

**OS PROCESSOS SUBJETIVOS NA EXPERIÊNCIA DO CÂNCER: buscando novas
compreensões**

Laís Faber de Almeida Rosa

Brasília

Junho de 2016

LAÍS FABER DE ALMEIDA ROSA

**OS PROCESSOS SUBJETIVOS NA EXPERIÊNCIA DO CÂNCER: buscando novas
compreensões**

Monografia apresentada à Faculdade de
Psicologia do Centro Universitário de Brasília
- UniCEUB como requisito parcial à conclusão
do curso de Psicologia.

Professora-orientadora: Valéria D. Mori

Brasília

Junho de 2016

Dedico este trabalho aos meus avós Jandyra, Norma, Arlindo e Milton: minhas presenças ausentes. A história de vocês constitui constantemente a minha história. O meu sucesso advém de vocês.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar e acima de tudo agradeço aos meus pais, Marco e Telma, que me possibilitaram estar aqui. Vocês são a minha base em tudo e para tudo, meu exemplo de vida, companheirismo, ética, caráter e de que sempre alcançamos o que queremos desde que nos esforcemos. A nossa família é o exemplo de que juntos podemos alcançar o que quisermos e que sempre estaremos presentes um para o outro. Sem vocês nada seria possível. Muito obrigada!

Agradeço aos meus irmãos Lucas e Gustavo: a família sem vocês não é a nossa família. Obrigada por aguentar e me ajudar a superar todos os momentos ao longo desses cinco anos. Cada um de vocês dois com o seu jeito e à sua maneira me ensinou algo sobre a vida e me ajudou a seguir em frente na conclusão do curso, em qual caminho seguir em minha vida e quem eu sou hoje. Conto com vocês sempre, assim como estarei sempre aqui. Obrigada!

Agradeço, também, ao José Guilherme, meu companheiro, melhor amigo, confidente e amor. Você acompanhou todos os momentos da faculdade e conhece todos os altos e baixos, desejos de desistência, dúvidas, descobertas e re-descobertas ao longo do curso. Esteve sempre ao meu lado usando a sua racionalidade na minha emoção exacerbada e a sua emocionalidade na minha racionalidade mecânica. Você me coloca no chão e me tira dele ao mesmo tempo. Temos uma vida pela frente.

Agradeço à Isabella Zafallon, amiga que me acompanhou durante a faculdade, me mostrou que eu não me limito à Psicologia e me ajudou a descobrir e afirmar interesses alheios à minha profissão. Sempre me impulsionou e me incentivou em qualquer decisão que fosse. Obrigada por ser minha cobaia e me ajudar a ter uma nova visão de mim mesma constantemente.

À mais que uma simples professora e orientadora Valéria, eu agradeço pelo carinho e atenção concedidos à mim nos mais diversos momentos. Obrigada por permanecer ao meu lado quando nem todos permaneceram, por acreditar em mim e me mostrar que eu sou capaz, quando nem eu mesma acreditava. Os horizontes de possibilidade que você me abre são inspiradores e me lembram porque eu escolhi a Psicologia. Obrigada.

Não poderia deixar de agradecer os maiores presentes que a Psicologia poderia ter me dado: Alessandra Tosta, Camilla Campos, Luiza Monteiro e Marina Manzolillo. Obrigada por tornar o curso mais leve, divertido e sempre com a luz no fim do túnel. Obrigada pelos momentos de risadas em meio ao caos de final de semestre, por eventuais discussões que nos mostraram que somos mais fortes que isso e que nos gostamos além disso. Obrigada por me ensinar que amizade está além de se ver todo dia, mas nos gestos simples e no carinho despendido nas poucas vezes que nos vemos. Eles mostram que nada mudou. Nosso grupo não acaba com a faculdade, assim como a importância de vocês e o sorriso que levo sempre comigo.

De forma singela, agradeço à minha participante que me ensinou muito mais sobre a vida do que ela pode imaginar. Obrigada por me ensinar que o sentido da vida é muito mais complexo do que pensamos e que não agradecemos pequenas coisas e momentos que temos e vivemos em nossa existência. Encontrar você me ajudou a repensar a vida e a importância que ela tem, assim como as minhas relações cotidianas. Obrigada.

Por fim, e de modo breve, agradeço aos meus amigos de fora do UniCEUB: Milena Campos, Jorge Albino, João Felipe, Ana Zayat, Gustavo Senna, Lucas Schneider, Lucas Soares, Jéssica Amorim, Camila Dahmer, Ulisses Coutinho e Mariana Mendes. Nossos encontros sempre foram momentos de relaxamento, escape e conhecimento de quem somos. Obrigada pelos encontros marcantes e sempre inesquecíveis.

"O mundo se experimenta, acredito, menos como uma grande via que se desenvolveria através dos tempos do que uma rede que religa pontos e entrecruza sua trama".

(Michel Foucault)

RESUMO

Os processos de saúde-doença na sociedade são estudados a partir de uma ótica organicista, que divide a pessoa e suas experiências em categorias desconectadas das outras instâncias que constituem a pessoa e de suas relações sociais. Essa desconexão entre as diferentes instâncias que constituem a pessoa fragmenta sua vivência e a compreensão da pessoa como um paciente que se constitui na própria experiência do processo de saúde-doença, uma vez que os processos subjetivos relacionados à vivência de uma doença são configurados a partir das relações e práticas sociais da pessoa, as quais constituem a sua subjetividade. Com o objetivo de compreender a configuração dos processos subjetivos do câncer, foi utilizado o método construtivo-interpretativo, que apoia-se na Epistemologia Qualitativa, que defende a produção do conhecimento como um processo construtivo-interpretativo, singular e dialógico. Participou dessa pesquisa uma mulher, de 22 anos, diagnosticada com câncer. Foram realizado três encontros, nos quais foram utilizados dinâmicas conversacionais e complemento de frases. Baseado na construção da informação dessa pesquisa, as representações sociais apareceram intimamente atreladas à produção subjetiva da pessoa com câncer, assim como o momento do recebimento do diagnóstico da doença. Além disso, a subjetividade social perpassa a vivência do câncer e a configuração dessa doença na subjetividade da pessoa. Desse modo, o desenvolvimento humano caracteriza-se como um processo que atravessa e acompanha a pessoa em suas experiências cotidianas, as quais configuram novos sentidos subjetivos e promovem o desenvolvimento humano da pessoa diariamente em suas relações sociais. Diante disso, faz-se necessário compreender os processos de saúde-doença como processos mobilizadores de desenvolvimento humano em sua complexidade e possibilidade de acontecimentos.

Palavras-chave: Processos subjetivos; Subjetividade; Epistemologia Qualitativa; Câncer; Saúde.

ABSTRACT

Health-disease processes in society are studied from an organismic perspective, dividing the person and their experiences in disconnected categories of other instances which constitute her and their social relations. This disconnection between the various instances that represent the person breaks her experience and understanding of the person as a patient who is in the experience of the health-disease process, since the subjective processes related to the experience of a disease are configured from the relationship and the person's social practices, which constitute their subjectivity. In order to understand the configuration of the subjective processes of cancer, we used the constructive-interpretative method, which relies on Qualitative Epistemology, which supports the production of knowledge as a constructive-interpretative process, singular and dialogical. Participated in this research a woman, 22 years old, diagnosed with cancer. They were held three meetings, in which conversational systems and complement phrases were used. Based on the construction of the information in this research, the social representations appeared closely linked to the subjective production of the person with cancer, as well as the moment of receiving the diagnosis. In addition, the social subjectivity permeates the experience of cancer and configuration of this disease in the person's subjectivity. Thus, human development is characterized as a process that goes through and accompanies the person in their everyday experiences, which constitute new subjective senses and promote the human development of the person daily in their social relations. Therefore, it is necessary to understand the processes of health and illness as mobilizing processes of human development in its complexity and possible events.

Keywords: Subjective processes; Subjectivity; Qualitative Epistemology; Cancer; Health.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 Objetivos..... | 11 |
| 1.1.1 <i>Objetivo geral</i> | 11 |
| 1.1.2 <i>Objetivos específicos</i> | 11 |
| | |
| 2 CAPÍTULO TEÓRICO | 12 |
| 2.1 Teoria da subjetividade..... | 12 |
| 2.2 Representações sociais e desenvolvimento humano. | 20 |
| | |
| 3 CAPÍTULO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO | 30 |
| 3.1 Epistemologia Qualitativa. | 30 |
| 3.2 Participantes..... | 31 |
| 3.3 Local | 32 |
| 3.4 Construção do cenário de pesquisa..... | 32 |
| 3.5 Materiais | 33 |
| 3.6 Instrumentos | 33 |
| 3.7 Procedimentos. | 34 |
| 3.8 Proposta de análise de informações..... | 35 |
| | |
| 4 ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO | 37 |
| | |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 46 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 49 |

APÊNDICE A52

ANEXO A.....55

1 INTRODUÇÃO

Os processos de saúde-doença vividos em nossa sociedade são estudados a partir de uma visão dicotômica, que valoriza o biológico, percebe a pessoa como um objeto em estudo e considera saúde e doença como opostos e sem relação. Com isso, as relações sociais e produções subjetivas das pessoas são desconsideradas nos estudos de saúde em psicologia, o que aponta para uma possível herança do início dessa área da saúde, a qual tentava firmar-se como ciência e, para isso, conectou-se mais ao positivismo (GONZÁLEZ REY, 2012) e ignorou os espaços sociais em que a pessoa está inserida.

Em consequência desse modo de pensar a pessoa na psicologia, diversos estudos na área ficaram submetidos a uma visão mecanicista e dissociada das diversas instâncias que perpassam a pessoa - individual, social, biológica. Um exemplo disso é o estudo do desenvolvimento humano, que é um campo que possui uma postura sistemática e focada no organismo, embora esteja intimamente relacionado aos processos de saúde-doença vividos em nossa sociedade e às relações sociais da pessoa em seus espaços sociais.

Ao ignorar as relações estabelecidas pela pessoa, o estudo do desenvolvimento humano remete-se, quase imediatamente, às fases de desenvolvimento de um indivíduo - nascimento, recém-nascido, infância, adolescência, adulto e terceira idade. Isso contribui para que o pensamento e a reflexão acerca do desenvolvimento limite-se ao que a pessoa irá aprender em cada uma dessas fases e como deverá se comportar e pensar sobre diferentes questões em diferentes idades.

No entanto, o desenvolvimento me parece ir além dessa visão restrita de homem que seria alguém que apenas segue o que já foi estipulado por um teórico em uma determinada época e persiste como modelo a ser seguido por todos nós, desconsiderando-se as mudanças do mundo que estão relacionadas com a pessoa e a sociedade. Isto é, continua-se seguindo o proposto por tais teóricos sem novas reflexões e compreensões a partir das mudanças ocorridas no mundo desde a época em que estas teorias foram propostas.

As mudanças culturais e a própria globalização estão em relação constante com as mudanças das pessoas e o processo de desenvolvimento delas. Dessa forma, pensar os processos subjetivos desconsiderando essa relação entre pessoa e mundo pode incorrer no

risco de pensar a pessoa de forma parcial e compreendê-la como alguém que devia seguir um modelo e encaixar-se no proposto para que tudo esteja dentro do esperado.

E é justamente a consideração de que o social também faz parte dos processos subjetivos e do desenvolvimento humano que iremos trabalhar nesse trabalho, uma vez que as diversas doenças, inclusive o câncer, têm sido analisadas e estudadas sob a ótica organicista. Dessa forma, quando se discute processos de saúde e doença, é necessário considerar que a vivência da doença está relacionada ao desenvolvimento da pessoa, sendo essa experiência influenciada e ligada às questões sociais e culturais do local em que a pessoa vive. Mas além disso, é fundamental pensar a produção da pessoa no processo de viver a doença.

O que se busca nesse trabalho, portanto, é promover uma reflexão dos processos subjetivos tanto individuais quanto sociais, pensando a pessoa em sua singularidade e complexidade, conforme proposto por González Rey (1997, 2011) em sua proposta de análise, a epistemologia qualitativa, e em sua alternativa teórica, a teoria da subjetividade. A partir desse quadro teórico-metodológico, é possível estudar de modo aprofundado a pessoa e pensar como suas experiências perpassam e estão relacionadas ao seu desenvolvimento humano.

1.1 Objetivos da pesquisa

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender a configuração dos processos subjetivos do câncer e sua implicação no desenvolvimento humano.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Compreender os processos de sentido subjetivos na experiência do câncer.
- Discutir os diferentes aspectos da subjetividade individual e social na vivência do câncer.

2 CAPÍTULO TEÓRICO

2.1 Teoria da subjetividade

O binômio saúde-doença tem sido discutido por diferentes teóricos e sob diferentes olhares e concepções teóricas. Na psicologia, essa temática está presente em todas as áreas, tendo em vista que lidamos com esses aspectos da pessoa, embora os olhares sejam diferentes. As discussões, muitas vezes, permanecem centradas na perspectiva do adoecimento em detrimento de uma visão ampla da configuração complexa desse processo.

Quando se pensa o desenvolvimento das reflexões sobre saúde, percebe-se que a compreensão desse aspecto da pessoa mudou ao longo dos anos. Voltando alguns séculos na história, Hipócrates trabalhou e considerou a saúde e doença como a interação entre aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, formulando a chamada "teoria dos quatro humores". Além de Hipócrates, é possível perceber que outros estudiosos possuíam uma visão integrada de saúde e do processo de adoecer, como Hanehman, no século XVIII, e Freud, no século XX (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001). Sigmund Freud (1856 - 1939) é um dos principais expoentes da psicologia e, por isso, possui grande influência na forma de pensarmos o processo de adoecimento. Ademais, seus estudos foram fundamentais no rompimento com uma psicologia positivista e mecanicista, voltando-se para a *psique*.

No entanto, apesar de ressaltar os conflitos emocionais na aparição de sintomas, a psicanálise adotava uma visão intraindividual da saúde. Ou seja, apenas questões da pessoa estão envolvidas na doença, o que implica considerar os aspectos psicológicos no processo de adoecimento orgânico, mas não o social, pensamento no qual a psicossomática se baseou em sua constituição (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001; SPINK, 1992b). Dessa forma, apesar de considerar os aspectos psicológicos, não se compreende a forma como esses aspectos são configurados na experiência da pessoa e em seu processo de saúde e doença, limitando essa relação a uma perspectiva linear e causal, na qual uma questão implica diretamente a outra.

Paralelo a essa visão complexa de saúde e doença, fortaleceu-se o pensamento cartesiano no século XVII, o qual é fundamentado na razão humana e na divisão entre mente e corpo (JAPIASSÚ, 2005), e se configura como um dos alicerces do modelo biomédico, que se fortaleceu com o aumento do conhecimento médico nos séculos XVIII e XIX (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001; GONZÁLEZ REY, 2011).

O modelo biomédico, dessa forma, tornou-se hegemônico no século XX e passou a deixar de lado os aspectos sociais e psicológicos da doença, considerando apenas o corpo e tendo seu foco na doença, e não no processo saúde-doença. Associado a isso, o modelo biomédico promoveu a busca por descobertas científicas e médicas na cura dessas doenças, mas isso não implica que foi pensado, necessariamente, a qualidade de vida das pessoas que eram diagnosticadas com alguma doença e os processos pelos quais configuravam os sentidos dessa experiência (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001). Isto é, havia uma supervalorização da doença sobre a pessoa e seu caráter ativo no processo de saúde-doença.

Assim, os aspectos subjetivos da pessoa com a doença são deixados de lado e ocorre uma dissociação entre doente e doença (SPINK, 1992a), contribuindo para o caráter passivo da pessoa frente ao seu processo de adoecimento, o que possibilitou e reforçou a hegemonia do modelo biomédico na sociedade por muitos anos.

Spink (1992b) defende que a doença é um fenômeno psicossocial e historicamente construído. Isto é, o processo saúde-doença é intrínseco às mudanças sociais, econômicas e políticas da sociedade em que ele se configura. Dessa forma, quando ocorrem alterações na sociedade, a saúde e a doença também são pensadas e representadas de forma diferente, de tal modo que elas se reconfiguram constantemente.

Nesse sentido, assume-se que o modelo biomédico não poderia permanecer como o único modelo de reflexão acerca do processo saúde-doença. Traverso-Yépez (2001) afirma que os tipos de doenças vigentes na sociedade mudaram nas últimas décadas, saindo da esfera das doenças infecciosas e passando para as crônicas. Essa mudança nos tipos de doenças com maior índice de ocorrência está relacionada à como a sociedade está configurada no momento e à alterações estruturais, tais como saneamento básico e políticas públicas. A predominância de doenças crônicas na sociedade ressalta o papel dos aspectos psicológicos e sociais, recuperando o aspecto interacionista entre orgânico, psicológico e social, uma vez defendido por Hipócrates.

Essa predominância das doenças crônicas na sociedade exigiram que a pessoa possuísse maior assistência da equipe médica e do Estado, o que significou estar mais ativa nos hospitais e consultórios, para que o caso fosse acompanhado de forma contínua. Essa institucionalização da doença, causada, principalmente, por causa do modelo biomédico, levou o homem à uma sensação de incompetência frente à doença, porque não possui espaço

para refletir e agir frente ao seu próprio processo de saúde-doença. Dessa forma, cabe a ele ser passivo frente às decisões e ações da equipe de saúde, apenas ouvindo o que lhe é dito, sem emergir como sujeito do processo, como alguém que reflete o que lhe é dito e pelo que ele passa. A própria doença deixa de ser algo dele, uma vez que ele nada pode fazer para melhorar, mudar ou pensar este processo (GONZÁLEZ REY, 2011).

Embora o modelo biomédico ainda seja hegemônico nas práticas relacionadas a saúde e muitas políticas públicas relacionadas à saúde se baseiem nele, diversas áreas da saúde, entre elas a psicologia, têm buscado resgatar a pessoa que vivencia esse processo, proporcionando um novo olhar sobre si mesma no processo. Novas formas de pensar a saúde-doença e as relações estabelecidas nas instituições de saúde exploram outras instâncias da vida da pessoa, tais como social e psicológico, indo além do biológico e do orgânico. Essa tentativa de compreender a pessoa como um ser em relação com a sociedade - e não somente um organismo em funcionamento - contribui para o envolvimento do paciente em seu processo de saúde-doença, o que pode levar à emergência dele como sujeito desse processo.

Os diversos processos vivenciados pelas pessoas são configurados em sua subjetividade quando a pessoa emerge como sujeito de sua experiência e uma pessoa em conjunto com o meio e as relações por ela estabelecidas, sendo, por isso, fundamental a mudança no modo de perceber a pessoa em seu processo de saúde-doença, acima citado (GONZÁLEZ REY, 2011). Na teoria da subjetividade, sujeito implica uma pessoa autônoma, com postura ativa frente às suas atividades e gerando novas alternativas e recursos para lidar com os processos que vivencia no cotidiano e nos espaços sociais em que atua, incluindo entre esses processos o de saúde-doença (GOULART, 2015). Nessa busca por alternativas e novos recursos, o sujeito vivencia momentos de tensão e rupturas com as normas sociais dominantes, que lhe impõem formas de ser, agir e pensar, para expressar sua produção singular de sentido subjetivo (GONZÁLEZ REY, 2004b, 2015a).

O sujeito possui um caráter ativo e em constante desenvolvimento ao vivenciar suas experiências e tomar decisões frente ao seu processo. Uma pessoa com câncer emerge como sujeito do processo quando, a partir do desenvolvimento da sua doença, ela cria estratégias terapêuticas para refletir sobre a doença e para lidar com ela e com o que acontecerá com ela durante o tratamento. Essas estratégias desenvolvidas pela pessoa são recursos a partir dos quais ela rompe com as limitações impostas pela sociedade e pelas representações sociais à uma pessoa com câncer, tais como não sair de casa, repousar e tomar diversos cuidados que

estão associados à doença. Emergir como sujeito implica aparecer a cada momento, criando seu próprio espaço de subjetivação frente ao processo de vivenciar o câncer, o que indica o seu próprio desenvolvimento humano.

O câncer, enquanto um fenômeno complexo, surge como um processo que representa o funcionamento completo do organismo e está em constante desenvolvimento, por ser um processo histórico, o qual muda qualitativamente de acordo com as mudanças da humanidade e da própria pessoa. Podemos pensar, então, que ao acompanhar e vivenciar as mudanças da humanidade, a saúde assume um caráter ativo, que se configura na experiência individual e social, de forma intrínseca e dialética (GONZÁLEZ REY, 2004a).

Embora saúde seja um processo configurado individual e socialmente na experiência do câncer, é importante ressaltar que a vivência dessa experiência é subjetiva e não deve ser considerado que ao citarmos "social" a doença possui o mesmo significado para todas as pessoas que estão com câncer, por exemplo. Pelo contrário, a subjetividade é um processo que integra e perpassa o individual e o social, de tal forma que a experiência da pessoa adquire sentido e significado na sua vivência e se restabelece permanentemente (GONZÁLEZ REY, 2003, 2011; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2005).

Relacionado a isso, González Rey (2004a) afirma: "a saúde é vista como processo, como momento ativo que pressupõe a participação do indivíduo junto aos outros elementos significativos que participam do processo" (p. 12). Isto é, o significado da vivência do processo do câncer se configura na experiência da pessoa, diante da qual ela se transforma em sujeito, com participação ativa nessa experiência. Com isso, ao emergir como sujeito, a pessoa com câncer começa a configurar o processo a partir de suas reflexões, sentimentos, emoções e conhecimentos.

Na teoria da subjetividade, o processo saúde-doença vai além de estar com uma doença ou estar saudável. Para este autor, "saúde e doença são entendidas como sistemas complexos em desenvolvimento, como configurações de processos diferentes que, em um momento particular, facilitam ou impedem à pessoa a geração de alternativas saudáveis diante das experiências vividas" (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 28). Isto é, saúde-doença está presente e configura a vida da pessoa de modo geral, perpassando os comportamentos que ela possui no cotidiano e o seu desenvolvimento humano, que ocorre no curso do processo de viver a doença e conforme a pessoa configura sua experiência.

Nesse sentido, a categoria sentido subjetivo nos auxilia a discutir a configuração dos processos que a pessoa vivencia no câncer, pois eles possibilitam compreender como a subjetividade se organiza em processos sociais e individuais e como esses processos são configurados na experiência da pessoa (MORI, 2015). A partir disso, podemos pensar no caso da vivência de um câncer como esses diferentes processos se relacionam e, a partir dessa interação, são configurados na experiência da pessoa e constituem sua história pessoal.

Os sentidos subjetivos são produções simbólico-emocionais que se configuram na experiência do sujeito e, enquanto uma integração entre o simbólico e o emocional, possuem as emoções como expressão da configuração da subjetividade, que foi constituída na história individual da pessoa (GONZÁLEZ REY, 2003, 2008b, 2015). Essas produções simbólico-emocionais estão relacionadas à capacidade da pessoa de gerar alternativas frente às situações vividas, como o câncer, tendo em vista que eles rompem com a determinação do social sobre os processos individuais e assumem uma relação recursiva, em que o social e o individual dialogam e se constituem mutuamente (GONZÁLEZ REY, 2003; MORI, 2015).

Tendo em vista que as produções subjetivas da pessoa envolvem o individual e o social, o rompimento com a visão dicotômica entre essas instâncias é fundamental, pois, no caso do câncer, o diagnóstico é acompanhado de estereótipos e conclusões *a priori* de como será o processo, os quais são baseados na opinião da sociedade, que elabora as representações sociais relacionadas ao câncer. Ao limitar sua experiência aos estereótipos, a pessoa pode paralisar diante da experiência e dos processos pelos quais é responsável e, conseqüentemente, não se perceber como sujeito da ação e, com isso, não gerar alternativas frente a essa situação e aos diferentes acontecimentos durante o processo de tratamento.

Perceber-se como sujeito da ação e da vivência é fundamental para a emergência de sentidos subjetivos, pois esses aparecem a partir dos efeitos que produzem na pessoa que vivencia o câncer. Conforme emergem no processo de vivência da experiência do câncer, os sentidos subjetivos se organizam e se convergem na categoria denominada configuração subjetiva, a qual integra e articula produções singulares da pessoa em diferentes momentos da vivência do câncer, possibilitando compreender as expressões subjetivas relacionadas a essa doença de forma integrada e complexa (GONZÁLEZ REY, 2011).

Conforme tem sido explicitado, o sentido subjetivo relacionado ao câncer se configura na vivência dessa doença, envolvendo o individual e o social. A partir disso, a subjetividade

não é compreendida como algo intrapsíquico à pessoa, ou seja, como algo que lhe aparece na consciência sem que ela compreenda ao certo o que significa essa experiência (GONZÁLEZ REY, 2003). Pelo contrário, a subjetividade se constitui junto com a vivência do câncer e dos diversos momentos que uma pessoa com câncer vivencia, como o diagnóstico, a decisão do tratamento, a possibilidade de cirurgia, as representações sociais do câncer na sociedade em que está inserida, ao prognóstico do seu caso, entre outros momentos vividos ao longo desse processo de saúde-doença que envolve o câncer.

O rompimento com a representação da subjetividade como algo intrapsíquico implica compreendê-la como construída a todo momento e dialeticamente na experiência do câncer e nas relações pessoais que a pessoa com câncer estabelece no espaço social que está inserido (GONZÁLEZ REY, 2003). É neste quesito que o social possui importância na configuração da subjetividade e na emergência dos sentidos subjetivos e da própria pessoa como sujeito de sua experiência. O modo de relacionar-se com as pessoas em seus diversos círculos sociais configura os sentidos subjetivos relacionados ao câncer, os quais envolvem a forma como a pessoa compreende e percebe o câncer.

Com o objetivo de enfatizar essa relação entre o individual e o social na constituição da pessoa e na produção de sentidos subjetivos, González Rey (2003) introduz a categoria de subjetividade social em um momento específico da psicologia latino-americana que buscava firmar uma psicologia própria, que se aproximasse da psicologia social e enfatizasse o sujeito em seus processos. Essa categoria nos possibilita compreender como os espaços sociais em que a pessoa está inserida estão relacionados à configuração dos sentidos subjetivos relacionados ao câncer, pois ela vem ressaltar que os processos sociais são constituídos pela pessoa e, simultaneamente, a pessoa é constituída por eles.

A partir disso, o câncer, enquanto um processo social, constitui a pessoa que foi diagnosticada com a doença da mesma forma que essa pessoa irá trazer contribuições para a constituição subjetiva do câncer no espaço social em que ela está inserida, indicando a aproximação entre os aspectos intrapsíquicos e as relações sociais da pessoa. Isto é, enquanto a pessoa vivencia o câncer, emergem sentidos subjetivos relacionados à doença, que se integrarão à outras representações do câncer existentes nos espaços sociais em que a pessoa está inserida. Da mesma forma, essas representações sociais do câncer se relacionarão com a experiência da pessoa, pois elas guiarão a pessoa no seu entendimento da doença, sem, no entanto, determinar, *a priori*, como a pessoa percebe, entende e significa o câncer.

A subjetividade social aparece, então, com o propósito de romper com a ideia de que a subjetividade é intrínseca à pessoa e um fenômeno exclusivamente individual para, a partir desse rompimento, compreendê-la como um fenômeno complexo, que envolve social e individual de forma simultânea e conjunta (GONZÁLEZ REY, 2003). Ao romper com essa representação, a subjetividade social, relacionada à subjetividade individual, considera e reconhece a "gênese histórico-social" (GONZÁLEZ REY, 2003, p. 202), associada à história e configuração subjetiva da pessoa que vivencia o câncer.

Vivenciar o câncer envolve o momento atual da pessoa, a história constituída ao longo de sua vida e os espaços sociais em que ela está inserida, pois a subjetividade social não está

associada somente às experiências atuais de um sujeito ou instância social, mas à forma em que uma experiência atual adquire sentido e significação dentro da constituição subjetiva da história do agente de significação, que pode ser tanto social como individual (GONZÁLEZ REY, 2003, p. 202).

Com isso, a vivência do câncer implica refletir sobre o momento atual da história do sujeito, atrelado à sua história de vida. Essa integração possibilita que o sentido dessa vivência seja configurado de modo transversal em sua vida, associando elementos de diferentes momentos de sua vida e espaços sociais, assim como diferentes representações sociais orientarão a pessoa na configuração do que é ser diagnosticado e possuir câncer. Essa transversalidade é fundamental para que se compreenda quais são os aspectos que influenciam ao longo da vivência do câncer e para trabalhar quais as questões que contribuem na busca de alternativas frente ao processo e quais paralisam a pessoa nesse momento.

Considerar a história e o momento atual da pessoa e o espaço social em que ela está inserida é fundamental porque a subjetividade social de um espaço é constituída de elementos próprios desse espaço e de elementos advindos de outros espaços sociais e dos próprios sujeitos que constituem esse espaço (GONZÁLEZ REY, 2003). Em um hospital, por exemplo, aparecem diferentes universos subjetivos, tais como o dos médicos, dos enfermeiros, dos pacientes, dos familiares, entre outros, os quais se integram à subjetividade social do hospital, que se configura, então, de forma única e diferenciada (GONZÁLEZ REY, 2003; BEZERRA, 2014). Dessa forma, um espaço social é constituído por diversos elementos e, ao mesmo tempo, constitui outros espaços sociais. O hospital, com isso, é um espaço social

constituído pelos elementos acima citados e, simultaneamente, constitui o espaço social do paciente e de seus familiares, que integram características do hospital em sua subjetividade.

No que se refere à relação entre subjetividade social e subjetividade individual, Mitjáns Martínez (2005) afirma:

As subjetividades social e individual constituem-se mutuamente. Não é possível considerar a subjetividade de um espaço social desvinculada da subjetividade dos indivíduos que a constituem; do mesmo modo, não é possível compreender a constituição da subjetividade individual sem considerar a subjetividade dos espaços sociais que contribuem para a sua produção (p. 20).

No hospital a relação entre social e individual aproxima-se, uma vez que a pessoa com câncer passa a frequentar esse espaço social e elementos da subjetividade social desse local e da subjetividade individual de outras pessoas também inseridas nesse contexto integram sua subjetividade, avançando em novos sentidos e significados que se configuram nos sentidos subjetivos que irão emergir com essa experiência. Ou seja, ao relacionar-se com pessoas de diferentes cidades, estados, país, classe econômica, raça, costumes, entre outros elementos característicos que constituem as pessoas, o paciente integra novos universos subjetivos, que constituirão sua história e sua configuração subjetiva.

Contudo, para que a visão complexa e integrada da constituição e desenvolvimento de uma pessoa no contexto de saúde-doença seja compreendida é necessário o rompimento com as dicotomias indivíduo-sociedade e físico-psíquico instauradas pelo modelo biomédico que predomina nas discussões acerca do processo saúde-doença. Baseado em González Rey, Goulart (2013) defende que a visão mecanicista e linear instaurada pelo modelo biomédico dificultou pensar a pessoa em suas diversas dimensões. O autor acrescenta:

de certo modo, era mais fácil ter como objetivo a "extirpação do mal", centralizando o tratamento na cura dos sintomas, do que buscar compreender a enorme complexidade de um sistema que integra as dimensões biológica, histórica e cultural - sistema este definido aqui como **subjetividade** (GOULART, 2013, p. 33, grifo do autor).

A subjetividade da pessoa representa a integração das suas dimensões, que atuam de forma mútua e recursiva, produzindo sentidos subjetivos (GONZÁLEZ REY, 2003). No processo de vivência do câncer, essas dimensões - biológica, histórica e cultural - aparecem

de forma integrada e intrinsecamente relacionadas, influenciando a configuração dos sentidos subjetivos relacionados ao câncer, os quais possibilitarão a compreensão da processualidade da subjetividade da pessoa. A processualidade de um processo implica romper com uma visão linear e determinista da relação do paciente com a doença, o que possibilita que a pessoa se transforme em sujeito desse processo.

Com isso, as dimensões relacionadas ao câncer consideradas externas ao sujeito - tumor, ansiedade frente ao processo de saúde-doença e a representação social do câncer na sociedade, por exemplo - não atuam de forma integrada e relacionadas entre si. No entanto, ao avançar essa discussão para o desenvolvimento em conjunto e integrado dessas dimensões, percebe-se que uma influencia o desenvolvimento da outra e, simultaneamente, a constituição subjetiva da pessoa com câncer frente a esse processo.

2.2 Representações sociais e desenvolvimento humano e suas relações com a teoria da subjetividade

O avanço no rompimento da dicotomia entre individual e social é importante, pois as situações vivenciadas pelas pessoas estão além da experiência individual. Isto é, a pessoa em sua subjetividade individual significa sua experiência e emergem sentidos subjetivos a ela relacionados, mas a configuração de sua subjetividade individual envolve, também, a subjetividade social. Dessa forma, indivíduo e sociedade estão intrinsecamente e dialeticamente relacionados, configurando suas vivências de forma conjunta e afetando um ao outro constantemente.

A partir disso, algumas experiências das pessoas envolvem, além dela e de sua rede social próxima, a sociedade que configura novos sentidos para esta experiência. Se pensarmos em saúde-doença, as doenças existentes são configuradas pela sociedade e compartilhadas, de tal modo que as pessoas, muitas vezes, passam a conhecer e pensar a doença de acordo com o que a sociedade elaborou e assumiu como correto naquele determinado momento da história.

Sobre essa configuração social, Jodelet (2001) explica que isso ocorreu com a AIDS nos anos 1980. Conforme os casos da doença aumentavam, a sociedade criou teorias para explicar porque as pessoas tinham AIDS e como elas poderiam ser infectadas, buscando uma explicação em si e uma forma de tentar prevenir-se da infecção. O interessante nesse caso é

que essas teorias e explicações aconteceram antes que os médicos e pesquisadores descobrissem concretamente o mecanismo da AIDS e encontrassem respostas concretas para essas perguntas, de tal forma que a sociedade guiou a prevenção e os cuidados a partir do que as próprias pessoas concluíram, sem embasamento científico.

Embora hoje se saiba que essas teorias da população foram geradoras de preconceito direcionado às pessoas infectadas pelo vírus e às pessoas que a sociedade considerava propensa à infecção (homossexuais, usuários de drogas e receptores de transfusões de sangue), preconceito este que ainda existe nos dias atuais, essas teorias elaboradas pela sociedade foram importantes para que as pessoas possuísem um direcionamento e conhecimento mínimo acerca da doença, ainda que esse conhecimento fosse de senso comum e não científico. Isso foi importante para que as pessoas se prevenissem e ficassem atentas à possíveis sinais e sintomas da doença, procurando assistência médica e evitando a doença, assim como configurando o sentido que a doença possui em sua vida e em seu espaço social.

Essas teorias que formulam conhecimento e guiam a relação da sociedade com o mundo e com as outras pessoas são denominadas **representações sociais**, teoria desenvolvida por Moscovici, na década de 1960, a partir da teoria das representações coletivas de Durkheim (MOSCOVICI, 1995).

As representações sociais surgem como uma crítica à psicologia social dominante nos Estados Unidos, que possuía uma postura individualizante, considerando individual e social como instâncias separadas, de tal forma que as produções de uma não interferem na outra (FARR, 1995). No entanto, como tem sido discutido, o social e o individual estão intrinsecamente relacionados e as produções de um espaço social influenciam, em alguma medida, nas produções e constituição da subjetividade das pessoas, conforme ocorreu com a AIDS, na reflexão de Jodelet (2001).

Ao avançar nessa discussão, a teoria das representações sociais aproxima indivíduo e sociedade, afirmando "a capacidade criativa e transformadora dos sujeitos sociais"¹ (JOVCHELOVITCH, 1995, p. 64) e, com isso, recupera a pessoa na configuração do sentido subjetivo das experiências vividas por ela e, também, como a sociedade representa essa doença.

¹ O termo sujeito utilizado pela autora é diferente da categoria "sujeito" definida por González Rey (2003, 2011). Jovchelovitch (1995) utiliza o termo associado ao social, ou seja, é um "sujeito social" relacionado à psicologia social e não à teoria da subjetividade, como o de González Rey.

Semelhante à AIDS, o câncer também possui representações sociais na sociedade. Contudo, as representações sociais do câncer estão mais relacionados ao prognóstico da doença, do que ao processo de infecção como aconteceu com a AIDS. Ainda que os estudos científicos relacionados ao câncer tenham avançado intensamente, as representações sociais dominantes do câncer ainda estão relacionadas à sofrimento, dor e possibilidade de morte.

Embora ainda existam essas representações sociais, atualmente, as representações sociais do câncer têm se modificado buscando aspectos positivos do prognóstico, como tratamento e possibilidade de cura. Isso se deve ao fato de que as representações sociais são configuradas em um espaço social específico, o qual vive um momento específico. Por isso, as representações sociais não podem ser pensadas e consideradas dissociadas do contexto que as concebe, nem da sua funcionalidade nas interações sociais em que foram configuradas, pois as representações sociais estão permeadas pela comunicação e pelas práticas sociais dessa sociedade que as configurou (SPINK, 1995; JOVCHELOVITCH, 1995).

Com isso, as representações sociais de um mesmo objeto não são iguais em todos os lugares e se reconfiguram em um mesmo espaço social constantemente. A representação social do objeto, dessa forma, depende do desenvolvimento econômico, industrial, educacional, da saúde e outras áreas do país. O câncer, por exemplo, possui uma representação social no Brasil e outra nos Estados Unidos. Considerando-se que os Estados Unidos possuem maior desenvolvimento econômico e maior investimento em pesquisas e estudos científicos na área de saúde, eles possuem maiores recursos para descoberta de novos casos de câncer e de novos tratamentos. Além disso, há maior investimento na comprovação da eficácia de tais tratamentos.

Já no Brasil, onde o desenvolvimento econômico é instável e os recursos para pesquisas científicas, a comprovação dos resultados e a continuidade dos estudos é limitado, as representações sociais estão mais relacionadas a um prognóstico complicado. Isso acontece, principalmente, porque o acesso ao tratamento do câncer é limitado. Isto é, os tratamentos mais eficazes e com novos tratamentos são, em grande parte, possíveis à parcela da população que possui condições financeiras para pagar por um tratamento particular, uma vez que a rede pública de saúde não possui recursos financeiros e de material para fornecer o tratamento mínimo e eficaz para a maior parcela da população. Isso contribui para que a representação social do câncer no Brasil, atualmente, esteja relacionada ao que foi citado anteriormente e à questões financeiras, ou seja, quem for diagnosticado com câncer terá que

realizar, além do investimento emocional, investimento financeiro para que tenha possibilidade de cura.

A despeito da importância das representações sociais na sociedade enquanto "forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social" (JODELET, 2001, p. 22), essa construção de conhecimento, muitas vezes, pode implicar na omissão da pessoa enquanto sujeito do processo. Isto é, as representações sociais se transformam na experiência da pessoa, sem que ela viva essa experiência de acordo com o seu caso e suas vivências, paralisando frente ao processo. Dessa forma, as representações sociais são importantes para a vivência do processo, mas de tal modo que não sejam o processo em si e não determinem *a priori* o que o câncer significa para a pessoa. Se elas estão próximas a aspectos negativos, isso pode atrapalhar no processo de saúde-doença; se estão próximas a aspectos positivos, podem contribuir com esse processo. O rompimento com essas representações sociais, e a própria reconfiguração delas, indica a emergência da pessoa como sujeito do processo, que experienciou o câncer e significou sua própria vivência, de forma ativa, criativa e transformadora, vivência esta que vem acompanhada da emocionalidade do sujeito durante o processo (GONZÁLEZ REY, 2003).

A emocionalidade em um processo vivenciado pela pessoa é fundamental para que ela se transforme em sujeito do processo e sua capacidade criativa e transformadora apareçam durante a experiência. No entanto, a emocionalidade nas representações sociais, não possuiu destaque para Moscovici, que teve como foco a relação das representações sociais com a linguagem e o discurso (GONZÁLEZ REY, 2015b). Dessa forma, as pessoas foram consideradas nas representações sociais enquanto em sua relação com a sociedade, mas apenas como pessoas e não como sujeitos (GONZÁLEZ REY, 2015b).

Considerar a emocionalidade na configuração das representações sociais implicaria considerar a pessoa enquanto sujeito como algo intrínseco à definição de representações sociais, avançando em uma compreensão mais complexa da relação entre social e individual e da própria teoria das representações sociais (GONZÁLEZ REY, 2015b). Partindo dessa discussão, González Rey (2006, 2008a, 2015b) avança na discussão e reflexão da teoria das representações sociais, aproximando essa teoria da teoria da subjetividade, ao considerar as representações sociais como configurações subjetivas, o que possibilita o rompimento com a

dicotomia entre social e individual e considerar o sujeito como intrínseco das representações sociais.

Pensar o sujeito como intrínseco às representações sociais implica que essas formas de conhecimento são reconfiguradas constantemente, pois as pessoas que vivem na sociedade estão refletindo e atuando criticamente frente a essas teorias que a sociedade constitui. Isso significa que elas questionam, por exemplo, a forma como se entende o câncer, pois elas conhecem casos que não se reduziram à sofrimento, mas à formas criativas de lidar com o diagnóstico e tratamento. Além disso, ao posicionarem-se como sujeito, elas possuem a possibilidade de enfrentar as representações sociais de modo a considerar cada caso particularmente e compreender que a experiência de uma pessoa não significa que todas as outras pessoas diagnosticadas com a mesma doença passarão pelo mesmo processo, questão que foi discutida acima como um ponto negativo das representações sociais. González Rey (2008a, 2015b) busca romper com essa ideia sem desconsiderar a importância das representações sociais, mas, por outro lado, avançando na discussão e pensando de forma mais complexa a relação entre sociedade e indivíduo.

Uma questão que Moscovici deixou em aberto na teoria das representações sociais foi o fato de separar o interno e o externo da pessoa, ponto que González Rey buscou aprofundar. A relação entre externo e interno das representações sociais aproxima-se quando González Rey (2015b) propõe que a emocionalidade está intrínseca nessas formas de conhecimento, pois

as emoções, no organismo humano, constituem-se em um ponto de interseção entre o funcionamento psicofisiológico, subjetivo e social, o que as define como um fenômeno configuracional aberto, impossível de ser reduzido, em sua constituição, a nenhum dos sistemas que, de forma simultânea, participam de sua determinação (GONZÁLEZ REY, 2004a, p. 84/85).

As emoções, dessa maneira, são uma das responsáveis pela relação dialética e recursiva entre as três instâncias apresentadas pelo autor, que envolvem o externo e o interno à pessoa em sua configuração e, conseqüentemente, na configuração e reconfiguração das representações sociais. Os sentidos subjetivos estão constituídos pelas emoções, pois eles emergem a partir da emocionalidade da pessoa frente ao processo, a partir do que a pessoa vivencia e experiencia, e não apenas do que lhe é apresentado racionalmente.

Ao avançar nessa relação entre externo e interno e pensar as representações sociais a partir da teoria da subjetividade, consideramos e percebemos que as representações sociais não são um processo externo à pessoa que a influencia em seu cotidiano e em suas práticas diárias, mas sim que são, como afirmamos anteriormente, configuradas e reconfiguradas subjetivamente durante as ações dos sujeitos no espaços sociais em que eles estão inseridos (GONZÁLEZ REY, 2015b).

Com isso, as representações sociais são uma produção da subjetividade social, que integra os sentidos e as configurações subjetivas que se desenvolvem no discurso do sujeito (GONZÁLEZ REY, 2008a). Ou seja, elas estão constituídas na subjetividade social e na individual, pois representam uma produção subjetiva complexa, que envolve aspectos subjetivos da pessoa e do grupo social em que ela está inserida (GONZÁLEZ REY, 2006).

Considerando que a saúde é constituída pelo social porque é um processo subjetivo que integra o social, o cultural e a história de vida da pessoa e da sociedade em que ela está inserida e que a representação social do câncer é configurada por sentidos subjetivos e pelas práticas simbólicas que constituem o cotidiano da pessoa, implica-se que o câncer vai se configurando na subjetividade da pessoa, conforme emergem sentidos subjetivos a ele relacionados (MORI, 2014; GONZÁLEZ REY, 2006). Esses sentidos subjetivos são configurados a partir das diversas vivências da pessoa, relacionadas ou não ao câncer, mas que de alguma forma remetem o sujeito à doença. Além dessas experiências, a subjetividade individual relacionada à subjetividade social reconfigura a própria representação social do câncer no espaço social em que a pessoa está inserida, influenciando, com isso, a forma como o câncer é configurado na subjetividade da pessoa.

Os processos subjetivos, dessa forma, se constituem de forma relacional e dialética com a sociedade, com as representações sociais e com as experiências da pessoa, sendo que a subjetividade social e individual se configuram de forma paralela e recursiva. Relacionando com o desenvolvimento humano e pensando esta temática a partir da teoria da subjetividade, seria incoerente considerar o desenvolvimento humano como algo intrínseco ao sujeito, apenas de fundo biológico e orgânico ou como algo externo à pessoa, em que ela introjeta informações ao longo de sua vida e segue para atingir o que é esperado. O desenvolvimento, segundo González Rey (2014b), não é externo à pessoa, pois ele se relaciona e acontece a partir da subjetividade que se configura.

De acordo com a teoria da subjetividade, o outro e o espaço social em que a pessoa está inserida são fundamentais no processo de desenvolvimento humano do sujeito. González Rey (2004b) afirma que "o outro deve ser um portador de sentido subjetivo para atuar como figura significativa para o desenvolvimento, mesmo que esse sentido possa se expressar tanto em prol do desenvolvimento, quanto em prol do caráter patológico desse processo" (p. 8). Ou seja, a influência do outro e do espaço social no desenvolvimento do sujeito está além de estabelecer contato com ele; é necessário que o sujeito constitua um sentido subjetivo em relação a esse outro para que ele esteja implicado no desenvolvimento humano do sujeito.

Tendo em vista que o desenvolvimento humano é expresso por meio da saúde, todos os processos vividos pela pessoa que envolvam saúde-doença constituem o desenvolvimento dela (GONZÁLEZ REY, 2004a). A partir dessa visão, o câncer representa um elemento do processo de desenvolvimento da pessoa, considerando-se que durante o tratamento ela desenvolverá estratégias para lidar com os momentos que envolvem um processo de câncer - diagnóstico, tratamento, cirurgias, prognóstico - e a forma como essa doença é percebida na sociedade em que a pessoa vive. Essas estratégias por ela criadas constituirão sua subjetividade e poderão aparecer em outros momentos, assim como fornecer suporte para a criação de novas estratégias terapêuticas que visam a qualidade de vida (GOULART, 2015).

Como já foi discutido, as experiências vividas pela pessoa possuem emocionalidade e os sentidos subjetivos se constituirão a partir dessa experiência e estarão a ela relacionados (GONZÁLEZ REY, 2003, 2008). Tendo em vista o lugar da emoção na constituição subjetiva da pessoa, o outro também deve implicar emocionalmente os sujeitos para que seja fonte e influencie o desenvolvimento da pessoa, uma vez que caso o outro não se apresente como figura significativa para o sujeito, ele não faz parte da história de vida da pessoa e, dessa forma, não está envolvido no desenvolvimento dela pois esse processo está intrinsecamente relacionado às configurações subjetivas da pessoa (GONZÁLEZ REY, 2003).

O desenvolvimento humano representa, então, uma ou mais configurações subjetivas que não se hegemonizam na subjetividade da pessoa, possibilitando recursos alternativos frente aos processos cotidianos da pessoa (GOULART, 2013). A partir disso, o curso do processo de câncer representa momentos de desenvolvimento da pessoa quando ela desenvolve alternativas estratégicas, reforçando que a saúde e a doença não são processos estáticos e organicistas, nem representam um estado de normalidade, mas são uma expressão

da pessoa que está diretamente relacionada à emergência da pessoa como sujeito do processo e é plurideterminada (MORI & GONZÁLEZ REY, 2012).

Burman (2008, 2011, 2013) tem criticado e repensado o modo como o desenvolvimento humano é compreendido na psicologia, como um conteúdo que necessita de uma área distinta e desarticulada dos outros estudos da psicologia. Uma das questões levantadas pela autora é como o desenvolvimento foi estudado ao longo dos anos com o foco principal na criança e em sua relação com a mãe, ignorando as outras relações sociais estabelecidas pelo infante, inclusive com o pai (BURMAN, 2008).

Essas relações sociais são resgatadas pela autora, em uma tentativa de incluir e demonstrar como o desenvolvimento das pessoas é construído com e em práticas sociais, e não isolado do social da criança (BURMAN, 2008). No entanto, essa crítica de Burman (2008) aponta como as pesquisas de desenvolvimento humano focados na díade mãe-bebê estão baseadas em representações sociais da sociedade, as quais estabelecem uma relação de hierarquia entre o espaço familiar/privado e o público, indicando que as relações constituídas no ambiente familiar são mais importantes que as estabelecidas nos outros ambientes frequentados pela criança, tais como a escola, hospital, parques.

Essa dissociação e hierarquização entre espaço privado e público apresenta complicações no processo de desenvolvimento das pessoas, incluindo nesses processos os educativos e os de saúde, que estão intrinsecamente relacionados. Ao realizarmos essa separação entre os diversos espaços pelos quais o sujeito circula, separamos, também, as funções de cada um. Dessa forma, as instituições de saúde não consideram necessário desempenhar função educativa no desenvolvimento das pessoas, assim como as escolas se eximem da responsabilidade de estimular veementemente processos de saúde na escola (GOULART, 2013). Isso gera processos de aprendizagem fragmentados e desintegrados entre si, o que resulta na visão que temos do sujeito e contribui para uma visão patologizante da pessoa.

A principal questão discutida nesse trabalho é que o desenvolvimento humano não se expressa em situações pontuais e momentos específicos da vida de uma pessoa, mas no conjunto dessas situações e momentos. Ou seja, o desenvolvimento humano é um processo, que envolve diversas situações vividas pela pessoa. As representações sociais de desenvolvimento humano são que a pessoa deve crescer e que o desenvolvimento deve ser

algo positivo e significativo para ela para ser considerado válido e existente. No entanto, o desenvolvimento humano é um processo e, como tal, não aparecerá de forma linear e contínua, mas ao longo do processo de vida da pessoa e integrando suas experiências.

No caso do câncer, o processo de tratamento dessa doença é intermitente e frequentemente a pessoa apresenta melhoras e pioras em seu prognóstico. Todavia, as pioras vivenciadas pela pessoa com câncer não significam retrocessos, mas momentos que constituem o seu processo de desenvolvimento humano como um todo. Isso implica que essas pioras, quando associadas às melhoras, representarão o desenvolvimento da pessoa com câncer frente à doença e ao tratamento.

A visão de que o desenvolvimento humano deve ser um processo com crescimento ascendente está arraigada nos estudos que defendem que desenvolvimento humano está diretamente relacionado às questões cognitivas e físicas da pessoa, de tal modo que se não há avanços nessas áreas a pessoa não está apresentando desenvolvimento (BURMAN, 2008). Isso demonstra como o social e as práticas sociais têm sido desqualificadas no estudo do desenvolvimento. As relações sociais estabelecidas pela pessoa e a sua capacidade de construir alternativas terapêuticas para lidar com a doença e o tratamento não recebem a mesma importância que as outras dimensões acima citadas no desenvolvimento humano.

Com isso, se uma pessoa para de responder fisicamente aos tratamentos - o tumor não diminui com as sessões de quimioterapia, por exemplo - considera-se que ela não está mais apresentando desenvolvimento no tratamento da doença e na busca pela cura. No entanto, ao mesmo tempo em que o biológico da pessoa parou de responder, essa pessoa apresenta estratégias terapêuticas para lidar com as sessões de quimioterapia e com o cotidiano de um tratamento de câncer, o que se apresenta, por exemplo, na forma como ela lida com os efeitos colaterais da quimioterapia. Contudo, em uma visão fragmentada e descontextualizada do sujeito, isso não é considerado, pois privilegia-se o cognitivo e o biológico, em detrimento da postura ativa da pessoa frente ao tratamento e a criação de alternativas terapêuticas que nos demonstram que essa pessoa se desenvolve dentro de seu processo de saúde-doença, buscando qualidade de vida.

Além da desqualificação do social no processo de desenvolvimento humano, há, ainda, a desconsideração do sujeito nesse processo, haja visto que suas produções subjetivas são ignoradas no seu processo de vivência do câncer. Deste modo, o desenvolvimento das pessoas

acontece na relação com os sentidos subjetivos configurados por ela e a pessoa se transforma em sujeito do processo, rompendo com a determinação da doença sobre ela e de sua passividade frente a esse processo, que é apenas um dos que a constitui (GONZÁLEZ REY, 2004b; MORI & GONZÁLEZ REY, 2012). Esse rompimento e a emergência da pessoa como sujeito no processo do câncer implica uma visão complexa e integradora dos sistemas subjetivos da pessoa e das relações e práticas sociais estabelecidas por ela, o que possibilita a compreensão do desenvolvimento humano como um processo contínuo e recursivo.

Burman (2011) afirma que, muitas vezes, as pessoas afirmam que desejam auxiliar o outro em seu processo de desenvolvimento, mas impõem suas crenças e teorias em oposição a auxiliá-lo nesse processo. Ou seja, impõe à pessoa em desenvolvimento aquilo que acredita e acha certo ainda que isso não faça sentido para o que se desenvolve, o que é um aspecto fundamental no desenvolvimento humano. Isto é, as teorias e crenças precisam se relacionar com a nossa emocionalidade e configurar sentido em nossa experiência para que configurem os sentidos subjetivos de nossas vivências. Caso a pessoa adote e o seu desenvolvimento ocorra conforme o que lhe é imposto pelos outros, ela não está se posicionando como sujeito frente ao processo e o processo de desenvolvimento transforma-se em um processo patológico pois a pessoa se comporta a partir de recursos que lhe são impostos e não recursos próprios constituídos em sua subjetividade e, portanto, de sua história de vida.

O desenvolvimento humano implica a emersão da pessoa como sujeito do processo e a busca de qualidade de vida, frente a um processo que possui representações sociais ligadas à dor e sofrimento. Mori e González Rey (2012) afirmam:

Ser sujeito da doença não significa que a pessoa negue sua condição, mas que, ante um processo que muitas vezes a limita, não perca seu interesse pela vida. Ser sujeito da doença é uma expressão de ser sujeito perante a vida que toma novas formas diante da emergência da enfermidade (p. 149).

Dessa forma, o sujeito configura o sentido das experiências ao longo do processo de saúde-doença, de tal modo que processos *a priori* não definem sua vivência e quais serão os sentidos subjetivos configurados na experiência do câncer. O sujeito se torna, então, o cenário do desenvolvimento pois é a partir de seus processos de subjetivação que o sentido do câncer será configurado e reconfigurado constantemente (GONZÁLEZ REY, 2004b).

3 CAPÍTULO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO

3.1 Epistemologia Qualitativa

Esta pesquisa foi realizada com base no método construtivo-intepretativo, de González Rey (2005, 2012), o qual é fundamentado pela epistemologia qualitativa, também proposta por González Rey (2012). Essa proposta epistemológica vem resgatar o aspecto epistemológico na pesquisa qualitativa, relacionando-o à parte teórica e demonstrando a indissociabilidade entre essas instâncias nos estudos dos processos psicológicos e sociais de uma sociedade.

Nesse sentido, ao buscar novas formas de acompanhar as pesquisas qualitativas na área da Psicologia, fornecendo bases teóricas, epistemológicas e instrumentais, González Rey (2012) propõe a epistemologia qualitativa, que possui três princípios básicos. Esses princípios visam compreender os processos estudados em sua complexidade, considerando a relação entre individual e social.

O primeiro princípio é o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento. Este princípio defende que o conhecimento produzido em nossa sociedade e adquirido pela pessoa não é uma apropriação simples e rápida, mas uma construção, na qual a realidade é compreendida a partir de diversos aspectos (GONZÁLEZ REY, 2012). Dessa forma, constrói-se, constantemente, novas produções de sentido que podem auxiliar na compreensão do processo vivenciado.

Ao assumir que essas produções se renovam frequentemente, entendemos que nunca teremos uma resposta final, mas construções que nos permitirão compreender o fenômeno estudado naquele determinado momento (GONZÁLEZ REY, 2005, 2012). Isso é significativo quando falamos em uma doença que está sendo estudada, pois a relação da pessoa doente se altera constantemente ao longo da descoberta do diagnóstico, do tratamento e da recuperação. As produções de sentido configuradas por essa pessoa se alteram diariamente e sob a influência de diversos aspectos. Pensar o fenômeno saúde-doença com esse caráter permite legitimar as experiências do participante a cada instante de sua vivência.

O segundo princípio proposto por González Rey (2005, 2012) defende a importância da dialogicidade, ou seja, do diálogo no processo de produção de conhecimento e durante a pesquisa. A pesquisa, a partir dessa epistemologia, é entendida como um processo de comunicação, por meio do qual a pessoa poderá expressar-se e o pesquisador entrar em contato com as informações que o participante traz e relata. O relato do participante e o diálogo estabelecido na pesquisa possibilitam que sejam conhecidos os processos de sentido subjetivo que caracterizam o sujeito da pesquisa e que nos possibilitarão compreender o modo de viver do participante.

Assim, é por meio do diálogo que nós seremos capazes de compreender como se dá a relação atual do participante com a doença, uma vez que a dialogicidade na pesquisa nos permite entrar em contato com as experiências da pessoa e como a representação da doença e os sentidos configurados nessa vivência se alteraram ao longo dos anos, dando lugar a novos sentidos e novas construções da própria pessoa com câncer.

Além desses dois princípios, González Rey (2012) defende o princípio da singularidade, que preconiza a valorização do singular, assumindo o singular como produção legítima do conhecimento. González Rey (2005) afirma que "a singularidade se constitui como realidade diferenciada na história da constituição subjetiva do indivíduo" (p. 35). Isso significa que as pessoas não podem ser padronizadas ou assumir que elas são iguais, tendo em vista que cada pessoa possui uma constituição subjetiva, que não se repete em outras, pois elas são diferentes em todos os sentidos: social, econômico, familiar, relacional.

Por isso, o principal nessa proposta é a qualidade da expressão, e não a quantidade de participantes (GONZÁLEZ REY, 2005). Quando o participante relata suas vivências de modo legítimo e confia no pesquisador para que esse saiba sobre os sentidos subjetivos emergentes frente a sua experiência é possível construir o conhecimento acerca do processo vivenciado pelo participante. Isso demonstra a relação intrínseca existente entre a legitimação do singular e o caráter construtivo-interpretativo da epistemologia qualitativa.

3.2 Participantes

Participou dessa pesquisa uma mulher, de 22 anos, que foi diagnosticada com câncer e realizou quatro cirurgias, radioterapia e quimioterapia para eliminar o tumor. Ela estuda

Psicologia em uma faculdade de Brasília – DF e reside nessa cidade com os pais e o irmão mais novo.

3.3 Local

Essa pesquisa foi realizada na casa da participante, em um cômodo em que ela se sentiu à vontade e que estivesse livre de interrupções, para que o diálogo pudesse se desenvolver de modo fluido e natural, possibilitando a compreensão das experiências vividas pela participante e o diálogo.

3.4 Construção do cenário de pesquisa

Sob a perspectiva da epistemologia qualitativa, tanto o pesquisador quanto o pesquisado são sujeitos da pesquisa. Por isso, foi extremamente importante que o cenário de pesquisa recebesse a atenção necessária, tendo em vista que ao construir o cenário de pesquisa a participante começa a se constituir como sujeito da pesquisa. Nesse sentido, ela deixa de ser uma pessoa que simplesmente responde a diversas questões para, em uma outra visão, apropriar-se de um espaço de comunicação e diálogo que é seu e que se modifica ao longo de toda a investigação (ROSSATO, MARTINS & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2014).

A partir disso, no caso dessa pesquisa, a participante pertence ao círculo social da pesquisadora, o que representa um desafio ainda maior. Isso se deve ao fato de que no momento do diálogo, conversas e assuntos nunca desvelados antes poderiam vir à tona para a conversa. Nessa situação, tanto a pesquisadora quanto a participante deveriam estar preparadas para lidar com tais assuntos.

Nesse sentido, a construção do cenário da pesquisa ocorreu buscando conscientizar a participante dessa possibilidade e, também, buscando estreitar a relação, para que o vínculo se fortalecesse ainda mais e possíveis tabus e assuntos velados pudessem aparecer na expressão da participante.

3.5 Materiais

Para realizar essa pesquisa foram utilizados papel, caneta e gravador para transcrição posterior do relato da participante. Além desses materiais, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) para a participante, para que ela pudesse compreender a pesquisa, seus objetivos e procedimentos, assim como assinar esse documento para que consentisse sua participação na pesquisa, afirmando que tem conhecimento do que aconteceria.

3.6 Instrumentos

Os instrumentos utilizados nessa pesquisa foram o complemento de frases (Apêndice 1) e a dinâmica conversacional, ambos propostos por González Rey (2005, 2012) e relacionados à proposta da epistemologia qualitativa que busca valorizar o singular e o diálogo na pesquisa.

O complemento de frases é um instrumento composto por frases incompletas ou palavras que deviam ser completadas pela participante de forma livre, ou seja, não havia restrição para o que ela escreveria. Após completar as frases, foi aberto um espaço para que nós pudéssemos conversar sobre as frases completadas, de modo a entender melhor o que ela quis dizer e quais os pensamentos e sentimentos dela em relação ao que foi apresentado nas frases.

No complemento de frases a forma de expressão da participante é a escrita, o que é importante, pois ela pode se sentir mais à vontade para relatar seus sentimentos e pensamentos do que em relação à fala. Por isso, esse instrumento é interessante porque ele possibilitou uma forma de expressão diferente do outro instrumento utilizado – a dinâmica conversacional.

A utilização de diferentes formas de expressão contribuiu para a complementaridade dos instrumentos, possibilitando maior compreensão dos processos subjetivos da pessoa.

Já a dinâmica conversacional, é um momento livre para a participante, no qual ela teve um espaço para falar sobre o que desejar. A proposta foi deixá-la à vontade para trazer seus sentimentos e pensamentos, que não necessariamente seriam sobre câncer de modo direto ou

explícito. Embora seja um momento livre, nós levamos algumas questões para nortear a conversa, caso o assunto finalizasse ou a participante não soubesse o que falar. No caso dessa pesquisa, foram utilizadas duas perguntas: “Qual foi o impacto de receber o diagnóstico do câncer?” e “Como o câncer alterou o seu modo de viver?”. Essas questões, no entanto, não foram apresentadas no início da conversa, mas sim em momentos oportunos, de acordo com o que a participante trouxe e relatou.

A dinâmica conversacional possibilita o estabelecimento do diálogo, o que propiciou “conduzir a pessoa estudada a campos significativos de sua experiência pessoal” (GONZÁLEZ REY, 2012, p. 126). Pelo fato de ser um diálogo e um espaço livre para a participante, a função do pesquisador foi de facilitador da conversa. Isto é, o pesquisador devia estar atento para que não colocasse as suas reflexões sobre o que a participante estava falando ou conduzisse o participante de forma a anular a sua fala e relato e, consequentemente, anular a pessoa de sua posição de emergência de sujeito.

Esses dois instrumentos foram analisados em conjunto, ou seja, eles se complementam na compreensão dos processos subjetivos da pessoa, fornecendo os indicadores para a construção do modelo teórico da pesquisa.

3.7 Procedimentos

Primeiramente, esse projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Após a aprovação nessa instância, nós entramos em contato com a participante para marcar uma reunião, na qual a pesquisa foi esclarecida, incluindo objetivos, quantidade de encontros, o que aconteceria nesses encontros e quais os riscos aos quais a pessoa estaria submetida ao participar da pesquisa. Ao final desse encontro de esclarecimento, foi entregue o TCLE para que a participante pudesse refletir e assinar caso concordasse em participar da pesquisa.

Após a assinatura do TCLE foram marcados três encontros com a participante, no local em que ela se sentisse à vontade e que possuísse um espaço reservado para que a gente pudesse conversar em particular e sem interrupções, de tal forma que ela pudesse expressar-se livremente e o diálogo fluísse para tentarmos compreender sua experiência.

Os encontros foram pré-estruturados, mas estavam sujeitos a alteração conforme fosse necessário. Dessa forma, no primeiro encontro foi realizada uma dinâmica conversacional, para que nós pudéssemos conhecer melhor a participante e entender como é seu modo de viver e suas relações cotidianas. No segundo encontro, foi realizado o complemento de frases e, em seguida, a dinâmica conversacional relacionada ao complemento de frases, para aprofundar o que foi escrito e para que ela desenvolvesse melhor suas reflexões. Por fim, no terceiro encontro, foi realizada mais uma dinâmica conversacional para que fossem conversados outros assuntos desejados pela participante e para que fossem aprofundadas temáticas das outras sessões.

Após os encontros, foi realizada a análise das informações, neste trabalho denominada "construção da informação", conforme a proposta de González Rey (2012).

3.8 Proposta de análise de informações

Conforme explicitado anteriormente, essa pesquisa foi realizada com base na epistemologia qualitativa, que possui como um de seus princípios o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento.

A partir disso, a lógica positivista de análise de informações vigente por diversos anos na psicologia é rompida. A descrição dos dados e a análise fria e dissociada das informações coletadas na pesquisa é substituída por uma análise em trama, na qual diversos elementos do relato do participante são analisados em conjunto.

Dessa forma, a análise das informações no método construtivo-interpretativa busca a construção de um modelo teórico, que não será final e definitivo. Esse modelo teórico, na realidade, podem abrir novas zonas de sentido, que são espaços de inteligibilidade sobre o assunto estudado (GONZÁLEZ REY, 2012).

No processo de construção da informação, o pesquisador busca indicadores, que são peças dessa construção que possuem um significado gerado pelo pesquisador ao longo dessa análise. Os indicadores não aparecem de forma explícita na fala do participante, mas em momentos diversos. Quando analisamos os instrumentos utilizados, é possível convergir esses

indicadores, de tal modo que possam ser organizados em uma hipótese a respeito do que está sendo estudado (GONZÁLEZ REY, 2013).

A hipótese, então, se configura quando temos indicadores que convergiram a partir dos significados gerados pelo pesquisador. Essas hipóteses são recursos do pensamento e estão constantemente em movimento, se fortalecendo conforme aparecem novos elementos que contribuem para essa construção. Com isso, as hipóteses que se fortalecem possibilitam a geração de significados que constituem o modelo teórico para o processo estudado na pesquisa. Esse modelo não é algo definido *a priori* e que se busca confirmar ou refutar com a pesquisa. Pelo contrário, ele é construído durante o percurso da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2013).

Ao final desse processo de construção da informação, tem-se, então, um modelo teórico afirmativo, que busca explicar os processos vivenciados. Todavia, é importante destacar que esse modelo não é definitivo (GONZÁLEZ REY, 2013). A ideia, na realidade, é que ele abra novas zonas de sentido acerca do que foi estudado, a fim de possibilitar um estudo mais aprofundado e complexo do tema, assim como outras compreensões do mesmo assunto.

4 CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

Mariana² participou de três encontros de aproximadamente uma hora cada, os quais foram gravados e nos quais foram realizadas dinâmicas conversacionais e o complemento de frases. Ela possui 22 anos - no momento dos encontros, mora em Brasília, é estudante de Psicologia e mora com os pais e o irmão mais novo. A Mariana descobriu o câncer aos 15 anos de idade e realizou quatro cirurgias, quimioterapia e é acompanhada por médicos no Brasil e nos Estados Unidos.

Conforme discutido, a representação social do câncer é significativa e acompanha as pessoas que possuem essa doença a partir do momento em que ela recebe o diagnóstico. Dessa forma, o momento da recepção do diagnóstico para o paciente e a família é extremamente importante, pois nesse momento a configuração de sentidos subjetivos relacionados ao que ela vive se iniciam. Isto é, a experiência da pessoa começa a se integrar em sua subjetividade no momento do diagnóstico.

Em seu relato, Mariana comenta:

Aí minha mãe chegou e me falou que eu tinha massinha - é, eu tinha 15 anos também... Não sabia o que era tumor, o que era medula. Que tinha uma massinha na medula aí me mostrou a imagem que imprimiram lá e que ia ter que fazer cirurgia.

É interessante que no caso da Mariana quem recebeu o diagnóstico diretamente do médico foi sua mãe, sem a presença da paciente. Esse fato parece criar um paradoxo no caso estudado: por um lado suscita-se o questionamento do porquê esse diagnóstico foi recebido pela mãe, uma vez que atualmente considera-se fundamental a presença do paciente e ele deve saber o seu diagnóstico. Esse fato possibilita a reflexão quanto à configuração de uma subjetividade social no Brasil que considera a criança ou adolescente incapaz de compreender o diagnóstico e o que ele implica em sua vida e, por isso, esse diagnóstico deve ser recebido pelo adulto responsável pelo paciente. Essa forma de perceber a criança e adolescente em nossa sociedade implica em retirar deles a responsabilidade de seus atos e a sua capacidade de significar suas experiências e criar novas alternativas para lidar com a experiência que se inicia no momento do recebimento do diagnóstico, mantendo-os sob a tutela dos responsáveis e do Estado.

² Nome fictício da participante com o objetivo de manter o sigilo do caso.

Por outro lado, a forma como a Mariana recebeu o diagnóstico parece ter sido importante para que os sentidos subjetivos da sua doença, que começaram a se configurar durante a conversa com a sua mãe, fossem configurados em sua experiência e a partir do caso dela, e não da representação social do câncer. Ao explicar que a Mariana possui "uma massinha na medula", sua mãe explica o câncer a partir da realidade da participante, e não do que é amplamente veiculado na mídia.

Com isso, neste caso que estudamos, a participante não associa sua doença ao câncer como esse é apresentado à sociedade, embora saiba que o tenha. Ela relata:

Eu nunca ouvi a palavra câncer. Eu nunca ouvi. Tipo assim, tanto que quando alguém fala eu fico "ah, é verdade... eu tenho um tumor". Tipo, quando a minha mãe falou era uma massinha... aí depois foi tumor, tumor, tumor... tipo assim, eles nunca falaram assim. Eu acho que eu fui ouvir alguma coisa relacionada quando eu fui fazer a quimio... porque aí é parte oncológica, né? Oncológico é de câncer. Tipo câncer é um tumor, eu tenho um tumor então eu tenho câncer. Mas nunca ninguém chegou e falou... era sempre tumor.

Esse trecho de informação da Mariana nos indica que ao receber o diagnóstico de sua doença e ao longo do percurso de tratamento ela não reconheceu sua doença como câncer. Isso não significa, no entanto, que ela negue possuir a doença, mas que ao longo da vivência de sua doença a sua produção subjetiva em relação a essa experiência está organizada no sentido de viver esse processo sem a preocupação com as categorias que a definem, isto é, com as construções sociais relacionadas à esse objeto.

Tendo em vista que as representações sociais existentes em nossa sociedade permeiam a configuração da nossa subjetividade, não seria possível afirmar que a configuração dos sentidos subjetivos relacionados a uma vivência estão dissociados da nossa subjetividade. Dessa forma, os sentidos subjetivos relacionados ao câncer da Mariana são permeados pelas representações sociais dessa doença na sociedade em que ela vive.

Contudo, discutimos aqui que o modo como ela recebeu o diagnóstico de sua doença pode ter possibilitado que ela refletisse e vivenciasse o seu caso de forma diferenciada em relação às representações sociais do câncer. O diagnóstico diferencial e os sentidos subjetivos iniciais relacionados ao câncer parecem ter possibilitado que a Mariana refletisse sobre a doença, em direção oposta às representações sociais dominantes na sociedade.

Nesse sentido, a mídia possui um papel fundamental na construção das diversas representações sociais existentes em nossa sociedade. As novelas, filmes, séries e revistas retratam casos de câncer e seu tratamento constantemente. No Brasil, onde as novelas possuem amplo espaço no cotidiano das pessoas, frequentemente há uma personagem com câncer na trama e isso contribui para que as pessoas construam as representações sociais dessa doença, que costumam estar relacionadas à dor e morte. Durante a dinâmica conversacional Mariana comenta sobre a relação entre mídia e câncer:

É porque a ideia que dá quando você vê na televisão... uma coisa terminal, a pessoa ta morrendo e tal, tudo espalhado... e eu achava tudo tão simples. Por mais que fosse raro, fosse na medula... era uma coisa muito pontual: um tumor na medula.

Nesse trecho da participante, nós temos um indicador de como ela começa a emergir como sujeito ao questionar e se diferenciar dos casos apresentados nas mídias. Ela reflete criticamente e constrói a sua representação do câncer em sua vivência, o que não significa que essa será a mesma para outra pessoa. E isso é importante, pois ao romper com as representações dominantes do câncer em sua configuração subjetiva, ela começa a questionar e apresentar, em seus espaços sociais, uma nova produção em relação ao câncer. A partir desse momento, ela começa a desconstruir a visão e pensamento dominantes de que a pessoa que possui câncer é alguém em sofrimento cuja vida está restrita à doença. Esse indicador aparece no seguinte trecho:

Porque é o que eu te falei... quando a pessoa escuta... "ah, fez cirurgia"... porque não chegava para as outras pessoas como chegava pra mim. "A Mariana ta doente, ta no hospital, não sei que"... aí as pessoas já iam lá achando que eu tava morta assim, com cara de velório. Aah, aquilo me dava agonia! "Ah, mas você ta bem? Ta com dor?" e eu lá "não, eu to bem"... dá vontade de colocar na testa, sabe??

Essa forma que as pessoas recebem a notícia do câncer está muito relacionada aos aspectos da subjetividade social que se configura também a partir de diferentes representações sociais. Desse modo, quando se fala em câncer na nossa sociedade as pessoas o relacionam à morte e acreditam que essa doença é limitadora. Isso é um indicador sobre como o modelo biomédico, dominante nas instituições de saúde, está presente na subjetividade social, de tal modo que as pessoas se organizam no cotidiano a partir do que é preconizado por esse modelo. A nossa subjetividade, constituída de forma mútua pela subjetividade individual e

social, configura-se a partir da visão organicista que foca o problema no órgão atingido e na doença diagnosticada, ignorando, muitas vezes, a pessoa que configura novos sentidos para aquela doença e vivência. Mariana, nesse sentido, emerge como sujeito ao questionar e desconstruir, ainda que de maneira sutil, o modelo biomédico predominante.

Após a primeira cirurgia, a Mariana precisou usar, diariamente, um colete que abrangia a região do pescoço à cintura para estabilizar a área em que foi realizada a cirurgia. Sobre o uso do colete ela nos relata:

Eu me sentia tão à vontade no colégio que não me senti acuada nem com vergonha... não. E tipo, aqui na quadra... eu não podia descer. Isso era horrível para mim, mas todo mundo ia lá para casa, brincava com o colete, não sei o que... Não me afetou muito mais do que pensaria hoje em dia, sabe? "Nossa, você não tem vergonha?", não... fazia tudo normal. Ia para o inglês, subia escada, fazia tudo que queria, sabe? Tudo igual.

Nesse trecho nós temos um indicador de como o meio social e as relações estabelecidas pela pessoa contribuem na configuração dos sentidos subjetivos relacionados à doença e sua vivência, assim como à reorganização do que é atingir o padrão de beleza definido pela sociedade. A questão é que vivemos em uma sociedade na qual o diferente e "desviante" é excluído e ignorado e, quando se relaciona à adolescentes, a imagem física e a apresentação pessoal são indispensáveis para o estabelecimento e a criação de novos relacionamentos sociais. No caso de Mariana, a continuidade e presença ativa das amigas contribuiu para que ela mantivesse a sua rotina e relações sociais, ainda que ela não atendesse às expectativas da sociedade quanto ao que é ser "bonito" e "normal".

O padrão de beleza definido pela sociedade é uma representação social existente em nossa sociedade que possui forte relação com o nosso cotidiano e, nesse caso, relaciona-se com a vivência do câncer da Mariana. Nós vivemos em uma sociedade que possui um padrão de beleza imposto por essa mesma sociedade e, muitas vezes, advindo de outros países. No Brasil, as mulheres devem seguir o estereótipo das modelos: magras, altas, com cabelos longos, arrumadas e bem vestidas.

Embora hoje existam movimentos que lutem contra essa representação dominante de que características externas definem a mulher, a sociedade, especialmente as mulheres, ainda adota práticas que possibilitem atingir esse padrão imposto pela sociedade, principalmente

durante a adolescência. No caso estudado é interessante como o meio social em que a pessoa está inserida relaciona-se com a forma como ela representa um "desvio" desse padrão.

Mariana relata que não deixou de fazer suas atividades cotidianas por causa da doença, ou seja, sua doença não foi um fator limitador de continuar a viver sua vida. Entretanto, é possível perceber que as suas amigas também se adaptaram para estar com ela durante o tratamento, encontrando e criando novas estratégias e atividades para que eles pudessem estar com ela a todo momento. Um exemplo disso é quando ela relata que ao invés de se encontrarem na quadra de futebol, se encontravam na casa dela para que ela pudesse estar junto.

Com isso, essas amigas e os espaços sociais em que a Mariana estava inserida parecem ter sido importantes para que ela rompesse com esse padrão de beleza e configurasse novas representações de beleza, assim como novas estratégias para lidar com possíveis olhares e comentários acerca do uso do colete.

Além disso, o espaço social em que a Mariana estava inserida e a forma como suas amigas lidaram com o câncer parece ter contribuído para a configuração de sentidos subjetivos próprios de sua doença, rompendo, mais uma vez, com a representação social dominante e contribuindo para a emergência da participante como sujeito do seu processo. Emergir como sujeito do processo contribuiu para que a Mariana se posicionasse em casa e também desconstruísse a representação social do câncer dentro de sua própria família. Ela relata:

Aí meu pai tinha uma frase que era: "minha filha, você não operou o siso não. Você operou a coluna, um tumor na coluna". Ai eu falava "ta, pai, mas e aí? Vida que segue..."

Esse trecho nos indica e complementa que a Mariana ao longo da vivência do câncer busca, a todo momento, romper com a representação social do câncer, olhando para a sua doença de forma mais positiva e menos limitadora quando comparado à sociedade. Isto é, o câncer não é desmobilizador de suas atividades cotidianas e a Mariana não se percebe como vítima nesse processo, reconhecendo que há perdas significativas, mas é essa a vida no momento. Ou seja, ela não está subordinada à doença.

Esse indicador aparece a seguir:

Eu não gosto de ficar parada pensando... viver por causa disso. Não. Tanto que depois da cirurgia de 2012 eu só pensava na faculdade e meu pai dizia "tem que pensar em você, não tem que pensar na faculdade, depois você recupera". E eu "não, depois não...". Talvez seja até uma forma de, tipo, de não ficar em cima disso... mas funciona para mim, sabe? Acho melhor do que ficar sofrendo e "ah, é verdade, eu vou perder minha faculdade".

Na faculdade: me sinto motivada.

Ao longo do processo de vivência do câncer, Mariana emergiu como sujeito em diversos momentos e isso possibilitou que ela criasse estratégias terapêuticas para compreender e configurar o câncer em sua experiência. No trecho acima, ela relata que uma dessas estratégias foi se manter ativa nos estudos e nas relações sociais, momentos que a faziam sentir-se bem e disposta, fortalecendo o indicador sobre a importância das amizades e dos espaços sociais frequentados pela Mariana.

Esse é um indicador de que a Mariana não assume uma postura vitimizada no processo da doença e que o câncer não a impediu de continuar suas atividades diárias. Pelo contrário, o câncer e sua vivência foram mobilizadores da Mariana e se configuraram em sentidos subjetivos que possibilitaram sua emergência como sujeito do processo, reconfigurando sua subjetividade e rompendo com representações consolidadas na sociedade, mas não necessariamente positivas para a configuração dos sentidos subjetivos das pessoas diagnosticadas com câncer.

Outra questão relacionada à forma como o câncer é representado por Mariana está relacionada ao foco que ela dá a doença.

O problema é que eu não foco na doença. Eu foco no ter que me mudar, ter que sair da rotina e não sei. Não foco no problema.

Ao relatar que não foca na doença, ela nos indica o rompimento com a ideia de que a doença no corpo impossibilita processos subjetivos e começa a refletir sobre outras questões relacionadas ao câncer e não exclusivamente no tumor, fortalecendo o seu questionamento e rompimento com esses modelos, que foi discutido em indicadores anteriores. Nesse momento surge sua preocupação com a família, sua motivação em continuar os estudos e em manter sua rotina, de tal forma que ela não paralisa diante do fato de estar com câncer, mobilizando outras instâncias de sua vida. Ou seja: o câncer não é a vida da Mariana, mas uma parte dela.

Ao assumir essa postura de não focar na doença, a configuração dos sentidos subjetivos muda:

Desde o começo na minha cabeça foi assim... eu tenho muita sorte... porque cara... se eu fosse pobre, morasse numa favela, tivesse que andar muito. Não. É tudo muito cômodo... por mais difícil que seja é muito cômodo. Não sei, eu sou muito Poliana... sempre penso positivo... "ah, mas tem isso, tem isso que é bom, ah, mas eu tenho família".

A felicidade: custa pouco.

Nesse trecho temos um indicador de que ao retirar o foco na doença e pensar na vida de forma geral, os sentidos subjetivos configurados em relação ao câncer passam a abranger mais do que o tumor, mas as outras vivências da vida da Mariana, inclusive sua relação com a família. Conforme dito acima, o tumor passa a ser uma parte dela, sem se converter nela ou em sua vida, o que fortalece o discutido anteriormente acerca do modelo biomédico.

No caso da Mariana, durante a vivência do câncer, ela inclui a sua família a todo momento. Para ela, é extremamente importante pensar em sua família quando as decisões que envolvem a doença são tomadas e, também, que eles acompanhem o seu tratamento.

Eu sempre vejo assim... quando eu me mudei "ah, que saco! Minha mãe ta indo comigo, ta deixando meu irmão sozinho"... É muito no que ta em volta, não olho muito para dentro... não sei. Acho que sou assim desde pequena.

Nesse trecho temos um indicador de que a preocupação da Mariana não é tanto com ela mesma, mas com o que está acontecendo com a sua família quando ela precisa realizar algo por causa da doença. Nesse caso ela comenta sobre quando se mudou para os Estados Unidos com a mãe para realizar o tratamento quimioterápico e o pai e os irmãos ficaram no Brasil. O mais importante para a participante, naquele momento, foi o que a mãe estava tendo que fazer por ela e não como ela sentiu-se por ter que se mudar e deixar, pela segunda vez, o Brasil. Nessa questão e a partir dos indicadores anteriores, é possível afirmar que a doença não se transformou no centro de sua vida, mas em um processo de saúde-doença que a permeia e perpassa, sem controlar a Mariana ou paralisá-la frente aos avanços da doença e do tratamento.

Relacionado a isso, aparece a importância da família em sua vida e como os sentidos subjetivos à ela relacionados se configuram juntamente com os sentidos subjetivos relacionados ao câncer.

O tempo mais feliz: é quando estou com toda minha família e namorado.

Não consigo: me acostumar com distância.

Meu maior temor: perder as pessoas que amo.

A preocupação principal: orgulhar meus pais.

Creio: que minhas melhores atitudes são para com aqueles que amo. Tento melhorar sempre por eles, direta ou indiretamente.

O lar: tive sorte de crescer em um lugar abençoado com muito amor, onde me sinto protegida.

Essas frases demonstram como a família permeia as reflexões da participante acerca de sua vida de modo geral e, ainda, quando relacionadas ao câncer. A família passa a fazer parte da configuração dos sentidos subjetivos relacionados ao câncer, no sentido em que ela integra, não só a vida da Mariana, mas também as decisões tomadas por ela no que diz respeito ao seu processo de saúde-doença. Nesse caso, por exemplo, em que o tratamento da participante é acompanhado simultaneamente pelo Brasil e pelos Estados Unidos e, por isso, requer idas constantes a esse país, no momento de decidir quem viajará com a Mariana, quanto tempo irá permanecer no país ou onde irá ficar são perguntas que envolvem toda a família, no sentido de estruturar como será para quem irá viajar e para quem ficará no Brasil.

Ainda sobre a sua família, Mariana relata:

Quando a gente descobriu o tumor meu pai não tava aqui.. ele tava no Haiti. Ele veio umas duas vezes, mas ai, por exemplo... não sei... é muito... é tudo muito bonito... tudo muito simples. Tipo assim, aaah, ninguém gostava... claro que não. Era horrível, era horrível. Mas a gente sempre levou com muita tranquilidade, sabe?

Esse trecho demonstra como a família esteve ativa no processo de saúde-doença da Mariana, perpassando a configuração dos sentidos subjetivos relacionados ao câncer. A forma

como a família, em especial os pais, configuraram o câncer possibilitaram que a participante configurasse a sua própria representação do câncer. Dessa forma, ao invés de fragilizar-se diante da gravidade de sua doença, eles buscaram novas estratégias terapêuticas diante da vivência do câncer.

Em outro trecho, Mariana relata referindo-se ao irmão mais novo:

Ele também se divertia... brincava com o meu colete. Porque eu tomava banho aí ficava deitada e podia tirar... aí ele colocava e falava que era armadura, não sei que... minha mãe é pedagoga então sabe lidar muito bem com essas coisas. Tanto comigo quanto com o meu irmão né... tipo de lidar.

A partir desse trecho de informação, o qual fortalece outros indicadores da construção da informação, podemos afirmar que a dinâmica familiar e a sua representação do câncer foram fundamentais para a vivência da doença da Mariana na família. O modo como a mãe da participante lidou com os acontecimentos ao longo dessa experiência possibilitaram que a Mariana e seus irmãos caminhassem em direção oposta às representações sociais do câncer dominantes na sociedade e que a configuração dos sentidos subjetivos relacionados ao câncer estivessem relacionados à experiência que a família vivenciou com a Mariana.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, dedicamo-nos a avançar na discussão dos processos de saúde-doença, em específico do câncer, buscando compreender a produção subjetiva da pessoa com câncer e sua implicação no desenvolvimento humano.

A partir do que foi apresentado, alcançamos algumas construções teóricas que serão esclarecidas abaixo. É importante frisar que essas construções não são afirmações fechadas ou conclusões finais que se aplicam a todos os casos de câncer, mas construções parciais para o momento e que abrem novas zonas de inteligibilidade (GONZÁLEZ REY, 2012) no estudo dessa temática.

1) O momento do recebimento do diagnóstico é fundamental para a produção subjetiva da pessoa em relação à doença, tendo em vista que é a partir desse momento que começam a se configurar sentidos subjetivos relacionados à experiência atual do câncer. No caso apresentado é possível perceber que o médico expressa elementos da subjetividade social do Brasil de que os responsáveis pelo adolescente devem receber as informações que lhe digam respeito, mantendo-o sob a tutela dos pais e isolando-o das decisões e acontecimentos de sua vida. Contudo, para a Mariana isso foi fundamental para que os sentidos subjetivos configurados estivessem relacionados à sua experiência e não às representações sociais dominantes. Todavia, isso não a tornou passiva em seu processo, uma vez que ela emergiu como sujeito em diversas situações, mostrando-se ativa em seu processo de vivência da doença e contradizendo a subjetividade social brasileira sobre os adolescentes e sua capacidade de compreensão e responsabilização de atos e experiências.

2) As representações sociais sobre o câncer possuem valor significativo em nossas experiências, tendo em vista que elas estão relacionadas com a forma como a doença é configurada em nossa subjetividade. As representações sociais atravessam as nossas relações e produções subjetivas, na medida em que elas constituem a subjetividade social, a qual é uma das instâncias constitutivas da nossa subjetividade. Dessa forma, as representações sociais estão presentes e contribuem na constituição da sociedade, influenciando a forma como uma temática é representada e percebida pelas pessoas. No caso do câncer - e conforme foi discutido na construção da informação - a mídia possui importante papel na veiculação dessas representações sociais, assim como na reorganização dessas representações.

3) A vivência do câncer configura-se de forma recursiva em nossa subjetividade, que é constituída pela relação entre a subjetividade individual e social, a qual aparece em diversos momentos ao longo da experiência. A subjetividade social está relacionada às diversas práticas da sociedade que envolvem a vivência do câncer, como, por exemplo: o momento do recebimento do diagnóstico, a forma como o hospital lida com o paciente, as representações relacionadas ao câncer e como o câncer está configurado nos espaços sociais frequentados pela pessoa. A partir disso, percebe-se, claramente, como a nossa subjetividade se configura a partir da relação entre o social e o individual, avançando além do intrapsíquico. A experiência do câncer, dessa forma, é constantemente permeada pela configuração da subjetividade social do local em que a pessoa vivencia essa experiência.

4) A partir do estudado, é possível perceber que o desenvolvimento humano é um processo que está presente durante toda a vida da pessoa. Isto é, ele vai além de estágios e estruturas definidas *a priori* para a pessoa, que se reconfigura a cada experiência vivida, que se configurará em sua subjetividade. A pessoa desenvolve-se constantemente e, conforme já foi discutido, sua subjetividade configura-se constantemente a partir da relação entre subjetividade individual e social. Com isso, o desenvolvimento humano está relacionado aos espaços sociais pelos quais a pessoa transita e, conseqüentemente, à subjetividade social desses espaços, pois o processo de desenvolvimento humano acontece a partir da e relacionado à subjetividade que se configura concomitantemente a ele.

Esta pesquisa possibilitou compreender como a configuração dos processos subjetivos relaciona-se ao desenvolvimento humano, rompendo com a ideia clássica de desenvolvimento como etapas e estágios para as crianças. A partir do estudado, percebemos a complexidade existente na configuração subjetiva de uma pessoa com câncer e nas relações estabelecidas na sociedade, assim como a intrínseca relação existente entre individual e social, relação esta que constitui e reconstitui a pessoa constantemente.

Atentar-se para a relação entre individual e social é fundamental para que os pacientes da nossa sociedade deixem de ser caracterizados como doentes, passivos e um objeto e passem a ser pensados como pessoas com uma doença no momento, mas que ainda assim possuem recursos para lidar com a experiência desse momento e não estão limitadas a este diagnóstico. Elas vivem para além dessa doença e desenvolvem-se constantemente, quando esta doença é considerada uma parte de si. Os processos saúde-doença não são,

necessariamente, limitadores da pessoa, mas mobilizadores na busca por novas formas de pensar, agir e viver.

Encerro citando Bezerra (2014), que nos leva a refletir sobre a complexidade e as múltiplas possibilidades de desenvolvimento humano: "estudar o desenvolvimento humano não pressupõe determinar etapas rígidas, mas sim compreendê-lo na sua diversidade".

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Marília dos Santos. **Dificuldade de aprendizagem e subjetividade: para além das representações hegemônicas do aprender.** Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

FARR, Robert M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1995, p. 31 - 59.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural.** Tradução de Raquel Souza Lobo Guzzo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. Título original: Sujeto y subjetividade.

_____. **Personalidade, saúde e modo de vida.** Tradução de Flor Maria Vidaurre Lenz da Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004a. Título original: Personalidad, salud y modo de vida.

_____. Subjectivité sociale, sujet et représentations sociales. **Connexions** (França), v. 1, n. 89, p. 107 - 119, 2008a. Disponível em: <<https://www.cairn.info/revue-connexions-2008-1-page-107.htm>>. Acesso em: 21 de abril de 2016.

_____. Subjetividade, psicologia e sociedade. **Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto**, 2008b, novembro. Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=1BTIAIa6018>. Acesso em: 17 de maio de 2015.

_____. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia.** São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Método construtivo-interpretativo. **Centro Universitário de Brasília - Brasília**, 2013, outubro. Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=UBQCcacEDss>. Acesso em: 27 de julho de 2015.

_____. Ideias e modelos teóricos na pesquisa construtivo-interpretativa. In: Mitjáns Martínez, A; Neubern, M; Mori, V. D. (Orgs.). **Subjetividade contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas.** Campinas: Alínea, 2014a, p. 13 - 34.

_____. Advancing further on the legacy of cultural-historical psychology. **Congress of the International Society for Cultural and Activity Research (ISCAR) - Sydney**, 2014b, outubro. Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=jHV8MU5-WKs>. Acesso em: 09 de março de 2016.

_____. A saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade. In: González Rey, F. L; Bizerril, J. (Orgs.). **Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar.** Brasília: UniCEUB, 2015a, p. 9 - 33.

_____. O sujeito, a subjetividade e o outro na dialética complexa do desenvolvimento humano. In: Mitjáns Martínez, A; Simão, L. M. (Orgs.). **O outro no desenvolvimento humano: diálogos para a pesquisa e a prática profissional em psicologia.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004b, p. 1 - 27.

_____. **Pesquisa qualitativa em Psicologia:** caminhos e desafios. Tradução de Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005. Título original: Investigación cualitativa en psicología.

_____. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicologia: teoria e prática** (Brasil), v. 8, n. 2, p. 69 - 85, 2006.

_____. **Pesquisa qualitativa e subjetividade:** os processos de construção da informação. Tradução de Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2012. Título original: Pesquisa cualitativa y subjetividad.

_____. A new path for the discussion of social representations: advancing the topic of subjectivity from a cultural-historical standpoint. **Theory & Psychology** (Reino Unido), p. 1 - 19, 2015b. Disponível em: <<http://tap.sagepub.com/content/early/2015/06/08/0959354315587783.abstract>>. Acesso em: 22 de abril de 2016.

GOULART, Daniel Magalhães. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental.** Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

_____. Clínica, subjetividade e educação: uma integração teórica alternativa para forjar uma ética do sujeito no campo da saúde mental. In: González Rey, F. L; Bizerril, J. (Orgs.). **Saúde, cultura e subjetividade:** uma referência interdisciplinar. Brasília: UniCEUB, 2015, p. 59 - 83.

JAPIASSÚ, Hilton. O racionalismo cartesiano. In: Rezende, A. (Org.). **Curso de filosofia para professores e alunos dos cursos de segundo grau e graduação.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005, p. 101 - 116.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. (Org.). **As representações sociais.** Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 17 - 44.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: Guareschi, P. A; Jovchelovitch, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais.** Tradução de Lilian Ulup. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 63 - 85.

MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina. A Teoria da Subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia. In: González Rey, F. L. (Org.). **Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005, p. 1 - 25.

MORI, Valéria Deusdará. A epistemologia qualitativa na pesquisa em saúde: suas implicações e desafios. In: Mitjás Martínez, A; Neubern, M; Mori, V. D. (Orgs.). **Subjetividade contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas.** Campinas: Alínea, 2014, p. 111 - 125.

_____. Os sentidos subjetivos configurados na experiência do câncer: um estudo de caso. In: González Rey, F. L.; Bizerril, J. (Orgs.). **Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar**. Brasília: UniCEUB, 2015, p. 115 - 130.

MOSCOVICI, Serge. Prefácio. In: Guareschi, P. A.; Jovchelovitch, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 7 - 16.

ROSSATO, Maristela; MARTINS, Luiz Roberto Rodrigues; & MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina. A construção do cenário social da pesquisa no contexto da epistemologia qualitativa. In: Mitjás Martínez, A.; Neubern, M.; Mori, V. D. (Orgs.). **Subjetividade contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas**. Campinas: Alínea, 2014, p. 35 - 59.

SPINK, Mary Jane. A construção social do paciente internado: uma análise psicossocial. **Revista de psicologia hospitalar** (Brasil), v. 2, n. 2, p. 4 - 8, 1992a.

SPINK, Mary Jane. A construção social do saber sobre a saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. **Saúde e sociedade** (Brasil), v. 1, n. 2, p. 125 - 139, 1992b.

SPINK, Mary Jane. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi, P. A.; Jovchelovitch, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 117 - 145.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em estudo** (Brasil), v. 6, n. 2, p. 49 - 65, 2001.

APÊNDICE 1 – COMPLEMENTO DE FRASES

| | |
|--------------------------|---|
| Gosto: | Amo: |
| O tempo mais feliz: | Tentarei conseguir: |
| Não consigo: | Algumas vezes: |
| Queria saber: | Minha principal ambição: |
| Lamento: | Eu prefiro: |
| Meu maior temor: | Meu pai: |
| Na faculdade: | Quisera ser: |
| Sofro: | Meu problema principal: |
| Meu futuro: | Creio que minhas melhores atitudes são: |
| Estou melhor quando: | A felicidade: |
| O casamento: | Considero que posso: |
| Este lugar: | Minha vida futura: |
| Desejo: | Muitas vezes reflito sobre: |
| O passado: | Luto: |
| A preocupação principal: | Com frequência sinto: |
| Secretamente eu: | Minha opinião: |
| Fracassei: | Meu maior desejo: |
| Meu maior problema é: | O lar: |
| O trabalho: | Quando era criança: |

Esforço-me diariamente:

Custa-me muito:

Quando tenho dúvidas:

Meus amigos:

Minha irmã:

Sempre quis:

No futuro:

Meu irmão:

Minha mãe:

Minhas aspirações:

Quando estou sozinha:

Eu:

Sem trabalho:

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo dos processos subjetivos do câncer

Instituição das pesquisadoras: Centro Universitário de Brasília

Pesquisadora responsável [professora orientadora]: Valéria D. Mori

Pesquisadora assistente [aluna de graduação]: Laís Faber de Almeida Rosa

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é compreender a configuração dos processos subjetivos na experiência do câncer e sua implicação no desenvolvimento humano.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por três sessões de, aproximadamente, uma (1) hora.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em relatar suas experiências relacionadas ao câncer.
- O procedimento é, primeiramente, assinar este termo. Em seguida ocorrerão as sessões em que se conversará sobre o impacto do diagnóstico e haverá uma dinâmica de completar frases sobre assuntos diversos.

- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- As sessões serão gravadas para, exclusivamente, análise posterior. Elas serão eliminadas ao fim do tempo previsto.
- A pesquisa será realizada em um ambiente reservado no qual você terá privacidade para relatar suas experiências.

Riscos e benefícios

- Este estudo não possui riscos de prejuízos físicos, tendo em vista que você não será exposto a atividades físicas.
- Medidas preventivas durante as sessões e ao fim da pesquisa serão tomadas para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.
- Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre como o câncer e o desenvolvimento humano estão relacionados, buscando a promoção de uma vida melhor para as pessoas diagnosticadas com câncer.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as suas informações ficará guardado sob a responsabilidade de Laís Faber de Almeida Rosa com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Os dados e instrumentos utilizados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 39661511 ou pelo e-mail comitê.bioetica@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____,
RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor (a).

Brasília, ____ de ____ de _____

Participante

Valéria D. Mori, celular 998566867

Láís Faber de Almeida Rosa, celular 981729592

Endereço das responsáveis pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Centro Universitário de Brasília

Endereço: SEPN 707/907 - *Campus* do UniCEUB - 70790-075 - Brasília-DF

Bloco/Nº /Complemento: Bloco 9

Bairro/CEP/Cidade: Asa Norte/ 70790-075/ Brasília

Telefones para contato: (61) 3966-1249