



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS  
CURSO – PSICOLOGIA

## **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOMINANTES SOBRE A SUBJETIVIDADE DO PACIENTE COM CÂNCER**

**SANDRA SARAIVA LEÃO LEITE DA SILVA**

Brasília  
Junho/ 2005

**SANDRA SARAIVA LEÃO LEITE DA SILVA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOMINANTES SOBRE A  
SUBJETIVIDADE DO PACIENTE COM CÂNCER**

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

Brasília  
Junho/ 2005

Dedico meu trabalho a todas as pessoas que vivenciaram o câncer, desejando que cada uma delas possa deixar aberta uma janela para a chegada de pequenos sinais de sentidos, que, mesmo pequeninos, transcendem a racionalidade e são a chave para que consigam vislumbrar um amanhã pleno de realizações e conquistas.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao Deus do meu coração e da minha compreensão, por tudo que tenho e por tudo que sou. Pela minha saúde, perseverança, coragem e fé.

Às mãos protetoras dos amigos “invisíveis”, que me conduziram até aqui com dedicação e amor.

Aos meus queridos pais Edward e Teresinha, por terem despertado em mim a vontade de “*Ser Mais*”. E por terem me amado incondicionalmente.

Aos meus filhos amados, Leonardo, Mariana e Luísa, grandes tesouros que tenho na vida, que tão serenamente souberam compreender a minha ausência.

Às queridas Augusta e Ana, que foram indispensáveis para a produção desta monografia, meus sinceros agradecimentos.

À minha querida amiga Giselle Silva, que tem sido companheira de estudo e sonhos nos caminhos da psico-oncologia.

Ao querido professor Fernando Rey, pelo incentivo e dedicação. Por ter-me dado liberdade para escolher meus próprios caminhos, orientando e respeitando, o que ajudou a aumentar minha sede do saber.

E meu agradecimento especial ao meu querido marido, meu amigo e companheiro de todas as horas, Mani, o meu muito obrigada e minha eterna gratidão! Dedico a você o prazer e a alegria de estar escrevendo essas palavras. Eu te amo.

“Trata-se de ver a vida como se fosse uma tapeçaria: quem só olha do avesso vê um emaranhado de linhas se cruzando sem significado. Mas quem vira a tela, entende o sentido de tudo e pode ver o belo desenho que está ali”.

(Bizzarri, 2001).

## RESUMO

O câncer é uma doença antiga que traz consigo diversos estigmas que foram socialmente construídos. Por ser uma doença complexa, de diagnóstico nem sempre favorável, traz consigo sofrimento e angústia. Nesse cenário vimos surgir a psico-oncologia, que tem como principal objetivo compreender os fatores psicológicos relacionados ao surgimento da doença, bem como na reabilitação do paciente, para, dessa forma, capacitar-se para acolher os sofrimentos psicológicos e emocionais do paciente, bem como de seus familiares e/ou cuidadores. O objetivo desta monografia foi compreender as Representações Sociais associadas ao câncer e o sentido subjetivo da doença no paciente; sendo assim, utilizamos a abordagem qualitativa uma vez que esta permite um melhor aprofundamento nos aspectos mais subjetivos do sujeito. A proposta de investigação qualitativa aqui utilizada é de uma epistemologia preocupada com a construção. Nossa proposta foi a de levantar indagações e não de pensar em comprovações *a priori*. Para aprofundar neste tema realizamos dois estudos de caso. As produções de informações foram feitas, coincidentemente, com duas mulheres que haviam passado por mastectomia radical e pudemos observar que a estratégia de enfrentamento de ambas as mulheres estavam relacionadas com a história de vida de cada uma, com seus valores e crenças pessoais.

## ABSTRACT

Cancer in its many forms is a disease that has, over time, developed many social stigmas. Due to the complexity of the disease, and often times an unfavorable prognosis, much anguish and suffering is experienced by those with the disease. It is in this context that we saw the emergence of Psycho-Oncology, whose goal is to understand the psychological factors that are related to the diagnosis of the disease, the rehabilitation of the patient, and the psychological and emotional suffering of the relatives and care givers. This monograph has a goal to comprehend the social implications related to the disease of cancer, and the subjective effects of the disease on the patient. In this study we used a qualitative theory that would allow a deeper understanding about the subjective aspects of the subject (patient). The proposed theory utilized in this monograph is based on studies that are concerned with the construction of information. Our purpose was to generate questions that do not have verification *a priori*. For the purpose of our study we interviewed two female subjects that had been diagnosed and treated for cancer. Both subjects had undergone radical mastectomies. The information collected from the interviews of the two subjects revealed that both women developed coping mechanisms and strategies based on their life experiences, values, and beliefs.

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	11
2.1 - Câncer .....	11
2.2 - Psico-oncologia .....	14
2.3 - Enfrentamento .....	17
2.4 – Qualidade de Vida .....	19
2.5 – Representações Sociais X Subjetividade .....	21
<b>3 – CATEGORIA DE SENTIDO SUBJETIVO</b> .....	25
3.1 - Conceito de Sentido .....	25
3.2 – Subjetividade Individual e Social .....	27
<b>4 - CAPÍTULO METODOLÓGICO</b> .....	29
4.1 – Procedimento Metodológico .....	35
4.2 - Instrumento de Pesquisa .....	36
<b>5 – DESENVOLVIMENTO X PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES</b> .....	38
<b>6 - PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: AUGUSTA</b> .....	40
6.1 - Descobrimdo o Câncer .....	40
6.2 - Medos: .....	42
6.3 - Projetos: .....	43
6.4 - Família: .....	46
6.5 - Religiosidade: .....	47
<b>7 - PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: ANA</b> .....	50
7.1 – Descobrimdo o Câncer .....	51
7.2 – Apoio Social – Família .....	52
7.3 – A importância de falar sobre a doença .....	55
7.4 –Sexualidade x Imagem Corporal.....	56
7.5 – Qualidade de Vida .....	59
7.6 – Semana de Anjo e Semana de Cão .....	61
7.7 - Planos para o futuro .....	62
7.8 – Medo da Recidiva .....	64
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	70
<b>ANEXOS</b> .....	73

## 1 – INTRODUÇÃO

No imaginário social o câncer está, invariavelmente, associado à idéia de morte e esse é um dos aspectos mais delicados, uma vez que em decorrência disso ocorre, via de regra, o esfacelamento da identidade do sujeito que pode romper com suas atividades, sonhos e projetos, perdendo assim, sentido para a vida.

De acordo com a nova visão de homem, compreendida a partir das teorias pós-modernas, acreditamos que diversos são os fatores que contribuem para o adoecimento, bem como para a cura. A visão míope sobre o homem, as noções estanques e parciais, estão sendo substituídas por uma idéia de complexidade, de todo, onde a subjetividade do sujeito é ampliada, para tanto, necessário se faz promover estudos sobre a subjetividade no processo saúde-doença, para que assim surjam novos campos de investigação. Processos como esses: saúde-doença, acontecem na subjetividade individual, contudo, participam ativamente, na sua gênese, processos da subjetividade social. É um sistema complexo que interage constantemente produzindo sentidos subjetivos.

Nesse sentido a pesquisa terá um caráter qualitativo uma vez que este dá maior importância aos aspectos subjetivos do indivíduo – para a pesquisa qualitativa não existe uma verdade única/absoluta que tem que ser focada. A realidade é subjetiva e socialmente construída. Nesse sentido a pesquisa terá um caráter participativo.

Para compreendermos a subjetividade nesse processo, necessário se faz que pesquisas sejam feitas no âmbito individual, nesse sentido, utilizamo-nos de estudo de caso, uma vez que sabemos que a partir deste teremos uma excelente oportunidade de compreendermos as dinâmicas sociais.

O sujeito pesquisado é parte ativa do processo de construção de informações sobre si mesmo e sobre o espaço social em que se encontra inserido. O pesquisador vai integrando as informações de forma que surja uma construção de sentido subjetivo fiel.

Este trabalho tem por finalidade compreender em quais dimensões o significado da doença está associado à questão da subjetividade, o que foi possível a partir de uma investigação sobre os efeitos das Representações Sociais dominantes sobre a subjetividade do paciente com câncer.

No primeiro capítulo foi feito um breve apanhado sobre a história do câncer, sua definição, o surgimento e objetivo da psico-oncologia, a forma de enfrentamento e suas conseqüências, a qualidade de vida do paciente, as Representações Sociais e a subjetividade, todos vistos a partir do sujeito.

O segundo capítulo traz um resumo sobre a categoria de sentido subjetivo, que é indispensável para este trabalho. O sentido subjetivo é histórico e socialmente configurado, uma vez que, ao mesmo tempo em que é constituinte, ele é constituído da subjetividade. São apresentados também, as inter-relações entre a subjetividade individual e social e também a importância de Vygotsky que traz a idéia de psique como sistema complexo.

No terceiro capítulo apresentamos a metodologia utilizada: epistemologia qualitativa, desenvolvida por González Rey e cujos principais protagonistas são o pesquisador e o sujeito pesquisado o que favorece o surgimento de novos elementos, uma vez que a singularidade é valorizada.

Os capítulos quatro e cinco, compreendem, respectivamente a produção de informação e minhas considerações finais acerca do trabalho. A produção de informações está apresentada a partir de cinco eixos temáticos diversos, como por exemplo, apoio social, planos para o futuro, religiosidade, entre outros. Ressaltamos que não temos, neste trabalho, a intenção de chegar a uma verdade única, final, mas sim, compreender algumas dimensões relacionadas à subjetividade do paciente com câncer.

## **2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 - Câncer**

Segundo definição do Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é o “nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos e que podem inclusive espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores”. Ainda de acordo com o INCA, atualmente mais de um milhão de novos casos de câncer são registrados, por ano, em todo o mundo. O câncer deve ser analisado como um problema de saúde pública, que atinge indivíduos de todas as idades e em todos os continentes, constituindo-se na segunda principal causa geral de morte por doença em todo o mundo, inclusive no Brasil.

O câncer é uma doença excepcionalmente antiga, sendo relatada inclusive por Hipócrates, considerado o pai da medicina, isso por volta do ano 500 a.C. Entretanto, a despeito de ser uma doença antiga, grave e que atinge tantas pessoas, percebe-se uma grande carência de implementação de pesquisas científicas, com rigor metodológico, úteis a uma melhor compreensão dos diversos fatores psicológicos que influenciam tanto o desenvolvimento, quanto a reabilitação/“cura” de pacientes com câncer.

Qualquer célula do corpo humano pode se transformar e dar início a um tumor maligno, isso faz com que a denominação “câncer” seja muito genérica e cause confusões. As pessoas que se deparam com o câncer, bem como seus familiares e amigos acabam por se basearem em outros casos que já ouviram e isso acaba por ser um dificultador, uma vez que existem muitos tipos diferentes de cânceres e,

conseqüentemente, muitos prognósticos distintos. Considerando que o câncer traz o estigma de doença fatal, estigma este socialmente construído quando não havia tratamento eficaz, é natural que o diagnóstico seja interpretado como possibilidade de morte iminente (CARVALHO, 1994).

O câncer é uma doença complexa, assim como o seu tratamento. Não obstante o sofrimento e a angústia causados pelo diagnóstico e pelos diversos tratamentos que o paciente há de se submeter, vê-se hoje, com a ajuda da medicina e da psico-oncologia, a possibilidade de trazer aos pacientes uma melhor qualidade de vida. Isso se faz possível quando se valoriza a dor do paciente e também não se negligencia a família que precisa, muitas vezes, de maior apoio psicológico do que o próprio paciente. Esse apoio sinaliza tanto para o paciente quanto para seus familiares que eles não estão sozinhos na sua dor, na sua angústia e dificuldades.

É inegável que os avanços da medicina têm contribuído para o aumento da sobrevida de pacientes com câncer. Assim, o câncer vai deixando de ser uma doença freqüentemente fatal e assumindo características de doença crônica (FERREIRA, 1997). Então, vislumbrando essa nova realidade, a de pacientes com maiores e melhores possibilidades de sobrevida, é mister que os profissionais da saúde, principalmente os psicólogos, estejam atentos e desenvolvam pesquisas para poderem estar aptos no atendimento desses pacientes. Pode-se dizer que atualmente, a maior importância esteja relacionada à qualidade de vida, desta forma a atuação do psicólogo é cada vez mais importante ao longo do tratamento, já que sua prática visa o bem-estar emocional do paciente.

Considera-se pertinente levantar uma reflexão acerca da cronicidade da doença. A sobrevida e cura do câncer estão intrinsecamente relacionadas ao

diagnóstico precoce, bem como ao tratamento adequado, entretanto isso infelizmente não acontece com a população de baixa renda no nosso país.

Esse trabalho apoia-se no conceito de subjetividade numa perspectiva histórico-cultural que o professor Fernando Rey vem desenvolvendo e que se sustenta no conceito de sentido subjetivo. Nesse âmbito encontra-se a idéia de sujeito a partir da recuperação do caráter complexo e dialético do homem que ao mesmo tempo que representa uma singularidade, também representa um ser social.

González Rey (2003, p. 125):

A Representação Social (RS) está constituída por uma multiplicidade de elementos de sentido e significação que circulam na sociedade, e são os que dão às representações, sua dimensão simbólica, social e subjetiva, e enfatiza esta última, pois o subjetivo não se reduz ao simbólico, já que está constituído por sentidos subjetivos, que são responsáveis pela unidade inseparável entre o emocional e o simbólico.

Compartilhamos com a idéia do professor Fernando Rey, no sentido de compreender que as Representações Sociais - RS estão simultaneamente tanto no espaço social quanto no sujeito individual, ou seja, desprezamos as dicotomias existentes entre o social e o individual uma vez que pode haver uma articulação dialética entre ambos. Acreditamos também na contribuição que a subjetividade individual pode oferecer à psicologia social, assim como na contribuição que a subjetividade social pode oferecer para uma melhor compreensão do individual e do sujeito nos mais distintos campos.

Desde o início do século XX, encontram-se estudos que admitem ser a doença, qualquer que seja ela, uma realidade construída que está intrinsecamente

relacionada com as características de cada sociedade, esses estudos são de base sociológica e antropológica, que vêm ajudando na diminuição dos estigmas em relação ao câncer. Antes desses estudos o que havia era tão somente o pensamento orientado a partir de uma visão positivista que não compreendia os condicionantes sócio-histórico-culturais. A partir desta perspectiva, considera-se imprescindível compreender as Representações Sociais relacionadas ao câncer e, conseqüentemente, ao paciente com câncer. Responsabilizar o indivíduo pela própria doença, desconsiderando as causas sócio-históricas é um pensamento típico de modelos que desconhecem a importância do cultural e do histórico que estão presentes no processo saúde-doença; entretanto esse modelo vem se enfraquecendo e deste modo o que se percebe é o surgimento de um novo paradigma que enfatiza a relação “coletivo-individual” como uma relação dialética, na qual a individualidade não pode ser pensada sem sua contrapartida no social. (KOWALSKI, 2002).

## **2.2 - Psico-oncologia**

Considerando-se que o câncer é uma doença crônica, cujo prognóstico nem sempre é favorável, sendo inclusive responsável por uma parcela significativa de óbitos, nos últimos anos observa-se uma atenção especial por parte de todas as ciências da saúde. A Psicologia tem se mobilizado no sentido de promover novas modalidades terapêuticas. Surge nesse cenário a psico-oncologia, que podemos descrever como um campo interdisciplinar que se preocupa em estudar e compreender como atuam, junto ao paciente, os fatores psicológicos e como estes influenciam no surgimento, no tratamento, bem como na reabilitação do paciente (COSTA JR., 2001).

A psico-oncologia seria, então, a interface entre a psicologia e a oncologia e tem entre seus objetivos, estudar e compreender como se dá a qualidade de vida da pessoa portadora de câncer, bem como enfatizar a importância dos aspectos psicossociais no surgimento, no desenvolvimento e no enfrentamento da doença (GIMENEZ, 1994).

Nos últimos tempos vários estudos têm mostrado o câncer como uma doença cuja etiologia é multifatorial, ou seja, é necessária a confluência de vários fatores, tais como: fatores ambientais de risco, predisposição genética e até alguns vírus. As contribuições psicológicas também têm sido vistas como mais um fator que ajuda a desencadear o câncer, o que tem levado muitos pesquisadores a estudarem possíveis influências de estados emocionais na modificação hormonal, o que por sua vez leva a alteração do sistema imunológico.(BOVBJERG, 1990, in CARVALHO, 2002). A psico-oncologia tem um campo de atuação excepcional, considerando que a psicoterapia deve levar em consideração não só o indivíduo como também a família e a equipe multidisciplinar.

Gimenez (1997, p. 95):

A abordagem multidisciplinar, incluindo o suporte psicossocial, permite a utilização de formas de enfrentamento mais adequadas, na tentativa de reduzir o impacto que as alterações orgânico-funcionais possam causar na qualidade de vida. A prevalência da doença no mundo contemporâneo e sua repercussão na saúde da mulher fizeram surgir diversos serviços de apoio.

David Spiegel, responsável pelo Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais da Stanford University School of Medicine da Califórnia, realizou um estudo cuidadoso para verificar se o tratamento psicológico podia ajudar pacientes com câncer a combater a depressão e a ansiedade (BIZZARRI, 2001). O

procedimento era demasiado simples: depois de serem informadas sobre a doença, o primeiro grupo de mulheres – esse estudo foi feito com mulheres portadoras de câncer de mama – era convidado a participar de encontros num grupo de ajuda e era solicitado que elas falassem livremente sobre suas emoções, já o outro grupo não participava de nenhum atendimento psicoterápico. O resultado foi surpreendente: as pacientes que foram submetidas ao tratamento psicoterápico tiveram uma sobrevida, em média, duas vezes maior do que a registrada no grupo focal. Esse estudo é importante para corroborar a importância da psicoterapia e dos trabalhos de suporte emocional para pacientes com câncer. As sessões de psicoterapia, sejam elas individuais ou em grupo dão aos pacientes a oportunidade de exprimir emoções e sentimentos que não raro são reprimidos e disfarçados.

Queremos com esse estudo, compreender as Representações Sociais associadas ao câncer e o sentido subjetivo da doença nos pacientes. No imaginário social o câncer está associado à morte e esse é sem dúvida um dos piores aspectos, uma vez que tem como consequência a ruptura ou esfacelamento da identidade do paciente que, com frequência, rompe com suas atividades, interesses, expectativas, projetos, sonhos e esperanças que faziam parte da vida antes do surgimento da doença. Isso leva, na maioria das vezes, à perda de sentido para a vida. Processos como esses acontecem na subjetividade individual, entretanto, participam ativamente, na sua gênese, processos da subjetividade social, como são as representações e discursos que colocam as pessoas afetadas por essas doenças como próximas da morte e totalmente limitadas nas suas possibilidades vitais.

As RS sobre o câncer estiveram sempre relacionadas à iminência de morte. O estigma e o preconceito que os pacientes sofrem são imensos, contudo, os

profissionais da área de saúde, sobretudo os psicólogos, têm a responsabilidade de desmistificar, junto aos pacientes, essas crenças errôneas, fazendo com que os pacientes, seus familiares e amigos possam ver o câncer como uma possibilidade de renascimento, início de uma nova vida, mais significativa e plena.

Muitas vezes uma doença grave como esta pode ter seu lado positivo. É comum que o sujeito a partir do diagnóstico do câncer seja forçado a diminuir o ritmo acelerado, a rotina quase mecânica do seu dia-a-dia. A partir dessa parada ele pode repensar seus valores, questionar sobre temas importantes de sua vida que haviam ficado em segundo plano. A literatura mostra que muitas pessoas realizaram significativas mudanças depois de descobrirem uma doença grave.

### **2.3 - Enfrentamento**

Acreditamos que a maneira como o sujeito irá enfrentar o câncer será importante para o desenvolvimento – cura, remissão ou progressão – da doença. Temos a compreensão de homem complexo, que é simultaneamente razão e emoção; sendo assim, não separamos o homem de suas emoções como os princípios cartesianos estabeleciam. Consideramos então que uma emocionalidade sadia terá repercussão na forma de enfrentamento encontrada pelo sujeito. Segundo Maria da Glória Gimenez, o enfrentamento surge a partir da conjunção de aspectos situacionais e pessoais, ou seja, o contexto sociocultural não pode ser desprezado

Gimenez (1997, p. 132-133):

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

A atitude que o paciente terá em relação ao adoecimento – atitude de negação, revolta ou enfrentamento – vai ajudar a definir a possível reorganização dele frente a sua nova condição. Somente na medida em que o câncer for enfrentado a partir de uma emocionalidade sadia e direta, com a implicação real do sujeito, ou seja, sua participação ativa diante das decisões pertinentes ao seu tratamento e à sua vida como um todo é que será possível desmistificar o câncer, viabilizando assim condições para que o sujeito possa buscar formas satisfatórias de se aceitar, independentemente de um diagnóstico, de um rótulo.

O que importa, então, é a maneira como o sujeito lida com situações estressantes. Para algumas pessoas a situação de estresse é vista como uma ameaça e para outras é vista como desafio. Isso vai depender, como bem coloca o professor Fernando Rey, da emocionalidade do sujeito, se se trata de uma emocionalidade sadia ou não, portanto não é apenas uma questão de causa e efeito, muito pelo contrário, se o sujeito apresenta uma emocionalidade sadia ele estará pronto para escolher uma melhor estratégia de enfrentamento.

A forma de enfrentamento está diretamente relacionada ao sentido que o indivíduo dá à própria doença e é esse sentido que faz com que nas situações mais dramáticas, quando a própria identidade do indivíduo está ameaçada, ainda seja possível ressignificar conceitos – sentidos e significados – que darão a ele oportunidade de mudar. Em outras palavras, a emocionalidade sadia está diretamente ligada à capacidade do sujeito de produzir sentido ante seus conflitos. Diante do câncer o indivíduo que se apresenta emocionalmente sadio, encontra uma opção criativa geradora de sentidos. Podemos aqui lembrar Viktor Frankl que dizia ser o adoecimento nada mais que uma frustração na produção de sentido.

O enfrentamento dependerá de muitos fatores, como por exemplo a história de vida dessa família e desse sujeito em particular; se se trata de uma família/sujeito portadora de atitudes mais agressivas que possam otimizar a crença em relação à cura, ou se se trata de família/sujeito que não acredita na possibilidade de cura. Entretanto, é importante lembrar que esse papel da família e do sujeito, o tipo de enfrentamento que eles terão, dependerá também do momento sócio-histórico em que eles se encontram inseridos. As crenças e os mitos, ou seja, as Representações Sociais que eles têm sobre o câncer poderão definir a postura de enfrentamento deles.

#### **2.4 – Qualidade de Vida**

A maneira como o sujeito vai enfrentar o seu problema de saúde vai gerar melhor ou pior Qualidade de Vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>1</sup>. Segundo Gimenez (1997), o conceito de qualidade de vida vem sofrendo transformações na literatura oncológica; dessa forma, a preocupação que havia apenas no sentido das variáveis fisiológicas e médicas foi ampliada e atualmente é considerado também o funcionamento psicossocial do sujeito, o que a meu ver parece um conceito menos reducionista que o anterior

Gimenez (1997, p. 239):

Isso implica em se considerar o indivíduo inserido num contexto sociocultural e os modos como este indivíduo interage com os significados deste contexto [...] em síntese, é importante não apenas considerarmos o

---

<sup>1</sup> Sobre esse assunto vide: [www.who.int/en](http://www.who.int/en). site da Organização Mundial de Saúde.

número de sobreviventes e tempo de sobrevivência, mas, também, os aspectos emocionais, funcionais, sociais e psicológicos da existência humana, para podermos avaliar sua qualidade.

Sendo assim, o tratamento dado ao paciente com câncer não deve priorizar o bem estar físico em detrimento das dimensões sociais e emocionais relacionadas à doença. É curioso pensar como uma pessoa portadora de câncer simboliza a idéia de qualidade de vida.

A preocupação em relação à qualidade de vida do paciente com câncer surgiu a partir do momento em que se percebeu que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, entre outros fatores, têm levado a uma maior expectativa de vida por parte desses pacientes. A qualidade de vida está relacionada a aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. O descobrimento do câncer é percebido como uma ameaça tanto para o paciente como para seus familiares, normalmente a dinâmica familiar é totalmente modificada a partir do diagnóstico de câncer em um de seus membros. Então, essa doença que não raro modifica o equilíbrio familiar, uma vez que obriga a redefinição de papéis, impede uma qualidade de vida adequada ao paciente e à família.

Sabemos que qualidade de vida varia de pessoa para pessoa, uma vez que se trata de conceito essencialmente subjetivo. Sabemos também que no imaginário social o câncer é, definitivamente, sinônimo de morte. Segundo Drauzio Varela (2004), muitos pacientes ainda se recusam a pronunciar a palavra câncer, preferem dizer: “aquela doença”. Susan Sontag (2002), afirma que no século XIX o câncer era compreendido como um castigo e a responsabilidade, ou culpa, era do sujeito que adoecia. Nesse sentido buscamos compreender as Representações Sociais relacionadas tanto ao câncer como à subjetividade dos pacientes de câncer.

## 2.5 – Representações Sociais X Subjetividade

Para entendermos como se dão as Representações Sociais na Subjetividade do Paciente com Câncer, falaremos como se deu a construção do conceito de subjetividade, para tanto analisaremos de forma sucinta sobre a origem das duas vertentes da psicologia social que foram o pontapé inicial para a idéia de subjetividade.

Segundo Jefferson de Souza Bernardes (2001), a psicologia social que se desenvolveu nos EUA sofreu forte influência do Positivismo, portanto é centrada em idéias e indivíduos. Entretanto, o Positivismo foi sendo cada vez mais criticado, uma vez que a psicologia focada numa ética individual não reconhece o papel e o valor da dimensão social. Foi assim que vimos surgir uma Psicologia Social diferente, voltada mais para as instituições e fatos históricos. Isso ocorreu porque alguns teóricos se sentiam muito incomodados com a “importação” das tendências norte-americanas bem como com a idéia de linearidade sugerida pela tendência positivista. Nesse sentido foi surgindo, devagarzinho, uma psicologia social mais contextualizada, que valorizava as culturas e os valores sociais. Apesar de ainda deixar de lado o indivíduo enquanto sujeito do processo, essa nova vertente já foi um avanço e uma semente para o conceito de subjetividade desenvolvido pelo professor Fernando Rey.

Estudando a psicologia social, o professor Fernando Rey começa a pensar numa teoria da personalidade de base histórico-cultural, o que, num segundo momento, acabou por conduzi-lo ao desenvolvimento da categoria de subjetividade social.

A tentativa, ao introduzir a categoria de subjetividade social, era a de refutar a idéia comum de que a subjetividade é um fenômeno individual, sendo assim, o individual e o social não estão mais separados e nem se excluem; a subjetividade passa então a ser compreendida como um sistema complexo e que é produzida tanto no nível social quanto no nível individual. O sujeito ajuda a construir a subjetividade social e simultaneamente é influenciado por ela. (GONZÁLEZ REY, 2003).

A constituição do indivíduo não se dá a partir de um processo linear, estático, muito pelo contrário, trata-se de um processo diferenciado, único e particular de cada indivíduo, por isso mesmo cada experiência vai adquirir sentido e significação que é só do sujeito, que diz respeito somente a ele, enquanto que uma experiência absolutamente semelhante vai adquirir sentidos e significações completamente diferente quando experienciada por outra pessoa. A doença, principalmente as mais graves como o câncer, obriga o sujeito a se defrontar com seus limites. Segundo Bizzarri (2001) para algumas pessoas, confrontar-se com os próprios limites pode ser arrasador, devastador; já para outros, é motivo de “ressurgir” para uma vida mais plena e significativa. Alguns pacientes são protagonistas da situação, estes costumam se implicar no processo de tratamento, bem como de cura, geralmente estes apresentam maiores possibilidades de promoção da qualidade de vida.

Podemos pensar em subjetividade social como sendo um conjunto de sentidos subjetivos que surgem de diferentes contextos e se integram, formando algo único e dinâmico, formando uma organização. Na teoria da subjetividade aqui estudada, tem-se o sujeito a partir da recuperação do caráter complexo e dialético

do homem que ao mesmo tempo que representa uma singularidade, também representa um ser social. (GONZÁLEZ REY, 2003).

A importância de se estudar as RS aqui é o de buscar compreender como se deu a construção de idéias e/ou estigmas em relação ao câncer. O câncer é compreendido como sinônimo de morte, de doença maligna. Essa compreensão surgiu a partir de um conjunto de saberes que expressa a identidade de um grupo social. Segundo Jovchelovitch (2002), as RS refletem na verdade a procura de sentido e significados que marcam a existência humana no mundo. Existem outras formas de marcar essa existência: os ritos, mitos e símbolos. As RS não são, contudo, um agregado de representações individuais, assim como o social é muito mais que um conjunto de indivíduos

González Rey (2003, p. 142-143):

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

No caso do câncer, o que vimos é, como diz Sontag (2002) absurdas e perigosas opiniões que conseguem atribuir o ônus da doença ao próprio paciente, que além de estar doente ainda tem que conviver com a culpabilização do próprio adoecimento. Isso enfraquece a sua capacidade de compreender o alcance que pode ter um enfrentamento adequado, conveniente com suas demandas

Sontag (2002, p. 75):

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

O diagnóstico do câncer ainda traz um efeito devastador. Com a notícia do câncer, vem a idéia de morte, o medo da mutilação, tratamentos dolorosos e de perdas. Ainda é muito precário o estudo e a pesquisa a respeito dos aspectos subjetivos psicológicos relacionados ao descobrimento do câncer e as implicações que isso ocasiona. Como ficam os sistemas de sentidos e de representações na subjetividade do indivíduo que se depara com a realidade do diagnóstico do câncer?

Segundo Simonton (1987), os aspectos psicológicos no processo da doença estão presentes e interferem tanto no tratamento quanto na cura, por isso é sugerido aos pacientes que modifiquem as crenças em relação ao câncer, acreditando que o processo de recuperação compreende a redefinição de sua própria atitude em relação à doença.

### 3 – CATEGORIA DE SENTIDO SUBJETIVO

#### 3.1 - Conceito de Sentido

Quem introduziu o conceito de sentido na psicologia foi Vygotsky que, a partir de uma abordagem histórico-cultural que estava se desenvolvendo na psicologia soviética, rompe com uma visão centrada no indivíduo dando ao social um *status* diferente. A subjetividade foi, durante muitos anos, desqualificada pelas ciências sociais que se encontrava atrelada às idéias positivistas que a dominaram principalmente durante a primeira metade do século XX. O termo subjetivo provocava desconforto sobretudo num pensamento reducionista baseado na metáfora naturalista-individualista. Essa história começou a mudar no início da psicologia soviética; desde seu início, havia uma representação dialética que se constituía em uma dialética dinâmica, em movimento, que estava empenhada em perceber o novo. Isso permitiu que uma nova definição ontológica do subjetivo surgisse: a produção de sentidos. (GONZÁLEZ REY, 2004).

Vygotsky foi considerado por muitos como um dos autores mais influentes do início do séc. XXI. O contexto histórico em que Vygotsky viveu ajuda a compreender o rumo que seu trabalho tomou. Ele viveu na União Soviética recém-saída da Revolução Comunista; esse contexto despertou nele a vontade de reescrever uma psicologia com base no materialismo marxista. Essa foi a pedra angular para que ele pensasse no ser humano criado histórico e socialmente, que se constrói na relação que mantém com o outro, no seu contexto social. Pela primeira vez o social passa a ser compreendido como parte constituinte da psique humana (GONZÁLEZ REY, 2004). Vale lembrar que numa visão mais naturalista, onde são ocultadas/negadas as determinações sociais e culturais do homem, a psicologia pode se alinhar a

construções ideológicas perversas dominantes em uma sociedade, tornando o social e o histórico em algo que é natural e universal.

Vygotsky se baseia no materialismo histórico dialético. Para Marx a essência da maneira de ser dos homens são suas relações sociais; o modo de ser dos homens depende do modo de produção que por sua vez depende das relações sociais e é nesse ponto que Vygotsky queria chegar: como a história da humanidade se transforma em história pessoal.

Vygotsky, com sua nova visão de psique, traz a idéia de psique como sistema complexo que acabou por levar a uma teoria da subjetividade de natureza histórico-cultural. “A categoria sentido, permite visualizar a especificidade da psique humana e incorporar um atributo ao social: o caráter subjetivo dos processos sociais” (GONZÁLEZ REY, 2004, p. 125). A partir desse conceito percebe-se que a dicotomia entre sujeito e objeto, interno e externo, começa a perder força; a subjetividade não precisa mais estar num patamar oposto ao objetivo, ela é sim, uma qualidade da objetividade.

Para Fernando Rey o sentido é um aspecto definidor da subjetividade, ele é, ao mesmo tempo, constituinte e constituído da subjetividade. Nasce a partir da interação dos sentidos que já existiam no sujeito em seu espaço social. A produção de sentidos não se dá de maneira estanque, ela estará sempre integrando sentidos anteriores

González Rey (2004, p. 138):

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

Em outras palavras o sentido subjetivo deve ser entendido como histórico e socialmente configurado e para nós é útil essa compreensão pois a partir dela podemos analisar as emoções em seu caráter mais subjetivo, assim como para uma compreensão da personalidade a partir de uma perspectiva histórico-cultural. O desenvolvimento da categoria sentido tem uma importância grande que nos ajuda a perceber as emoções em seu caráter subjetivo bem como para entendermos o desenvolvimento de uma visão diferente da personalidade. Acreditamos importante lembrar que González Rey confere às emoções o *status* de elemento fundamental para a produção de sentidos.

### **3.2 – Subjetividade Individual e Social**

A partir do conceito de sentido subjetivo percebemos o surgimento de uma nova dimensão da psique humana que é fundamental para a definição de subjetividade. A idéia de González Rey não é apresentar a subjetividade individual como algo inerente ao indivíduo e a subjetividade social como pertencente a um grupo social.

González Rey (2004, p. 141):

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

A subjetividade individual é constituída pelas experiências do sujeito particular, pela história de vida desse indivíduo, entretanto essa história de vida do sujeito, que é particular, que é de fato somente dele, está indiscutivelmente integrado aos diversos espaços sociais em que este indivíduo esteve inserido durante sua vida. É importante estarmos atentos ao caráter dialético entre a

constituição do sujeito e as relações sociais. A subjetividade individual é um processo complexo de organização da subjetividade, sob essa perspectiva a constituição do indivíduo não pode ser compreendida a partir de um processo linear e estático.

A subjetividade se apresenta na dialética entre o momento social e o individual onde o sujeito estabelece momentos de confrontação e contradição que não aparecem apenas no âmbito social, mas também na sua constituição subjetiva. No intuito de clarear esse tópico, recorreremos mais uma vez a Fernando Rey.

González Rey (2004, p. 240):

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

A subjetividade é então a união dos aspectos individuais e sociais que, embora sejam distintos, também se confundem. São momentos distintos de um mesmo sistema. É uma complexidade que, se negada, leva a idéia de sujeito novamente para uma perspectiva naturalista e quando pensamos em “natureza humana” estamos empobrecendo nossa leitura, uma vez que ela apenas ajuda a legitimar as formas dominantes bem como a universalização de conceitos.

A subjetividade individual admite a produção de caráter específico, único, singular, diante dos mais diversos espaços da subjetividade social. Já a subjetividade social é uma complexidade sistêmica do funcionamento dos vários espaços sociais que hoje são vistos de maneira integrada e conjunta, diferente do que pensava a psicologia clássica, que os via de maneira fragmentada e isolada

#### 4 - CAPÍTULO METODOLÓGICO

Para a realização desta pesquisa optou-se por uma metodologia qualitativa, uma vez que a pesquisa quantitativa está atrelada ao pensamento positivista que, simples e reducionista, acredita que a ciência prova. Esse paradigma compreende a ciência como algo absolutamente racional, prega conceitos do tipo neutralidade e refuta a subjetividade na produção de conhecimento. Na origem da ciência partia-se do princípio que para ser objetivo, tinha que haver neutralidade e como bem coloca Camino (1998), o princípio da neutralidade coloca a necessidade de o pesquisador estar numa situação asséptica. O positivismo não conseguia compreender a inevitabilidade da relação do pesquisador com sua realidade social. “Da relação entre ele e o ‘objeto’ de pesquisa, que não é outra coisa senão uma outra subjetividade” (CAMINO, 1998, p. 46).

Durkheim (In LÖWY, 1993), acreditava que o sociólogo devia se colocar no mesmo *status* dos físicos e dos químicos, ou seja, para ele o cientista social devia se precaver de todo e qualquer tipo de influência, se despir de todo preconceito que existe dentro de si mesmo e só depois pensar em fazer ciência; para ele os preconceitos e pré-noções apenas atrapalhariam a visão dos acontecimentos como de fato eles são. Em outras palavras Durkheim acreditava que o cientista só poderia ser considerado cientista de verdade quando pudesse se precaver de suas paixões, seus interesses individuais e de si próprio, caso contrário, não seria possível uma visão livre de idéias e/ou críticas pré-concebidas.

A partir de uma nova forma de ver a ciência e a produção científica, muitos autores chegaram à conclusão que, na realidade, o pesquisador não conseguirá jamais se omitir frente aos fatos sociais. É impossível ele se apagar a ponto de não

interferir na produção do conhecimento uma vez que o pesquisador, assim como todo ser humano, tem suas crenças, inclinações e juízos de valor.

Segundo Laville e Dionne (1999), os pesquisadores em ciências humanas são atores que influenciam seu objeto de pesquisa e o objeto de pesquisa, por sua vez, é capaz de comportamento livre e consciente, isso leva a uma construção de saber diferente das obtidas nas ciências naturais. Então podemos concluir que a idéia de lei da natureza bem como a idéia de determinismo, tão bem defendidas pelo positivismo, não se aplica às ciências humanas. Como podemos quantificar emoções, percepções, inclinações? O verdadeiro em ciências humanas é mais provisório ainda do que em ciências naturais.

De acordo com González Rey, na pesquisa qualitativa não se tem a idéia de neutralidade, aqui o pesquisador também é sujeito participante; também é considerado o fato de que a ciência não é apenas racionalidade, mas também subjetividade. Na epistemologia qualitativa o pesquisador faz parte ativa desse modelo teórico em construção, onde o saber científico é compreendido como um saber processual, ou seja, em processo de construção. Não se pensa aqui que a ciência só pode ser objetiva e científica quando eliminar qualquer tipo de interferência pessoal, ou seja, acredita-se que o pesquisador jamais poderá “pendurar” suas convicções, pré-noções e preconceitos ao realizar uma pesquisa/estudo. A visão de mundo dos sujeitos da pesquisa: pesquisador e sujeito pesquisado, estão implicados em todo o processo da pesquisa.

González Rey (2002, p. 57):

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

Negar a neutralidade não significa negar o valor da objetividade da ciência, significa apenas compreender que quando o cientista pensa em fazer pesquisa ele está sendo induzido a partir de suas convicções, sejam elas políticas, sociais, ideologias, religiosas, entre outras. Ou seja, o cientista não pensa em fazer uma pesquisa do nada, ele pensa em determinado assunto a partir do seu contexto sócio-histórico, do que está acontecendo na sociedade e/ou no mundo naquele momento e também, de suas vivências íntimas e particulares. Portanto podemos dizer que a produção científica é uma iniciativa humana, por isso está sujeita ao contexto sócio-histórico.

Minayo (1994, p. 13):

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

Os grandes e principais protagonistas da pesquisa qualitativa são, segundo González Rey (2002), o pesquisador e o sujeito pesquisado; aqui os objetos de estudo pensam, agem e reagem, pois são atores, assim como o pesquisador que, agindo, exerce sua influência. É por isso que nesse tipo de pesquisa não aparece apenas o que se busca; é uma forma de produção científica que favorece o surgimento de elementos que, embora não tenham sido definidos, ou pensados, pelo pesquisador, se transformam em opções de peso teórico e que não raro são relevantes para o estudo.

Já os instrumentos, são apenas os coadjuvantes, são recursos importantes mas nunca levam a um resultado, eles são apenas facilitadores para que o sujeito fale. Na verdade, não estamos preocupados com o acúmulo de dados obtidos a

partir de técnicas, testes etc, já que o mais importante é a produção de idéias que surge espontaneamente a partir dos indicadores levantados no decorrer da pesquisa. Segundo González Rey (2002), os instrumentos existem com o propósito de estimular a expressão do sujeito pesquisado, são indutores de informações que surgem e que não necessariamente definem o sentido final e real das mesmas.

Os três princípios de importantes conseqüências metodológicas na epistemologia qualitativa são: *o conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa*, ou seja, o conhecimento não se resume a ser uma constatação a partir de fatos definidos. O pesquisador interpreta, mas essa interpretação não é ouvir e “encaixar” a fala do sujeito numa teoria, por isso a teoria nunca está à frente da interpretação, uma vez que o pesquisador vai produzindo modelos de interpretação no decorrer da entrevista e isso só ocorre na interação dele, pesquisador, com o sujeito pesquisado; *a produção de conhecimento é um processo interativo*, ou seja, a relação estabelecida entre pesquisador e sujeito pesquisado, pode favorecer o surgimento de momentos informais que, embora não tivessem sido pensados pelo pesquisador, podem ter uma relevância para a produção teórica; por último a *significação da singularidade* (GONZÁLEZ REY, 2002).

Durante muito tempo e de acordo com o pensamento linear positivista, considerou-se que valorizar a singularidade descaracterizaria/deslegitimaria o conhecimento científico, já de acordo com o ponto de vista qualitativo a singularidade é uma realidade diferenciada na constituição subjetiva do sujeito.

Na epistemologia qualitativa, acredita-se que o objetivo do pesquisador deve ser o de produzir conhecimento e não o de pensar em uma comprovação *a priori* e verificação de hipóteses. O pesquisador qualitativo quer levantar indagações sobre

o assunto estudado, favorecer a construção de formas de comunicação e surgimento de informações. Além disso, essa relação pode ter um sentido terapêutico para o entrevistado. Wertsch, (apud GIMENEZ, 1997, p. 200) diz que “o sentido só emerge quando duas ou mais vozes entram em contato: quando a voz do ouvinte responde à voz do locutor”. Sendo assim, podemos compreender que a neutralidade, a postura indiferente do pesquisador, limita a espontaneidade do sujeito pesquisado, o que leva ao empobrecimento da pesquisa.

A epistemologia qualitativa pode ser compreendida, primeiramente, como uma nova forma de produção científica, produção esta que se dará a partir de uma compreensão construtiva-interpretativa. Aqui o pesquisador, que é também sujeito da pesquisa, integra e recupera os diversos indicadores produzidos durante a investigação. A proposta de investigação qualitativa defendida por González Rey é de uma mudança de uma epistemologia preocupada com a resposta para uma epistemologia preocupada com a construção.

A Pesquisa Qualitativa em Saúde segundo Minayo (1993), deve respeitar a complexidade do ser humano, portanto deve trabalhar respeitando e valorizando o universo de crenças, motivações, significados, aspirações e valores do sujeito que correspondem aos espaços mais profundos das relações que podem ser apreendidos através do cotidiano, das experiências e vivências do sujeito e que não devem ser reduzidos à operacionalização de variável.

Respeitar o indivíduo é, acima de tudo, respeitar o contexto social em que ele se encontra inserido, é compreender que a dicotomia entre objetividade e subjetividade, ciência e filosofia, dificultam a produção de conhecimento; compreender que o objeto das Ciências Sociais é histórico e, portanto,

essencialmente qualitativo; compreender que não se pode restringir a realidade social apenas ao que pode ser observado e quantificado.

Minayo (1994) coloca que a respeito da cientificidade das ciências sociais, existem duas questões importantes a serem estudadas: primeiro o fato de tratarmos de uma realidade da qual nós fazemos parte, ou seja, somos agentes, sendo assim, é impossível pensarmos em objetivação e/ou neutralidade. Segundo, o fato de acreditarmos que os fenômenos e processos sociais têm um profundo sentido subjetivo, o que, insistindo na objetivação, estaríamos descaracterizando, uma vez que o essencial nesses fenômenos, é a subjetividade.

Um desafio que surge: será que as ciências sociais precisam ficar presas aos paradigmas das ciências estabelecidas, empobrecendo-se cada vez mais, ou já é chegada a hora de encontrar sua própria identidade, seguir seu caminho rumo a uma compreensão melhor das idéias de complexidade, respeitando a importância da influência que o social, cultural, individual sofre e exerce uns sobre os outros, simultaneamente?

A epistemologia qualitativa surgiu para propiciar a possibilidade de formas diferentes de produção do conhecimento em psicologia. Podemos então compreender epistemologia qualitativa como um esforço no sentido de romper com o “ranço” do positivismo que aspirou a ser o modelo universal de ciência; isso nos leva a compreender que existe uma forma diferente de se conceber a produção de conhecimento, que não se encontra mais atrelada aos dogmas estabelecidos a

partir do positivismo. A partir dessa visão podemos compreender que a ciência, muito mais do que realidade, produz zonas de sentido<sup>2</sup>.

González (2002, p. 72-73):

A pesquisa qualitativa é um processo permanente de produção de conhecimento, em que os resultados são momentos parciais que se integram constantemente com novas perguntas e abrem novos caminhos à produção de conhecimento [...] diferentemente do que ocorre na pesquisa quantitativa, na pesquisa qualitativa o problema se faz cada vez mais complexo e conduz a zonas de sentido do estudado imprevisíveis no começo da pesquisa.

É nesse sentido que a presente pesquisa terá um caráter qualitativo apoiado sobre os princípios desenvolvidos pelo professor Fernando Rey na sua definição de Epistemologia Qualitativa na qual ressalta o caráter interpretativo-construtivo, singular e dialógico da pesquisa qualitativa. Optou-se pela Epistemologia Qualitativa uma vez que se considera esta indispensável para alcançar o objetivo da pesquisa, que é compreender o sistema de sentidos elaborados pelos participantes.

Gimenez (1997, p. 219-220):

A contribuição mais óbvia das pesquisas qualitativas sobre o câncer é a possibilidade de aprofundar a compreensão da produção de sentido diante das experiências reais ou potenciais da doença. Situar melhor o ponto de vista dos participantes tem implicações teóricas e práticas.

#### **4.1 – Procedimento Metodológico**

Para realizar esta pesquisa entrei em contato com o HUB – Hospital Universitário de Brasília, onde estava realizando estágio, conseguindo assim o primeiro sujeito. Já o segundo sujeito foi indicado pela ABAC-Luz – Associação

---

<sup>2</sup>“O conceito de “zonas de sentido” nomeia aquelas zonas do real que encontram significado na produção teórica e que não se esgotam em nenhum dos momentos em que são tratadas dentro das teorias científicas”. Livro Epistemologia cualitativa y subjetividad, de 1997, do profº dr. González Rey.

Brasiliense de Apoio ao Paciente com Câncer . Em ambos os casos recebi os telefones das pacientes, contudo já com o consentimento prévio das mesmas.

O primeiro contato foi por telefone, quando realizei o convite explicando que a pesquisa era parte do trabalho de monografia realizado por mim e que tinha por objetivo a construção de novos conhecimentos na área da psico-oncologia. Foi exposto de forma clara e objetiva que se tratava de participação voluntária e que a qualquer momento elas poderiam pedir para cessar com os encontros que inclusive seriam marcados de acordo com a disponibilidade delas próprias. Outro ponto que expus foi o fato de que a nossa pesquisa teria total confiabilidade, ou seja, que tudo que pudesse vir a identificá-la seria omitido, como o próprio nome.

#### **4.2 - Instrumento de Pesquisa**

Nessa pesquisa foi feito uso de dois instrumentos:

Entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas que favoreceram o diálogo entre o pesquisador e o entrevistado (Anexo I). Este recurso não foi usado de forma fechada evitando o enrijecimento do sujeito na explanação espontânea das suas idéias. O diálogo propiciou o surgimento de informações expressas pelo próprio sujeito entrevistado, informações que fazem parte do mundo real dele e que o entrevistador não pode sequer imaginar. É nesse momento que o surgimento de elementos de sentidos vem à tona. A entrevista semi-estruturada difere do questionário uma vez que este pressupõe hipóteses que devem ser confirmadas ou refutadas e cujo direcionamento diz respeito às referências do pesquisador. A entrevista semi-estruturada tem outras características: procurando apreender o ponto de vista do sujeito entrevistado, ou seja, do ator social, a entrevista semi-

estruturada trazida aqui é mais um roteiro, com poucas questões. É um facilitador para o aprofundamento de idéias.

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

Já no primeiro encontro preocupei-me em estabelecer um vínculo consistente com as participantes, para que elas de fato pudessem se engajar na pesquisa, uma vez que o engajamento é que vai garantir a fidedignidade das respostas.

Em resumo citamos mais uma vez Minayo (1993):

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

## **5 – DESENVOLVIMENTO X PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES.**

Para realizar minha monografia, participei, simultaneamente, de dois trabalhos no Hospital Universitário de Brasília (HUB): um foi o Projeto Sala de Espera e o outro o acompanhamento de pacientes no setor de quimioterapia, que ali se encontravam para realizarem seus tratamentos. Ambos os trabalhos foram realizados com a aquiescência da psicóloga responsável pelo projeto e supervisionados pelo professor Fernando Rey.

O Projeto Sala de Espera tem por objetivo servir como um grupo de ajuda às mulheres que aguardam o atendimento pela mastologista. É evidente que nos momentos que antecedem a consulta, o nível de preocupação da paciente é muito grande. A maioria das mulheres ali tem ou tiveram câncer de mama e esse é um momento em que elas podem tirar dúvidas a respeito da doença em si, bem como externalizar suas angústias e medos.

Esse projeto surgiu para amparar essas mulheres antes da consulta. Neste local as pacientes são acolhidas pela psicóloga responsável, estagiárias de psicologia e por voluntários que conduzem uma série de atividades.

Ao total participei de onze encontros na Sala de Espera. Esses encontros serviram para me subsidiar na compreensão da subjetividade das pacientes com câncer, bem como de me familiarizar com o assunto. Os encontros ocorridos na Sala de Espera eram mediados pela psicóloga responsável. O trabalho era, via de regra, centrado no medo, na ansiedade e na dúvida em relação ao câncer. Nesse momento a psicóloga procurava modificar crenças em relação ao câncer, esclarecendo sobre os tratamentos e mostrando que o câncer não é uma doença fatal, que com os novos tratamentos a chance de cura é grande, enfim, tentando desmistificar o câncer como doença que mata.

Já no setor de quimioterapia participei do acompanhamento dos pacientes em tratamento por trinta encontros, sendo o objetivo o mesmo da Sala de Espera. Nesse setor o trabalho era mais individualizado, realizado no leito dos pacientes. Buscava sempre respeitá-los, inclusive aqueles que estavam indispostos para conversar comigo. O objetivo tanto no trabalho da Sala de Espera quanto no setor de quimioterapia era o de compreender como aparecem as Representações Sociais na Subjetividade do Paciente com Câncer. Entretanto, ao me encontrar lá buscava diminuir, na medida do possível, o sofrimento inerente ao tratamento e/ou doença e ajudar o paciente a conviver com sua nova condição deixando claro que podia se tratar de uma situação momentânea.

Uma vez tendo passado quatro meses fazendo estágio no HUB, considerei-me preparada para fazer um estudo de caso com uma senhora de sessenta e sete anos que aceitou fazer parte da minha pesquisa. O estudo de caso se deu depois de apresentada uma carta convite (Anexo III), esclarecendo o objetivo da pesquisa bem como a necessidade de serem gravados os nossos encontros. Foi ressaltado que os dados ali obtidos seriam utilizados nessa pesquisa e que a identidade da mesma seria protegida e que ela poderia desistir da entrevista em qualquer momento. Nesse momento foi pedido que ela assinasse o termo de consentimento (Anexo IV).

## 6 - PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: AUGUSTA

A pesquisa foi pensada a partir das seguintes categorias: família (apoio social), atividades profissionais, qualidade de vida, planos para o futuro (projetos). Já o tema religiosidade foi trazido por Augusta, eu, enquanto pesquisadora não havia pensado nesse tema. Salientamos que essa iniciativa da paciente não fere os princípios da metodologia qualitativa, uma vez que esta enfatiza o caráter participativo e construtivo da informação.

O primeiro contato que tive com Augusta<sup>3</sup> foi pessoalmente, oportunidade em que lhe perguntei se gostaria de participar de uma entrevista que me daria subsídios para realização de minha monografia de graduação. Augusta mostrou-se prontamente disposta a participar, apressou-se em perguntar sobre o curso de psicologia, etc. A confiança que foi estabelecida entre mim e ela foi importante para que ela falasse sobre sua vida, seus medos, suas esperanças. Foram dois encontros o que nos pareceu suficiente.

Augusta é uma senhora de 67 anos, mãe de 7 filhos. Teve câncer há 7 anos, fez quimioterapia e mastectomia radical sem reconstrução. Mulher batalhadora, mostra que os desafios existem e que cabe a cada um escolher se quer encará-los ou não.

### 6.1 - Descobrindo o Câncer

*Tristezas:* para Augusta as três grandes tristezas de sua vida são a separação, o câncer e o casamento muito precoce de sua filha. Interessante que ao ser perguntada sobre as três grandes tristezas de sua vida Augusta lembrou primeiro do divórcio. Depois ela foi lembrando da doença, o que sugere que o divórcio talvez

---

<sup>3</sup> Assegura-se que todos os cuidados éticos foram devidamente tomados.

tenha tido um peso de significações relacionadas à tristeza maior até que o câncer. Considerando que o câncer ocorreu em sua vida há menos tempo que o divórcio, podemos sugerir que a identidade feminina de Augusta encontra-se preservada. Segundo nossas pesquisas em relação ao câncer de mama, a mutilação advinda da mastectomia radical e sem reconstrução tem forte impacto negativo sobre a imagem feminina e auto-estima da paciente. Já o assunto casamento surgiu também em outros momentos durante nossos encontros e sempre de forma muito negativa, pesada, sofrida. No complemento de frases podemos corroborar essa constatação:

8) o casamento: *não me fale nessa palavra (risos)*

21) sinto dificuldade: *de não conseguir as coisas que eu desejava. Eu desejava ter feito outra faculdade, não desejava ter outro marido não... mas desejava ter assim, alguém que me ouvisse, um ombro amigo, né? Mas é muito difícil, eu tive , mesmo depois desse problema de saúde, eu tinha uma pessoa que antes eu me relacionava, muito bem e tudo, mas aí não deu certo. Não é idade não, coração não tem idade! Mas os homens de hoje só querem arranjar uma pousada boa (risos).*

23) sempre quis: *ter o melhor para os meus filhos e agora os netos e os bisnetos... e pejejei, trabalhei para isso e deu certo, poderia ter dado mais se tivesse ao lado ao pai deles, né? Para ajudar.*

Vale ressaltar que a doença e as seqüelas, como a mastectomia sem reconstrução mamária não tiveram um impacto grande na sexualidade de Augusta. Ela teve um relacionamento mesmo depois da mastectomia. É comum que este tipo de cirurgia cause uma ruptura na imagem corporal da mulher dificultando muitas vezes o surgimento de um relacionamento amoroso/sexual; com Augusta não aconteceu isso, o relacionamento terminou por outras questões que não o

impedimento por causa da imagem corporal danificada. Isso evidencia um processo de produção de sentido subjetivo singular que lhe facilitou a sua auto-aceitação, condição essencial para entrar em contato com o outro, a despeito de sua nova realidade.

## **6.2 - Medos:**

Augusta é franca ao falar que tem muito medo de uma recidiva.

*“Morro de medo; mas eu não quero ficar com esse medo, eu sempre quero mudar o pensamento, mas é uma coisa tão íntima, a gente peleja para sair disso mas ... é complicado. É difícil. Eu faço tudo para tirar esse medo da cabeça, mas é difícil. Eu fui a uma psicóloga para isso, mas o que ela disse eu já sabia (risos). Eu fui quem dei dicas para ela (risos). Para que eu vou? Fazer o que lá?”.*

Apesar de falar abertamente sobre o medo que tem de uma recidiva, Augusta não se abandona a esse medo, ou seja, o medo, embora real, não é a principal preocupação em sua vida. De alguma forma encontrou recursos em sua vida para continuar com seus projetos e sonhos. Não demonstra impotência. O medo existe, mas não a paralisa. Os cuidados que ela tem com a alimentação e a preocupação que demonstra sobre esse assunto exprime, claramente, o compromisso que ela tem consigo e com a própria saúde. Parece-nos que ela consegue incorporar a doença na sua subjetividade de forma bastante saudável. No complemento de frases, Augusta deixa claro que conseguiu ressignificar sua vida depois do câncer. Pode-se inferir que o sentido subjetivo dessa paciente foi capaz de ativar recursos próprios que a permitiram gerar uma emocionalidade sadia , que contribuiu com o seu auto-desenvolvimento.

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

14) meu principal problema: *é a dúvida de voltar os problemas de saúde. Porque a gente vive em eterna interrogação!*

15) gostaria: *de viver muito*. Em outras palavras pode-se dizer que, implicitamente, Augusta não quer morrer, tem medo que a doença volte e que ela morra.

19) considero que posso: *posso, como a primeira vez eu superei, eu acredito que eu possa superar novamente, acredito... eu tô tentando fazer tudo... mas as vezes, não sei porque... ultimamente eu tenho até sonhado bastante... eu doente*.

### **6.3 - Projetos:**

Augusta tem seus projetos. Disse que ainda tem o sonho de realizar um antigo projeto que é o de ensinar jovens meninas habilidades domésticas como, cuidar de casa, preparar refeições etc. Augusta mora num bairro relativamente pobre, onde muitas moças precisam aprender, segundo ela a “se virarem”. São pessoas com poucos recursos financeiros e que por isso não têm condições de pagar por serviços. Então ela falou com bastante empolgação sobre como seria bom se pudesse desenvolver esse projeto de auxiliar essas moças no sentido de aprenderem a lidar com a casa, a costurar uma roupa. Esse projeto também contemplaria, segundo ela, a etiqueta social.

*“... então eu gostaria de pegar assim essas meninas e ensinar tudo. Modéstia à parte, eu sei fazer tudo e muito bem. Não é saber costurar, assim, é saber fazer um conserto, um bordado, uma comida”.*

Nesse trecho Augusta foi bastante detalhista. Mostrou realmente prazer em falar sobre um projeto de trabalho, um projeto de vida que é seu. Demonstra o desejo de recomeçar. Sendo assim, podemos considerar que Augusta não perdeu o sentido da vida. Provavelmente o sofrimento gerado pelo câncer encontrou uma maneira de se aliviar, ou seja, na criação de um projeto. E ela volta a esse tema no complemento de frases:

10) Desejo: *só viver mais uns anos... terminar de cuidar... a minha missão. Eu desejo fazer alguma coisa, que a minha vida inteira foi ter missão, assim... trabalhei com drogados... minha filha diz assim: mamãe a senhora só trabalhou com gente boa (risos): drogados, menino de rua, presos (risos).*

Augusta é professora aposentada. Fez faculdade depois de casada e já com muitos filhos. Ela sente muito orgulho de ter conseguido. Sempre trabalhou com projetos sociais e continua trabalhando. Tem planos para o futuro, o que demonstra que ela não parou de pensar em si mesma e também que o adoecimento não tirou dela a própria identidade. Algumas pessoas, ao adoecerem gravemente perdem a própria identidade, e passam a assumir a identidade de “pessoa doente”. As vezes não é mais a “fulana”, mas a “fulana que teve câncer”.

Augusta casou-se aos 16 anos. Segundo ela se pudesse nascer de novo, uma das coisas que faria diferente era não se casar tão cedo.

*“Eu não teria casado cedo e teria estudado mais. Coisa muito diferente, né? Se eu nascesse de novo... e o mais importante, fazer agora o que eu não fazia antes, é me aproximar mais de Deus. Seria sempre, desde o começo como eu estou agora, levando uma vida totalmente diferente e nesse negócio já vai fazer 07 anos, né? Eu passei 60 anos meio doida (risos)”.*

Novamente vemos no trecho anterior que o casamento engloba vários sentidos e significações com forte impacto emocional na vida de Augusta. Além disso, percebemos aqui que o câncer e a ameaça de morte a ele associados, acaba por fazer com que o indivíduo perceba a vida de uma forma diferente: “o que é aquela vida, como se desenrolou até aquele momento e como merece ser vivida [...] diante dessas experiências, o ser humano toma decisões *únicas e irreproduzíveis*, que, muitas vezes, o tornam ‘outro’.” (Bizzarri, 2001, p. 207, 208). No complemento de frases Augusta confirma que muitas vezes o susto de uma doença faz com que o indivíduo produza sentidos diferentes diante da vida:

7) Meu futuro: *é brilhante. Tenho certeza, vai ser tudo daqui para a frente... muito bom. Eu estou levando uma vida assim, tão boa, tão mais fácil, com a mente mais leve, com a cabeça mais no lugar.*

16) acredito que minhas melhores atitudes: *foram depois desse problema de saúde. Gostaria de continuar assim, com as atitudes que eu tenho, mas valorizar muito mais.*

20) diariamente eu me esforço: *para ter um dia feliz e digo para quem eu conheço, para você mesma que está me entrevistando, leia o salmo 121, todo dia de manhã e à noite. É uma coisa magnífica!* – O Salmo 121 encontra-se no Anexo V.

Percebe-se, tanto nos trechos de informação analisados quanto nas frases, a capacidade de desfrutar sua vida, como a doença não fica como algo ruim que se apropriou dela, pelo contrário, marca uma etapa de sua vida, a partir da qual começa a considerar novos elementos que lhe trazem felicidade e lhe permitem empreender novos caminhos. É isso o que representa qualidade de vida. São esses processos a nível subjetivo e as repercussões que eles trazem na vida social, elementos que se integram à capacidade de produzir saúde frente ao impacto de uma doença crônica

#### 6.4 - Família:

Augusta diz que ama sua família e sua casa. Diz que adora seus filhos e que eles foram uma dádiva de Deus, mas que hoje se preocupa muito com a questão da maternidade, chega a dizer que filho hoje em dia é o pior empreendimento que se possa fazer. Parece uma contradição, inclusive porque ela também verbaliza que a mãe é mais mãe do que o filho é filho. Por outro lado Augusta cita várias vezes os filhos, os netos e os bisnetos, como por exemplo nestas questões:

9) se os homens: *soubessem valorizar a mulher, como também a sua própria casa, sua família... que a família você sabe que é tudo, né? É a base de tudo.* Consideramos que esse complemento de frases refere-se ao divórcio com o marido, enfatizando o significado que o casamento teve em sua vida.

17) a felicidade: *a felicidade tem que estar dentro do nosso lar, para daí se expandir para o resto da família, os netos e os bisnetos.*

23) sempre quis: *ter o melhor para os meus filhos e agora para os meus netos e bisnetos (...) sete filhos você criar sozinha, não ter nenhum em vida difícil, nenhum preso? Ave-Maria, Ave-Maria!! Nenhum assassino, nenhum desvirtuado aí no mundo, né?*

É interessante perceber como Augusta passou a ter uma preocupação maior em relação à alimentação, o que está associado também à qualidade de vida. Ela, mesmo aposentada, se dedica a trabalhos sociais, todos eles voltados para a alimentação alternativa. O sentido que ela dá para a alimentação pode estar intrinsecamente relacionado à saúde orgânica. No complemento de frases percebemos essa preocupação algumas vezes, como por exemplo:

13) Em relação aos afazeres domésticos cabe a mim: *A minha preocupação maior, que depende a nossa saúde, é a parte da alimentação. Os afazeres domésticos, da casa, tudo você se volta para a cozinha. Não adianta você ter móveis bonitos e casa bonita se você come de marmita, porque não pode fazer... a gente tem o prazer de fazer, sabe a procedência da água, sabe que é você quem está fazendo. A gente faz tudo com tanto amor, não é?*

25) Eu luto: *luto para transmitir para as pessoas tudo que eu sei sobre alimentação alternativa, para que as pessoas tenham mais saúde.*

A saúde passou a ter um novo sentido subjetivo na sua vida, sentido este que se expressou em novos comportamentos em relação a si mesma , tanto quanto em relação aos outros. Este posicionamento frente à saúde é um importante indicador sobre a importância da prevenção como via para o melhoramento da qualidade de vida em pacientes que já têm uma doença crônica. Este melhoramento na qualidade de vida pode ser significativo na capacidade de produção de saúde destes pacientes.

### **6.5 - Religiosidade:**

A religiosidade surge para Augusta como uma boa estratégia de enfrentamento. Ela diz que durante muitos anos não se preocupou muito com as questões espirituais, mas que depois da doença ela tem uma fé aumentada. A questão das crenças religiosas pode ter surgido como uma busca de um novo significado para a sua vida. Segundo suas palavras “*se eu nascesse de novo, bem... o mais importante era fazer o que eu não fazia antes que é me aproximar mais de Deus*”.

Já no complemento de frases:

4) As mulheres: (...) *as mulheres precisam mais de Deus.*

6) O sucesso: *depende de você. Deus não dá vida ruim a ninguém, mas se você não procurar, não cai do céu não.*

20) Diariamente eu me esforço: *para ter um dia mais feliz. Digo para quem eu conheço, inclusive para você (ela se referia a mim, entrevistadora) leia o salmo 121, todo dia de manhã e à noite. É uma coisa magnífica.*

34) Ao me deitar: (...) *eu converso com Deus e agradeço o dia e peço felicidade para o outro dia.*

Podemos dizer que o sofrimento gerado pelo câncer esteve na base de um processo de produção de sentidos subjetivos que, longe de desencorajá-la, deu oportunidade para um reposicionamento dela perante a vida que se tornou um momento de desenvolvimento pessoal.

Ao que nos pareceu, Augusta gosta de viver, acredita que a vida tem um sentido a despeito das dificuldades e medos. Verbaliza que ama sua família, preocupa-se com a educação dos netos e bisnetos. Diz que tem vontade de escrever um livro contando a sua história, que tem vontade de fazer palestras contando como foi sua experiência em relação ao câncer e também em relação a outras questões como casamento, filhos, alimentação. Apesar do medo da recidiva, não ficou presa ao passado, disse que ninguém é “museu” para viver de passado. Tem planos para o futuro, quer estudar, fazer trabalhos manuais. Disse que dedica grande parte do seu tempo lendo. Podemos inferir que Augusta encontrou recursos para buscar novos sentidos em sua vida. Sua saúde emocional, ao que nos parece, está preservada de forma positiva. Augusta é uma pessoa prolixa, fala muito, se

expressa com facilidade. Acho que uma frase dela, que por sinal foi uma das poucas respostas objetivas define muito bem sua maneira de encarar a vida:

5) Fracassei: *mas me levantei...* (risos). Augusta repetiu essa frase três vezes.

## 7 - PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: ANA

A pesquisa com Ana<sup>4</sup> foi pensada a partir das seguintes categorias: família (apoio social), imagem corporal x sexualidade, qualidade de vida e planos para o futuro. Já o tema medo da recidiva, foi trazido por Ana.

O primeiro contato que tive com Ana foi por telefone, oportunidade em que lhe perguntei se gostaria de participar de uma entrevista que me daria subsídio para realizar minha monografia de término de curso de psicologia. Também foi apresentado a Ana a carta convite e o termo de consentimento. Ao todo foram três encontros, além disso foi deixado com ela o instrumento Complemento de Frases para que ela respondesse, material este que me foi devolvido após uma semana, oportunidade em que Ana relatou que havia adorado completar as frases; esse relato de Ana nos assegura, pelo menos em parte, que as informações contidas são verdadeiras, que de fato dizem respeito às suas questões e que ela estava comprometida com a pesquisa, o que é essencial para o desenvolvimento e produção de informações. Esses encontros ocorreram em sua residência e a duração variou entre duas e três horas e meia.

Desde o primeiro contato que estabeleci com Ana percebi uma boa receptividade, o que se consolidou no decorrer das conversações. Percebi uma vontade de falar sobre sua experiência, detalhar fatos ocorridos desde antes mesmo da descoberta do câncer. A empatia ocorrida entre mim e Ana propiciou para que as conversações fluíssem de maneira bastante agradável e sincera o que permitiu que viessem à tona zonas de sentidos bem significativas para o trabalho.

Ana é uma senhora de 61 anos, casada, mãe de três filhas, todas adultas e mora com o marido e duas das três filhas. Descobriu um câncer de mama há um

---

<sup>4</sup> Assegura-se que todos os cuidados éticos foram devidamente tomados.

ano e meio. Fez mastectomia radical sem reconstrução e foi submetida à quimioterapia e radioterapia.

### 7.1 – Descobrindo o Câncer

Ana passou muitos anos de sua vida sentindo dor na mama, mas era uma dor que vinha perto da menstruação, apesar disso ela sempre procurou investigar, fazia prevenção médica com frequência, mas não se sentia “acolhida” pelo seu ginecologista, que inclusive não queria prescrever mamografia. Ao que pude perceber, Ana tem uma certa mágoa do tempo em que ela foi paciente desse médico. Ela acredita que um dos fatores que ajudaram a desencadear o câncer foi a reposição hormonal que ela fez a pedido dele. Em determinado momento da nossa conversa ela expressa:

*“eu me lembro que não fiz sequer um exame para saber minha taxa hormonal; eu me lembro perfeitamente disso”.*

Outro ponto importante é quando ela foi ao consultório desse ginecologista com a mamografia que foi passada pelo mastologista. Nesse dia, ao olhar a mamografia, cujo laudo já sugeria biópsia ele foi extremamente desumano, o que fez com que ela, depois de vinte e nove anos sendo paciente dele, não voltasse nunca mais lá. Vejamos o que Ana fala:

*“Aí ele disse, ah! a Patrícia Pillar é mais bonita que você e teve câncer, porque você não pode ter também?”.*

O complemento de frase reforça nossa impressão sobre a mágoa:

28) meu principal problema: *no momento é quando sem querer fico pensando no problema que tive e achando que o médico que me acompanhava há 29 anos, foi um irresponsável, (não quero pensar!).*

Sabemos que a relação médico-paciente deve ser a mais franca e sincera possível, infelizmente Ana não teve, no momento que mais precisava, esse apoio. O curioso é que foram vinte e nove anos com o mesmo ginecologista e justamente nesse momento ela se sentiu abandonada.

Ao ser perguntada sobre as três maiores alegrias de sua vida, Ana lembra do seu casamento, do dia em que nasceu sua primeira filha e a chegada do neto, mas, segundo ela, o dia em que foi publicada sua aposentadoria foi o dia mais feliz de todos. Já ao ser perguntada sobre as três maiores tristezas ela lembra que em primeiro lugar foi sair de Fortaleza e ir morar no interior do Ceará; em segundo lugar sua mudança para Brasília e por fim ela lembrou do câncer.

É curioso que o câncer, que foi tão recente, tenha perdido importância para duas situações que já se passaram há mais de 30 anos. Isso sugere que sair de sua terra natal tenha tido um peso de significações muito grande, por outro lado, sugere também que a identidade de Ana encontra-se preservada, que sua vida não gira apenas em torno do câncer.

## **7.2 – Apoio Social – Família**

*“...minha filha mais velha mora no Paraná e disse, mamãe, pode marcar a cirurgia que eu vou ficar com você [...] minhas filhas são assim maravilhosas, as duas que estavam aqui me deram muito apoio e o meu marido também [...] todo mundo me deu muita força, recebi muita oração [...] foi assim uma coisa maravilhosa que Deus me deu, porque quantas pessoas que eu não via há tanto tempo e de repente vieram na minha casa, me mandaram flores, não tinha mais lugar para colocar flores. Graças a Deus eu estou ótima. Meu marido é um maridão viu? Vamos fazer 35 anos de casados; foi minha companhia”.*

*“o meu marido foi a pessoa mais importante nesse momento. Na hora foi a pessoa mais importante, depois minhas filhas, depois a família e por fim os amigos”.*

No complemento de frases encontramos mais subsídios para compreendermos a relação de Ana com sua família:

11) o sucesso: *meu único sucesso é ter um lar feliz, garantido, marido e três filhas, pura obra da “Criação Divina”, que muito contribuiu para minha cura.*

43) com freqüência sinto: *saudades de Fortaleza, da minha filha mais velha que mora fora, desde os dezoito anos, quando saiu para fazer o curso de medicina. Não me conformo com sua ausência (13 anos!).*

53) ter filhos: *é o melhor presente que Deus pode conceder a uma mulher. Sou orgulhosa das filhas que tenho.*

57) o lar: *é o melhor lugar que Deus reservou para nós... todos na mesa, conversa alegre, à noite um pijama, todos pertinho vendo TV!.*

Segundo Ana, todo o apoio necessário que ela precisava veio através de seus familiares mais próximos e de vários outros amigos, inclusive aqueles que ela tinha perdido o contato. Isso foi muito importante para ela. Entretanto, vale lembrar que nem sempre esse apoio familiar se faz presente, uma vez que a família também se angustia e não raro é esquecida tanto pelos amigos com pelos profissionais que lidam com o paciente. Além disso, ocorre que algumas pessoas, querendo ajudar, acabam por atrapalhar. Ana mencionou o fato de sua irmã mais velha deixá-la angustiada, quando questionava alguns pontos. Vejamos como ela mesma expressa:

*“Eu tenho uma irmã lá em Fortaleza que ficou assim, louquinha [...] ela ficou muito preocupada, mas só que ela telefonava e dizia assim: olha, você já fez RX do pulmão? Quer dizer, se eu fosse assim uma pessoa encucada, porque eu sei que o câncer de mama corre primeiro para os pulmões, depois o fígado e os ossos”.*

Para Ana, estar cercada de pessoas que ela gosta é algo bastante significativo, inclusive porque ela não gosta de estar sozinha, independente da situação. Sempre foi assim, por isso foi tão positivo estar cercada de pessoas atenciosas, o que ocorreu inclusive na clínica de oncologia, onde ela fez a quimioterapia. As demonstrações de afeto que uma pessoa doente recebe são imprescindíveis para que ela encontre sentido na sua vida. Tanto na conversação quanto no complemento de frases, ela verbaliza a importância que teve esse apoio para a sua recuperação.

*“eu tenho o maior pânico de ficar sozinha. Não gosto de ficar sozinha, nunca gostei, é tanto que eu digo para minha filha, olha, eu não vou ficar aí porque eu não consigo dormir sozinha”*

1) eu gosto: *de fazer almoço ou jantar e curtir com os amigos e familiares.*

21) eu: *gosto de pessoas para conversar, contar e ouvir piadas.*

22) meu maior problema: *não gostar de andar nem ficar só. Ter sempre alguém do meu lado.*

37) meus maiores desejos: *morar numa casa grande para fazer festas.*

51) sempre que posso: *saio para ver um filme, fazer um lanche, que seja sempre com alguém, uma amiga, uma filha.*

63) sinto: *falta da minha família que mora distante, da minha filha, das que não ficam mais em casa porque trabalham. Não ouço mais: mamãe, me ensina do dever de casa!*

71) meu maior prazer: *receber pessoas em casa.*

73) quando estou sozinha: *fico inquieta, gosto de pessoas, gosto de movimentação.*

A importância que Ana dá às relações interpessoais fica bastante evidente no complemento de frase. Provavelmente se ela não tivesse tido esse apoio dos amigos e da família teria sido muito mais angustiante para ela. Vale lembrar que este apoio não é algo externo, na verdade este apoio tem o sentido que tem, tem a importância que tem porque se associa a configuração de sentidos de Ana.

Um núcleo temático que apareceu a partir dessa vontade de Ana de se relacionar com outras pessoas, de conversar, foi o que apresentamos abaixo.

### **7.3 – A importância de falar sobre a doença**

*“com todo mundo eu converso[...] eu faço questão de falar, eu falo para todo mundo... parece que me dá prazer, sei lá o que é. Eu faço questão de dizer que fiz o esvaziamento axilar. Eu acho que também é para mostrar para os outros que eu tive e estou divinamente bem, entendeu? Eu acho que é isso que eu quero passar para as pessoas [...] tem muitas pessoas que dizem assim: nossa, mas você está muito bem. É como se diz, as pessoas tem assim tanto a impressão da morte da pessoa que tem câncer; aí as pessoas as vezes dizem, que eu estou tão bem, que ficam felizes em me ver tão bem, olha isso faz é me chocar porque parece que a pessoa pensa que eu estava na beira da morte, ou tinha que estar à beira da morte”*

Ter oportunidade de falar sobre a doença, sem preconceitos e de forma natural, é, para Ana, bastante terapêutico. Como vimos no capítulo teórico, as RS em relação ao câncer são bastante negativas. O câncer traz esse estigma que o relaciona à morte, a dor, à mutilação e isso leva o sujeito que se depara com a doença em si ou em um ente querido, a se deparar com medos que prejudicam a qualidade de vida. De fato no imaginário social tem-se a idéia de que o sujeito que está com câncer está à beira da morte e é a falta de informações sobre a doença e sobre os tratamentos que ajudam a perpetuar tal visão.

Então, a proximidade do sujeito, que se encontra em tratamento de câncer, com seus amigos e parentes configura-se como um elemento positivo, uma vez que não raro vão se desmistificando crenças em relação ao prognóstico do câncer.

#### **7.4 –Sexualidade x Imagem Corporal**

*“em nenhum momento eu lamentei ter feito a mastectomia radical, ficar sem a mama... de jeito nenhum, porque eu sei com quem eu tô vivendo, né? [...] eu estava arrasada, não pelo fato da mastectomia, isso aí, com toda sinceridade da minha vida, não me afetou em nada”*

*“não afetou em nada, de jeito nenhum. Porque, primeiro de tudo que, pelo fato de você... depois de um certo tempo você não fica mais com aquela mesma euforia de antes, né? Então, do jeito que era continuou. Não afetou em nada... nada, nada, nada! Agora, depois da radioterapia é que eu tenho me sentido assim, mais, sabe? Assim... mais fria, entendeu? Mas parece que já está melhorando”.*

*“Ah! eu me olho assim... é claro que eu acho assim esquisito, só um lado, uma mama, não ter a outra, mas aquela história assim... o meu marido, né? É assim, se eu fizer, bem , mas se eu não fizer, também (aqui ela se refere à*

reconstrução mamária). *Quando eu me vejo assim, com a prótese, eu nem me lembro". Eu não tenho assim, a mínima preocupação; eu vejo assim, fazer reconstrução? Olha só se fosse alguma coisa assim mais rápida, com um silicone, uma coisa rápida, porque eu inclusive tenho medo de anestesia. Para mim só se fosse o mais fácil, mais simples. Nunca houve preocupação por parte do meu marido em relação a isso".*

Nesses dois trechos Ana nega que a mastectomia radical, inclusive sem reconstrução, tenha afetado sua sexualidade ou sua imagem corporal. Isso não costuma ser comum, muito pelo contrário, o que muitas mulheres sentem é uma ruptura na sua imagem corporal o que faz com que muitas delas não reconheçam mais o próprio corpo. A questão da mastectomia está diretamente relacionada à questão da feminilidade, bem como da sexualidade de uma mulher, entretanto, em se tratando de uma senhora de 61 anos, cujo relacionamento afetivo com o marido é estável e já dura trinta e cinco anos, talvez essas preocupações em relação ao corpo/imagem corporal, estejam de fato num segundo plano. Isso pode ser melhor entendido quando olharmos o complemento de frases:

84) Meu marido: *é uma pessoa muito compreensiva, As vezes eu digo: não precisa você vir para me levar ao médico não, eu pego um táxi, aí ele diz, não, eu venho sim. E entra toda vida no médico comigo, então ele é assim, se eu precisar de qualquer coisa...*

O câncer em geral e o de mama especificamente, trazem à tona uma forte carga emocional, permeada de dúvidas e sofrimentos. No caso do câncer de mama, o processo subjetivo da mulher que se depara com a doença é mais complexo ainda, considerando que via de regra ocorre remoção da mama ou de

parte dela o que provoca, com certa freqüência, vergonha do próprio corpo. Muitas mulheres se sentem mutiladas e deformadas.

Nossa cultura valoriza muito a estética corporal, vários são os estudos que confirmam esta realidade. Já as mamas têm um valor muito mais amplo, que diz respeito à maternidade e é um símbolo da feminilidade, ou seja, um símbolo de atração sexual, por isso muitas mulheres apresentam reações depressivas e/ou ansiosas quando, ao se depararem com o câncer de mama, temem perder seus companheiros; outras acreditam que não será mais possível ter filhos, portanto a ruptura da identidade sexual da mulher deverá ser fator de preocupação para os profissionais da área de saúde, incluindo aí o psicólogo que terá papel preponderante no sentido de ajudar essas pacientes a se adaptarem mais tranquilamente a sua nova realidade.

No caso de Ana vale lembrar também que ela se preocupava em estar bem fisicamente durante todo o tratamento, ou seja, mesmo que a sexualidade de Ana não tenha sofrido conseqüências ela quis que sua imagem corporal se mantivesse preservada e provavelmente isso ajudou no enfrentamento que ela teve durante todo o processo, uma vez que ela podia comprar acessórios que a deixassem mais bonita, vejamos;

*“[...] então foi isso aí,, veio a quimioterapia, eu aproveitei durante a QT, por incrível que pareça, eu aproveitei, me arrumava o mais chique que você pudesse... chique assim, dentro do meu padrão; eu me arrumava para ir fazer QT.Os lenços, cada um mais lindo que o outro; chapéus, tudo. Usava peruca, mandei fazer peruca, aproveitei para tirar... eu aprendi que de tudo na vida a gente tem que tirar vantagem”.*

No complemento de frases podemos compreender que Ana é uma mulher vaidosa, que gosta de se cuidar e de receber elogios:

20) secretamente eu: *gosto de andar bem arrumada; gosto de ser elogiada; quando meu marido diz que estou muito bonita.*

## 7.5 – Qualidade de Vida

Ao que pudemos perceber, Ana tem boa qualidade de vida, mesmo estando tão recente o término de seus tratamentos (cirurgia, quimioterapia e radioterapia). Desde o início, como já foi colocado anteriormente, Ana pôde contar com o apoio valoroso da família e dos amigos. Provavelmente isso tenha sido o primeiro passo para que ela acreditasse ser possível viver com qualidade de vida mesmo durante o tratamento. Ela não deixava, via de regra, de sair com o marido para os compromissos sociais com os amigos, fato que só não ocorria quando ela estava na sua “semana de cão”<sup>5</sup>. Nesse item observamos uma atitude sadia de Ana que, ao se deparar com um tratamento agressivo como a quimioterapia, desenvolveu estratégias para encarar a situação de maneira criativa e com um significado positivo para o processo de enfrentamento. Hoje Ana tem prazer em fazer as mesmas coisas que fazia antes de adoecer. Vejamos:

*“Para mim a vida é normal, do mesmo jeitinho. As vezes eu nem lembro que... pôxa vida! As vezes eu me questionava por causa de um glaucoma, por causa de uma hipertensão... e não consigo questionar porque tive isso! [...] Aí pronto, eu tirei proveito de tudo, foi uma maneira muito boa que eu encontrei [...] eu adoro minha casa; trabalhos manuais. Eu era professora de artes, adoro pintar [...],*

---

<sup>5</sup> Ana “dividia” seu tratamento quimioterápico em duas partes: uma semana de cão, que se referia à semana em que ela fazia a quimioterapia e que os enjoos eram intensos, que ela não se levantava da cama; a outra era a semana de anjo (ou talvez semanas), era quando o mal-estar passava e ela podia “viver”. Saía, ía para o shopping, participava de jantares, festas, etc. Oportunamente falaremos mais sobre isso.

*uma filha vai casar e eu já tô fazendo mil coisas, o meu dinheiro eu estouro todinho com esse negócio de enxoval. Eu agora vou ter um neto [...] é com o enxoval do neto também, entendeu? outro dia minha filha disse: mãe, vamos ao cinema, aí eu disse: hum, vou atrasar meu trabalho (rs). No ano que eu adoeci eu fazia hidroginástica lá no Sesc, eu e meu marido, no mesmo horário, a gente junto, mas hoje, por causa do braço, da cirurgia, eu não estou mais fazendo”.*

Ana, embora não esteja mais fazendo a hidroginástica, está envolvida com outras atividades igualmente prazerosas, gosta de fazer trabalhos manuais, aproveita todo o tempo para preparar o enxoval da filha que vai casar e do neto que vai nascer. Vimos na revisão bibliográfica que o conceito de qualidade de vida vem sofrendo transformações na literatura oncológica; dessa forma, a preocupação que havia apenas no sentido das variáveis fisiológicas e médicas foi ampliada, hoje a tendência é considerar também o funcionamento psicossocial do sujeito, partindo desse pressuposto, podemos inferir que Ana está tendo uma boa qualidade de vida, uma vez que continua desenvolvendo atividades que lhe trazem momentos de prazer. Essa qualidade de vida é mantida, ou surgida, a partir de uma escolha de enfrentamento adequada que surge a partir de uma emocionalidade sadia que está presente no sujeito.

Sabemos que a dinâmica familiar é geralmente modificada a partir do diagnóstico de câncer em um de seus membros. Então, essa doença que não raro modifica o equilíbrio familiar, uma vez que obriga a redefinição de papéis, prejudica a qualidade de vida adequada ao paciente e à família. No caso de Ana, entretanto, pelo fato de ter filhas adultas e ser aposentada, não percebeu uma necessidade grande de redefinições de papéis, o que ocorre, geralmente, quando a mãe não pode desempenhar seu papel de mãe, ou quando o sujeito tem que se ausentar do

trabalho, por meio de licença saúde, por exemplo. Todos esses fatores foram, sem dúvidas, facilitadores que proporcionaram uma melhor qualidade de vida para Ana.

Vale lembrar também que o tratamento dado a Ana não priorizou seu bem estar físico em detrimento das dimensões sociais e emocionais. Ela recebeu o tratamento médico, tentou buscar uma ajuda psicológica, procurou se inserir num trabalho voluntário, enfim, não ficou paralisada no seu sofrimento, na sua dor. As configurações subjetivas de Ana, bem como dos membros da família, foram importantes para que ela chegasse a uma forma de enfrentamento capaz de dar suporte e ajudá-la emocionalmente.

#### **7.6 – Semana de Anjo e Semana de Cão**

O tratamento quimioterápico foi bastante difícil para ela, os enjoos eram muito grandes; já a radioterapia foi um tratamento mais fácil de lidar e portanto trouxe menos desgaste emocional para Ana. Isso está claro na fala de Ana.

*“eu fazia a quimioterapia na segunda-feira, aí quando chegava na quinta-feira eu amanhecia arriada [...] o mundo parecia que se fechava. Era um enjoô, aquele mal estar, sem comer... só água de coco... nem pensar em comida, eram dois, três dias assim e mais uns cinco dias mais ou menos [...] aí depois uma semana maravilhosa, que eu passeava, ía ao shopping, era tudo! [...] então, para mim o momento mais difícil foi esse porque eu tinha medo da quimioterapia, das reações que podiam dar, pelo fato de eu ser hipertensa, eu não posso tomar antiinflamatório, eu até passei muito mal na primeira sessão”.*

*“a radioterapia foi a melhor época, porque eu conheci muita gente. Parecia que eu estava assim... me libertando... acabando de sair de uma jaula que eu estava presa, que era durante a quimioterapia, porque a cada vinte e um dias que*

*eu fazia, eu tinha... vamos dizer assim, uma semana de cão e depois uma semana de anjo. Aí eu dizia... alguém me convidava para alguma coisa e eu dizia assim: olha! quero ver se vai ser minha semana de anjo!”*

Também no complemento de frases encontramos subsídios para ter noção de como foi para Ana os tratamentos aos quais ela se submeteu em decorrência do câncer:

83) Eu: *durante a radioterapia eu fechava os olhos e dizia: Jesus, não me deixa só, tenho fobia de ficar trancada, mas sei que estás aqui ajudando a me curar e sentia a maca ir, bater em algo, e voltar. Depois sentia a maca fazer um giro e agora que estou descrevendo este fato, sinto a mesma presença , aquela imagem que com as mãos empurrava aquela maca. Sei que quando o moço entrava e dizia: terminou, eu não queria sair, ficava trancada lá achando maravilhoso.*

## **7.7 - Planos para o futuro**

*Paradoxalmente* ao fato de ter tido um bom enfrentamento, o que por sua vez proporcionou uma boa qualidade de vida, bem como de ter podido contar com o apoio valioso da família e dos amigos, Ana não consegue expressar seus planos para o futuro. Ao ser questionada sobre como ela imaginava que seria sua vida daqui há dez anos, ela se perguntou se estaria viva até lá! Disse também que quando pensa numa viagem, por exemplo, lhe vem à cabeça quando serão os exames.

Na conversação que estabelecemos, percebemos essas incertezas:

*“Às vezes eu fico assim... pensando... será que daqui há dez anos eu vou estar viva? [...] a cada coisa que eu vou fazer eu fico pensando... digamos: em agosto vai nascer meu neto, em julho eu vou fazer os exames, aí quando eu falo*

*assim, “em agosto”, aí eu fico pensando... não é que eu fique pensando, me passa pela cabeça: e os exames em julho? Você entende? A gente fala assim: e o natal? A gente vai ver o neném? Aí me passa pela cabeça: quando for em janeiro serão os exames... quer dizer não tem como esquecer [...] fazer planos para daqui há dez anos? Não sei...”.*

Em contrapartida percebemos uma clara incongruência entre o que ela falou durante a nossa conversa e o que ela respondeu no complemento de frases, vejamos:

13) meu futuro: *penso em viagens, curtir o neto que está para chegar e os demais que com certeza virão.*

39) eu gosto muito: *de ir para Fortaleza, minha terra, ver os familiares, estar sempre junto com todos, nas praias, em tudo.*

40) minhas aspirações são: *comprar um apartamento na praia (Fortaleza).*

46) minha vida futura: *pensar em saúde, curtir o netinho que está para chegar, que venha com saúde e perfeito.*

56) penso que os outros: *acham que ter câncer, a vida acabou. Não é assim, Graças a Deus, eu tive e estou curada como tantas outras pessoas.*

Sabemos que a experiência ainda está muito recente para Ana, o que pode favorecer essas incongruências, uma vez que ela ainda se encontra na fase de controle da doença. Observamos que Ana não tem um projeto de vida específico, próprio, mas sim com suas filhas, com seu neto que vai nascer; isso é esperado, uma vez que Ana já é aposentada, não tem mais vontade de voltar a trabalhar, não tem planos de voltar a estudar, enfim, não vimos em nenhum momento a preocupação de Ana em iniciar novos projetos. Talvez num futuro próximo Ana

consiga buscar um novo sentido para sua vida. Além disso, o sentido subjetivo que entendemos como sendo histórico e socialmente configurado, está relacionado com as Representações Sociais que foram se perpetuando e estão no imaginário social reforçando a idéia de que o câncer é sinônimo de morte.

### **7.8 – Medo da Recidiva**

As pessoas que passaram pelo câncer têm que aprender a conviver com a incerteza da cura. Tanto na conversa que estabelecemos como no complemento de frases Ana expressa o medo de ter um câncer novamente. Apesar de os avanços da medicina estarem contribuindo para o aumento da sobrevivência de pacientes com câncer, colocando o câncer no patamar de doenças crônicas, ele ainda tem uma forte carga negativa, o que favorece o surgimento dessas angústias que perpassam o imaginário do sujeito e que o deixa numa situação de constante suspense, o que acaba por prejudicar a qualidade de vida do paciente; desta forma a atuação do psicólogo é cada vez mais importante ao longo do tratamento, já que sua prática visa o bem-estar emocional do paciente. Ana expressa o medo da recidiva, ou a dúvida em relação a cura:

*“[...] o câncer de mama é um dos mais violentos que pode ter né? e eu não sabia, eu achava que mais perigoso do intestino, fígado, mas o de mama é o que dá mais recidiva, o problema dele é esse [...] você recebe o diagnóstico assim, como uma sentença de morte.*

No complemento vemos, igualmente, este medo, ou incerteza em relação a cura. Vejamos:

9) *sofro: de medo, as vezes angústia.*

18) minha preocupação principal: *é viver bastante longe até mesmo dos pensamentos desta doença tão arrasante.*

33) considero que posso: *em breve me desligar de tudo que passei, confiar totalmente, esquecer.*

34) diariamente me esforço: *para não pensar e nem sentir nada, nem preocupação com o que passou.*

74) meu maior medo: *é voltar a ter câncer. Mas está nas mãos de Deus, cabe a mim confiar.*

77) me deprimos quando: *vou ao médico e ele me pede exames.*

Neste último complemento de frase percebemos de forma clara o que está nas entrelinhas, ou seja, ela tem medo de fazer exames porque tem medo que o médico “descubra” alguma coisa. Vale ressaltar ainda que o medo da recidiva está muito ligado ao sentido que o sujeito dá à doença; a doença passa a integrar a subjetividade do paciente, fato este que irá definir em quais dimensões o câncer estará presente na vida do paciente. Sabemos que esses pacientes não irão parar de sentir medo nos dias que antecedem os exames, por exemplo, mas terão condições de não ficarem cristalizados, paralisados neste medo, mas sim, sentir-se-ão livres para seguir adiante.

*Diante* do que foi exposto no decorrer de toda a produção de informações de Ana, parece-nos razoável dizer que ela tem procurado utilizar-se de seus recursos emocionais subjetivos para integrar a doença a sua identidade de forma positiva, por mais que isso ainda pareça difícil. Diferente de Augusta, que experienciou o câncer há sete anos, Ana somente há seis meses finalizou seus tratamentos coadjuvantes (quimioterapia e radioterapia), isso faz uma grande diferença na

forma de percebermos o enfrentamento e a qualidade de vida de ambas. Os medos e angústias que ainda se encontram muito presentes na subjetividade de Ana, estão de alguma forma encontrando um canal para ser esvaziado, que são os trabalhos manuais que servem como boa terapia ocupacional para ela. Se projetos não foram pensados, se isso não é importante para ela, então é porque a forma que ela encontrou de produzir novo sentido para sua vida é o de estar mais próxima da família, colaborando com as filhas. Os elementos de sua subjetividade fizeram com que ela tivesse forças para encontrar um sentido para sua vida, o que facilitou sua forma de enfrentar a doença e os tratamentos que por sua vez contribuiu para uma melhor qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de todos os encontros que tivemos com Augusta e Ana, bem como dos trabalhos realizados no Hospital Universitário de Brasília, onde foram compartilhadas informações acerca da doença, do tratamento, dos medos e angústias que perpassam o imaginário do paciente, podemos avaliar que o sentido subjetivo e o sistema de valores do paciente encontram-se ligados às Representações Sociais em torno do câncer.

Infelizmente encontramos poucas pesquisas a respeito dos aspectos psicológicos e sociais vivenciados pelos pacientes com câncer. Como é a subjetividade do indivíduo que se depara com o câncer? Como ficam seus sistemas de sentidos e representações? Apesar da pouca produção científica relacionada à subjetividade e as RS do paciente com câncer, pudemos perceber que é real os estigmas relacionados à doença como morte, abandono, medo, dor, mutilação etc. Contudo pudemos também perceber que o indivíduo que detém uma emocionalidade sadia é capaz de desenvolver estratégias de enfrentamento mais positivas.

Verificamos que o impacto do câncer não é linear; é um processo determinado por diversos fatores: emocionais, culturais, religiosos e da própria história de vida do paciente. Verificamos ainda que alguns aspectos são fundamentais na forma de enfrentamento, entre eles destacamos o apoio familiar, a religiosidade e a emocionalidade de cada sujeito.

Cada paciente é único, tem uma história de vida diferenciada e portanto compreende a doença com diferentes significados. O psico-oncologista vai promover condições para que o paciente com câncer consiga lidar com as

emoções, buscando ter uma atitude ativa, direta e participativa em relação à própria enfermidade, ou seja, levar o paciente a um melhor enfrentamento da doença para assim conseguir uma melhor qualidade de vida. Reconhecer a pessoa como individualidade intransferível de sentidos, ajuda com que ela perceba sua possibilidade de liberdade – de pensamentos inclusive – o compromisso consigo mesma aumenta e até a cura se faz possível.

Consideramos positivo o fato de estarmos compreendendo em quais dimensões o significado da doença está associado às questões das Representações Sociais, assim como a configuração de sentidos subjetivos que permite fazer da doença um momento de desenvolvimento pessoal, que leva o indivíduo, não raro, a novos comportamentos e posicionamentos frente à vida. Precisamente esse é o valor de uma pesquisa como esta centrada no estudo de casos: o aprofundamento de um caso facilita o desenvolvimento de modelos teóricos sobre a compreensão do problema pesquisado que se transforma em modelos norteadores de novas práticas e que facilitam a significação de novas dimensões do problema impossíveis de serem captadas numa perspectiva mais extensiva de pesquisa.

Percebemos que tanto Ana como Augusta, tem um medo grande em relação à recidiva, mesmo tendo passado já sete anos que Augusta experienciou o câncer. Apesar deste medo, ambas estão conseguindo dar novos sentidos para suas vidas e aqui podemos lembrar Leshan (1992), que diz que ao invés de um aviso de morte, o câncer pode ser um divisor de águas no momento em que se transforma num ponto de mutação para a vida de muitas pessoas.

Fica claro ao término deste trabalho, que tanto me enriqueceu, a importância e a necessidade de termos mais pesquisas e trabalhos que busquem compreender

em quais dimensões as Representações Sociais interferem na subjetividade do paciente com câncer.

Para finalizar, saliento que o fato de ter trabalhado com duas mulheres que se submeteram à mastectomia foi um acaso, uma coincidência. O meu trabalho não se delimitou a falar sobre o câncer de mama. Outras coincidências também foram percebidas: ambas as mulheres tiveram câncer de mama, fizeram mastectomia sem reconstrução mamária, descobriram o câncer aos 60 anos, são professoras aposentadas de educação artística, adoram trabalhos manuais e são cearenses.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

\_\_\_\_\_. Psico-oncologia: História, características e desafios. **Revista Psicologia USP**, vol. 13, nº 1. São Paulo 2002.

COSTA Jr., Áderson da. O Desenvolvimento da Psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. nº 2 p. 36-46. Brasília. 2001.

FERREIRA P.E. Alguns pacientes especiais no hospital geral: o paciente oncológico. Caderno IPUB. nº 6, p.143-54, 1997.

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

\_\_\_\_\_. Definição, foco de estudo e intervenção. In CARVALHO, Maria Margarida Moreira Jorge de. **Introdução à Psico-oncologia**. São Paulo: Editorial: Psy. 1994.

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

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

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

\_\_\_\_\_. **Epistemologia Cualitativa y Subjetividad.** São Paulo: Educ. 1997.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **O que é o câncer.** Disponível em [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322) Acesso feito em 17 de março de 2005.

Jovchelovitch, Sandra E Guareschi, Pedrinho. (orgs.). **Textos em Representações Sociais.** 7 ed. Petrópolis: Vozes. 2002.

KOWALSKI, Ivonte S. G. e SOUSA, Clarilza P. Câncer: uma doença com representações historicamente construídas. **Revista Acta Oncológica**, v. 22, nº 4. 2002.

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

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

LÖWY, Michael. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista.** São Paulo: Cortez. 1993.

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

\_\_\_\_\_. (org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes. 1994.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Qualidade de vida.** Disponível em [http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/MCS\\_Bol1.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/MCS_Bol1.pdf) Acesso feito em 15 de março de 2005.

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

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

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

# **ANEXOS**

**Anexo I – Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada – Conversação.**

- 1 – Qual o período emocionalmente mais difícil para você em relação ao câncer?
- 2 – Antes do câncer você já havia experimentado algum período difícil como este?
- 3 – Qual foi sua maior preocupação logo que você descobriu o câncer?
- 4 – E hoje, qual sua maior preocupação?
- 5 – Quais foram as três maiores alegrias de sua vida?
- 6 – E quais foram as três maiores tristezas de sua vida?
- 6 – Você tem algum projeto de vida? O que você ainda gostaria muito de fazer?
- 7 – Quais seus maiores medos?
- 8 – Se você pudesse nascer de novo, o que você faria de diferente?

**Anexo II – Instrumento de Pesquisa – Complemento de Frases.**

Complete as frases:

Eu gosto

O tempo mais feliz

Gostaria de saber

Lamento

Meu maior medo

Na escola

As mulheres

Não posso

Sofro

Fracassei

O sucesso

A leitura

Meu futuro

Se os homens

O casamento

Algumas vezes

Este lugar

Minha preocupação principal

Desejo

Secretamente eu

Eu

Meu maior problema

O trabalho

Amo

Minha principal ambição

Em relação aos afazeres domésticos, cabe a mim

Eu prefiro

Meu principal problema

Gostaria

Acredito que minhas melhores atitudes

A felicidade

Ser pai

Considero que posso

Diariamente me esforço

Sinto dificuldade

Ser homem

Meus maiores desejos

Sempre quis

Eu gosto muito

Minhas aspirações são

Meus estudos

Luto

Com frequência sinto

O passado

Ser mãe

Minha vida futura

Farei o possível para conseguir

Com freqüência reflito

Esperam que eu

Dedico a maior parte do meu tempo

Sempre que posso

Me esforço

Ter filhos

As contradições

Minha opinião

Penso que os outros

O lar

Me incomodam

Ao me deitar

Os homens

As pessoas

Uma mãe

Sinto

Os filhos

Quando era criança

Quando tenho dúvidas

Ser mulher

No futuro

A competição

Necessito

Meu maior prazer

Detesto

Quando estou sozinho (a)

Meu maior medo

Estou melhor

Se trabalho

Me deprimos quando

A profissão

Meus amigos

Meu grupo

Se as mulheres

Hoje

Eu

### Anexo III – Carta Convite

Prezada Senhora

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

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

Sendo assim, esclarecemos que as entrevistas serão gravadas e demorarão cerca de duas horas diárias. Esclareço que em nenhum momento será citado seu nome ou quaisquer outros dados que venha a lhe identificar.

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

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

Desde já agradeço sua atenção e colaboração

---

Sandra Saraiva Leão Leite da Silva

Brasília, 4 de abril de 2005

**Anexo IV – Termo de Consentimento**

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

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Anexo V - Salmo 121**

“Elevo meus olhos para os montes.

De onde me virá o socorro?

O meu socorro vem do Senhor

Que fez o céu e a terra.

Não deixará vacilar o teu pé.

Aquele que te guarda não tosquenejará.

Eis que não tosquenejará

Nem dormirá o guarda de Israel.

O Senhor é quem te guarda.

O Senhor é a tua sombra a tua direita.

O sol não te molestará de dia

Nem a lua de noite.

O Senhor te guardará de todo o mal.

Ele guardará a tua alma.

O Senhor guardará a tua entrada

E a tua saída

Desde agora e para sempre... amém!”

**Anexo VI – Complemento de Frases. Respostas Senhora Augusta.**

Complete as frases:

1 - Eu gosto *de viver*.

2 – O tempo mais feliz é *quando você se sente feliz. Eu me sinto feliz*.

3 – Gostaria de saber *porque tem tanta maldade no mundo, porque? A gente vê tanta gente boa no mundo; mas a gente vê tanta maldade também*.

4 – As mulheres são *loucas! Deviam ter mais cuidado na vida, na saúde; no comportamento. São muito liberais. E isso é falta de Deus... as mulheres hoje... não vamos ser quadradas né? Mas espera aí!! As mulheres precisavam mais de Deus*.

5 – Fracassei *mas me levantei (risos)*.

6 – O sucesso *depende de você. Deus não dá vida ruim a ninguém, mas se você não procurar, minha filha, não cai do céu não!*

7 – Meu futuro é *brilhante. Tenho certeza. Vai ser tudo daqui para a frente muito bom. Eu estou levando uma vida assim, tão boa!! Tão mais fácil, com a mente mais leve, com a cabeça mais no lugar*.

8 – O casamento *não me fale nesse palavra (risos)*

9 – Se os homens *soubesse valorizar a mulher, como a sua própria casa, sua família. A família é tudo... é a base de tudo. Os homens precisavam ser mais homens*.

10 – Desejo *só viver mais uns anos... terminar de cuidar... a minha missão. Eu desejo também fazer alguma coisa, que a minha vida toda foi ter missão, assim, trabalhei com drogados... minha filha diz assim: mamãe a senhora só trabalhou com gente boa (risos), drogados, menino de rua, presos (risos)*.

11 – Amo *minha família, minha casa. Minha casa... eu amo minha casa; meus objetos, minhas coisas. A gente ama aquilo que é bom e eu sou tão simples, minha casa é tão simples, né? Mas eu amo*.

12 – Minha principal ambição *eu não tenho muita ambição... eu tô com tudo o que eu quero. Já vivi muito... 67 anos muito bem vividos. A ambição era esse projeto que eu tinha, de correr atrás dele !!*

13 – Em relação aos afazeres domésticos cabe a mim *a minha preocupação maior, que depende da saúde da gente, é a parte da alimentação. Os afazeres domésticos, da casa, tudo você se volta para a cozinha. Não adianta você ter móveis bonitos e casa bonita se você come de marmita porque não pode fazer... a gente tem prazer de fazer*.

14 – Meu principal problema é a dúvida de voltar o problema de saúde. Porque a gente vive em eterna interrogação... eu me preocupo. Pelejo para me sair disso e tudo mais...

15 – Gostaria de viver muito. Só isso !!

16 – Acredito que minhas melhores atitudes foram depois desse problema de saúde.

17 – A felicidade tem que estar dentro do nosso lar, para daí se expandir para o resto da família, os netos e bisnetos...

18 – Ser pai hoje em dia os pais fumam junto com os filhos... o pai vê filmes, até filmes impróprios com os filhos... é tudo natural. Bebe na frente dos filhos...

19 – Considero que posso como a primeira vez eu superei, eu acredito que eu possa superar, acredito... eu to tentando fazer tudo... mas às vezes, não sei porque, ultimamente eu tenho até sonhado bastante... doente.

20 – Diariamente me esforço para ter um dia feliz. Digo para quem eu conheço, para você mesma, leia o salmo 121, todo dia, de manhã e à noite. É uma coisa magnífica.

21 – Sinto dificuldade de não conseguir as coisas que eu desejava. Eu desejava ter feito outra faculdade, não desejava ter outro marido não... mas desejava assim, ter alguém que me ouvisse, um ombro amigo, né? Mas é muito difícil. Eu tive, mesmo depois desse problema, eu tinha uma pessoa que antes eu me relacionava muito bem e tudo... mas aí não dá no momento... e a essa altura... não é idade não, coração não tem idade, mas os homens hoje só querem arranjar uma pousada boa né? (risos).

22 – Ser homem é meio complicado. É meio difícil hoje ser homem, mas mais difícil ainda é ser mulher...

23 – Sempre quis ter o melhor para os meus filhos e agora os netos e bisnetos... e pelejei, trabalhei para isso... e deu certo, poderia ter dado mais, se tivesse ao lado o pai deles, né? Para ajudar... sete filhos, você criar sozinha, não ter nenhum em vida difícil, nenhum preso, Ave Maria,!! Nenhum assassino, nenhum desvirtuado aí no mundo, né?

24 – Eu gosto muito (ela achou que já havia respondido a essa questão. Então eu não insisti).

25 – Eu luto para transmitir para as pessoas tudo que eu sei sobre alimentação alternativa, para as pessoas terem mais saúde.

26 – Com frequência sinto vontade de escrever um livro, muita vontade! E como dava um livro, bem grossinho! (risos).

27 – O passado o passado a gente pega a borracha e passa. Esquece. Ninguém é museu (risos).

28 – Ser mãe *ser mãe é... é ser mãe, como a gente sabe que eu sou. Sou mesmo!! E sou reconhecida. Agora eu sou uma mãe assim, muito exigente. Eu sei que sou exigente, mas é preciso.*

29 – Minha vida futura *vai ser como está agora, fazer meus bordados... leio muito. Agora vou fazer um curso de culinária alternativa, to preparando umas apostilas...gosto muito da minha vida ser assim: estudar, fazer trabalhos.*

30 – Farei o possível para conseguir *realizar os meus projetos.*

31 – Esperam que eu *viva muito. Sempre eu ouço isso de amigos.*

32 – Dedico a maior parte do meu tempo *lendo!*

33 – Sempre que posso *visito pessoas doentes e carentes. Aqui da comunidade mesmo. Faço sempre isso. Aqui na minha rua mesmo tem uma pessoa que teve um AVC, está há três anos numa cama, eu sempre faço essas visitas.*

34 – Ter filhos *eles foram uma dádiva de Deus.*

35 – Me incomodam *quando vêm falar de pobreza, dificuldade, de vida difícil. Eu detesto! Isso me incomoda, eu adoço. Eu já deixei de visitar algumas amigas que tem essa mania... isso transmite coisa ruim para a gente.*

36 – Ao me deitar *sou como uma pedra. Rezar eu não rezo, eu converso com Deus e agradeço o dia e peço felicidade para o outro dia.*

37 – Uma mãe *como a minha e como eu? Poucas!*

38 – Sinto *vontade de sair no mundo aí dizendo a minha vida, dar palestras.*

39 – Quando era criança *fui muito feliz. Tive uma infância muito saudável, muito bem alimentada e meus pais... minha família... muita paz.*

40 – Ser mulher *dizem que é ser sofrimento, mas eu acho que não.*

41 – Meu maior prazer *é viver até ter lucidez. Eu não gostaria de ter muita vida sem ter lucidez.*

42 – Detesto *Pensamento negativo. Detesto!!!*

43 – Meus amigos *amigos, amigos, é difícil, mas eu tenho amizades de 40 anos. Colegas de trabalho, vizinhos... ainda tem vizinhos bons, leais.*

44 – Se as mulheres *soubessem, trabalhavam, estudavam, enquanto eram jovens, novas.*

**Anexo VII – Complemento de Frases. Respostas Senhora Ana.**

Complete as frases:

- 1 - Eu gosto *de fazer almoço ou jantar e curtir com os amigos e familiares.*
- 2 - O tempo mais feliz *início da adolescência quando namorava escondido. Quando minhas filhas começaram a passar no vestibular.*
- 3 - Gostaria de saber *porquê tanto tempo e não se descobre uma cura total, ou seja, extinção do câncer.*
- 4 - Lamento *não ser uma pessoa mais dinâmica e sim tímida.*
- 5 - Meu maior medo *enfrentar doenças em mim, meu marido e filhas.*
- 6 - Na escola *era tímida, não tinha coragem sequer de tirar uma dúvida.*
- 7 - As mulheres *quando são amigas de verdade são ótimas companhias. Quando são falsas amigas são tristes.*
- 8 - Não posso *comer tudo que gosto. Dizer sempre o que tenho vontade.*
- 9 - Sofro de *medo, as vezes angústia e tenho a saudade como hóspede permanente no meu coração (família, filha).*
- 10 - Fracassei *quando me dizia sou uma pessoa muito saudável.*
- 11 - O sucesso *meu único sucesso é ter um lar feliz, garantido, marido e filhas, pura obra da “Criação Divina”, que muito contribuiu para minha cura.*
- 12 - A leitura *é algo que muitas e muitas vezes me fortalece, me faz aproximar mais ainda de Deus.*
- 13 - Meu futuro *penso em viagens, curtir o neto que está chegando e os demais que com certeza virão.*
- 14 - Se os homens *compreendessem mais as mulheres, fossem mais criativos, mais tolerantes e bons cozinheiros.*
- 15 - O casamento *é um complemento da vida e que seja por toda vida. Bem vivido em todos os momentos.*
- 16 - Algumas vezes *os pensamentos vão longe. Compara-se a uma escada em que você sobe, sobe, de repente começa a descer.*
- 17 - Este lugar *as vezes sombrio, sem calor humano (Brasília).*
- 18 - Minha preocupação principal *é viver bastante longe até mesmo dos pensamentos desta doença tão arrasante.*

19 - Desejo que todos tenham “Deus” em seus corações, que entreguem suas vidas em Suas mãos, que nunca precisem de uma só quimioterapia.

20 - Secretamente eu gosto de andar arrumada, gosto de ser elogiada, quando meu marido diz que estou muito bonita, que só eu sei fazer isto ou aquilo, como seja, uma comida e outros.

21 - Eu gosto de pessoas para conversar, contar e ouvir piadas, gosto de fazer compras: roupas e até mesmo o que não precisa

22 - Meu maior problema medo de dirigir, não gostar de andar nem ficar só. Ter sempre alguém do meu lado.

23 - O trabalho como professora me aposente e para ser sincera nunca gostei da profissão, mas tenho certeza que fui ótima profissional.

24 - Amo a vida, a Deus em primeiro lugar, marido e filhas.

25 - Minha principal ambição não sinto ter ambição por nada, apenas ter um certo conforto para viver bem, agradeço a Deus pelo que sou e pelo que tenho.

26 - Em relação aos afazeres domésticos, cabe a mim tudo, menos a parte da limpeza pesada. Mas fico de olho na secretária. Gosto de cozinhar, fazer festa e outros.

27 - Eu prefiro não falar, nem ouvir pessoas falando de câncer, sobre tipo de exames que fazem, as probabilidades do câncer voltar. Por isso fui orientada a me afastar um pouco do convívio de pessoas que tiveram o mesmo problema que eu pra que eu não fique fazendo comparações. Porque afinal, cada caso é um caso.

28 - Meu principal problema no momento é quando sem querer fico pensando no problema que tive e achando que o médico que me acompanhou por 29 anos, foi um irresponsável (não quero pensar)

29 - Gostaria que houvesse exames mais precisos para descobrir mesmo o tipo de câncer que tive. Que só foi visto microscopicamente.

30 - Acredito que minhas melhores atitudes foram soltar os remos e deixar minha barca a deriva das correntes “Divinas”. Compartilhar com todos e procurar estar sempre alegre como se nada tivesse acontecido. Confiar, confiar Naquele que tudo pode.

31 - A felicidade é uma maravilha quando há momentos que você está tão feliz, que posso comparar quando se está com fome e senta-se à mesa para comer o que gosta.

32 - Ser pai a gente até pensa que eles não são como mães, mas nada! Eles apenas disfarçam, mas são mães como nós.

- 33 - Considero que posso *em breve me desligar de tudo que passei, confiar totalmente, esquecer.*
- 34 - Diariamente me esforço *para não pensar e nem sentir nada, nem preocupação com o que passou.*
- 35 - Sinto dificuldade *para conviver e ajudar pessoas com o mesmo problema que tive.*
- 36 - Ser homem *hoje só vejo diferença de sexo. Porque os direitos, as obrigações, são iguais.*
- 37 - Meus maiores desejos *morar numa casa grande para fazer festas.*
- 38 - Sempre quis *viajar mais ainda para minha terra, não para ficar, quer dizer, só voltar quando quisesse, mas voltar...*
- 39 - Eu gosto *muito de ir para Fortaleza, minha terra, ver meus familiares, estar sempre junto com todos, nas praias, em tudo.*
- 40 - Minhas aspirações *são comprar um apartamento na praia (Fortaleza).*
- 41 - Meus estudos *tenho licenciatura em Educação Artística (especialização em Artes Plásticas).*
- 42 - Luto *é coisa do coração e nunca da roupa. Tão criança perdi meu pai e fui obrigada a vestir preto por um ano.*
- 43 - Com freqüência sinto *saudade de Fortaleza, da minha filha mais velha que mora fora, desde os 18 anos quando saiu para fazer o curso de medicina. Não me conformo com sua ausência, (13 anos!).*
- 44 - O passado *não gosto de pensar na parte que me fez sofrer. Também dos bons momentos não gosto de lembrar para não sofrer.*
- 45 - Ser mãe *é ganhar de Deus aquela boneca que você desejou ter e só como mãe você recebeu e pode banhar, enfeitar, brincar, etc.*
- 46 - Minha vida futura *pensar em saúde, curtir o netinho que está para chegar, que venha com saúde e perfeito.*
- 47 - Farei o possível *para conseguir uma casa e um apartamento em Fortaleza. Ajudar bem mais aos que precisam. Viver bem e com saúde.*
- 48 - Com freqüência *reflito sobre a vida, tudo que fiz, o que deixei de fazer, se tudo ainda fosse começar, mas com a maturidade que tenho hoje. Sei que isto é impossível.*
- 49 - Esperam que eu *eu seja sempre forte para enfrentar paradas como enfrentei; sempre criativa, como me acham, que eu faça um mundo de cursos.*

50 - Dedico a maior parte do meu tempo *na administração da casa, mudando as coisas, dando forma a outras, pintando, colando, bordando e saindo um pouco.*

51 - Sempre que posso saio para ver um filme, fazer um lanche que seja sempre com alguém, uma amiga, uma filha...

52 - Me esforço para não lembrar do que é ruim para estar sempre de bom humor, para ser paciente com todos.

53 - Ter filhos é o melhor presente que Deus pode conceder a uma mulher. Sou orgulhosa das filhas que tenho.

54 - As contradições para mim são coisas de pessoas inseguras até no que falam.

55 - Minha opinião um mundo melhor, que as pessoas aprendam como buscar o melhor... um Brasil mais justo. Políticos mais honestos. Ninguém com fome e sem saúde, crianças na escola. Que os pais se voltem mais para a educação e disciplina de seus filhos ainda crianças para que ambos não venham a sofrer muito depois.

56 - Penso que os outros acham que ter câncer, a vida acabou. Não é assim, Graças a Deus, eu tive, estou curada como tantas outras pessoas.

57 - O lar é o melhor lugar que Deus reservou para nós... todos na mesa, conversa alegre, a noite um pijama, todos pertinho, vendo TV.

58 - Me incomodam conversas tristes, reclamações, pessoas que só sabem falar de doenças, de exames, de plástica, de roupas, etc. (futilidade).

59 - Ao me deitar agradeço a Deus por mais um dia bem vivido com saúde, pelo lar, pelo marido, pelas filhas, pelos vizinhos. Peço saúde, harmonia e paz para todos.

60 - Os homens são pessoas mais movimentadas, mais agitadas, idéias menos criativas que a nossa.

61 - As pessoas cada uma com o seu modo de ser e viver, de pensar, de agir. Cada uma com sua personalidade.

62 - Uma mãe cada uma, eu vejo como um templo de oração. Vejo cada uma olhando, vigiando o filho, onde quer que ele esteja.

63 - Sinto falta da minha família, que mora distante, da minha filha, dos que não ficam mais em casa porque já trabalham. Não ouço mais: mamãe, me ensina o dever de casa!

64 - Os filhos crescem e deixam muita saudade, de quando eu ensinava-lhes o dever de casa, quando domingo saíamos com balde, bicicleta, etc. Hoje as vejo saindo com os namorados.

65 - Quando era criança era sozinha, não tive irmãos para brincar, como via minhas três filhas brincando. Eu era a última de uma família de dez.

66 - Quando tenho dúvidas *agora eu que peço: filha, me ensina do dever de casa!*

67 - Ser mulher não tenho nada contra, sou feliz em ser mulher.

68 - No futuro *acredito que tudo de um certo modo será melhor, pois estamos aqui para crescer, para criar, descobrir.*

69 - A competição *é uma coisa cansativa pelo menos certos tipos de competição chegam a ser ridícula.*

70 - *Necessito de uma casa grande com espaço para fazer o que eu gosto.*

71 - Meu maior prazer *receber pessoas em casa.*

72 - Detesto *pessoas falsas, mentirosas que te enganam. Gosto da verdade.*

73 - Quando estou sozinho (a) *fico inquieta, gosto de pessoas, gosto de movimento.*

74 - Meu maior medo *é voltar a ter câncer. Mas está nas mãos de Deus, cabe a mim, confiar.*

75 - Estou melhor *porque estou curada. Renasci para a vida.*

76 - Se trabalho *é porque gosto do que estou fazendo.*

77 - Me deprimos *quando vou ao médico e ele me pede exames.*

78 - A profissão *tenho um profissão daquelas (minha filha vai ser professora). Como na época não tinha maturidade, me fizeram professora e me acomodei.*

79 - Meus amigos *são pessoas que gosto muito, gosto dos domingos, sair para almoçar juntas, rir bastante.*

80 - Meu grupo *sempre se tem, mas não deixa se ser uma coisa um tanto complicada, pois não gosto muito de obrigações banais.*

81 - Se as mulheres *fossem todas simples, tivessem sempre os pés no chão, seriam menos fúteis.*

82 - Hoje *me vejo uma pessoa que não era antes de ter tido câncer. Sou forte, corajosa, decidida e vejo Jesus a frente de tudo que eu não posso resolver.*

83 - Eu *durante a radioterapia eu fechava os olhos e dizia: Jesus não me deixa só, tenho fobia de ficar trancada, mas sei que estás aqui ajudando a me curar e sentia a maca da Rádio ir, bater em algo e voltava. Depois sentia a maca fazer um giro. E agora que estou descrevendo este fato sinto a mesma presença, aquela imagem que com as mãos empurrava aquela maca. Sei que quando o moço entrava e dizia: terminou, eu não queria sair, ficava trancada lá achando maravilhoso.*