

INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de uma pesquisa realizada ao longo de quatro meses, através de dois estudos de casos. A metodologia utilizada se apoiou na Epistemologia Qualitativa desenvolvida por González Rey (1997), e na Teoria da subjetividade. (GONZÁLEZ REY, 2003).

O que a pesquisadora se propôs a estudar durante a pesquisa, foram processos subjetivos de duas mulheres diagnosticadas com câncer de mama e submetidas a cirurgia de retirada da mama afetada, visto que, além dos aspectos objetivos, os sentidos subjetivos e significados que se configuram nas experiências vivenciadas contribuem para um posicionamento singular diante da vida.

O primeiro contato com questões relacionadas ao câncer de mama ocorreu há dois anos, quando feita a escolha do tema para um trabalho acadêmico de projeto de pesquisa. Nesta ocasião procuramos nos aprofundar na Teoria da Subjetividade e propô-la como um dos fundamentos a serem utilizados na pesquisa.

A partir de então, a pesquisadora passou a fazer parte, como voluntária, da Rede Feminina de Combate ao Câncer – RFCC, entidade sem fins lucrativos, que se dedica a dar apoio social e psicológico a pacientes de câncer de mama e ginecológico. O contato com as vivências dessas mulheres, despertou o desejo do aprofundamento nas questões de câncer de mama e inspirar a escolher esse tema para a monografia.

O objetivo geral da pesquisa foi investigar e compreender produções subjetivas do modo de vida de duas mulheres, relacionadas ao adoecimento por câncer de mama e realização de mastectomia – retirada da mama afetada. Como objetivos específicos, queremos identificar e compreender diferentes sentidos subjetivos e processos de subjetivação do modo de vida dessas mulheres, relacionados à vivência do recebimento do diagnóstico e realização da mastectomia - os quais, por sua vez, guardam uma relação com a forma dessas mulheres se avaliarem e avaliarem a qualidade de suas vidas, neste cenário/contexto.

A pesquisa realizada se justifica pelo fato de se voltar para uma temática que se insere no campo da Psicologia da Saúde e da Psicologia Clínica, dentre outros, para os quais o conhecimento desses processos pode contribuir para o surgimento de um novo olhar, quando da assistência à saúde e torná-la mais abrangente.

Este novo olhar, por sua vez, pode contribuir para a superação de práticas hegemônicas no campo de assistência à saúde, pautadas pelo modelo biomédico. Em

tal perspectiva, o viés biologicista predomina, e aspectos sociais, culturais e institucionais são desconsiderados quando da identificação e interpretação de problemas da saúde.

A relevância dessa temática fica evidenciada pelo fato de que, segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA (2014a), em mulheres de todo o mundo, o câncer de mama é o tipo de câncer que mais incide - 25% de todos tipos de cânceres -, e se constitui na maior causa de morte, por câncer, de mulheres de todo o mundo. Na maioria dos casos, a doença é descoberta quando já está em estado avançado (INCA,2014b). Um dos fatores que, provavelmente, contribui para que isto aconteça é a ineficácia das ações preventivas.

1 DESENVOLVIMENTO

Seidl e Zannon (2004), apontam o início da década de 90 como um momento em que há uma consolidação entre os estudiosos, da necessidade de se considerar a subjetividade e a multidimensionalidade, como aspectos relevantes na avaliação da qualidade de vida. A partir de então a percepção pessoal do indivíduo sobre as diversas dimensões da sua vida - incluindo o seu estado de saúde e demais aspectos não médicos -, ganharam ênfase nessa avaliação.

Nessa ocasião, então, ficou evidenciado, que no processo saúde-doença e na avaliação da qualidade de vida, devem ser considerados os aspectos subjetivos, além dos aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais, biológicos e comportamentais. Mas infelizmente, ainda há, quando da avaliação da saúde e da qualidade de vida, prevalência de foco em aspectos econômicos, biométricos e psicométricos, em detrimento dos aspectos subjetivos do adoecimento e da percepção da qualidade de vida (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000).

Processos subjetivos, para Gonzalez Rey (2003), são processos que mobilizam a produção de sentidos subjetivos, que resultam em configurações subjetivas hegemônicas, as quais contribuem para a forma de ver e de se posicionar da pessoa em todos os acontecimentos da sua vida (GONZÁLEZ REY, 2003).

Assim sendo, o estudo desses processos pode permitir a identificação de recursos e potencialidades subjetivos da pessoa, os quais, ao serem explorados adequadamente, podem permitir que ela se posicione ativamente, se responsabilize e participe do seu tratamento, de forma a contribuir para a recuperação e manutenção da sua saúde.

Compartilho com González Rey (2011), quando ele destaca a importância de se considerar o modo de vida da pessoa, visto que o mesmo revela sua “forma de articulação com o mundo e com a sociedade, assim como a forma em que processos sociais e institucionais de natureza diversa comprometem a saúde pelo tipo de práticas institucionalizadas de diversas formas cotidiano das pessoas”. (p. 26).

A revisão literária foi realizada com o intuito de buscar informações sobre o câncer e mastectomia, visitar a Teoria da Subjetividade de González Rey, bem como identificar pensamentos e sentimentos mais comuns experienciados por mulheres diagnosticadas com câncer mama e submetidas à mastectomia.

A seguir, serão destacados os seguintes temas: câncer de mama e mastectomia, assistência e desconhecimento do processo de adoecimento e representações sociais. Também serão abordados conceitos da Teoria da Subjetividade de González Rey, tais como subjetividade, sujeito, sentido subjetivo e configuração subjetiva, modo de vida e ressaltada a relação entre subjetividade, saúde, modo de vida e qualidade de vida.

1.1 Cancer e Mastectomia

Dentre os muitos aspectos do adoecer que ainda não recebem a devida atenção, se encontra o preconceito e o estigma social relacionado ao câncer, que de forma dramática, afeta as pessoas acometidas, em especial a mulher mastectomizada (PINHO, CAMPOS, FERNANDES & LOBO, 2007). O estigma social produzido em relação à pessoa com câncer, de acordo com Sontag (1984), e Schulze (1993), circunscreve relações no nível social, fruto de um imaginário social associado, tanto ao processo de adoecimento em geral quanto do adoecimento por câncer. Esses autores, portanto, apontam o preconceito em relação ao câncer como uma fonte adicional de sofrimento para a pessoa acometida por essa doença.

A vivência do câncer de mama, continua sendo uma experiência estressante e sofrimento psicológico intenso (BERGAMASCO & ÂNGELO, 2001; PERES & SANTOS, 2007; ROSSI & SANTOS, 2003; SILVA & MAMEDE, 1998), apesar da extraordinária evolução no tratamento, que tem trazido grandes benefícios às pessoas com essa patologia (CONDE, PINTO-NETO, JÚNIOR & ALDRIGHI, 2006; GONZALEZ-ANGULO, MORALES-VASQUEZ & HORTOBAGYI, 2007). A doença provoca mudanças nas vidas das pessoas acometidas por ela, como alterações no ritmo e rotina doméstica, no trabalho e nas suas vivências afetivas familiar, conjugal e social (BERGAMASCO & ÂNGELO, 2001; ROSSI & SANTOS, 2003).

De acordo com o INCA (2014a), quando o câncer de mama é diagnosticado no início, há um maior potencial curativo do seu tratamento, o qual pode ser realizado de forma local: cirurgia e radioterapia e/ou através de tratamento sistêmico: quimioterapia, hormônio terapia e terapia biológica; o prognóstico depende da extensão da doença.

Segundo Peres e Santos, (2007), a incidência de neoplasias femininas aumenta anualmente como reflexo de estilos de vida - tendência global - que

promovem a exposição a fatores de risco. Devido aos avanços tecnológicos, hoje podemos contar com a detecção precoce, tratamentos mais eficientes para o câncer e aumento na expectativa de vida de mulheres com câncer (SAMPAIO, 2006). Isto contribuiu para que o câncer, hoje, seja visto como uma doença crônica e passe a fazer parte de políticas públicas.

No Brasil este tema está incluído; Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), e na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), criados pelo Ministério da Saúde. E, em 28/11/2005, o INCA lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, oficializada através da Portaria Nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Nela foram propostas ações integradas de controle e prevenção das neoplasias malignas, e os cânceres de mama e de colo do útero foram assumidos como prioridade nacional.

Mas apesar dessas políticas, e de ter sido criada a Lei Federal Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 - que assegura a pacientes com diagnóstico de câncer o início do tratamento em até 60 dias -, o índice de mortalidade por câncer de mama, permanece alto no Brasil. Segundo o INCA (2014c), há uma previsão para 2014 de 57 mil novos casos de câncer de mama em mulheres.

Mastectomia simples é o nome da cirurgia que retira toda a mama. E a mastectomia radical ocorre quando, além da mama, é retirado o tecido que reveste os músculos peitorais, gorduras em excesso e os gânglios linfáticos (linfonodos) axilares, responsáveis pela filtragem da linfa. Neste caso, trata-se de uma cirurgia muito agressiva e traumática para a mulher (BOFF, 1999).

Para pesquisadores e estudiosos da área, a mastectomia é um acontecimento marcante com implicações sociais, psicológicas e sexuais (KOVÁCS, AMORIM FILHO & SGORLON, 1998). As mulheres mastectomizadas, além da perda da mama, levam consigo o diagnóstico de câncer associado à ideia de sofrimento, deterioração física e morte (GIMENES, 1997). A mastectomia intervém nas atividades da vida diária e, também, pode causar importantes alterações no relacionamento sexual, levando a comportamentos de esquivas e isolamento social (Figueiró, 1995).

Espero que o acima exposto tenha contribuído para evidenciar o câncer de mama e a mastectomia como questões de grande relevância para a assistência à saúde, relevância esta que deve ser considerada quando da elaboração e implantação de políticas públicas voltadas à prevenção e manutenção da saúde.

1.2 Assistência e Desconhecimento do Processo de Adoecimento

Amiúde, a assistência hegemônica à saúde, não considera as diferentes dimensões da vida das pessoas que participam intensamente nos processos de saúde-doença associado ao câncer. Há, portanto, a necessidade de um olhar voltado para dimensões tais como emocional, familiar e social da pessoa, pois aí radicam múltiplos recursos, que podem ser favorecidos a partir de relações terapêuticas tecidas. Este fato e o desconhecimento sobre o processo de adoecimento, tratamento e recuperação do câncer, contribuem para que mulheres acometidas dessa doença sejam identificadas por imagens vinculadas à mutilação, à afetação na sexualidade, a alterações da feminilidade, à queda dos cabelos e à morte. Essas representações são socialmente veiculadas, passando a fazer parte do discurso das pacientes.

Alguns autores (BEAVER, LUKER, OWENS LEINSTER, DEGNER & SLOAN, 1996), apontam para o fato de que a falta de conhecimento adequado em relação ao câncer e seus tratamentos, pode ser uma das causas do sentimento de desconforto sentido pelas mulheres, quando são convocadas a participar no processo de tomada de decisão sobre o seu tratamento.

Uma das mais fortes justificativas utilizadas pelas mulheres da falta de condição de participar nas tomadas de decisão, é a de que não possuem as informações necessárias, ou que as informações que detém são insuficientes (DEGNER, KRISTJANSON, BOWMAN, SLOAN, CARRIERE, O'NEIL et al., 1997). Mas há quem afirme, que outro fator contribui para a mulher não participar das decisões relacionadas ao seu tratamento, é o fato delas considerarem que só o sistema médico está habilitado, pelo saber que detém, estando portanto, legitimados a terem poder sobre os corpos. (MAMEDE, 1991).

Há, portanto, a necessidade de um novo olhar, quando da assistência à saúde, que contribua para que o paciente seja visto na sua integralidade e de forma a possibilitar a emergência de recursos e potencialidades subjetivas que possam contribuir para o seu posicionamento ativo nos processos saúde-doença.

1.3 Representações Sociais

Conforme exposto, parte do sofrimento no adoecimento por câncer é ocasionado pelo preconceito presente nas representações sociais da doença. Para

Jodelet (1984), as representações sociais conduzem-nos a um sentido comum, do pensamento natural, em oposição ao pensamento científico. Trata-se de imagens que conjugam significados, sistemas de referência que possibilitam a interpretação do que acontece conosco e promove a produção de sentidos frente ao inesperado, que podem promover a categorização e classificação de situações, fenômenos, pessoas e o estabelecimento de opiniões.

Moscovici (1978), ao investigar como o público representa e modela um conhecimento científico e técnico, e por quais vias sua imagem é constituída, assume que representações sociais ocorrem através de processos psicossociais, capazes de determinar a produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, produzindo alterações numa dinâmica antes constante.

Para esse autor, as representações sociais são entidades que cotidiana e incessantemente se movimentam, atuam, interagem e se cristalizam através da comunicação social. Também destaca que as representações sociais “incitam-nos a preocuparmo-nos mais com as condutas imaginárias e simbólicas na existência ordinária das coletividades”. (P.81).

González Rey (2006), entende que as representações sociais se constituem num processo de produção subjetiva que promove a identidade e segurança dos indivíduos, pois garante a constância do “mundo” que o indivíduo crê.

Neste trabalho estou considerando que os processos de subjetivação do adoecimento por câncer de mama são afetados pelas representações sociais desse adoecimento, as quais influenciam a forma das pessoas verem e reagirem ante este adoecimento.

1.4 Teoria da Subjetividade

Neste trabalho foram utilizados conceitos da Teoria da Subjetividade de González Rey (2003). Segundo Mitjáns Martínez (2005), essa teoria procura dar visibilidade às formas complexas, por meio das quais se expressa o psiquismo humano, a partir de uma perspectiva histórico-cultural. A complexidade se faz presente quando é assumido o caráter contraditório, dinâmico e irracional dos processos subjetivos. E a complexidade encaminha à interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, como verificamos no bojo da Teoria da Subjetividade,

influências de produções contemporâneas da psicologia, da filosofia, da sociologia e linguística (MITJÁNS MARTINEZ, 2005; NEUBERN, 2004).

O corpus teórico da Teoria da Subjetividade apresenta-se na definição e articulação das principais categorias: subjetividade, sujeito, sentido subjetivo e configuração subjetiva (MITJÁNS MARTINEZ, 2005).

A Teoria da Subjetividade foi utilizada neste trabalho porque a mesma permite o conhecimento e a compreensão de processos psíquicos sem que, para tanto, utilize categorias universalistas. Nela o singular é visto e reconhecido como tal.

1.5 Sujeito e Subjetividade

Para González Rey (2004a), a pessoa deve ser reconhecida como subjetivamente constituída, considerada a partir da sua história de vida, experiências e fenômenos socioculturais, que se integram num mesmo sistema. Para este autor, a pessoa é vista como sujeito dos acontecimentos quando é capaz de se posicionar ativamente, definindo caminhos vitais ante as adversidades que se fizerem presentes.

A definição ontológica da subjetividade é dada pela produção de uma qualidade nova da psique humana nas condições da cultura, o que faz da subjetividade um momento inseparável do desenvolvimento da humanidade. O subjetivo não é o contrário do objetivo, é uma forma de objetividade, aquela que caracteriza a especificidade qualitativa dos diferentes processos humanos. Toda atividade humana tem um momento subjetivo que não pode ser ignorado, o que até hoje foi profundamente desconhecido em muitos campos da atividade humana. (González Rey, 2006, p.73).

A subjetividade se expressa no nível individual e social, constituindo-se em sistema diferenciado complexo, contraditório e plurideterminado, o qual está em constante desenvolvimento, afetando e sendo afetado pela sociedade e pelas pessoas que a constituem, num movimento contínuo das redes complexas de relações que compõem o desenvolvimento social. (GONZÁLEZ REY, 2003).

Segundo este autor, a subjetividade individual se constitui de forma simultânea à subjetividade social, a qual se constrói e se altera a partir de interferências exercidas por subjetividades individuais. Ele define a subjetividade social como um conjunto de sentidos subjetivos que surgem de diferentes contextos que se integram, formando um sistema dinâmico (GONZÁLEZ REY, 2003).

Na Teoria de Subjetividade, portanto, o sujeito ao mesmo tempo em que é singular, é um ser social com capacidade criativa. Essa visão contribui para a adoção de um olhar mais receptivo ao novo, ao desconhecido além de possibilitar o estudo do ser humano na totalidade de seus diversos e complexos aspectos, permitindo a percepção de que os processos psíquicos são dinâmicos, multideterminados e mutáveis.

1.6 Sentidos Subjetivos e Configurações Subjetivas

Os sentidos subjetivos representam uma unidade fundamental da Teoria da Subjetividade. Essa unidade integra o emocional e o simbólico sobre uma definição produzida pela cultura, ou seja, os sentidos organizam-se sobre espaços simbolicamente existentes e significam, justamente, a possibilidade diferenciada da ação humana dentro de tais espaços. Nas palavras de González Rey sentido subjetivo é definido como:

Um tipo de unidade auto organizada da subjetividade que se caracteriza por uma integração de significados e processos simbólicos em geral e de emoções, nas quais um elemento não está determinado pelos outros, embora tenha a capacidade de evocá-los (GONZÁLEZ REY, 2004b, p. 17).

Na produção do sentido subjetivo existe uma estreita relação entre os processos simbólicos e as emoções - um evoca o outro.

Entendemos por sentido subjetivo a integração inseparável do emocional e do simbólico dentro de ambientes culturalmente estabelecidos que implicam relacionamentos e atividades do indivíduo relativamente estáveis. Os processos simbólicos e emocionais, que constituem os sentidos subjetivos, evocam-se, reciprocamente em um relacionamento recursivo (GONZÁLEZ REY, 2004c, p.85).

González Rey (2004a), define configurações subjetivas como “um núcleo dinâmico de organização, que se nutre de sentidos subjetivos muito diversos, procedentes de diferentes zonas da experiência social e individual” (p. 204). Segundo Mitjans Martínez (2005), trata-se de um conceito que “representa a articulação de diferentes momentos e de recursos subjetivos que funcionam organicamente, caracterizando sua qualidade constitutiva”. (p. 19).

Compartilho com González Rey (2011), o entendimento de que as tramas e dramas vivenciados pelos indivíduos, bem como o seu contexto atual, contribuem para a atualização das configurações subjetivas construídas como fruto da sua história de vida.

As configurações subjetivas são, portanto, processos complexos, dinâmicos e instáveis, nos quais diferentes sentidos subjetivos estão presentes e se articulam de forma singular a cada momento. É através da identificação e compreensão de sentidos subjetivos presentes nos processos de subjetivação que os mesmos podem se apreendidos e compreendidos.

1.7 Subjetividade, Modo de Vida, Saúde e Qualidade de Vida

Entende-se, com base na Teoria da Subjetividade (GONZÁLEZ REY, 1997), que em todo momento, a pessoa está subjetivando - através de processos simbólicos e emocionais -, o que está vivenciado. Trata-se de um processo dinâmico e complexo, no qual se fazem presentes configurações subjetivas construídas ao longo da sua história, as quais de uma forma recursiva, afetam e são afetadas pelas subjetivações que emergem naquele momento. As configurações subjetivas aparecem como fonte de sentidos, os quais, por sua vez, dão uma conotação subjetiva ao momento presente. Sendo assim, o processo de subjetivação afeta o modo de a pessoa perceber e vivenciar o momento presente, a sua saúde, o seu modo de vida e a forma de se ver.

O modo de vida aqui está sendo considerado como “um sistema de configurações subjetivas em desenvolvimento, que ganham certas dimensões dominantes no espectro de comportamentos aparentemente diversas das pessoas” (GONZÁLEZ REY, 2011, p.39). Para este autor, “O modo de vida é sempre uma produção subjetiva relacionada com as ações, relações e preferências que definem em seu inter-relacionamento a forma como vivemos” (GONZÁLEZ REY, 2004b, p.40). É através do modo de vida que a pessoa se articula com o mundo e com a sociedade. O modo de vida revela motivações das pessoas e pode contribuir para uma maior expressão de saúde da mesma, ou comprometê-la.

Destaco o fato de que saúde não é ausência de sintoma - é um processo, não um atributo - e deve ser vista como qualidade dos processos de vida. (González Rey, 2011). A saúde é um processo complexo, sempre em desenvolvimento, no qual a

subjetividade vai estar sempre presente, articulando o somático e o psíquico, os quais atuam de forma integrada, contribuindo para a definição de como o organismo funciona, e no qual nível singular se expressa de formas múltiplas, tais como bem-estar, congruência, autodeterminação – elementos constitutivos de um estado saudável. (GONZÁLEZ REY, 1997).

Segundo González Rey (2004c), a capacidade e forma do processo de superação da doença, dependem de quão saudável está a emocionalidade do indivíduo, visto que uma emocionalidade sadia que já esteja presente, aumenta a possibilidade de escolhas de uma melhor estratégia. Diante de uma situação problemática o indivíduo pode produzir novos sentidos, que podem possibilitar uma reorganização de sua vida ou, ao contrário, conduzir a um processo progressivo de desorganização que pode levar a uma configuração patológica da personalidade (GONZÁLEZ REY, 2003).

Para a Organização Mundial da Saúde - OMS (1995), a qualidade de vida se expressa, “pela percepção pessoal acerca da sua vida, em relação ao contexto da sua cultura, aos seus sistemas de valores tomando em consideração os seus objetivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações”.

Já o conceito de qualidade de vida de Venâncio (2004), se apresenta mais abrangente. Ela considera a Qualidade de vida "um conceito multidimensional, que é mensurado como uma avaliação subjetiva do status de saúde e do bem-estar em diferentes setores da vida, incluindo componentes físicos e psíquicos" (VENÂNCIO, 2004, p.56). Concordamos com Souza e Carvalho (2003), quando afirmam que a “qualidade de vida não pode ser tomada como um conceito geral, mas entendida dentro da experiência cotidiana e pessoal de cada um dos envolvidos” (p.516).

Neste capítulo foi apresentado um breve resumo dos principais conceitos da Teoria da Subjetividade – sujeito, subjetividade, sentidos subjetivos, configurações subjetivas – e modo de vida. Buscando evidenciar que a subjetividade permeia o modo de vida, saúde, qualidade de vida e destacar que a saúde guarda uma relação com o modo de vida, o qual pode contribuir, ou não, para a sua expressão. Também destaca-se que o modo de vida, por sua vez, influencia a forma de percepção da qualidade de vida.

Uma das questões identificadas, quando da revisão literária, foi o fato de o desconhecimento do adoecimento por câncer e seu tratamento resultar em diagnóstico tardio, insegurança e preconceitos disseminados através de

representações sociais inadequadas sobre o câncer. Políticas Preventivas mais eficazes, que promovam maior conhecimento do processo de adoecimento, contribuiria para o aumento de diagnósticos precoces e, provavelmente, na redução de insegurança nos pacientes, de preconceitos e de mortalidade por câncer de mama.

Este conhecimento, por sua vez, pode contribuir para uma maior participação do (a) paciente nas decisões do seu tratamento. Mas, para que isto aconteça, há a necessidade de mudanças nas práticas hegemônicas de assistência à saúde, pautadas no modelo biomédico, que contribuem para que o médico seja visto como o único detentor dos saberes da saúde e onde o paciente é visto apenas como um portador de doença (s) a ser (em) tratada (s).

E isto está relacionado com a outra questão identificada: a necessidade de mudança na forma de atuação na assistência à saúde hegemônica, que desconsidera os processos subjetivos. Isto dificulta a identificação de recursos e potencialidades dos (as) pacientes, os quais a serem explorados e expressos, possam contribuir para um posicionamento ativo nos seus processos de saúde-doença, associados ao câncer. Daí a necessidade da adoção de um novo olhar que considere a complexidade e as múltiplas dimensões da vida da pessoa e os seus processos subjetivos de saúde-doença associado ao câncer, bem como a sua capacidade criativa.

Foi com o desejo de contribuir para a ampliação da compreensão de subjetivações relacionados a processos saúde-doença, relacionados ao câncer de mama e mastectomia, que definiu-se como objetivo geral da pesquisa, investigar e compreender produções subjetivas do modo de vida de duas mulheres, relacionadas ao adoecimento por câncer de mama e realização de mastectomia. E como objetivos específicos: identificar e compreender diferentes sentidos subjetivos e processos de subjetivação do modo de vida dessas mulheres, relacionados à vivência do recebimento do diagnóstico e realização da mastectomia.

2 METODOLOGIA

Foi utilizada a metodologia construtivo-interpretativa - apoiada na Epistemologia Qualitativa proposta por Gonzalez Rey (1997, 2005a) -, e a Teoria da Subjetividade de González Rey (2003). Esta metodologia se orienta através da construção de modelos teóricos, como forma de possibilitar a compreensão do que se estuda. Nela, o caráter teórico é destacado como atributo essencial - não se trata de enxergar o conhecimento de acordo com categorias universais, e sim, como produção. (GONZÁLEZ REY, 2005b).

Para a produção do conhecimento a epistemologia qualitativa privilegia o singular como fonte de informação significativa. O conhecimento produzido a partir dessa perspectiva, tem também a intenção de gerar inteligibilidades sobre formas sociais e complexas de processos humanos. Na sua constituição subjetiva o sujeito é visto como único.

A legitimidade do conhecimento está na qualidade de expressão de cada sujeito e não na quantidade de pessoas estudadas (GONZÁLEZ REY, 2005b). A significação epistemológica da singularidade está estreitamente relacionada ao valor teórico da subjetividade no estudo do homem, a cultura e a sociedade, dimensões que se constituem de forma permanente entre si, na condição subjetiva que define a ontologia desses três sistemas complexos da realidade. (GONZÁLEZ REY, 2005b).

Na lógica construtivo-interpretativa, os indicadores de uma organização subjetiva são essenciais e se definem como elemento ou conjunto de elementos que adquirem significados a partir de interpretações do (a) pesquisador (a). Eles são construídos sobre informações implícitas e indiretas que surgem na pesquisa. Os indicadores não têm valor como elemento isolado e estático, mas como parte de processos que se inter-relacionam com outros indicadores. Representam um momento hipotético que conduz à criação de novos indicadores, seu caráter é de explicação e não de descrição (GONZÁLEZ REY, 2005b). É através da articulação de indicadores que as hipóteses vão se tornando mais consistentes, possibilitando a criação do modelo teórico na pesquisa.

Como instrumentos da pesquisa, foram utilizados a dinâmica conversacional e o complemento de frases elaborado pela pesquisadora (Anexo A).

Na dinâmica conversacional, pesquisador (a) e sujeitos pesquisados integram suas experiências, dúvidas e suas tensões, que facilitam o emergir de sentidos

subjetivos no curso das conversações (GONZÁLEZ REY, 2005a). A conversação é um processo que possibilita que a pessoa estudada revele significados de sua experiência pessoal, se envolva nos sentidos subjetivos dos diferentes espaços delimitadores de sua subjetividade individual (GONZÁLEZ REY, 2005b).

O complemento de frases, por sua vez, é um instrumento aberto, no qual se utiliza uma quantidade variável de frases incompletas criadas pelo (a) pesquisador (a), as quais são complementadas pelos (as) participantes. As frases incompletas são indutoras de informação que “podem referir-se a atividades, experiências ou pessoas, sobre as quais os sujeitos se expressam intencionalmente” (GONZÁLEZ REY, 2005b, p. 57).

Este instrumento permite que a pessoa pesquisada se expresse de forma singular também pela via escrita e traga questões que são relevantes para ele. Isto contribui para a ampliação das informações sobre o participante e possibilita o estabelecimento de novos diálogos, nos quais as conversas são conduzidas no sentido de investigar a relação entre o que a pessoa pensa e o que ela escreveu.

Foram realizados três encontros individuais com as participantes, em dias e locais indicados pelas mesmas. As entrevistas foram gravadas, mediante autorização das participantes.

O estudo de casos contou com a participação de duas voluntárias – aqui designadas como S1 e S2 – as quais foram diagnosticadas com câncer e se submeteram a mastectomia bilateral.

S1 tem 56 anos, é de cor branca, católica, possui nível de escolaridade do segundo grau incompleto, casada pela segunda vez e, há 24 anos, se submeteu, em um hospital público de Brasília, a mastectomia radical das duas mamas, com retirada dos linfonodos. Posteriormente, se submeteu a tratamento com quimioterapia. Devido à retirada dos linfonodos axilares, ela teve que fazer fisioterapia durante cinco meses, para auxiliar na recuperação os movimentos dos braços. Dois anos após a cirurgia fez reconstituição mamária.

Ela trabalhava como cabelereira e ficou impossibilitada de exercer tal profissão durante os seis primeiros meses após a cirurgia, visto que a mesma exigia um esforço maior dos braços do que ela podia realizar sem provocar inchaço dos mesmos. Na ocasião estava no seu primeiro casamento, do qual tinha dois filhos – uma menina de cinco anos e um menino de 11 anos. Não pôde contar com a ajuda afetiva do esposo,

mas recebeu um grande apoio dos seus familiares. O casamento se desfez cinco anos depois. Após a separação, o ex esposo passou a contribuir com uma pensão.

Hoje, os dois filhos estão casados e ela, recentemente, se casou pela segunda vez. Além de se dedicar ao lar, ao marido, filhos e netos, ela dedica três dias da semana ao voluntariado da Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC), onde é vista como um modelo de superação. A pesquisadora já a conhecia há mais de dois anos na RFCC, quando a convidou a participar da sua pesquisa, no final do ano passado. Ela aceitou prontamente.

Já S2, a pesquisadora a conheceu casualmente em uma loja, em janeiro de 2014. Estavam escolhendo maiôs e ela explicou que o que a pesquisadora escolheu não servia para ela, pois tinha realizado mastectomia bilateral, seguida de reconstituição mamária. Falou que teve câncer e que Deus a havia curado, “pela graça de Deus”. Então, a pesquisadora comentou que era voluntária da Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC) e que a sua monografia seria sobre mulheres mastectomizadas e, que uma colega da universidade ia fazer sua monografia sobre religião e talvez precisasse de alguém para participar da sua pesquisa. Ao perguntar se ela teria interesse em participar da pesquisa da colega, caso ela precisasse de alguém para a sua pesquisa. Ela falou que gostaria muito. Porém, essa colega já tinha definido quem iria participar da sua pesquisa. Então, a pesquisadora entrou em contato com S2 e perguntou se ela gostaria de participar da pesquisa. Ela disse que sim e, em fevereiro deste ano, iniciaram-se os encontros.

S2 tem 61 anos, é de cor branca, evangélica, possui nível de escolaridade de segundo grau, casada há 17 anos, não tem filhos – teve um aborto espontâneo no terceiro mês de gravidez. Profissionalmente atuou como técnica em microfilmagem e arquivista. Aposentou-se em 1995. Há pouco mais de um ano foi diagnosticada com câncer na mama esquerda e se submeteu à quimioterapia antes da cirurgia de retirada das duas mamas, seguida da cirurgia de reconstrução mamária.

Os procedimentos cirúrgicos foram realizados em um hospital público de Brasília – distinto do utilizado por S1. Ela pôde contar com o apoio do esposo, dos irmãos da sua igreja e dos seus familiares. Atualmente, ela dedica uma boa parte do seu tempo fazendo companhia para a sua mãe, a qual tem 90 anos e há cinco anos foi diagnosticada com câncer de mama, mas não quis se submeter ao tratamento.

3 ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

Os encontros entre pesquisadora e pesquisadas foram realizados de forma individual. E após o estabelecimento de um vínculo interativo entre elas, foram estabelecidas dinâmicas conversacionais que possibilitaram que as participantes se expressassem livremente, utilizando diferentes formas de expressão simbólica, possibilitando que saíssem da lógica da resposta para a lógica da construção. A conversa foi iniciada com a seguinte pergunta da pesquisadora: “Gostaria que me contasse como foi para você a experiência de receber o diagnóstico, fazer a cirurgia, enfrentar o tratamento, possíveis consequências. Como é que foi isso tudo para Você”?

Os diálogos e conversas possibilitaram que as participantes descrevessem como lidaram/lidam com o câncer, a mastectomia e o tratamento, além de promover reflexão sobre seus sentimentos e emoções, revelando produções subjetivas associadas às suas preferências, formas de se relacionarem e de atuarem na vida, constituintes do seu modo de vida. Para tentar aprofundar nesta questão, solicitou-se: “Conte para mim como é um típico dia da sua vida”. O objetivo foi conhecer aspectos tais como: a implicação das pesquisadas nas suas escolhas diárias, as suas motivações, seus interesses, utilização do seu tempo, prioridades e autodeterminação, sua forma de se relacionar com as pessoas, com o mundo e como as suas potencialidades estão sendo exploradas?

Os diálogos e conversas também contribuíram para que indicadores de uma organização subjetiva surgissem, através dos sentidos subjetivos que apareceram de forma dispersas na produção das participantes. As expressões de sentidos subjetivos surgiram de forma indireta, não apenas nas palavras, mas também em atribuição de significados, níveis de elaboração, temporalidade, nas manifestações diversificadas do sujeito, na forma de se expressar. À pesquisadora coube a busca de interpretação dos sentidos e significados expressos, de forma a produzir a inteligibilidade sobre os mesmos.

S1 iniciou seu depoimento falando:

“Receber o diagnóstico é uma bomba. Como se você tivesse entrando para o fundo do poço, até porque estar com câncer é morte, né. Se não tratar a tempo, é, pode ser bem mais difícil”.

Ela estava com os cotovelos apoiado em uma mesa e os braços cruzados em frente às mamas e a sua voz estava em tom baixo, sem entonação, sem emoção. Neste momento houve uma interrupção, e quando S1 retomou a conversa já não estava de braços cruzados, falou com emoção na voz e de uma forma mais contundente:

“O diagnóstico é uma facada, né. O diagnóstico e, justamente, procurar um médico, depois procurar fazer o tratamento o mais rápido possível, porque se não... É uma, uma doença que se desenvolve muito rápido”.

Não só as suas palavras, mas, também sua contenção inicial – na forma de falar e no seu gestual -, e posterior retomada com mais energia e envolvimento no que estava expressando, se constituíram um indicador de que o processo pelo qual passou foi, a princípio, muito impactante e angustiante para ela. As frases “*entrando pro fundo do poço*” e “*O diagnóstico é uma facada, né*”, “*procurar fazer o tratamento o mais rápido possível*” expressam os sentimentos de ansiedade, insegurança, medo e urgência frequentemente associados às representações sociais do câncer como algo relacionado a sofrimento, morte e necessidade de uma rápida atuação.

A necessidade de rápida ação se evidenciou como um indicador de sentidos subjetivos, que mobilizaram rápidas providências – o tratamento se tornou uma prioridade. De uma maneira geral, não paramos para pensar que a morte é uma certeza no nosso viver e evitamos focar na possibilidade de nossa própria morte. Então, quando essa questão se impõe, traz consigo a possibilidade de interrupção de tudo que constitui o nosso viver, provocando alterações nas configurações subjetivas associadas à morte e ao viver e afetando o modo de vida da pessoa.

Foi em um autoexame das mamas que S1 descobriu um pequeno nódulo. A seguir procurou um mastologista e fez a mamografia solicitada por ele - a mamografia sugeriu a realização de biópsia, e biópsia acusou tumor maligno.

“Daí, pra cirurgia foi rápido, 32 dias a cirurgia. Depois veio o tratamento, a quimioterapia – a radioterapia, não foi feita a rádio, né”?

Nessa fala de S1, novamente aparece o sentimento de urgência, a aceitação da necessidade de correr contra o tempo. E quando S1 diz que a cirurgia foi feita 32 dias depois de ela receber o diagnóstico, confirma a hipótese de que o tratamento se tornou prioridade, afetando as suas prioridades.

Nas falas de S2, representações sociais do câncer surgiram na seguinte frase:

“(...) eu nunca me envergonhei, eu nunca me, me entristeci pelo fato de estar sem cabelo, de estar mais magra. Eu não, né, sentia castigada por Deus, eu não me sentia provada por Deus. Eu não sentia isso”.

O preconceito relacionado ao câncer, surgiu de forma indireta e através da associação do câncer a castigo, provação divina, tristeza e vergonha. Mas essas falas, entretanto, evidenciam que S2 não reconhece a expressão desse preconceito na sua vivência com o câncer.

Nos dois casos concretos vimos a forma como representações sociais do câncer surgem como um elemento constituinte da subjetividade de S1 e S2, evidenciando, nos processos subjetivos do adoecimento dessas mulheres, a influência da subjetividade social, a qual ao se fazer presente contribuiu a para produção de medo, ansiedade, sofrimento e que, de uma maneira geral, dificultam a expressão da saúde.

S2 descobriu o câncer em exames que deveriam ser feitos periodicamente, mas que estavam em atraso. Apesar de sua mãe já ter sido diagnosticada com câncer, S2 atrasou esses exames devido ao envolvimento e participação de S2 em projetos do esposo, e também, devido a vários problemas que surgiram na sua família de origem – adoecimento e falecimento do pai, entre outros. Percebe-se então, que nos processos subjetivos de S2 o seu envolvimento nesses acontecimentos, sobrepujaram o seu cuidado com a sua saúde. Ela comentou, que antes desses acontecimentos, fazia regularmente os exames periódicos. Portanto, em relação à saúde, S1 e S2 apresentaram postura bem diferente – S1 tinha o hábito de fazer autoexame, o que possibilitou a descoberta do câncer logo no início.

Ao falar sobre o resultado da mamografia, S2 trouxe:

“Eu vi que a probabilidade de ser um câncer era grande. Eu ali fiquei quietinha, sem falar pro meu esposo”.

A preocupação em poupar o seu esposo se apresentou um indicador de que S2 dedicava um cuidado especial a ele. E isto foi confirmado em outros momentos das entrevistas como, por exemplo, quando ela recebeu o resultado da biópsia:

“A minha preocupação maior foi com meu esposo, como ele ia receber essa notícia. (...) O meu marido é a pessoa mais importante da minha vida”.

Então, ficou evidente que o seu esposo ocupa um lugar especial na vida de S2 e que preocupar-se com ele faz parte do seu modo de vida.

“Aí, eu cheguei em casa, falei com o meu esposo: ‘Olha, o resultado do câncer foi confirmado’- e ele também agiu com fé. Ele disse: ‘Então, agora você vai cuidar e Deus tudo proverá’”.

Considerarei, então, a possibilidade de o esposo ter atuado como fonte de apoio na vivência de S2 lidar com o tratamento do câncer. Essa hipótese foi reforçada pelas seguintes falas de S2:

”Meu esposo foi um esposo maravilhoso. É um esposo maravilhoso, né. Me acompanhou, tem vivenciado. Meu esposo também é evangélico”.

A relevância do apoio do seu marido ficou evidenciada quando S2 comentou: “Eu vi casos, eu vi casos de maridos que deixaram as esposas, eu vi casos, assim, então eu vi de tudo, né. Eu não vivenciei esse tipo de, de coisa. Eu fui muito amada, amparada”.

Então, em uma ocasião em que ela viu outras parceiras de tratamento de câncer sendo abandonadas pelo esposo, foi muito importante poder contar com o amor e apoio do seu esposo.

Os seguintes complementos de frases evidenciaram a importância do esposo de S2 na vida dela:

Meu maior medo: *Perder meu esposo, principalmente para o mundo;*

O casamento: *É muito bom. Tenho um esposo ótimo;*

Amo: *Estar na igreja, com meu esposo, amigos;*

Meu maior prazer: *É estar com meu esposo, amigos e família.*

S2 esclareceu que o medo de perder o marido “*para o mundo*”, significa ele deixar de seguir os preceitos da igreja. Ela falou que nunca teve nenhuma sinalização nesse sentido. O que acontece é que ela considera os preceitos da sua igreja adequados para um bom viver, evidenciando que o seu modo de vida é influenciado por esses preceitos.

No que diz respeito a apoio do esposo S1 trouxe:

“*Ele (o esposo) achava, assim, que, que câncer não tinha cura, né. Que ‘quando mexe tira num lugar, aparece noutra’*”. Mais adiante acrescentou “*Ele não tinha esperança que eu sobrevivesse. Não. Então, foi surpresa para ele eu estar viva até hoje. Mas, ele seguiu o caminho dele. E eu segui o meu*”.

Ou seja, S1, em um momento de fragilidade e insegurança, não pôde contar com um apoio comumente esperado, e provavelmente desejado, de uma pessoa tão próxima como um esposo. E, além da atitude do esposo não ser de apoio, os seus

prognósticos se apresentaram como mais um obstáculo a ser superado por S1, visto que estavam impregnados de desesperança e incredulidade de uma possível cura, tão frequentemente associado ao câncer no imaginário social.

“Não recebi muita ajuda do marido, não, tá. Aquela ignorância dele... ele... então, não recebi muita ajuda dele não”.

As reticências se constituíram em um indicador de que ela não queria aprofundar sobre algumas atitudes do marido. Isto foi confirmado, quando ela deu um exemplo de mudança ocorrida no marido.

“Ah, ele não era lá, assim, muito carinhoso, (era) muito ignorante. Eu sofria. E tem outra parte que não gosto nem de falar, sabe, porque...”.

Aqui temos uma confirmação de que ela realmente não pôde contar com o apoio e compreensão do marido e não quis relembrar fatos ocorridos na sua relação com o marido durante aquela fase.

“Mas, também não vou culpar (o câncer) pelo fim do casamento. Era (o casamento) uma coisa que já não estava muito boa, né. Eu não atribuo a isso, não, a, a, a separação, não. Claro que veio a calhar, né, contribuiu. Mas o que estava ruim, ficou pior”.

Nesta fala mostra S1 apresentando flexibilidade, tentando ser justa – não ser influenciada por possíveis mágoas em relação ao marido.

Os seguintes complementos de frase reforçaram essa ideia:

O casamento: *o 1º foi ruim, o 2º estou feliz;*

Ser pai: *é ser responsável;*

Se os homens: *cumprissem suas responsabilidades, seriam melhor;*

Os homens: *estão amando menos;*

O passado: *ficou, não volta mais;*

Eu prefiro: *sorrir;*

Farei o possível para: *viver em paz*

Em outro momento, S1 disse:

“Hoje, a gente... Não somos amigos, mas também não somos inimigos. Pouco a gente se vê”.

O fato de ela não se deixar abater e seguir em frente, se constituiu em um indicador do seu potencial de atuar com flexibilidade neste seu processo de saúde-doença. E isto foi confirmado quando ela falou: “*Não deixo que coisas do passado atrapalhem o meu hoje, senão vai atrapalhar o meu futuro*”.

Mas, S1 pôde contar com o apoio dos seus familiares,

“Em casa eu tive, né, a companhia, tinha as minhas irmãs - todos os dias estavam ali. Minha família foi muito presente, sabe. E, e os parentes. Eu recebi muito a visita deles, eles me procuravam. Foi muito importante este lado carinhoso”.

Pela forma, entonação e emoção que S1 se expressou nessa fala, ficou evidente que o apoio e carinho da família foi um dos fatores que contribuiu para que ela se fortalecesse e superasse os dissabores pelos quais estava passando. Considera-se então, que a família atuou como uma fonte de sentidos que contribuíram para que ela se sentisse querida e apoiada, que possibilitou para que ela mobilizasse a motivação e força para superação de uma fase tão angustiante, que estimulou a sua vontade de viver. Essa hipótese foi reforçada pelos complementos de frases:

A família: é o meu tudo;

Na família: sou muito querida;

Meu maior prazer: é estar com minha família.

Ao falar sobre tratamento S1 trouxe:

“A fase do tratamento ela foi, assim, muito delicada, né, sofrida. Aspectos que você se priva - de sair por causa da imunidade que está muito baixa. Ela caiu de repente. Você pode estar fora de sua casa e você pode ter uma febre”.

Nessa fala há referência a sofrimento, e nela se depreende sentimento de insegurança, medo e limitação. E isso se constituiu em um indicador de que o tratamento afetou muito o modo de vida de S1. Posteriormente, ela contou que ficou 12 dias internada e depois que foi para casa, teve que fazer fisioterapia. Durante o período de cinco meses, ela fez fisioterapia.

“Eu precisava ter de volta os movimentos dos meus braços. A mastectomia bilateral ela, ela mexe com os, os seus movimentos (dos braços) e, e com essa limitação eu tinha que fazer fisioterapia pra recuperar os movimentos dos braços”.

Essas expressões e a posterior informação de que, durante seis meses, S1 evitou sair para não se expor a adocimento, confirmaram a hipótese de que o modo de vida de S1 foi fortemente afetado pelo tratamento do câncer.

“Olha, a casa, né, eu fazia o que eu podia fazer, né, até porque, naquele momento ali, eu tinha que deixar, eu tinha que cuidar era de mim. A casa podia ficar, a casa podia esperar”.

Essa forma de S1 se expressar, mostra ela se conscientizando de que tinha que priorizar a sua recuperação. Essa ideia foi reforçada através dos seguintes complementos de frase:

As pessoas: *deveria pensar mais em si mesmo.*

Se as mulheres: *cuidassem mais, seria mais feliz.*

Cuido: de mim; *Secretamente eu: amo eu.*

A frase “*a casa podia ficar, a casa podia esperar*”, por sua vez, foi vista como um indicador de que, durante um tempo, S1 precisou se afastar de parte do papel de dona de casa e do seu trabalho de cabelereira em prol da sua recuperação. E isto parece se confirmar através das seguintes frases, as quais evidenciam a familiaridade de S1 com esses papéis:

Em relação aos afazeres domésticos, cabe a mim: *faço com prazer;*

O trabalho: *é tudo de bom;*

Sem trabalho: *nada sou;*

No trabalho: *gosto de cumprir minhas tarefas;*

Me cansa: *não fazer nada.*

Então, a necessidade de repouso, de reclusão e a dificuldade de utilizar os braços, foram fatores, entre outros, que interferiram temporariamente no seu modo de vida - no desempenho de alguns papéis sociais assumidos por ela, dentre eles o de dona de casa, de mãe e de contribuinte parcial no sustento da família, atuando como costureira. Isto possivelmente afetou momentaneamente o seu sentimento de identidade, visto que o trabalho e demais papéis sociais que adotamos passam a fazer parte da nossa identidade.

S1 pôde contar com a ajuda de uma sobrinha de 19 anos, que veio do nordeste especialmente para fazer companhia para ela, ajudar a cuidar dos filhos e da casa.

“Ela (a sobrinha) me ajudou muito, muito mesmo. (...) Foi muito importante a ajuda dela. Eu Agradeço demais por, por ela ter vindo ficar comigo”.

Vemos aqui S1 se mostrando grata por ter alguém da família contribuindo para o bom andamento das tarefas de mãe e de dona de casa, apaziguando-a em relação a seus compromissos e papéis sociais interrompidos temporariamente. E, no complemento de frase surgiu:

O apoio das pessoas: *é muito bom.*

Ao contrário de S1, S2 fez a quimioterapia antes de se submeter aos procedimentos cirúrgicos, pois havia a necessidade de primeiro reduzir o tumor. Sobre o apoio recebido durante a fase do tratamento do câncer ela comentou:

“Vivi isso cercada de amor, pela família, pelos irmãos da igreja, pelo meu esposo. Foi em tudo, maravilhoso, no sentido... até hoje ele contribui muito, ele me poupa muito”.

Então, além da família de origem e do esposo, S2 pôde contar com a ajuda de irmãos (ãs) de sua igreja.

“Meu esposo precisou fazer uma viagem internacional de 10 dias e, e, os irmãos da igreja, as irmãs da igreja se propuseram a cuidar de mim nesses 10 dias – e fizeram escala, é (...) Foi uma doação de muito amor” (desses irmãos para ela).

Quando perguntei para S2 como foi para ela o seu esposo estar ausente naquele momento tão delicado, ela disse que o seu esposo realmente teve que viajar – e que ela o estimulou a fazer isso. E S2 destacou o fato de que o seu esposo, antes de viajar, procurou garantir que ela estivesse adequadamente assistida – e que ela ficou feliz com os cuidados dele. Durante esse período, ela ficou na casa da sua irmã e várias irmãs de igreja se revezaram, de forma a que ela sempre pudesse contar com a companhia de alguém.

Neste ponto é importante destacar que no primeiro encontro, S2 iniciou seu relato deixando claro qual era a sua opção religiosa.

“A minha opção de vida é uma opção cristã. Desde criança, e sem ter nascido em lar evangélico, eu tive uma experiência com Deus (...) isso me norteou a vida inteira, realmente, a ter um encontro com Deus já, já jovem”.

O fato de S2, tão prontamente querer deixar claro a sua “*opção cristã*” de vida evidenciou que a sua opção religiosa se constituía em um aspecto da sua vida muito valorizado por ela, e intensamente presente em suas produções subjetivas e no processo de adoecimento investigado. É muito comum vermos pessoas se voltando para Deus quando estão diante da dor e do sofrimento. Mas, no caso de S2, isto já acontecia “*desde criança*” e “*já jovem*” ela teve experiências com Deus. E ela falou que a sua infância e juventude foram felizes.

Então foi levantada a hipótese de que o encontro com o que ela considera sagrado - a “*experiência com Deus*” e o “*encontro com Deus*” mencionados -, produziram sentidos subjetivos, capazes de afetar configurações subjetivas que organizam o seu modo de ver a vida e o seu agir, contribuindo para que ela desejasse

refletir no seu cotidiano a sua “*opção cristã*”. Os seguintes complementos de frases reforçaram essas hipóteses:

Com frequência: *Vou para a igreja;*

Ao me deitar: *Oro;*

Preocupação principal: *É não desviar dos discernimentos de Deus.*

No complemento de frases S2 trouxe:

Quando estou sozinha: *Ouçô Rádio DSI (da sua igreja). Fico no ‘face’ com amigos e pesquiso muitas coisas na internet;*

Quando tenho dúvidas: *Pesquiso, pergunto, argumento.*

S1 então, tem o hábito de utilizar a internet, não apenas para pesquisar questões do seu interesse – o que revela uma faceta sua investigativa e curiosa -, mas a utiliza também para ouvir a rádio da sua igreja e entrar em contato com os amigos, cuja maioria pertence à sua igreja. Entende-se, que essa é uma forma de ela reforçar o seu sentimento de pertencimento à sua comunidade religiosa da qual faz parte e reforçar, também as suas convicções religiosas, visto que no site da sua igreja são disponibilizadas informações sobre projetos em andamento e depoimentos de graças alcançadas.

Nessa mesma noite que S2 recebeu o resultado da monografia, ela foi à sua igreja, “Fui conversar com o meu pastor pra, pra orar”. Percebe-se aí, mais uma vez, indicativos de que a religião abraçada por S2 atua com fonte de sentidos, influenciando o seu modo de vida, se constituindo para ela em fonte de apoio, de orientação e de confiança.

“Mas, eu não fiquei abatida, eu não fiquei abatida porque, porque Deus está no controle de todas as coisas”.

Supõem-se então, que a crença de que Deus está conduzindo os acontecimentos da sua vida a tranquilizou, pois S2 confia nas decisões divinas.

Quando recebeu o resultado da biopsia, S2 estava na companhia de uma irmã da igreja

“Quando euabri eu vi ‘Carcinoma’. Eu li pra ela (uma irmã da igreja) o resultado. Aí, olhei pra ela e disse: ‘Eu não vou chorar, eu vou glorificar ao Deus que eu sirvo’. E ali eu comecei a cantar um louvor de criança que diz (...)”.

Então, diante de uma notícia capaz de provocar choro S2 recorre mais uma vez à sua fé, à necessidade de glorificar “*ao Deus que eu sirvo*”, na expectativa de e ser

ouvida, amparada e agraciada por Ele. O seguinte comentário de S2 esclarece um pouco mais sobre a fé que ela deposita em Deus:

“Pela fé eu creio que Deus sabe tudo o que está acontecendo comigo e tem projetos pra minha vida. E eu preciso estar aos pés de Deus para alcançar esses projetos - sejam eles projetos – entre aspas -, “ruins” ou bons. Porque tudo o que Deus faz é bom”.

Ou seja, os sentidos subjetivos e significados de S2 associado ao sagrado, a Deus e ao Seu poder, possibilitaram o seu entendimento de que os desígnios de Deus têm como base a sabedoria e a bondade – pois “*tudo o que Deus faz é bom*” -, e que existe, portanto, a necessidade de ela estar receptiva e pronta a fazer jus aos projetos que Deus tem para ela. Há portanto, uma forte integração da espiritualidade no modo de vida de S2, sempre que possível ela está em contato com a sua comunidade religiosa e as questões religiosas estão sempre presentes no seu pensamento e na sua fala. Ela está sempre direcionando as suas atitudes, de forma a que a sua vida reflita a sua opção religiosa.

Os relatos de S2 mostraram que ela recorria mais aos irmãos de igreja que à sua família, pois era para a sua comunidade religiosa que S2, de imediato, se reportava, compartilhando os seus problemas e dirigindo os seus apelos. Posteriormente S2 revelou, que devido ao fato de seus familiares não serem evangélicos, a convivência dela com eles era limitada.

Considerarei, então, que essa limitação na convivência com seus familiares se constituía em uma forma de preservação dos preceitos recomendados pela sua Igreja e adotados por ela. O seguinte complemento de frase reforçou essa ideia:

Na família: O meu modo de viver me afasta um pouco, mas não brigas;

Esperam que eu: *Seja menos puritana* (a família espera);

Eu prefiro: *A paz, a harmonia a coisas fúteis.*

A família: *Todos, temperamento independente (...)*”.

Ela também revelou, que de uma maneira geral, convive bem com as pessoas, mas a escolha das suas amigas é feita em função de as pessoas adotarem, ou não, posturas e valores condizentes com a sua escolha de vida cristã. E, para as pessoas que revelam uma escolha de modo de vida diferente da sua, ela procura falar de forma a despertá-las para Deus.

Portanto, ficou evidenciado que os sentidos subjetivos e significados associados a uma *“vida cristã”*, direcionam suas escolhas diárias e afetam a sua forma de se relacionar com as demais pessoas, afetam o seu modo de vida.

“E outra coisa, nesta minha vida cristã eu tive experiências de respostas de Deus, não somente de orar e ver resposta, mas de realmente, Deus falar comigo”.

Ela relatou várias visões e revelações recebidas por irmão da sua igreja que anunciaram, entre outras coisas, que ela ia ter:

“uma grande experiência, mas uma grande experiência mesmo” e que “(...) o Senhor falou que essa enfermidade não seria para a minha morte, que seria para honra e glória do nome de Deus e, é, uns iam crer, muitos não acreditariam que Deus me curava, me curaria, que eu seria curada, mas que Deus”.

Então, antes de iniciar o tratamento de câncer, o imaginário de S2 estava repleto de imagens, falas, expectativas positivas, de esperanças transformadas em convicção de que todos os obstáculos seriam superados e que ela sairia vitoriosa *“para honra e glória”* do nome de Deus.

Então, para S2, a mensagem de que atuaria como um instrumento de Deus, *“pra honra e glória do meu nome”*, foi muito impactante. Isso foi confirmado na seguinte fala:

“Por que eu acho que - pra o ser humano que acredita em Deus -, não há nada mais valioso, do que curar-se para honra e glória do Seu nome”.

Para ela, qualquer sofrimento seria suportável, visto que essa experiência seria para a *“honra e glória”* do nome de Deus.

Então, antes mesmo de iniciar o tratamento de câncer, o imaginário de S2 estava repleto de imagens, falas, expectativas positivas, de esperanças transformadas em convicção de que todos os obstáculos seriam superados e que ela sairia vitoriosa *“para honra e glória”* do nome de Deus.

Para S2, portanto, a grande motivação para a superação do câncer e seu tratamento foi a oportunidade de ela poder atuar como instrumento divino, revelando e se expressando através da sua superação de uma possível morte.

A fé também se fez presente nos seus processos subjetivos de saúde-doença de S1:

“Quem tiver passando por isso, que tenha paciência – pra que faça o tratamento, não abandone. E que tenha muita fé. Isso daí também, muita fé e vontade de viver. Quem não tem vontade de viver não vence um câncer, não”.

Nestas falas de S1, a fé se apresenta como fonte de sentidos da qual S1 se valeu para conseguir energia, determinação e perseverança, que contribuíram para a superação do sofrimento, insegurança e desamparo vivenciados durante todo o processo acima descrito. Isto se confirmou quando ela falou que a força para superar o que passou veio:

“Do alto, pela fé que eu tenho, cristã, na minha formação cristã, que eu tenho. Como eu acredito que existe um Deus e que ele está vivo e que, que me ama. Então, essa força que vem do alto é a força estranha que vem do alto”.

E ao esclarecer sobre a fé, ela declara:

“É a fé espiritual, você busca lá de dentro, a força de Deus, também. É a esperança, vem a fé e aquela esperança daquilo que você não vê, mas que você pode sentir que vai ficar curada. E eu sentia isso, que eu ia conseguir vencer, que não ia ficar no meio do caminho. E isso é muito importante pra mim”.

E no complemento de frases:

Acredito: que Deus existe;

Ao me deitar: agradeço a Deus por mais um dia”.

Conclui-se que a fé se constituiu num importante recurso utilizado por S1, que contribuiu para que ela superasse limitações, dúvidas, inseguranças, medos e angústias. E, revelando sua gratidão a Deus, ela falou:

“(...) essa prerrogativa que Deus me deu é, é muito”!

E a grande motivação de S1 para investir, superar as adversidades do adoecimento, foi vislumbrada na seguinte fala dela:

”Tinha os dois (filhos) e ... muito criança os dois. E eu senti que eles precisavam muito de mim. Foi aonde eu usei muita força para encarar essa trajetória (...) Hoje, ele 34 vai fazer 35 e ela com 28, vai fazer 29 anos. Então isso pra mim, né, eu sinto que valeu a pena lutar. Em qualquer situação vale a pena lutar pra viver, né, não abandonar. É o que eu passo pra outras pessoas”.

Vê-se nessa fala, um indicador de que os filhos atuaram como fonte de sentidos para S1 - ela se cobrando em relação à necessidade de manter o seu papel de mãe, pois “*eles (os filhos) precisavam muito de mim*”, visto que os filhos eram responsabilidade dela. Daí a necessidade de conseguir forças necessárias que

possibilitassem “*encarar*” e superar o que estava acontecendo com ela. Os seguintes complementos de frases reforçaram essa hipótese:

Os filhos (ou a filha): *são tudo o que tenho*;

Ter filho/filha: *milagre da vida*;

Ser mãe: *dom de Deus*.

“O que me ajudou? A vontade de viver, né. Eu, tudo que os médicos falavam - o que era bom pra mim, o que eu tinha de fazer -, tá, eu ficava, eu ficava (fazendo). Eu procurava entender muito sobre alimentação, também, né. Aquilo que podia vir a fazer a diferença no meu, no meu tratamento, é, eu ficava (fazendo), né. E tendo conhecimento sobre alimentação. E, como eu disse, não, não ficar num lugar com muita gente porque você fica muito vulnerável a infecção, por causa da quimioterapia”.

Identificou-se aí um momento de emergência do sujeito. S1 se posicionando ativamente com “*vontade de viver*”, tomando consciência da necessidade de reagir, de se responsabilizar pelo processo de superação da fase que estava vivenciando, de buscar alternativas para superação das suas vulnerabilidades “*Aquilo que podia vir a fazer a diferença no meu, no meu tratamento, é, eu ficava (fazendo)*”! Identifica-se, portanto, novas configurações subjetivas sendo mobilizadas, de forma a contribuir que S1 se sentisse capaz de reagir e superar o desânimo, medo, inseguranças. Corroborando com essas conjecturas, surgiram esses complementos de frases:

O sucesso: *com seus próprios esforços é bom*;

As mulheres: *são guerreiras*.

Refletindo sobre o processo de adoecimento e tratamento de câncer pelo qual passou S1 comentou:

“E como o seu Eu, né, foi, é, abalado. Aí você começa a lutar em cima disso aí. E é você, é a tua vida - que ninguém vai morrer no seu lugar, né. O médico faz a sua parte e você tem que fazer o teu. E é você e você e você, né. Tem que botar numa caneta, tem que batalhar, tem que lutar”.

Percebe-se nessas reflexões de S1, uma tomada de consciência das transformações ocorridas nela, oriundas dos processos de saúde-doença associados ao câncer que ela vivenciou. Isto parece condizente com a seguinte fala de Bizzarri (2001, p. 207 e 208), “(...) diante dessas experiências, o ser humano toma decisões únicas e irreproduzíveis que, muitas vezes, o tornam outro”.

Os seguintes comentários de S1 descrevem com mais detalhes aspectos das transformações ocorridas nela:

“Ah, o Eu de antes era uma pessoa deprimida, que fazia mais a vontade dos outros, que a minha própria vontade. Hoje, eu me coloco também no centro, né, que eu também sou importante. Dava mais importância pros outros do que para mim. Então o que mudou foi esta autoconfiança em mim e que eu tenho, que tenho que fazer por mim também, né. Então, se eu tenho que amar o próximo, né, como eu mesma. Eu tenho que amar eu também - senão, não tem como amar o próximo. E passei a me valorizar mais, aquilo que faço, né, gostar de mim. Eu penso que eu tô bem mais feliz agora, né.

O câncer me libertou de certos traumas. Tinha trauma até de infância, né - de inferioridade. Eu me achava muito inferior, assim: ‘Ah, eu não mereço, não’. Não! Hoje eu não falo ‘eu não mereço’. Claro que eu mereço! Tudo de bom eu quero para mim, e eu vou lutar por aquilo que é bom para mim. Então, eu acho que a diferença veio aí. (...) Como diz, cuidando daquilo que é o seu maior patrimônio, que é você mesmo, né, sua saúde”.

A partir dessas construções, tornou-se visível que os processos saúde-doença associados ao câncer, vivenciado por S1, contribuíram para emergência de novas produções de sentidos e significados, capazes de provocar alterações nas configurações subjetivas associadas à sua identidade, ao seu modo de vida, possibilitando tomada de consciência, tal que a fez atuar como sujeito da própria doença, contribuindo para o processo de superação vivenciado por ela e possibilitando uma percepção de uma melhor qualidade de vida.

Como resultado disso, vemos S1 se posicionando como sujeito, mobilizando recursos pessoais e se apresentando como uma pessoa confiante, se sentindo capaz, se posicionando ativamente, cuidando de si, cuidando da sua saúde “seu maior patrimônio”. Reforçando essas considerações, tem-se os seguintes complementos de frases:

Tentarei conseguir: *dar o melhor de mim*;

Fracassei: *não*;

Eu luto: *pela vida*;

Espero: *o melhor*;

Minha principal ambição é: *ser feliz*;

No futuro: *saúde e paz*;

Não posso: *deixar de acreditar no futuro*”.

Temos então S1 se apresentando otimista, acreditando no futuro, focada na felicidade, disposta a dar o melhor de si, acreditando no futuro.

Já S2, respondendo à pergunta de o que mudou depois do tratamento de câncer, falou:

“Realmente, depois do câncer eu, eu, eu tenho vivido uma maior intimidade com Deus, uma maior profundidade com Deus, embora eu tenha certeza de que se eu tivesse partido, na comunhão que eu estava com Deus, eu partiria feliz, né”.

E acrescentou:

“Agora a questão de, de, de valor desta vida aqui – eles não mudaram muito, ou quase nada, porque os meus valores estavam, sabe. Não tinha uma vida errada pra mudar. O meu relacionamento com meu esposo ele é muito bom. Meu casamento estava na presença de Deus. (...) É, é, mas, mas no meu caso, no meu caso a mudança na vida comum, não houve”.

Para S2, portanto, o maior ganho de todo esse processo foi o fato de ter vivenciado intimidade com Deus. E complementa:

“Eu aprendi o seguinte: fé monóloga não existe. A fé de monólogo só quando você é criança na fé. A verdadeira fé é de diálogo, fé sem diálogo é fé de criança”. Ela esclareceu que diálogo “É de resposta, resposta de Deus, resposta efetiva de Deus. Resposta de como Ele, Ele disponibilizou na vida”.

Essas expressões evidenciam que as experiências religiosas vivenciadas por ela e pelos irmãos de igreja foram marcantes, aumentaram a sua certeza da presença e amparo de Deus e deram mais significado ao seu viver. Entende-se que isso se confirma quando S2 fala:

“Não era uma questão de só viver. Era uma questão de viver o que Deus queria - o que era um projeto de Deus para a minha vida. A vida trabalhada por Deus é algo Divino, né”. Para complementar, acredito cabe aqui retomar a seguinte fala de S2: “(...) eu tenha certeza de que se eu tivesse partido, na comunhão que eu estava com Deus, eu partiria feliz, né”.

Tanto S1 quanto S2, desconheciam questões relacionadas ao câncer e à mastectomia. S1 não questionou nenhuma das decisões médicas, nem participou das decisões relacionadas ao seu tratamento. Ao comentar sobre a sua reconstituição mamária, ela disse:

“Até então, naquela época pouco se falava, né, de reconstituição mamária (...) por ser, assim, uma das primeiras que iam ser feita, né, a reconstrução. Aí, a princípio, você não sabia o que fazia, o que é feito. Eu não conhecia ninguém que tivesse feito”. E acrescentou: (...) tinha aquela dúvida, né, de que poderia dar certo e poderia não dar certo, né”.

Essas falas revelam que S1 teve que lidar também com a incerteza quanto ao resultado da reconstituição mamária, visto que se tratava de um procedimento relativamente novo, aqui no Brasil.

Mas S2 adotou outra postura, apesar de ter confessado que desconhecia as questões relacionadas ao câncer, ela havia escutado, de outras pacientes, comentários, tais como:

“Eles tiraram o mamilo, eles tiraram a mama e fica um buraco, fica outro, né, às vezes, tiram um (seio), não tiram o outro, fica uma diferença”.

Então, inquieta, ela quis saber, junto aos médicos, o que iria acontecer com ela. Vi nessa fala de S1, ela se posicionado em seu tratamento. Então, ficou sabendo que a sua mama esquerda seria retirada e reconstituída, e que na mama direita seria feito biópsia e retirado o seu miolo e feito um preenchimento, mas que ia ficar uma diferença.

Levanta-se então a hipótese de, que ela, S2 estava tão convencida de que a cirurgia seria bem sucedida que se permitia especular, desejar e perseguir um bom resultado estético, e também, se livrar da biópsia - processo doloroso e sem garantias. Isto se confirma com a seguinte fala:

“(...) Minha preocupação está sendo o resultado dessa cirurgia (reconstituição mamária). Não é que eu despreze o resultado, é porque eu tenho tanta certeza do outro resultado (da retirada do câncer) e esse resultado (da reconstituição mamária) é que eu não tenho certeza”.

Em relação à cirurgia, entende-se que – várias vezes reforçada através de visões, revelações e profecias -, possibilitou que S2 se tranquilizasse, a ponto de voltar a sua preocupação para o resultado estético final da reconstituição das mamas. Essa hipótese é reforçada quando S2 afirma:

“Então, eu tinha, eu tinha muita convicção. Eu não tinha o que temer – e eu passei momentos difíceis, passei”.

S2 também falou para essa médica: “A decisão é minha, a decisão é minha. Mas, se fosse sua mãe, se fosse sua irmã”? Finalmente, a médica falou “*Então, tá, tá.*”

Se fosse minha mãe, se fosse minha irmã eu sugeriria, sugeriria tirar os dois (seios) ” ao que S2 respondeu:

“Eu vou pra casa, eu vou pensar”. Posteriormente, S2 confirmou que queria a mastectomia bilateral.

S2, então, apresentou múltiplas expressões de sua reflexividade, pesquisa de opiniões, pesquisas em diversas fontes que lhe permitam se posicionar durante seu processo. Isso é algo que você pode avançar na construção.

S2 argumentou também, junto ao cirurgião plástico:

“Dr., eu gosto muito de uma palavra que se chama harmonia, que a harmonia é uma coisa que faz bem a todo mundo”. Também comentou *“estou passando por um processo de quimioterapia difícil. Eu sei que vou sair vitoriosa nesse processo de quimioterapia”*.

Ela pediu para que ele explicasse o processo e o resultado esperado e falou:

“Por que não tirar as duas mamas e fazer um trabalho harmonioso? Que depois que eu olhar, eu não vou ter tanto, sabe, sofrer, me olhar como uma mulher mutilada”?

S2 insistiu junto aos médicos cirurgiões *“até que eles tiraram as duas mamas e me deram as duas mamas”*. Diante dessas atitudes de S2, consideramos que ela estava se posicionando ativamente, buscando e perseguindo algo que apresentava benéfico para ela e que traria bem-estar e qualidade de vida. Os seguintes complementos de frases reforçavam essa ideia:

Muitas vezes eu reflito: Sempre reflito, em tudo. Sou perspicaz;

Eu luto Contra a prepotência. Seja quem for, eu rebato”.

Partindo desta ideia, percebe-se nessa forma de se expressar, um indicador de postura ativa de S2, a qual resiste sempre à uma tentativa de imposição do saber do outro. Isso, de certo modo, é raro nas práticas em saúde, onde amiúde, o “paciente” é de fato colocado como passivo e receptor de saberes técnicos alheios aos seus.

Mas a seguinte fala de S2 mostrou que ela considera que o seu posicionamento ativo é fruto de uma atuação de Deus nela:

“Eu estava com uma mama com câncer, mas Deus foi me conduzindo a mente pra que eu tirasse a outra mama (...). Eu fui trabalhando nisso pra..., com os médicos, até que eles tiraram as duas mamas e me deram as duas mamas”.

A expressão “*Deus foi me conduzindo*” não deve ser vista como submissão, e sim, como um indicador de que a sua fé atuou como fonte de sentidos capaz de mobilizar nela um posicionamento ativo também junto aos médicos.

O fato de tanto S1 quanto S2 desconhecem questões relacionadas ao câncer e seu tratamento, mobilizou insegurança de desconforto, apreensão e medo, evidenciando a importância que as políticas públicas, viabilizem programas eficazes de educação para a saúde, que contribuam para maior conhecimento sobre o câncer e aspectos preventivos para a manutenção da saúde.

As construções, a seguir, estão relacionadas à importância de enxergar o sujeito, não apenas a doença.

S1 contou que, pelo período de seis meses após a mastectomia, teve acompanhamento psicológico:

“Quando eu operei, eu já recebi a visita dela (da psicóloga) no andar, ela já me recebia lá. É, e ela, ela me acompanhou desde o início. Isto é muito importante, também, esse acompanhamento durante o tratamento. Em outro trecho da entrevista ela falou: “Acho que foi muito importante a, a ajuda da psicóloga. Acho que todas têm que ter esse o acompanhamento”.

Ter podido contar com o apoio de uma psicóloga também foi algo que contribuiu para S1 conseguir lidar melhor com suas emoções, inseguranças, dúvidas e incertezas associadas a esse momento da vida, tão difícil pelo qual ela passou. S1 falou que, antes da reconstituição mamária,

“Me encaminharam novamente pra ela (psicóloga P.) porque tinha aquela dúvida, né, de que poderia dar certo e poderia não dar certo, né? E porque até pode dar uma rejeição, embora hoje é muito difícil dar uma rejeição. Mas, ela me ajudou muito”.

O fato de S1 poder contar com um apoio psicológico contribuiu para que ela conseguisse lidar com a ansiedade e incertezas relacionadas ao resultado da reconstituição mamária. Isto a ajudou e ela se sentiu feliz com a atuação desses profissionais.

Já S2 apresentou outra forma de ver a atuação desses profissionais. Sobre algumas atitudes de médicos e psicólogos S2 falou:

“E eu era – tanto pelos médicos, pelos psicólogos – eu era induzida a aceitar qualquer resultado de uma cirurgia de mama (...).” Em outro trecho das conversas, ela trouxe: “Eles (médicos e psicólogos) sempre diziam assim: ‘Não se preocupe com o

resultado, você tem que se preocupar com a doença. É a doença que tem que ser vencida, né? Você nunca mais vai ter a mesma mama. Então, não se preocupe”.

Este tipo de atitude por parte de profissionais da saúde são exemplos de posturas hegemônicas, pautadas no modelo biomédico que contribuem para que recursos e potencialidades subjetivas da pessoa sejam ignoradas, ao invés de serem exploradas de forma a mobilizar um posicionamento ativo do (a) paciente, que capaz de contribuir para a superação das adversidades do processo saúde-doença da pessoa. Ao invés disso, o foco é todo voltado para a doença.

Quatro dias depois das cirurgias, S2 estava sem se alimentar adequadamente, muito fraca e vulnerável - estava em isolamento. Nesta ocasião recebeu visita de quatro irmãs da igreja que:

“Cantaram louvores, levaram uma palavra da Bíblia, um salmo”.

Nesta ocasião, S2 continuava sem conseguir comer,

“Tudo que estava indo pro quarto voltava”.

E ela não sabia que estava em isolamento. Só ficou sabendo quando uma enfermeira entrou no quarto e questionou as suas irmãs da igreja: “Quem autorizou a entrada de vocês aqui? Como vocês entraram? Porque ela está no isolamento”.

A falta de sutileza e atenção aos sentimentos e preocupações da paciente revelam que a enfermeira estava mais preocupada em cumprimentos de regras, do que levar em conta os sentimentos e emoções que essa sua atitude pudesse provocar na paciente. Isto evidencia, que mesmo existindo a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009), ainda existe a necessidade de superação do modelo biomédico, que exclui a subjetividade e se volta apenas para o corpo, enxergando-o como uma máquina e percebendo o adoecimento como disfunção das suas várias partes, vista de forma compartimentada.

A enfermeira então mandou essas irmãs saírem e S2 ficou só, pois o seu marido, contando com a presença dessas irmãs -, tinha ido à sua casa pegar algo. Então, tomando consciência da sua real situação pediu a Deus:

“(...) eu não consigo vencer os enjoos, eu não consigo comer! (...) Eu estou implorando por um milagre na minha vida - a Tua palavra se cumprir na minha vida! Eu preciso voltar pra contar as tuas maravilhas. Faz um milagre, me levanta daqui, me dá vigor, me dá vigor, Senhor!”.

S2 falou que duas horas depois ela se sentia:

“Outra pessoa, fortalecida, fortalecida. E eu sabia que eu estava assim pelo agir de Deus na minha vida – não era de mim mesma. Deus tinha me revigorado. Eu, então, que é que fiz? Eu fui orar e falei “Senhor, eu vim agradecer a ti”. ‘Senhor, fala comigo. Se o médico - me avisa – alta, segunda-feira pela manhã, se eu devo aceitar’. E quando abri a Bíblia, o texto que meus olhos bateram falava sobre a reconstrução de Jerusalém. (...) E eu entendi que o Senhor tinha me reconstruído”. No dia seguinte, o médico deu alta para S2 e ela foi para casa. “Aí, eu fui pra casa me sentindo fortalecida, caminhando, tudo”.

Ao tomar consciência da sua real situação, S2 se deu conta que havia a necessidade de mudança de atitude por parte dela. Então, recorre a Deus, reconhecendo as suas limitações e implorando forças para reagir. E a crença que ela tem de ser ouvida e atendida por Deus, mobilizou recursos alternativos que a animou e a faz se sentir reconstituída. Em outras palavras, entendo que os sentidos subjetivos associados ao sagrado, os significados que S2 atribui a Deus e ao Seu poder, bem como as emoções que emergiram naquele momento – presumivelmente, sentimento de urgência, necessidade e desejo de superação, confiança no poder de Deus –, promoveram uma reorganização nas suas configurações subjetivas que possibilitaram que S2 sentisse que “o Senhor tinha me reconstruído”.

No exposto, vimos que S2 e S1, vivenciaram momentos de incertezas, insegurança e medo, e que para S1, poder contar com o apoio de uma psicóloga foi providencial e importante, e isto permitiu que S1 se sentisse apoiada e fortalecida. Porém, com S2 a situação foi diferente. Ela não se sentiu validada, nem pelos (as) psicólogos (as), nem pelos (as) médicos (as), no que diz respeito às suas expectativas e esperanças de superação do câncer. Ela revelou também, que se sentiu manipulada pelos (as) médicos (as), quando da sua tentativa de buscar uma certeza de que os resultados dos processos cirúrgicos seriam os melhores possíveis.

Aparentemente, esses profissionais de saúde atuaram no sentido de ela se focar apenas na doença, revelando a presença hegemônica do modelo biomédico, o qual, ao deixar de fora os aspectos subjetivos do processo saúde-doença, deixa de considerar importantes aspectos como, por exemplo, a motivação, que podem contribuir para uma melhor adesão ao tratamento e para um posicionamento ativo do paciente, que possibilite que ele se veja como responsável pela manutenção da sua saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada teve como objetivo geral investigar e compreender produções subjetivas do modo de vida de duas mulheres, relacionadas ao adoecimento por câncer de mama e à mastectomia. E como objetivos específicos, identificar e compreender diferentes sentidos subjetivos e processos de subjetivação dos modos de vida dessas mulheres, relacionados à vivência do recebimento do diagnóstico e mastectomia - os quais, por sua vez, guardam uma relação com a forma dessas mulheres se avaliarem e avaliarem a qualidade de suas vidas.

O uso da epistemologia qualitativa de González Rey (1997), e a Teoria da Subjetividade (GONZÁLEZ REY, 2003), possibilitaram que esses objetivos fossem alcançados, visto que permitiu inteligibilidade sobre processos subjetivos singulares do modo de vida das participantes da pesquisa - S1 e S2 -, associados à vivência de receber diagnóstico de câncer e de se submeter à mastectomia.

S1 e S2 apresentaram capacidade de superação, através da mobilização de recursos e potencialidades subjetivos, que possibilitaram que elas se posicionassem como sujeito ativo do adoecimento, reagindo e superando as adversidades que se fizeram presentes durante os processos de saúde-doença associados ao câncer de mama e a mastectomia. Para ambas, a religião se apresentou como importante fonte de sentidos subjetivos capazes de mobilizar recursos subjetivos e viabilizar a expressão de potencialidades subjetivas. E, particularmente em S2, foi percebido a religião influenciando diariamente o seu modo de vida, sendo evocada, a todo momento, como fonte de apoio, orientação, esperança e confiança.

Para S1, a grande motivação para reagir às dificuldades dos processos saúde-doença associados ao câncer foram os seus filhos. Para S2 foi o desejo de atuar como um instrumento de Deus, pois ela se percebia atuando "*para honra e glória do nome de Deus*". Tanto para S1, quanto para S2, o apoio dos familiares e amigos foi de fundamental importância. Os familiares e amigos atuaram como fonte de sentidos subjetivos que permitiram que elas se sentissem amadas e amparadas.

Então, os conhecimentos obtidos nos estudos dos casos de S1 e S2 mostraram que as motivações, as potencialidades e recursos subjetivos identificados, a religiosidade e as redes de apoio são aspectos que poderiam ter sido concretamente trabalhados/explorados, quando da assistência à saúde, como forma a contribuir para

um posicionamento ativo de S1 e S2 nos processos saúde–doença vivenciados por elas.

Para S1, também foi importante poder contar com a assistência de uma psicóloga. S2, entretanto, não pode contar com esse apoio. Ao contrário, ela se sentiu manipulada, por médicos e psicólogos, os quais insistiam para ela se focar apenas à doença, postura tão comum no modelo biomédico e que se constituiu em fonte adicional de sofrimento para ela. Aproveitamos, então, para evidenciar a importância do apoio psicológico nos processos saúde–doença e a necessidade da adoção de uma postura ética por parte dos profissionais da saúde como forma de desempenharem adequadamente os papéis esperados deles.

Destaca-se a importância de existir, quando da assistência à saúde, um olhar voltado para o desenvolvimento integral das pessoas assistidas, que possibilite o conhecimento e compreensão de aspectos subjetivos presentes nos seus processos saúde–doença, reconhecendo a complexidade e a multidimensionalidade desses processos e buscando identificar e estimular recursos e potencialidades que possam contribuir para um posicionamento ativo dessas pessoas.

Pesquisas como esta pode contribuir para a aquisição desse olhar, visto que há uma estreita relação entre subjetividade e as categorias modo de vida, saúde e qualidade de vida - o modo de vida afeta a saúde e é afetado por ela, e que quando da percepção da qualidade de vida, a saúde se constitui em um importante aspecto dessa avaliação.

Ressaltamos também a necessidade de maior eficácia nas Políticas Públicas voltadas para a assistência às mulheres adoecidas por câncer de mama, de forma a contribuir para a redução do sofrimento das mesmas, e do alto índice de morte por este adoecimento. E como uma das causas desses altos índices tem sido o diagnóstico tardio, faz-se necessário, programas de educação para a saúde mais eficazes, os quais, ao disseminar conhecimentos sobre o câncer e seu tratamento, também contribuiriam para desconstruir crenças e mitos associados ao câncer, que habitam o imaginário social, que o associam à morte, castigo divino e culpa, resultando em preconceitos que geram um sofrimento adicional às pessoas diagnosticadas com essa doença.

REFERÊNCIAS

BEAVER, L; LUKER, K. A; OWENS, R. G; LEINSTER, S.J; DEGNER, L.F; SLOAN, J. A. **Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer.** *Cancer Nurs*, Liverpool, v.19, n.1, p.8-19, fev. 1996.

BERGAMASCO, Rozelena Bazzili & ÂNGELO, Margareth. **O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, São Paulo: v.47 n.3, p.277-282, Jul./Ago/Set. 2001.

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

BOFF, A. R. **Repercussões associadas à terapêutica cirúrgica de mulheres com câncer de mama.** Dissertação de Mestrado não-publicada, São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 82p. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 60p. 2006. Em <http://www.sbradioterapia.com.br/pdfs/relatorio-tribuna-contas-uniao.pdf>

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Série B. Textos básicos de saúde. **Redes de produção de saúde.** 44p. 2009. Disponível em <http://www.saude.gov.br/humanizadasus>

CONDE, Delio Marques; PINTO-NETO, Aarão Mendes; JÚNIOR, Ruffo de Freitas, & ALDRIGHI, James M. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro: v.28, n.3, p.195-204, 2006.

DEGNER, Lesley F; KRISTJANSON, Linda J.; BOWMAN, David; SLOAN, Jeffrey A; CARRIERE, K.C; O'NEIL, John; et al. **Information needs and decisional preferences in women with breast cancer.** *JAMA*, Manitoba: v.277, n.18, p.185-92, 1997.

FIGUEIRÓ, João Augusto Bertuol. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In Maria Margarida M.J. CARVALHO (Org.). _____. **Dor: um estudo multidisciplinar.** São Paulo: Summus Editorial, p.160-158,1995.

GIMENES, Maria da Glória Gonçalves. **A mulher e o Câncer.** Campinas: Editora Psy, 1997.

GONZALEZ-ANGULO, Ana Maria; MORALES-VASQUEZ, Flávia & HORTOBAGVI, Gabriel Nyistor. **Overview of resistance to systemic therapy in patients with breast cancer.** *Advances in Experimental Medicine and Biology*. New York: v.608, p.1-2, 2007.

GONZÁLEZ REY, Luís Fernando. **Epistemología cualitativa y subjetividade.** São Paulo: EDUC, 1997.

_____. **Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural.** São Paulo: Thomson, 2003.

_____. **O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004a.

_____. O sujeito, a subjetividade e o outro na dialética complexa do desenvolvimento humano. In: **O Outro no Desenvolvimento Humano: diálogos para a pesquisa e a prática profissional em psicologia.** Mitjans Martínez, A. & Simão, L. M. (orgs.). São Paulo: Thomson, 2004b.

_____. **Personalidade, saúde e modo de vida.** São Paulo: Thomson, 2004c.

_____. **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia.** São Paulo: Thomson, 2005a.

_____. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação.** São Paulo: Thomson. 2005b.

_____. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicologia: Teoria e Prática**, 2006, 8(2):69-85.

_____. **Subjetividade e Saúde: superando a clínica da patologia.** São Paulo: Thomson, 2011.

INCA - Instituto Nacional de Câncer 2014a. Acesso através de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>, em 08 mai 2014.

_____. 2014b. Acesso através de http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento em 08 mai 2014.

_____. 2014c. In: **Revista Brasileiros.** Acesso através de http://www.revistabrasileiros.com.br/2014/02/04/inca-estima-576-mil-novos-casos-de-cancer-em-2014/#.U5bmRZUU_IU

JODELET, Denise. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: S. MOSCOVICI (Ed.). **Psychologie sociale.** Paris: Presses Universitaires de France, 1984.

KOVÁCS, Maria Júlia; AMORIM, A. C. C. Filho & SGORLON, L. C. A. (1998). Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In Maria Margarida M. J. CARVALHO (Org.), **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver**, São Paulo: Summus, p.159-185, 1998.

MAMEDE, Marli Vilela. **Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial**. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem Ribeirão Preto/USP, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Z. Maria de Araujo & BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário em Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

MITJÁNS, Martinez Albertina. A Teoria da Subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia. In: González Rey, Fernando Luís (Org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo: Thomson, p.01-25, 2005.

MOSCOVICI, Serge. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NEUBERN, Maurício da Silva. **Complexidade e Psicologia Clínica: desafios epistemológicos**. Brasília: Editora Plano, 2004.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and medicine**. v.41, n.10, p.403-409, 1995.

PERES, Rodrigo Sanches & SANTOS, Manuel Antônio dos. *Breast cancer, poverty and mental health: Emotional response to the disease in women from popular classes*. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15 n. Especial, set/out. 2007.

PINHO, Luana de Sousa; CAMPOS, Antônia do Carmo Soares; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho & LOBO; Sâmia Aguiar. **Câncer de mama: Da descoberta à recorrência da doença**. **Revista Eletrônica de Enfermagem UFG**, Goiânia, v.9, n.1, p.154-165, 2007.

ROSSI, Leandra & SANTOS, Manoel Antonio dos. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v.23, n. 4, p.32-41, 2003.

SAMPAIO, Ana Claudia Paranzini. **Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia**. C. P. Tese de Mestrado, Universidade Católica de Campinas. 2006. Acesso em 18 mai 2014. Disponível em http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2006-03-30T081631Z-1151/Publico/ana%20claudia.pdf

SCHULZE, Célia Maria do Nascimento. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In Mary Jane Spink. (Org.), **O conhecimento no cotidiano:**

As representações sociais na perspectiva da psicologia social (pp. 266-279). São Paulo: Brasiliense. 1993.

SEIDL, Eliane Maria Fleury & ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. **Qualidade de vida e saúde - aspectos conceituais e metodológicos** In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar/abr. 2004.

SILVA, Raimunda Magalhães & MAMEDE, Marli Vilela. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: Editora da Universidade Federal do Ceará, 1989.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora** (M. Ramalho, Trad.). Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUZA, Rafaela Assis de; CARVALHO, Alysson Massote. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, 8(3), 515-523, 2003.

VENÂNCIO, Juliana Lima. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia** 50(1): 55-63, 2004. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf



Apêndice A – Complemento de Frases

1. Eu gosto:
2. O tempo mais feliz:
3. Queria saber:
4. Lamento:
5. Meu maior medo:
6. Eu não consigo:
7. Meus amigos:
8. A família:
9. Tentarei conseguir:
10. Eu luto:
11. Muitas vezes eu reflito:
12. O passado:
13. Com frequência eu sinto:
14. O casamento:
15. Estou melhor quando:
16. Preocupação principal:
17. Meu maior medo:
18. Minha principal ambição é:
19. Os filhos (ou a filha):
20. Quando estou sozinha:
21. O Lar:
22. Estar doente:
23. Farei o possível para:
24. Meu maior prazer:
25. Acredito que minhas melhores atitudes são:
26. Eu sofro:
27. Fracassei:
28. O trabalho:

29. Eu detesto:
30. Ter filho/filha:
31. Sinto falta:
32. Em relação aos afazeres domésticos, cabe a mim:
33. A felicidade:
34. Eu gostaria:
36. Quando eu era criança:
35. Meus amigos:
37. Estudo:
38. Quando tenho dúvidas:
39. As pessoas:
40. Na escola:
41. É muito custoso para mim:
42. Dedico a maior parte do meu tempo:
43. A Leitura:
44. As doenças:
45. O hospital:
46. Amo:
47. Ao me deitar:
48. As mulheres:
49. Os homens:
50. Ser pai:
51. Ser mãe:
52. Sem trabalho:
53. Eu prefiro:
54. Eu queria ser:
55. Eu prefiro:
56. Esperam que eu:
57. Na família:
58. Me cansa:
59. A vida:
60. Acredito:
61. Eu gosto muito:

62. No trabalho:
63. Se as mulheres:
64. Se os homens:
65. O sucesso:
66. O amor:
67. O apoio das pessoas:
68. Estou:
69. Eu:
70. Secretamente eu:
71. Preciso:
72. Cuido:
73. Espero:
74. Sinto vontade:
75. Minhas aspirações:
76. Não posso:
77. No futuro:
78. Com frequência:
79. Me incomodam:
80. Você que falar mais alguma coisa?



ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Título: Câncer, Mastectomia e Modo de Vida: um estudo construtivo-interpretativo.

Instituição das pesquisadoras: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Pesquisadora responsável: Fernando Luís González Rey.

Pesquisadora assistente: Maria das Graças Rodrigues Araujo.

- Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.
- 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 identificar e compreender – em mulheres diagnosticadas com câncer de mama e submetidas a mastectomia -, diferentes sentidos subjetivos que podem caracterizar sua configuração subjetiva, bem como conhecer como o modo de vida influencia os processos de subjetivação dessas mulheres.
- Você está sendo convidada a participar justamente por ser uma dessas mulheres.

Procedimentos do estudo

- Sua colaboração consiste em participar de pelo menos três entrevistas individuais.
- O procedimento da pesquisa é o de estabelecer, durante as entrevistas, uma dinâmica conversacional onde você possa expressar livremente as suas vivências e comportamentos ao lidar com o diagnóstico de câncer e a mastectomia, além de

promover reflexão sobre o seu cotidiano, sentimentos e emoções. Caso seja do seu interesse, poderá ser realizada, adicionalmente, uma entrevista conjunta com a outra participante da pesquisa.

- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- Caso esteja de acordo, as entrevistas serão gravadas, a fim de facilitar o posterior trabalho de análise da entrevista.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui baixo risco. Você não será obrigado a falar e/ou responder perguntas que você não queira. Medidas preventivas durante a entrevista 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 contribuir para um maior conhecimento sobre o modo de vida e as vivências de mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama e se submeteram à mastectomia.

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 uma das pesquisadoras 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 da pesquisadora com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. A gravação das entrevistas será destruída após a pesquisa.

- 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.

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

Brasília, ____ de _____ de 2014.

Participante

Pesquisador responsável:
Fernando Luís González Rey
Celular: (61)
E-mail:

Pesquisadora assistente:
Maria das Graças Rodrigues Araujo
Celular: (61)
E-mail:

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/ UniCEUB, com código _____ em ____/____/____, telefone 3966-1511, e-mail comite.bioetica@uniceub.br.