecimento da subjetividade relacionada à Psicologia da Saúde. De fato, a necessidade de um olhar voltado para o “cuidador” e não para o “doente”, foi um dos motivos pelos quais a escolha do tema se fundamentou, até porque, muitas vezes, é este “cuidador” quem mais necessita de cuidados para dar continuidade ao seu trabalho e a sua própria vida de forma qualitativa e sadia.

Muito se falou na necessidade de se fazer uma pesquisa que abrangesse o tema da subjetividade não somente com uma enfermeira (em um estudo de caso com apenas um sujeito de pesquisa), mas em toda a categoria profissional. Entretanto, mesmo sendo a partir do singular que se pode construir uma teoria capaz de abarcar grupos e generalizações

(González Rey, 2002), percebeu-se o quão uma generalização para esta proposta de tema é mais do que complexa e difícil, tendo-se em vista que, por mais que a subjetividade social se constitua como um elemento fundamental na organização psíquica do indivíduo, inúmeros fatores provenientes de outras esferas da vida deste mesmo indivíduo permeiam as construções deste acerca de sua própria representação e simbolização profissional e pessoal, e acabar-se-ia por cometer o mesmo erro há pouco considerado impensável; o da categorização e generalização de entidades únicas, plurideterminadas e dinâmicas impassíveis de generalização. Assim, não se pode falar em uma “subjetividade da enfermeira”, ou de uma profissão específica, mas é possível falar na “subjetividade de uma enfermeira” ou de elementos comumente presentes em profissionais atuantes em enfermagem, sem restringi-los a um campo configuracional representativo estático e universal.

É salutar a percepção de que as representações sociais mesmo que não correspondam totalmente à realidade vivenciada são difundidas e perpetuadas em contextos que poderiam desmistificá-las, como por exemplo, nas universidades e faculdades onde se formam os enfermeiros. Segundo o relato da entrevistada, sua imagem do que era a enfermagem e a profissão começou a ser construída quando seus professores afirmavam que a profissão era parte de um “cuidado” ao outro e quando, em estágios e no meio acadêmico, sentia a gritante diferença de tratamento dada a um médico (ou estudante de medicina) e a si mesma e aos seus colegas de curso. A profissão, apesar de ser vista como fundamental para o funcionamento adequado de um hospital ou de um tratamento médico, infelizmente ainda é vista com inferioridade pela sociedade e essa imagem que permeia a subjetividade social constitui-se, na maioria das vezes, como uma parte bastante significativa na representação do ofício e da própria identidade do profissional.

Em contrapartida, ao longo dos encontros, percebeu-se também que quando a pessoa torna-se sujeito de sua própria vida, assim como M. L., ela passa a questionar-se e posicionar-

se diante dos diferentes aspectos (representações, simbolizações, rotulações, etc.) que lhe são atribuídos socialmente, aceitando-os ou negando-os, de acordo com as suas próprias crenças, desvinculando-se da passividade da rotulação e aceitação de papéis impostos (ou representações sociais), facilitando a manutenção e o desenvolvimento de uma personalidade saudável e fortalecida. Por mais que as representações sociais sejam significativas por serem simbolizações cheias de sentido subjetivo compartilhadas socialmente (González Rey, 2004b), o sujeito, com seus recursos psíquicos, encontra maneiras diferenciadas de lidar com o pensamento coletivo, sem deixar-se guiar apenas por ele, mas integrando-o de forma flexível à sua organização e produção subjetiva.

A capacidade de aceitar a alteridade, como descrita por Foucault (2005) e a constituição flexível e dinâmica conferida ao sujeito, facilitam a reflexão e a capacidade de gerar novos sentidos subjetivos que vão se constituindo diante das distintas experiências vividas no cotidiano de trabalho da enfermeira, refutando assim, a noção de que determinadas entidades, sejam elas organizacionais ou sociais, são estáticas e dadas por si só.

Finalmente, sabe-se que todo trabalho acadêmico é apenas um recorte, um panorama de uma realidade importante dentro da área médico-hospitalar e a Psicologia, em especial a Psicologia da Saúde com enfoque histórico-cultural e a sua variedade de temas, possibilita que outros teóricos possam aprofundar-se ainda mais nesta vasta área de pesquisa, ainda tão jovem e cheia de possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Editora Vozes.

Borsoi, I.C.F. & Codo, W. (1995). Enfermagem, Trabalho e Cuidado. In: Codo, W. & Sampaio, J.J.C. (orgs). *Sofrimento Psíquico nas Organizações: Saúde Mental e Trabalho*. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.

Bressan, F. (2000). O método do estudo de caso. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm. Acesso em: 7 jul. 2007.

Busher, R (1989). *A Psicoterapia pela fala. Fundamentos, princípios, questionamentos*. São Paulo: E.P.U.

Capobianco, C. S. (2003). *Corpo em Off. A doença e as práticas psi na pediatria hospitalar*. São Paulo: Estação Liberdade.

Capra, Fritjof (1982). *O ponto de Mutação*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Editora Cultrix.

Carleial, P. (2006). Pensando Errado. Disponível em: http://ocapitalista.blogspot.com/2006_09_01_archive.html. Acesso em: 10 de outubro de 2007.

Carvalho (2005). *Resgatando o Viver: Psico – Oncologia no Brasil*. São Paulo: Summus Editorial.

D'Assumpção, E. A. (2005). *A Equipe Cirúrgica e o Paciente: Algumas sugestões para um comportamento ético. Manual de Sobrevivência para a Equipe Médica*. Belo Horizonte: FUMARC.

Demo, P. (1999). *Pesquisa: princípio científico e educativo*. 6. ed. São Paulo: Cortez

Danziger, K. (1980). *Constructing the subject historical origins of psychological research*. New York: Cambridge University Press.

Foucault, M. (2000). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro LTDA.

____ (1995). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal LTDA.

____ (2005). *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva.

González Rey, F. L. (2002). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.

____ (2003) *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

____ (2004a). *Personalidade, Saúde e Modo de Vida*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.

____ (2004b). *O Social na Psicologia e a Psicologia Social. A emergência do Sujeito*. Porto Alegre: Vozes.

____ (2005a). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo: Thompson Learning.

____ (2005b). O Valor Heurístico da Subjetividade na Investigação Psicológica. In:González Rey, F.L. (org) *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2005.

____ (2007). *Psicoterapia, Subjetividade e Pós Modernidade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Goode, W. J. & Hatt, P. K. (1969). *Métodos em Pesquisa Social*. 3ªed., São Paulo : Cia Editora Nacional.

Guggernbühl- Craig, A. (2004). *O abuso de poder na psicoterapia e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério*. São Paulo: Paullus

Herzlich, C. (1991). A Problemática da Representação Social e sua utilidade no Campo da Doença. In *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Volume 1, nº. 2, jan., 23-36.

Kovács, M. J. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo. Casa do Psicólogo

Kübler-Ross (2005). *Sobre a Morte e o Morrer. O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes.

Jodelet, D. (2005). *Loucuras e Representações Sociais*. Petrópolis, Editora Vozes.

Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (1986). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Editora Atlas.

Lazlo, A. A. (1996). *Doenças do corpo e Doenças da Alma: investigação psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Editora Escuta.

Minayo, M.C.S. et all. (1994) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes.

Mitjáns, A. M. (2005). A Teoria da Subjetividade de González Rey: Uma Expressão do Paradigma da Complexidade na Psicologia. In: González Rey, F.L. (org) *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2005.

Morin, E. (1996). A noção de sujeito. In: Schnitman, D.F. (org). *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*. Porto Alegre: Artmed, 1996.

____ (1996). Epistemologia da Complexidade. In: Schnitman, D.F. (org). *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*. Porto Alegre: Artmed, 1996.

Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*. 4ª Edição. Porto Alegre: Editora Vozes.

Murofuse, N. T. & Marziale, M. H. P. (2005). *Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300011. Acesso em: 15 out. 2007.

Neubern, M. S. (2004). *Complexidade & Psicologia Clínica: Desafios Epistemológicos*. Brasília: Editora Plano.

Roger, M. C. & Abalo, J.G. (1997). La Oncología em Cuba: Burnout em enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. In: *Revista Cubana de Oncología*: 13, 2, PP. 118-125.

Rossi, E. L. (2003). *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo: Novos Conceitos de Hipnose Terapêutica*. Campinas: Editora Livro Pleno.

Sartre, J. P. (2004). *O Existencialismo é um Humanismo*. Lisboa: Editora Bertrand.

Saunders, D.C. (1976). Care of the Dying: The Problem of Euthanasia. *Nursing Times* 72. 26, 10, 1003-1005.

Schultz, D.P. & Schultz, S.E. (2002). *História da Psicologia Moderna* São Paulo: Editora Cultrix.

Schulze, C. M. N., (1993). As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: Spink, M.J. *O Conhecimento no Cotidiano: As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social*, pp. 266-279, São Paulo: Editora Brasiliense.

Siegel. B. (1986). *Love, Medicine, Miracles*. New York: Harper Publishers.

Simonetti, A. (2006). *Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sontag, S. (2002). *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal LTDA.

Vieira, M. P. A. P. (1995). *História e história da cultura*. Belo Horizonte: Editora Autêntica.

Yin, R .K. (2003). Case Study Research: design and methods. In: Lopes Pinto, R. & Martins, G. A. (2004). Estudo de Caso. Disponível em: http://www.focca.com.br/cac/textocac/Estudo_Caso.htm . Acesso em: 20 de outubro de 2007.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Barbosa, L.H. (2004). Psicologia clínica na saúde mental: crítica à reforma psiquiátrica. *Ciências & Cognição*. Ano 01, vol.3, pp.63-65. Disponível em: <http://www.cienciasecognição.org>. Acesso em: 02 jul. 2007.

Camon, V. A. (1994). *Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Campos da Paz, A. J. (2002). *Tratando Doentes e Não Doenças*. Brasília: Editora Sarah Letras.

Carvalho, M. M. M. J. (1994). *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Editorial Psy.

Herzlich, C. (2004). Saúde e Doença no início do século XXI : entre a experiência privada e a esfera pública. Publicado em : *Physis : Revista de Saúde Coletiva*, vol.14, no. 2, p. 53-59.

_____ (2005). Fragilidade da Vida e Desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde. Publicado em : *Physis : revista de Saúde Coletiva*, vol. 15, no. 2, p. 11-20.

Laraia, R. B. (2003). *Cultura : um conceito antropológico*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar Editor.

Meireles, C. (1963). *Antologia Poética*. São Paulo : Editora Record.

Moreira, A. S. P. & Oliveira, D. C. (1998). Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Goiânia : AB Editora.

Patto, M. H. S. (1997). Para uma Crítica da Razão Psicométrica. Publicado em : *Revista de Psicologia USP*, vol. 8, nº 1. São Paulo, p.47-62.

Pessini, L. (2002). Distanásia : Até quando investir sem agredir ?. Disponível em : <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v4/distanasia.html>. Acesso em: 24 set. 2007.

Pimenta, C., Mota, D. & Cruz, D. (2006). *Dor e Cuidados Paliativos. Enfermagem, Medicina e Psicologia*. Barueri: Manole.

Plante, A. & Bouchard, L. (1996). Occupational Stress, Burnout, and Professional Support in Nurses Working With Dying Patients. Publicado em: *OMEGA*, vol. 32, no. 2, p. 93-109.

Priszkulnik, L. Clínica(s): diagnóstico e tratamento. Publicado em: *Revista de Psicologia*. USP, 2000, vol.11, no.1, p.11-28.

Queiroz, M. S. (2000). O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. Publicado em: *Caderno de Saúde Pública*, vol. 16 no. 2, p. 35-45.

Sebastiani, R. W. & Maia, E.M.C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cir. Bras.* V.20 supl.1. São Paulo, 2005.

Shimizu, H. E. & Ciampone, M. H. T. (1999). Sofrimento e Prazer no Trabalho Vivenciado pelas Enfermeiras que Trabalham em Unidades de terapia Intensiva em um Hospital Escola. Publicado em: *Revista Escola de Enfermagem USP*, vol. 33, no. 1, p. 95-106.

Silva, A. C. e Procópio M. (2004/2005). Estudo de caso: Compreender descrevendo. Disponível em: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/martaanacristinaestcaso ppt.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2007.

Silva, F. L. (1993). Direitos e Deveres do Paciente Terminal. Publicado em: *Revista de Bioética*, vol. 1, no. 2., p.139-163.

Simon, I. (2004). Um Estudo de Caso: A Produção e Disseminação da Literatura Acadêmica: Informação, Comunicação e Sociedade do Conhecimento. Disponível em: www.ime.usp.br/~is/ddt/mac339-01/aulas/www.linux.ime.usp.br/hvila/mac339/tema8.html. Acesso em: 7 jul. 2007.

Vala, J. (1986). Sobre as representações Sociais – para uma epistemologia do senso comum. Publicado em: *Caderno de Ciência e Sociologia*, vol. 1, no. 4, p. 05-30.

Vasconcellos, E. A. (2006). *Arte na Psicoterapia: Imagens Simbólicas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Editora Vetor.

Winter, T. R. (1997). *O Enigma da Doença. Uma conversa à luz da Psicossomática Contemporânea*. São Paulo: casa do Psicólogo.

Wolfe, J., Friebert, S. & Hilden, J. (2002). Caring for Children with Advanced Cancer: Interating Palliative Care. Publicado em: *The Pediatric Clinics Of North America Magazine*, vol. 49, p. 1043-1062.

Yalom, I.D. (2007). *Os desafios da terapia: Reflexões para pacientes e terapeutas*. Rio de janeiro: Ediouro.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Completamento de Frases

Complete as frases a seguir, de modo que elas expressem seus verdadeiros sentimentos, idéias, opiniões e percepções. Procure não buscar respostas prontas e elaboradas, seja simples e sincero!

1. Eu
2. O passado
3. Tenho medo
4. O tempo mais feliz da minha vida
5. Penso que os outros
6. Ao me deitar
7. Não gosto
8. Amo verdadeiramente
9. Quando eu era criança
10. O lar
11. Os estudos
12. Uma alegria
13. Hoje
14. O trabalho
15. Os pacientes
16. Sempre quis
17. Luto por
18. Não posso
19. Na escola
20. Doença
21. Uma tristeza
22. Desejo
23. O câncer
24. Meu problema

25. Conseguirei
26. Sempre sinto
27. Fracasso
28. Felicidade
29. Meus colegas de trabalho
30. Importunam-me
31. Minha mãe
32. Tenho dúvidas sobre
33. Fico triste quando
34. Meu maior prazer
35. Meus amigos
36. Daqui a 20 anos
37. Adoro
38. Meu pai
39. A maior traição
40. Eu prefiro
41. Sofro
42. Sorrio quando
43. Orgulho-me
44. Solidão.....
45. Eu secretamente
46. O hospital
47. No futuro
48. A cura
49. A vida
50. Deus é
51. Minhas qualidades principais
52. Meus maiores defeitos
53. A enfermagem
54. Meu maior compromisso
55. Agora

Contato: Lígia Miyasaki
8492 XXXX
ligiamiy@gmail.com

APÊNDICE II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “Estudo das Configurações Subjetivas e Representações Sociais de um Profissional de Saúde: Estudo de Caso”

Pesquisadora: **Lígia Miyasaki**

Orientador: Professor Dr. **Fernando González Rey**

Esta pesquisa é desenvolvida por Lígia Miyasaki, aluna de graduação em Psicologia, do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, e tem como finalidade legitimar um estudo sobre as configurações subjetivas, representações sociais e problemáticas envolvidas no cuidado com pacientes com câncer, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir, em alguma medida, com a melhoria do contexto hospitalar, não somente para o paciente, mas também para os profissionais que nela atuam.

O estudo será conduzido como parte integrante da disciplina “Monografia”, como trabalho de conclusão de curso, exigido para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia pelo UniCEUB, e será orientado pelo Professor Doutor Fernando González Rey. Desta forma, você está sendo convidada a participar desta pesquisa, voluntariamente, e a sua contribuição se dará por meio de 2 ou mais encontros com a pesquisadora, de acordo com a sua disponibilidade. Em cada um desses encontros, acontecerá uma entrevista com tempo livre e que será registrada por meio de gravação e anotações.

Você tem total liberdade de se recusar a participar e ainda retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para nenhuma das partes. Sempre que quiser poderá também, pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do professor orientador Fernando González Rey.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados durante a fase de elaboração da pesquisa. Posteriormente, a monografia poderá ser viabilizada para o público, entretanto os seus dados pessoais, bem como às informações que você não queira que sejam divulgadas, mas que

queira compartilhar com a pesquisadora durante as entrevistas, serão mantidos sob sigilo²¹ e não constarão na edição final da monografia. O nome da instituição onde você trabalha, bem como o nome de pessoas que você possa vir a mencionar também não serão expostos, conforme a sua vontade.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa e nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.

A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos a você, sempre que for previamente requerido.

Após estes esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens previamente apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Brasília, _____, de outubro de 2007.

Nome da Participante da Pesquisa

Assinatura da Participante da Pesquisa

Lígia Miyasaki - Pesquisadora

Fernando González Rey - Orientador

Telefones para contato:

Pesquisadora: Lígia Miyasaki

(61)

Professor Orientador: Fernando L. González Rey

²¹ Sua identidade será mantida durante todas as orientações com o supervisor e será elaborado um nome fictício que será utilizado durante a elaboração e a apresentação da Monografia.

ANEXOS

ANEXO I

Completamento de Frases

Complete as frases a seguir, de modo que elas expressem seus verdadeiros sentimentos, idéias, opiniões e percepções. Procure não buscar respostas prontas e elaboradas, seja simples e sincero!

1. **Eu** quero o melhor que a vida pode oferecer para mim e para os outros.
2. **O passado** é sempre uma forma de nos direcionar para o futuro.
3. **Tenho medo** da morte acompanhada de sofrimento.
4. **O tempo mais feliz da minha vida** é o hoje.
5. **Penso que os outros** devem procurar sempre a melhor forma para entregar a felicidade.
6. **Ao me deitar** procuro deixar as energias ruins do dia se dispersarem.
7. **Não gosto** de encarar o sofrimento humano sem poder fazer nada.
8. **Amo verdadeiramente** a minha vida e dos meus familiares.
9. **Quando eu era criança** vivia no mundo mais solitário e egoísta.
10. **O lar** é o melhor e mais importante lugar que pode existir.
11. **Os estudos** são excelentes fontes de conhecimento e prazer.
12. **Uma alegria** é a convivência em família.
13. **Hoje** tenho muitos planos e sonhos.
14. **O trabalho** é uma fonte de prazer e ao mesmo tempo de muito trabalho.
15. **Os pacientes** são guerreiros por sua própria vida.
16. **Sempre quis** fazer alguma diferença.
17. **Luto por** meus sonhos.
18. **Não posso** deixar que a intensidade da minha profissão interfira na minha saúde pessoal e mental.
19. **Na escola** eu era feliz e não sabia.
20. **Doença** acontece mais cedo ou mais tarde.
21. **Uma tristeza** as perdas sempre são.
22. **Desejo** paz e tranquilidade para mim e aos próximos.
23. **O câncer** é uma doença cruel e implacável.
24. **Meu problema** são os que posso superar.
25. **Conseguirei** tudo que quero com luta.
26. **Sempre sinto** que posso fazer alguma diferença.
27. **Fracasso** é uma forma de perder... E a vitória nem sempre acontece.
28. **Felicidade** não deve ser idealizada; deve ser vivida diariamente.

29. **Meus colegas de trabalho** são companheiros de luta.
30. **Importunam-me** quando às vezes deixam de se importar.
31. **Minha mãe** é uma lutadora.
32. **Tenho dúvidas sobre** o futuro.
33. **Fico triste quando** vejo o sofrimento humano.
34. **Meu maior prazer** é a minha família e amigos.
35. **Meus amigos** são poucos e bons.
36. **Daqui a 20 anos** estarei ótima.
37. **Adoro** ser enfermeira.
38. **Meu pai** é um perdedor.
39. **A maior traição** é sempre esperada, mas nunca desejada... Nem para o maior inimigo.
40. **Eu prefiro** a verdade sempre.
41. **Sofro** também.
42. **Sorrio quando** estou feliz.
43. **Orgulho-me** de ser quem sou.
44. **Solidão** é importante para aprender sobre nós mesmos.
45. **Eu secretamente** gosto da solidão.
46. **O hospital** é um lugar de sofrimento e alegrias.
47. **No futuro** espero ser melhor que hoje.
48. **A cura** pode ser alcançável no câncer.
49. **A vida** é curtíssima.
50. **Deus** é legal.
51. **Minhas qualidades principais** são muito valorosas.
52. **Meus maiores defeitos** não são prejudiciais para os outros.
53. **A enfermagem** é uma arte.
54. **Meu maior compromisso** é com o ser humano.
55. **Agora** vivo sem atropelos.