



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UnICEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

DANIELLY FERREIRA LOPES
MANOEL VITOR NOLETO SANTOS
EDMUR DO AMARAL MARQUES JUNIOR

UMA ANÁLISE CONSTRUTIVA INTERPRETATIVA DAS PRODUÇÕES SUBJETIVAS
DE PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER

BRASÍLIA

2019



DANIELLY FERREIRA LOPES
MANOEL VITOR NOLETO SANTOS
EDMUR DO AMARAL MARQUES JUNIOR

**UMA ANÁLISE CONSTRUTIVO-INTERPRETATIVA DAS PRODUÇÕES SUBJETIVAS
DE PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e
Pesquisa.

Orientação: Valéria Deusdará Mori

BRASÍLIA

2019

RESUMO

UMA ANÁLISE CONSTRUTIVO-INTERPRETATIVA DAS PRODUÇÕES SUBJETIVAS DE UMA PESSOA DIAGNOSTICADA COM CÂNCER

Esse trabalho discute os aspectos subjetivos configurados na experiência de viver o câncer. As doenças crônicas mobilizam muitas vezes processos individuais e sociais que se expressam em diferentes processos e tem desdobramentos tanto individuais como institucionais. A nova situação definida pelo diagnóstico pode mobilizar produções de sentidos subjetivos relacionados ao medo, desamparo e ao mesmo tempo abrir possibilidades para novos caminhos. Neste contexto, com base no referencial teórico da teoria da subjetividade, proposta por González Rey, essa pesquisa teve como objetivo geral estudar as configurações subjetivas de uma pessoa diagnosticada com câncer. Para tanto, foi utilizado o método construtivo-interpretativo, norteado pelos princípios da Epistemologia Qualitativa, que considera o desenvolvimento de conhecimento enquanto produção construtiva-interpretativa em seu âmbito singular e dialógico. O participante de pesquisa foi uma pessoa diagnosticada com câncer em processo de tratamento. Nessa perspectiva é importante compreender a experiência do humano de forma complexa e singular assim como sua organização processual. No presente trabalho, foi possível compreender que o diagnóstico de câncer não determina processos subjetivos, pois, as implicações emergem na forma como é subjetivado o processo de adoecimento. Além disso, aspectos relacionados ao acolhimento dos profissionais de saúde, a forma como o participante se configurava no contexto familiar e os sentidos subjetivos gerados nesse processo foram fontes de recursos subjetivos importantes para o desenvolvimento subjetivo no curso do tratamento. A categoria configuração subjetiva pôde auxiliar no desenvolvimento de uma compreensão dos processos psicológicos da pessoa frente a situações muitas vezes difíceis para as pessoas. Portanto, a pesquisa abre um espaço para uma discussão complexa e multifatorial da qualidade dos processos humanos. Assim, valorizando a experiência singular daquele que vive o câncer.

Palavras-Chave: Saúde. Subjetividade. Câncer

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. Fundamentação Teórica.....	3
2.1 Câncer e Suas Representações Sociais.....	3
2.2 Processos Subjetivos e o Câncer.....	6
3. Metodologia.....	10
3.1 Cenário de Pesquisa.....	12
3.2 Instrumentos.....	12
3.3 Local e Participante.....	13
4. Análise Construtivo-Interpretativa	17
4.1 As Produções Subjetivas de um Paciente com Câncer.....	17
4.2 Uma Reflexão Intangível Sobre Saúde.....	24
5. Considerações Finais.....	31
6. Referencias.....	33

1. Introdução

As doenças crônicas são temáticas que abrangem um campo fértil de estudo explorado ultimamente, tanto pelas ciências médicas quanto pela ciência psicológica. O câncer, sendo uma dessas doenças crônicas, atravessa diversas áreas de atuação da psicologia. Campos de atuação que muitas vezes tornam-se mais um braço subordinado da Medicina, deixando a margem aspectos da experiência singular humana. As produções singulares subjetivas humanas são primordiais no processo de tratamento, para assegurar uma nova qualidade de vida divergente de ausência da doença (GONZÁLEZ REY, 2010, 2016, 2017).

A ciência da saúde ainda compartilha representações sociais naturalizantes, pautadas pelo modelo biomédico tradicional. Cujo ideais, epistemológicas e práticas, corroboram para invisibilidade de processos subjetivos, legitimando o diagnóstico imediato. O humano nessa compreensão é um objeto, característico pela sua inexpressividade e imutabilidade. No qual o profissional de saúde é “treinado” para a escuta seletiva do relato, que transmuta em leitura estatística e sintomática. A carência ontológica e cultural de processos de saúde-doença, prejudica novas formas criativas do indivíduo se colocar no mundo.

Tais representações sociais naturalizantes, podem dificultar produções distintas de lidar com os desdobramentos do diagnóstico na vida da pessoa, ocasionando, por vezes, cristalizações na vida do indivíduo, como: isolamento, perda de apetite, tédio, medo, entre outros. Para muitos, o câncer pode significar o fim da vida. Segundo Dóro et al (2004), as representações sociais são um dos fatores que geram sofrimento, pela repercussão simbólica que a palavra “câncer” carrega, como crenças preconcebidas na sociedade e no campo médico.

A pessoa diagnosticada com câncer passa por um tratamento doloroso e invasivo. As dinâmicas familiares mudam e os papéis sociais que eram desempenhados pelos indivíduos podem ser perdidos e/ou transformados em outros. Assim como aponta, Illich (1975), em sua crítica ao modelo biomédico, o indivíduo vive em diversos espaços e momentos iatrogênicos, que geram certas dependências e objetivismo gerando uma inércia existencial.

O presente trabalho de pesquisa, foi desenvolvido a partir de uma perspectiva histórico-cultural, na ótica da Teoria da Subjetividade desenvolvida por González Rey (2002, 2005, 2006, 2010, 2015, 2016, 2017). A subjetividade para essa linha teórica é entendida não apenas como um fenômeno individual, mas como processos inter-relacionados do social,

individual e cultural (González Rey, 2002, 2010). Ademais, a perspectiva da subjetividade buscar olhar o humano sobre uma lupa sistêmica e complexa dos fenômenos sem a separação, individual-social, consciência-inconsciente, subjetivo-objetivo. Os fenômenos articulam-se, atravessando um ao outro, em um processo caótico e dialético que geram processos subjetivos desdobram-se na vida do indivíduo.

A teoria da subjetividade, vai de encontro com a perspectiva positivista de compreender os fenômenos, como algo separado, imediato e casualista, que configura nas realidades hospitalares a resolução do problema a partir da doença. A representação social para a teoria da subjetividade é um fenômeno importante, pois ela organiza os espaços sociais a partir do conhecimento compartilhado de conceitos, no caso o câncer. No entanto, o humano não é o reflexo dessas representações sociais sujeito exclusivamente pelo simbólico. O indivíduo produz processos subjetivos, considerando a unidade do simbólico-emocional, a partir dessas representações sociais. O que pode culminar a organização de espaços sociais diversos, capazes de configurar novas subjetividades individuais.

Portando, linha teórica proporciona colocar em evidência o ser humano como protagonista, ativo e criativo de suas ações no mundo. Deixando a margem, as explicações unilaterais por determinações biológicas, sociais e intrapsíquicas. O projeto segue esta linha de pensamento, com o objetivo, de estudar as configurações subjetivas de pacientes com câncer, tendo como foco as expressões e formas singulares de viver a experiência do adoecimento em questão.

2. Fundamentação Teórica

2.1 Câncer e Suas Representações Sociais

O estudo do patológico por tempos está fixado as lutas científicas. Desde o tempo de Hipócrates - pai da medicina -, a ciência foi desenvolvendo e amadurecendo no entendimento do corpo enfermo. A busca incessante pela verdade, do equilíbrio, do normativo, está sempre pautada em eliminar a doença e promover a cura. Pensar nesta lógica, que hoje ainda é vigente e hegemônica possibilita compreender as diversas representações sociais que o câncer carrega.

As representações sociais são importantes para o entendimento de como o social se organiza a partir das produções simbólicas que fundamentam uma série de ações do corpo

social (Moscovici,2003). As representações sociais podem ser pensadas como significados que estão impregnados em vários contextos sociais, muitas de forma implícita, que correspondem a uma certa recorrência e compreensão de modelos simbólicos (Moscovici,2003). Os modelos simbólicos dizem respeito a conjuntos de imagens e crenças que podem ser previstas acerca de uma temática, como no caso o câncer. Pensar no câncer, evocam uma série de imagens e crenças que transitam o social, como o medo, a insegurança, definhamento do corpo, a morte, a dependência.

Desta forma, as representações sociais não são únicas, elas são várias. São como camadas que vão uma fundamentando a outra. Entretanto, é importante pensar que elas também não são estáticas, tem uma certa dinâmica maleável que dependerá daqueles que estão inseridos nos contextos em que essas representações sociais transitam.

Assim, pensar no patológico é pensar em representações sociais que no processo histórico e cultural foram se cristalizando a partir de um modelo de ciência positivista e pelo modelo biomédico, sendo ambos retroalimentados. Segundo Goulart (2017), este modelo tem como base a perspectiva cartesiana, que parte do entendimento mecanicista das funções orgânicas, de modo que a doença é vista como uma peça quebrada de uma máquina orgânica.

Neste sentido, as representações sociais amparadas por este modelo descritivo, categórico e preditivo muitas vezes prejudica a pessoa a criar novos caminhos alternativos de vida, para debruçar-se a processos subjetivos nocivos, que podem ser vários, como em relação ao diagnóstico, a passividade, a aparência, incerteza, entre outros. O discurso naturalizado que carrega as representações sociais, segundo González Rey (2002), decorre de reconhecer a natureza do real a partir de implicações na padronização, nos rótulos, o que leva a universalização de condições e práticas profissionais despersonalizadas em relação ao diagnóstico.

Para González Rey (2013, 2015), as representações sociais possibilitam um caráter inteligível de elementos que geram produções subjetivas através de suas relações de comunicação, que expressam subjetividades sociais diversas. Ademais, as representações sociais são processos distintos e expressos nas subjetividades sociais e individuais amparadas por tais representações. Cujo, os processos de saúde e doença que se configuram em âmbito individual, expressam manifestações de sujeito em diferentes espaços sociais, que possibilitam novos sentidos subjetivos relacionados a essas mesmas representações (GONZALEZ REY, 2015).

O diagnóstico de câncer, como muitos outros carregam um gama variável de mitos, crenças que vão desde prevenções a determinações lineares acerca do prognostico. Dentre essas crenças, o medo da morte é o que aparece com maior recorrência no momento do comunicado ou até mesmo por quase todo o processo de tratamento. O modelo biomédico potencializa a universalidade do temor da morte acerca de diagnósticos que determinam prognósticos que podem levam a óbito, baseados em protocolos objetivos desconsiderando as produções subjetivas das pessoas e a capacidade singular de viver o adoecimento de forma saudável.

Conforme o modelo biomédico foi ganhando força no social e nas operações individuais, pelos avanços da tecnologia. As pessoas começaram a ter maiores expectativas de vida e com isso estar temeroso mais a morte. Segundo Ariès (1977, p. 137), “o homem foi, durante milênios, o senhor soberano de sua morte e das circunstâncias da mesma. Hoje deixou de sê-lo”. O homem da segunda fase da idade média queria saber de sua própria morte e buscava estar a par deste acontecimento de sua vida, pois somente ali ele chegaria ao ponto alto de sua individualidade. Acreditava-se que só assim ele seria dono de sua vida, “só era dono de sua vida na medida em que era dono de sua morte” Aríes (1977, p. 140). Através da morte, o homem sujeita-se à vontade da natureza, o homem simplesmente aceitava mais esta passagem, das várias etapas da vida que temos que passar (Da Silva, 2013).

Hoje torna difícil enxergar a beleza que cada etapa da vida é capaz de mostrar. O homem da idade média nutria um amor pela vida que hoje nós não conseguimos compreender, e julga esta incompreensão talvez pelo fato de que agora nossa vida tenha se prolongado com os avanços da medicina (Da Silva, 2013). Segundo Da Silva (2013) a morte era presente no passado e hoje é encarada como vergonha e digna de interdição, não se pode falar sobre morte sob o risco de atraí-la para você. A ideia de Ariès (1977) é que a partir do século XVIII que a relação do homem com a morte começa a mudar. Começa-se a temer a morte mais inicialmente não a própria morte e sim a morte do outro a morte do de quem é amado.

Castro (2014) vai afirmar que “o ser humano é um ser simbólico, sendo essa uma de suas principais características que consiste nos valores e nos significados que emprega “coisas” ao seu redor”. Partindo desse entendimento, é possível compreender então que, necessariamente, a morte varia entre diferentes culturas e espaços no decorrer da história.

Neste sentido, Silva et al (2009) declaram que a naturalização do ciclo vital do ser humano, ocorrer uma possível interrupção pode gerar diversos conflitos na dinâmica familiar e no paciente, por se deparar com o inesperado, esta situação interfere na evolução do seu ciclo vital; por isso, o surgimento de uma doença provoca um abalo emocional em seus membros que não preveem tal fato. Percebe-se que dessa forma, a morte em si está ligada a uma ação má, um acontecimento assustador, que ou representa uma recompensa ou um castigo.

As doenças oncológicas, cardiovasculares e os diversos processos degenerativos dominam o quadro da saúde no momento atual, como resultado do envelhecimento progressivo da população mundial, realidade que faz destacar-se a figura do “doente crônico”, no qual a cura geralmente é longínqua ou mesmo impossível de ser alcançado, o que faz com que, neste contexto, os cuidados paliativos sejam inseridos como um tipo de modelo de atenção em saúde (Da Silva & Silveira, 2015). As novas produções de sentido sobre a representação social do câncer é um processo que ocorre decorrente de implicações emancipadoras acerca do processo de tratamento que corrobora para novas qualidades de vida.

Portanto, o conceito de representações sociais é interessante para compreendermos a relevância do aspecto simbólico do câncer que se desenvolve em um processo histórico e cultural, que muitas vezes, corrobora com apenas ao raciocínio linear sobre a finitude. No entanto, esse conceito não explica o aspecto emocional, elemento importante e indissolúvel para compreender o fator gerador ativo do indivíduo capaz de transgredir as camadas representacionais. O presente trabalho, buscou, primordialmente, estudar as configurações subjetivas de um paciente com câncer, tendo como foco as expressões e formas singulares de viver a experiência do adoecimento em questão.

2.2 Processos Subjetivos e o Câncer

A comunicação do diagnóstico do câncer é um acontecimento que pode gerar grande impacto. Não somente para a pessoa, mais também para seus familiares e outros possíveis contextos do vivido. As representações sociais geradas, em relação a doença do câncer, podem promover produções subjetivas, autogeradoras nas configurações subjetivas individuais e sociais. Na teoria da subjetividade, as configurações são entendidas como redes de sentidos subjetivos relativamente estáveis, que são desenvolvidos ao longo da experiência

da pessoa, tencionando de forma permanente entre o social-individual (GONZÁLEZ REY, 2017) Ou seja, não há uma cisão entre esses fenômenos. Mas, sim um entrelaçamento sistêmico em que o indivíduo é considerado ativo e gerador, de suas produções subjetivas ao choque conflitivo dessas instâncias. Os sentidos subjetivos dizem respeito a uma unidade dos processos simbólicos-emocionais, que emergem uma na presença um do outro sem representar uma linearidade causal. Sempre emergindo na processualidade das relações humanas (GOULART e GONZÁLEZ REY, 2017).

A categoria configuração subjetiva é um conceito central para que possamos compreender os processos de vida do indivíduo. Essa categoria nos possibilita investigar, a partir de informações, expressões de vários momentos da vida do indivíduo que estejam presentes suas subjetivações no processo de tratamento. Para González Rey (2011, p.67) “A configuração subjetiva auxilia a fazer uma representação viva e complexa de um sujeito psicológico que produz, posicionar-se e se preparar para o inesperado.” Além disso, é através da categoria configuração subjetiva que desvencilhamos de explicações universais para os fenômenos humanos.

Ademias, ainda que os tratamentos promovam hoje um alto índice de eficácia, o câncer parece representar a destruição crescente do corpo, que em muitos casos a doença passa a ser entendida culturalmente como uma punição divina ou castigo, assim, certas inferências culturais podem provocar consequências emocionais culminando um processo de tratamento mais conflitivo (GOMES et al, 2002). Sontag (1984), pondera que ainda se acredita que o desenvolvimento de alguma doença esteja ligado aos sentimentos reprimidos, como inibir o ódio. Assim, quem sofre com esse tipo de diagnóstico acaba sendo responsabilizado por ser produtor da doença, por não ser capaz de lidar com questões pessoais como emoções, sexualidade, afetos.

Todos os aspectos mencionados, remetem-se a processos representacionais que alimentam a produção de subjetividades sociais em variados contextos sociais e culturais. Amparada por um viés unilateral de resolução para a doença, negligenciando esferas importantes que estão implicados no processo de tratamento. Neste sentido, essas representações, são um fragmento simbólico de um sistema complexo. As doenças não anulam processos de produção de saúde, para tanto, há necessidade de criar espaços que facilitam a emergência de novas produções subjetivas que sejam alternativas para os conflitos gerados em viver a doença (Mori e González, 2012; Gonzalez Rey, 2011). Isso, pode ter

desdobramentos em diferentes áreas da vida do indivíduo, pois, posicionar-se ativamente é de grande relevância para subverter processos cristalizadores.

Deste modo, o câncer é uma diagnóstico que pode desencadear uma série de impasses, principalmente, para a pessoa que tem o diagnóstico. Portanto, para tentar compreender esse fenômeno, o estudo segue com referencial teórico da Teoria da Subjetividade de González Rey (2007,2008, 2005,2016,2017,2018), com o enfoque histórico-cultural. A partir dessa perspectiva, é possível construir novos campos de inteligibilidade voltada para o desenvolvimento de uma ótica para além do diagnóstico, respeitando a singularidade de expressão no mundo.

A teoria da subjetividade busca compreender os processos psíquicos humanos no desenvolvimento processual de produções simbólicas-emocionais na experiência da pessoa (GONZÁLEZ REY, 2014,2016,2017). O corpus teórico que será utilizado como suporte, tem como categorias principais: subjetividade, sujeito, configuração subjetiva e sentido subjetivo (GONZÁLEZ REY E MARTINEZ, 2017; MARTINEZ, 2005). A subjetividade como status de teoria, refere-se a uma representação da psique, que na perspectiva histórico-cultural, propõe uma forma de compreensão da realidade complexa e irreduzível a outras formas do real. Além de ser uma produção qualitativa particular de cada pessoa em determinado período histórico, cultural, social e político (GONZÁLEZ REY, E MARTÍNEZ 2017).

Conforme o ponto de vista dessa perspectiva, a subjetividade como representação da psique humana é concebida, pelo entrelaçamento de categorias que na sua articulação forma a teoria da subjetividade, tendo em vista, que subjetividade é a categoria central (MARTINEZ, 2005; GONZÁLEZ REY, 2016, 2017). Como já foi explícito de forma tímida, a teoria sustentar elementos importantes para que o pesquisador possa romper com princípios universais e prontos a priori. Para esse aborte teórico, os fenômenos humanos são flexíveis e com a capacidade de mudança intangível.

Pondera Gonzalez Rey (2005,2016), que a subjetividade é entendida como um sistema de desenvolvimento, que as novas produções de sentido constituídos nas ações do indivíduo podem implicar no sistema de configurações subjetivas, mas não de modo imediato, e sim, processual. Além disso, os processos subjetivos não aparecem aqui como algo interno. O paciente com câncer, não internaliza os conflitos gerado pelo diagnóstico, ele produz sentidos subjetivos na articulação simultânea entre o social e o individual, a partir de configurações subjetivas desenvolvidas na experiência dessa pessoa. Nesse raciocínio, não há um caráter

separatista e de redução, mais entendido como um processo de sentidos subjetivos que direcionam a uma complexidade multidimensional, recursiva e contraditória com que são concebidas (GONZALEZ REY; MARTINEZ, 2005; 2016).

O sujeito é um conceito interessante, por se um recurso explicativo para o fenômeno que se expressa na possibilidade da pessoa produzir formas alternativas ao sofrimento, na qual suas configurações subjetivas, integram novas produções de sentidos subjetivos singular em seus respectivos espaços que atuam (GONZALEZ REY, 2005,2007, 2016,2017). A categoria sujeito pode ser pensada no contexto aqui estudado, como um fenômeno que possa ter desdobramentos nos processos de saúde dos indivíduos, sustentados muitas vezes, por filosofias de vida, novas formas de perceber pequenos momentos e posicionamentos ativos em relação a passividade no processo de tratamento.

Por conseguinte, conforme o que foi apresentado, a teoria da subjetividade torna-se relevante para o entendimento de processos que estão além de um diagnóstico. Para buscar investigar ângulos que possam explicar processos singulares de viver o câncer e fazer isso é reconhecer outros âmbitos da história de vida da pessoa que vai se configurando no momentos atual. A representação social do modelo biomédico tem como, uma das características dominantes, critérios de previsibilidade que sustentam sentidos subjetivos de medo, ansiedade e incerteza. Por isso, e por outros fatores já discutidos, há dificuldade de criar espaços que possam facilitar emergências de sujeito.

3. Metodologia

O presente estudo foi norteado pela epistemologia qualitativa e pelo método construtivo-interpretativo de Gonzalez Rey (2002,2005,2010,2016,2017). Que propõe uma investigação para compreender a construção do conhecimento a partir de uma epistemologia dialógica, transformando o participante do estudo em um sujeito da investigação científica (GONZÁLEZ REY e MARTINEZ, 2016). O sujeito diz respeito a uma condição emergente a partir de confrontos e contradições que podem ser geradas em uma tensão dialética da subjetividade social e individual (GONZÁLEZ REY e MARTINEZ, 2016). O sujeito legitima seu valor de forma criativa capaz de gerar implicações em seus espaços sociais, sendo assim, nem todos os espaços ocupados pelo indivíduo manifestará uma condição de sujeito (GONZALEZ REY, 2005, 2007). No entanto, Goulart e González Rey (2016) suplementam ao afirmarem que, a dialética, nesta perspectiva se refere em compreender esse processo como um sistema aberto, que se desenrola constantemente e não como a dialética tradicional que resulta em uma síntese.

Neste sentido, para González Rey (2016), são importantes para a investigação construtiva-interpretativa, a investigação como processo dialógico-relacional, para a formulação de hipóteses do levantamento da informação, não fragmentar a aplicação de instrumentos da produção da construção da informação no curso da investigação, inter-relacionar os instrumentos usados na investigação que se desdobram no processo de construção da informação. As ideias geradas no curso da pesquisa, as relações construídas em campo, em conjunto com o modelo teórico orienta todo o processo de investigação. Nesta ótica, investigador e os participantes de pesquisa são sujeitos do processo de investigação com interesses diferentes no nesse processo (GONZÁLEZ REY e MARTÍNEZ, 2016).

As definições teóricas que foram apresentadas ao longo do projeto tem uma expressão epistemológica e metodológica, de modo a construir uma unidade entre a teoria da subjetividade, epistemologia qualitativa e construtiva-interpretativa (GONZÁLEZ REY e MARTÍNEZ, 2016). Ademais, os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas são construções interpretativas do investigador a partir das informações do campo, sendo visibilizados teoricamente pela construção de indicadores hipotéticos, que se articulam ao longo da investigação, convergindo em significados mais abrangentes, de modo a legitimando construções teóricas que resultam da investigação (GONZÁLEZ REY e MARTÍNEZ, 2016).

Os indicadores se referem a elementos e relações significativas do pesquisador gerados a partir das informações provenientes do uso dos instrumentos utilizados no curso da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2011). Os indicadores são construídos pelo investigador a partir do processo dialógico da expressão do pesquisado, sendo seus significados capazes de não se coincidirem de forma direta com o que é expresso pelo outro. Esses elementos são ferramentas do pensamento que promove a continuidade de um processo aberto de pesquisa, pois uma pesquisa qualitativa construtiva-interpretativa tem como característica o caráter hipotético, que pode ser transformado a partir da construção de novos indicadores que refutem o caminho da construção teórica em processo (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2016).

Segundo González Rey (2005), a realidade enquanto tal é inacessível de forma direta ao nosso conhecimento, sendo constituída por campos inter-relacionados que não dependem de nossas práticas, entretanto, quando o pesquisador se debruça nesse complexo sistema por meio de uma atitude científica, forma-se novos campos de realidade, que são inseparáveis dos aspectos sensíveis desse real.

Nesse sentido, o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento defende que o conhecimento é uma construção, uma produção humana que não é algo estático e sim um fluxo contínuo de transformações que não está parada e pronta em um real ordenado (GONZÁLEZ REY, 2005). No enfoque construtivo-interpretativo o conhecimento implica também estabelecer uma diferença entre interpretação e construção, já que para Gonzalez Rey (2005), “toda interpretação é realmente uma construção” (p.13). Mas o autor esclarece que, em um estabelecimento de diferenças entre os termos, a construção pode não estar associada, de modo imediato e intencional, a nenhum referencial empírico, pois a construção é um processo eminentemente teórico (GONZÁLEZ REY, 2005).

Portanto, essa linha teórica entende-se que o pesquisador não é neutro e sim parcial durante esse processo, tendo consigo uma participação ativa e criativa na produção científica, assim a relação pesquisador-participante pauta-se em uma relação dialógica, em que ambos são produtores do conhecimento.

3.1 Cenário de Pesquisa

Para González Rey (2005), o desenvolvimento do vínculo do pesquisador com o pesquisado é primordial, para que possa ter uma relação de confiança e autenticidade durante o processo dialógico que caracteriza a pesquisa. Para o autor, o cenário social da pesquisa se desenvolve no envolvimento dos participantes de pesquisa, possibilitando novas produções de sentido subjetivo por meio do posicionamento reflexivo e crítico diante dos temas abordados.

O projeto foi apresentado para uma psicóloga clínica. Foram esclarecidos as eventuais dúvidas sobre o desenvolvimento da pesquisa. Assim, por meio da profissional os pacientes foram apresentados conforme a disponibilidade de tempo, dentro dos critérios de inclusão estabelecidos e interesse em participar do desenvolvimento da pesquisa. Dentre os pacientes apresentados, apenas um se interessou em participar da pesquisa.

As sessões majoritariamente foram individuais, e apenas uma grupal, organizadas ao longo da semana. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para o participante assinar e ficar ciente de seus direitos em relação ao sigilo e sua liberdade ao sair da pesquisa quando bem entender.

3.2 Instrumentos

Segundo Gonzalez Rey (2005), os instrumentos possibilitam momentos potencializadores do diálogo, a dinâmica pode ser tanto em grupo como individual. Já que a pesquisa existe em um delimitado pela relação em torno dos objetivos, entretanto, não podem ser aspectos dominantes do espaço, o contexto vai produzindo novas necessidades, que implicam a relação permanente entre profissional, o científica e o pessoal no interior desses espaços (GONZALEZ REY, 2005). O instrumento escolhido foi a dinâmica conversacional. A dinâmica conversacional foi o instrumento em que, o pesquisador usufruiu de tópicos gerais, com o intuito de que os sujeitos de pesquisa se envolvessem, para que possibilitasse respeitar os temas interessados (GONZÁLEZ REY, 2017). Que tem como característica uma conversa horizontalizada do diálogo, a partir de uma relação de troca de pontos de vista, crítica e reflexão. Esse instrumento foi via de informação sobre o pesquisado, que o sujeito edificou reflexões sobre suas experiências, sendo a comunicação aberta estimulou a participação do sujeito nesse processo e a aproxima do pesquisador, integrando as experiências de ambos (GONZALEZ REY, 2005, 2017).

3.3 Local e Participante

O processo de pesquisa iniciou ao entrar em contato com uma psicóloga especialista em oncologia. Foi marcado uma reunião com a profissional para explicar o projeto e seus objetivos. No final da discussão do projeto, a psicóloga selecionou seus pacientes e salientou que iria ter uma conversa com eles para explicar a natureza da pesquisa. Logo depois, foi passado os contatos via e-mail, com telefone e nome dos pacientes. Um dos pesquisadores entrou em contato com cada pessoa e foi marcado o encontro com aquele que teria maiores disponibilidade e compatibilidade de horário com os pesquisadores envolvidos.

A pesquisa foi realizada no Uniceub e em outros lugares informais (locais não previstos no projeto de pesquisa). Após agendarmos os encontros, foram realizadas as dinâmicas conversacionais individuais e apenas uma em grupo, sendo que o número de encontros não seguiu nenhum padrão, pois dependia das qualidades das informações no espaço dialógico. As qualidades das sessões foram suficientes para chegar nos objetivos da pesquisa. No curso da pesquisa foram realizadas 10 sessões com uma variação de tempo entre 40 minutos a 50 minutos. O termo de consentimento livre esclarecido foi assinado e explicado para melhor

esclarecimento dos objetivos da pesquisa, protegendo a integridade e anonimato do participante. Assim como estabelece o comitê de ética de pesquisa.

Foi possível encontrar um paciente que aceitou compartilhar suas experiências no tratamento do câncer. As entrevistas foram gravadas em um gravador, transcritas e anexadas ao trabalho, com o intuito de não esquecer partes importantes nos momentos do diálogo. Buscou-se uma aproximação e envolvimento com a pessoa que participou da pesquisa, já que o cenário de pesquisa é entendido por Gonzalez Rey (2005), como um espaço social de desenvolvimento inteligível que promove um envolvimento daqueles que participam da pesquisa, incluindo o pesquisador. Então o pesquisador e participante estavam em um processo de criação do próprio cenário, com o objetivo de gerar confiança e familiaridade.

O participante Heitor (fictício) tem 30 anos, formado em direito, solteiro e mora com a mãe. Atualmente está cursando filosofia na Universidade de Brasília (UNB). Teve dois tipos de câncer sendo o segundo uma recidiva e não está mais em tratamento paliativo.

Heitor foi diagnosticado com câncer em 2013, após ter uma crise de tosse. Heitor foi ao Gastroenterologista e foi identificada uma gastrite. Após ter a gastrite curada, descobriu-se um refluxo que posteriormente também foi curado. O médico disse que estava tudo bem com ele, somente sua garganta estava um pouco inflamada. O Médico decidiu fazer um ultrassom para saber como estava o fígado. Nesse momento foi identificado um tumor grande que tinha 15 ou 17 cm, aproximadamente.

Heitor foi encaminhado para vários médicos, no entanto a maioria não queria fazer a cirurgia, pelas complicações do caso. Um desses médicos o encaminhou para outro, provavelmente um especialista, que o acompanha até hoje, para fazer a cirurgia e começar o tratamento. Atualmente, Heitor continua em observação clínica de 6 (seis) em 6 (seis) meses.

Os encontros tiveram como característica principal o desenvolvimento de vínculo entre o pesquisador e pesquisado. Com o objetivo de estabelecer uma relação qualitativa mais fluída, na possibilidade de se construir um espaço de diálogo franco que pudesse ter implicações nas produções das dinâmicas conversacionais. É importante salientar que o desenvolvimento do vínculo não é algo estático, pelo contrário, é um fenômeno em constante transformação. É no desenvolvimento do vínculo afetivo, que o pesquisador vai criar um espaço no qual estimula iniciativas e posicionamentos, até então, improváveis anteriormente na relação (Mori, 2019).

As sessões com o participante Heitor pareciam sempre muito intensas. Ele sempre verborrágico, cheio de opinião e contradições. Algo que a princípio parecia ser instigante, tendo em vista, a quantidade de informação e conteúdo gerados por ele, que poderiam ser usados no desenvolvimento do processo de análise. Entretanto, essa dádiva imposta a nós, pesquisadores, depois de algumas sessões teve seus efeitos em um cansaço da escuta. Aqueles 40 ou 50 minutos, pareciam ser interessantes apenas nos primeiros 30 minutos. O restante eram informações que provavelmente não iríamos usar.

Quando retomamos as dinâmicas conversacionais no processo de transcrição; Essas informações, que a princípio pareciam ser descartadas, se tornaram elementos importantes para compreender a configuração subjetiva individual de Heitor. Esse raciocínio está implicado com que Gonzalez Rey (2017) pondera, ao explicar que a configuração subjetiva é uma rede de sentidos subjetivos, integrada por múltiplos desdobramentos no vivido e não poderiam ser compreensíveis em uma análise isolada de expressões subjetivas. Essa inferência, foi importante durante o processo de pesquisa, como um esclarecimento norteador para o desenvolvimento da análise da construção da informação como produção de conhecimento e não uma seleção aleatória de pinceladas dialógicas que batem com os objetivos de pesquisa.

Decorrente disso, as sessões seguintes tiveram um salto em valorizar qualquer informação implicada na vida do indivíduo produzida no processo da dinâmica conversacional. Aqueles 40 ou 50 minutos se tornaram imperceptíveis e nós, pesquisadores, menos cansados.

O participante de pesquisa, muito embora, apresenta-se uma facilidade de falar sobre sua experiência no processo de tratamento oncológico, diversas vezes parecia que suas respostas eram racionalizadas para corresponder as nossas expectativas como pesquisadores. Esse elemento foi um dos âmbitos trabalhados de forma implícita no processo da dinâmica conversacional, graças à inferência exposta anteriormente. Começamos a desenvolver um diálogo descentralizado, não somente para o clássico contexto familiar, mais também para contextos além do hospital, como, amigos, trabalhos realizados, interesses informais, discussões literárias, planos para futuro etc. Nesse processo de diálogo, não foram realizadas perguntas diretas como modo de investigação. Foram realizadas perguntas indiretas, que proporcionasse uma capacidade reflexiva para o participante de pesquisa. Isso foi possível, quando investigado outros núcleos que Heitor participava. Ou seja, para uma melhor

qualidade das informações, buscamos os múltiplos fatores do vivido de Heitor, para compreender os recursos subjetivos que foram se engendrando.

Heitor nas sessões nunca demonstrou medo por ter passado pelo tratamento de câncer ou medo por uma possível recidiva. Sempre pareceu ter uma crítica com as pessoas que romantizam o processo de tratamento oncológico fazendo piadas debochadas. Pelo seu ponto de vista, o câncer é como qualquer outra doença que precisa ser tratada independente dos desafios presentes, e a vida não se encerra por causa disso. Ela é parte disso.

Como, filósofo em formação, Heitor manteve uma postura reflexiva que resplandeceu em vários momentos do nosso diálogo. Poderíamos dizer, talvez, que sua inquietude de tentar entender certos fatos, por outros vieses foram um dos fatores necessários para nutrir comportamentos ativos, divergentes da paciência de um paciente. É sob esse cenário que, a seguir, foram produzidas as análises da construção da informação, cujo seus efeitos tiveram não apenas desdobramentos para o participante de pesquisa, mas também para os pesquisadores envolvidos no trabalho.

4. Análise e construção de informação

4.1 As Produções Subjetivas de um Paciente com Câncer

Neste momento da análise da construção da informação serão discutidos os processos subjetivos relacionados aos impactos do diagnóstico e os desafios durante o tratamento. Em nossos encontros, com Heitor, os temas que mais foram expressos de forma espontânea se referiam a importância do acolhimento perante os profissionais de saúde; a família como fator mobilizador; naturalidade diante da doença e da morte. Alguns trechos durante nossas conversas podem ser ilustrar como o participante se expressou sobre as temáticas levantadas.

Heitor já vinha realizando acompanhamento psicoterápico durante o tratamento oncológico. Provavelmente, isso pode ter sido um dos motivos que deixaram as sessões mais fluidas. Tendo em vista, que as expectativas eram de sessões, principalmente as iniciais, de difíceis deformações. Nas sessões eram esperadas uma atmosfera pesada e rígida, pela própria representação simbólica que a doença do câncer processa na vida das pessoas. No entanto, houve surpresa ao questionar sobre o momento da descoberta do diagnóstico.

No processo de descoberta do diagnóstico, Heitor afirmou não ter se abalado muito. Quando falamos sobre o assunto ele esclarece:

Pesquisador 1: *“Como foi para você o momento da comunicação do diagnóstico?”*

Heitor: *“Eu não tive problema...Para mim foi uma coisa tranquila...Desde sempre eu tento minimizar mais minha mãe, a minha família, minha irmã. Que também é um povo mais desesperado.”*

O Heitor fala da tranquilidade em receber a comunicação do diagnóstico para poupar a sua família de preocupações. Podemos levantar um indicador relacionado a proteção e o cuidado com a família. O cuidado com a família expressa recursos subjetivos para que ele consiga lidar com as adversidades que são, normalmente, geradas no momento da comunicação do diagnóstico. A maneira como o profissional de saúde comunica o diagnóstico é de extrema importância. É comum que as pessoas gerem estados afetivos intensos diante o diagnóstico de câncer, cuja subjetividade social semeia sentidos subjetivos relacionados ao medo, dor e incerteza (González Rey, 2011). Ele diz que faz de tudo para minimizar as preocupações da sua família e parece se colocar em um papel de estabilizador de conflitos. Essa construção ganha força na seguinte fala de Heitor:

Heitor: *“...eu acho que por eu me esforçar a ficar bem. Ela (mãe) ficava bem. Eu acho que sempre lidei com essa ideia de que eu preciso estar bem para minha casa estar bem. O que me fez ter forças, acho que foi muito preservar o que eu já fazia. De preservar minha mãe e irmã”.*

O diagnóstico do câncer é uma enfermidade que é caracterizada por estigmas preditivos, capazes de gerar sentidos subjetivos que corroboram para uma subjetividade social dominante passiva em relação a doença. É nessa subjetividade social que Heitor vive no seu contexto familiar. No entanto, ele tem uma postura diferente frente ao diagnóstico por não ter vergonha de falar sobre o assunto. Heitor exemplifica isso em uma situação que ocorreu em sua casa:

Heitor: *“Nunca tive medo algum disso não. Não tive ansiedade, nunca me questioneei, nunca tive problema de conversar sobre isso. Tanto que quando a gente descobriu, sendo esse o segundo, a minha irmã estava com o pessoal lá em casa falando: ‘gente, vai todo mundo embora, para que eu, minha mãe e meu irmão possamos conversar’. Fiquei com raiva e pedi para chamarem todo mundo de volta, que não havia motivo para isso tudo”.*

O participante expressa uma certa irritabilidade na voz ao contar essa lembrança, afirmando que não havia necessidade disso. Portanto, podemos construir um indicador de não vitimização ao diagnóstico, já que Heitor se impõe diante seus familiares. As pessoas que

passam por essa experiência acabam em processos de muito isolamento. Reforçada tanto em relação as pessoas do ciclo social que não sabem lidar muito bem com a situação, quanto pela própria postura da pessoa que passa por esse processo. Além disso, o indicador construído corrobora com o indicador de cuidado e proteção da família, pois a articulação de ambos é o que parece sustentar uma posição de não vitimização frente ao diagnóstico. Como próprio Heitor diz sobre a necessidade de estar bem para que sua casa fique bem. A subjetividade social do contexto familiar de Heitor, configura-se em sua subjetividade individual geradora de sentidos subjetivos que mobilizam ele a se colocar nessa configuração social como um agente de mudança, para que sua mãe e irmã fiquem menos preocupadas e aceitar o processo de tratamento com maior naturalidade.

Neste sentido, o diagnóstico não determina seus processos para incapacidade de tomar decisão, se impor e refletir acerca de um novo conflito. O humano é imprevisível e ativo em suas produções, está sempre gerando novos sentidos subjetivos em seus espaços sociais, modificando ele e a si mesmo (GONZÁLEZ REY, 2002, 2005, 2010, 2016, 2015, 2017). Importante ressaltar que essa modificação, não é algo imediato, pelo contrário, é um processo mediato, cheio de implicações que dizem respeito ao lugar da pessoa configurada subjetivamente nesse espaço. No caso de Heitor, preservar esse contexto esta articulado não somente as questões que envolvem a família, mas seu papel configurado nesta família. Não é o câncer que faz as pessoas recuarem pela sua própria nocividade, mas, sim a forma com que essa experiência é subjetivada.

Heitor, após falar sua experiência sobre o momento de descoberta do câncer e as reações da mãe e irmã, já em seguida, queria partir para outro tópico, de forma direta. Seus momentos de silêncio eram sempre raros e curtos. Parecia adorar falar sobre suas experiências, às vezes, chegava ter uma postura orgulhosa de suas ações. Foram em um desses momentos curtos de silêncio que cogitamos a ausência do pai em nossa conversa. Neste instante, achamos relevante perguntar com quem ele morava, e para surpresa, a figura paterna emergiu com informações importantes para entender os indicadores até então construídos.

Heitor começou a falar do pai que havia falecido já alguns anos. Enquanto ele falava sobre as características do pai, surgiu uma atmosfera de admiração e grande influência para lidar com as adversidades da vida.

Pesquisador 1: *Você mora com sua mãe?*

Heitor: *“Sim, meu pai morreu em 2010. Eu acho que aceitei essa carga mais... por que quando meu pai faleceu ele era muito a paz lá de casa. Ele era muito mais a cabeça. Acho que ele tinha essa minha cabeça de projetar coisas boas. De estar em uma situação ruim e querer, não desesperar mais... eu tento meio que levar essa vida dele e eu meio que sustentei isso lá em casa”.*

Heitor: *“Às vezes penso meu pai como um modelo a ser seguido. Claro que iria mudar algumas coisas.”*

Nesse diálogo, é possível entender a articulação dos indicadores previamente construídos: não vitimização e o cuidado com a família. Tendo em vista, que durante a conversa, Heitor mostra grande admiração pelo pai, ao ponto de querer vestir o manto fraterno e assumir suas características marcantes. As memórias do pai, se tornam recursos subjetivos para produzir novas formas de vivenciar o diagnóstico e outras situações de vida. Ele assumiu o papel do responsável que busca amenizar e resolver os conflitos da família. A relação que Heitor tinha com o pai era muito significativa. Ao ponto de impactar suas configurações subjetivas individuais.

Em sessões seguintes, Heitor expressa informações que remetem a posição de “solucionador de problemas” em outros âmbitos da vida dele. Ao justificar o seu interesse em trabalhos voluntários em hospitais, com moradores de rua e lecionar aulas para idosos. Trabalhos, estes, que começou antes de passar pelo tratamento oncológico e que ainda hoje persiste. Esse diálogo foi melhor explorado em um contexto informal.

Pesquisador 1: *“Então Heitor, queria voltar uma coisa que achei muito interessante no nosso último encontro. Não estamos aqui, mas foi quando estávamos no carro e você me disse que já fez alguns trabalhos voluntários. Queria que você me explicasse mais sobre isso.”*

Heitor: *“Eu já fiz e ainda faço. Eu estava dando aula para idosos.... Eu participo de uma organização que pega muita doação de roupa, de brinquedo e de tudo. E eles fazem uma loja... A ideia de projeto é por que eles não tem poder de compra. Como o poder de escolha está dentro do poder da compra. A gente devolve pelo menos o poder de escolha... Gosto! Gosto muito de projeto voluntário. Já participei dos laços da alegria. Aquele que é vestir de palhaço e ir lá no hospital.”*

Nos momentos informais Heitor falou mais sobre seus sentimentos em realizar esses trabalhos voluntários, ao sentir bem por ajudar as pessoas e pelo aprendizado desenvolvido nessas experiências. Esse indicador de solidariedade é interessante de colocar em evidencia,

pois, nos faz compreender sua configuração subjetiva que gera sentidos subjetivos para sua filosofia de vida. Em relação ao seu senso de justiça, valores e crenças que são elementos que caracterizam recursos subjetivos para lidar melhor com diagnóstico. Esse indicador corrobora em três sessões seguintes quando outro pesquisador questiona Heitor sobre sua participação de pesquisa.

Pesquisador 2: *“Por que você aceitou fazer essa entrevista?”*

Heitor: *“Creio, eu, que isso vá ajudar alguma coisa. Acho que a vida é isso, você ir passando o bastam para frente. A gente aqui está em uma passagem muito rápida. Tipo isso aqui vai ficar para outras pessoas.”*

O participante no desenrolar das dinâmicas conversacionais sempre se mostrou disposto no processo de diálogo, não apresentava qualquer implicação ou dificuldade em expor sua experiência. É interessante que esse posicionamento pareceu ser coerente em todas as sessões. Além disso, posteriormente, será exposto momentos que Heitor valoriza a importância de saberes que abarcam uma ótica mais complexa do indivíduo em sofrimento.

Heitor, por vários momentos, se mostra crítico em relação ao tratamento hospitalar. Isso se expressa em alguns momentos quando ele precisou ir na UTI para ficar de observação.

Pesquisador 1: *“Como foi esse momento da UTI para você?”*

Heitor: *“... Me traumatizou bastante...”*

Pesquisador 1: *“Como assim te traumatizou?”*

Heitor: *“Vê a pessoa morrendo e vê como tem gente que não tem empatia a isso... tinha uma médica lá, que falava ‘Ah morreu mesmo e eu acho que a família dela nem tá preparada para lidar com a morte dela, como vamos resolver isso aqui?’ Até que eles tentaram ressuscitar e ela falou assim ‘não, não. Vamos parar de tentar que ela já faleceu mesmo’. E pensei “quem é você para decidir quem vai morrer assim?” Ela me viu olhando para o que estava acontecendo e a médica disse: ‘o que você tá olhando aqui? Isso aqui acontece o tempo todo.’ E falei que estava olhando porque tinha uma pessoa morrendo do meu lado”.*

O participante gera questionamentos acerca das subjetividades sociais do modelo biomédico. Podemos pensar no indicador da importância do tratado humano, que, no caso implicou Heitor, na objetificação e a falta de respeito sustentada pela subjetividade social que está expressa na carência da relação médico-paciente. Heitor é um agente ativo em seu processo de saúde, já que mesmo em um estado de recuperação tem um pensamento reflexivo-crítico acerca do cuidado humano. Este indicador, expressa a importância do

acolhimento e alteridade, do cuidado ético com o outro e da emergência de sentidos subjetivos que produz uma indignação das práticas técnicas, provedoras da alienação e total despersonalização das ações configuradas na instituição hospitalar. O acolhimento do médico é uma ação central que podem demarcar uma ruptura com os sentidos subjetivos relacionados a insegurança, medo da morte e desorientação (González Rey, 2011).

Outro momento que expressa a construção anterior, é quando Heitor como agente de seu processo vai para a consulta de uma psiquiatra por causa desse momento na UTI, indicada pelo seu médico.

Heitor: “Fui na psiquiatra e disse que estava planejando estudar para concurso público. A psiquiatra disse que eu não poderia fazer planos, pois era paciente oncológico. Eu deveria somente me apegar a três coisas: família, amigos e religião. Ela ainda me diagnosticou em um CID, que dizia respeito a fuga da realidade.”

É possível pensar que, Heitor, apesar das limitações impostas pelos outros, ainda produz sentidos subjetivos em relação a ter um trabalho, iniciar uma carreira, ser autônomo, tem expectativas para o futuro. Essa implicação esta articulada com o indicador construído de não vitimização. Já a psiquiatra está presa a subjetividade social dominante da universalização e padronização dos processos que limita o humano. Potencializa a vitimização de seu diagnóstico descentralizando o cuidado, na ideia de desresponsabilizar a capacidade da própria pessoa promover processos saudáveis.

Além disso, a psiquiatra, é capaz de expressar uma produção subjetiva entrelaçada a uma subjetividade social de um cuidado homogêneo, a partir de pilares estruturais rígidos compostos, pela família, religião e amigos. Entretanto, a resultante desses três pilares não determinam a causalidade de uma qualidade de vida. A família, religião e amigos são fenômenos muito mais complexos do que uma estrutura triangular, na qual o indivíduo em seu centro é sujeitado pela expectativa do cuidado. A ótica da psiquiatra é a antítese da lógica configuracional proposta pela teoria da subjetividade. Esses fenômenos são compreendidos como configurações subjetivas sociais e individuais que organizam historicamente na vida da pessoa, em tecidos sociais singulares. Geradas pelas produções subjetivas singulares diversas de cada pessoa que constitui o espaço. Ou seja, o que determina a forma de lidar com a doença são produções subjetivas do indivíduo nos diversos espaços de vida que ele atua.

Ademais, esse posicionamento crítico fica mais intenso, na segunda e terceira sessão Heitor expressa aos protocolos médicos de tratamento oncológico.

Pesquisador 1: *Como era sua visão em relação ao tratamento de câncer?*

Heitor: *“...não tem um tratamento específico, então eles usam dois protocolos que dão uma sobrevida maior. E esse lance de sobrevida eu tive um pouco de receio. Ficava me perguntando o que é sobrevida? Viver mais cinco dias aqui?”.*

Heitor: *“Um dia perguntei para o doutor deixar eu ver os protocolos. Aí, ele disse que só tinha os dados. De quem morreu, quanto tempo morreu, quanto tempo durou...eu vi, tipo assim, o primeiro tinha 30 anos e sobreviveu 6 meses. ‘Vou morrer nessa’ hoje eu penso ‘caramba, já superei 17 pessoas. Caramba, que bacana’. Tomara que a pessoa que venha depois de mim, venha e me supere e que eu sirva como alguma coisa boa”.*

O participante conforme vai vivendo o tratamento de câncer vai produzindo novos sentidos subjetivos que são divergentes do legitimado na instituição hospitalar, pelo seu incomodo em relação a “sobrevida”. Outro fator interessante é quando Heitor analisa os protocolos e não se amedronta, pelo contrário, gera expectativas ainda maiores por estar vivo, sendo que muitos não estavam mais. Heitor passa a sentir mais seguro, solidário em relação a outras pessoas que passam pelo mesmo tratamento. Nessa construção é possível fazer uma articulação com o indicador de solidariedade que fora desenvolvido anteriormente. Vivendo essa experiência, o Heitor foi gerando segurança e posicionamentos próprios que proporcionaram desenvolver novos sentidos subjetivos no curso de viver a doença. Assim, questioneei se havia mudado alguma coisa na forma dele viver a vida. Heitor afirma:

Pesquisador 1: *“Quando você diz isso vejo aquela relação: maturidade e imaturidade. Você falou, ‘quando eu penso em dois anos atrás eu sinto que era completamente imaturo comparado no momento que estou agora e hoje eu me vejo diferente.’ E logo em seguida você falou ‘não que eu esteja maduro”.*

Heitor: *“Eu acho legal essa inconstância. Acho que você se a gente soubesse faria tudo errado. Então acho que essa espiritualidade se planejou em não informar, por que teria que ser assim. Se a gente soubesse tudo muito certo, a gente não daria conta. Se você soubesse que daqui a dois anos você teria um câncer e se sua mãe no meio do tratamento morresse em um tiro perdido. Que sem graça! Seria resignificar muita coisa, muito mais cedo. O que estou querendo dizer é passar pela experiência. Esse lance de empatia, eu sou meio assim com esse conceito. Por que você não consegue se colocar no lugar do outro. Acho muito abstrato isso*

de colocar no papel do outro. ‘ah, por que se eu fosse um favelado eu não iria nunca dar corda ao tráfico’ Será mesmo? Eu não sei como é a realidade. Eu não sei se meu pai, minha mãe e irmã passando fome e eu subindo ali para vender droga e ganhar cinquenta reais. Sei lá, ...essa frase eu acho muito tosca ‘no seu lugar eu não faria isso’. Você não está no meu lugar. Como no câncer, ninguém está no lugar de ninguém. Talvez a clínica deveria até investir nisso, né? É muito subjetivo.”

Neste trecho, podemos inferir sobre a valorização para o momento presente da experiência, durante o processo de tratamento oncológico. Além disso, somos capazes de construir um indicador referente às implicações acerca de uma colonização existencial. É interessante que Heitor nesse diálogo expressa a valorização do subjetivo como forma de promover um espaço ético em relação ao outro, ao afirmar, sobre a ignorância do que o outro sente. A sugestão proposta por ele, torna-se relevante pela produção de um espaço que promova essa retificação singular do indivíduo, o raciocínio corrobora com a construção de um espaço psicoterápico significativo para essa realidade.

Portanto, no atual momento, pelos indicadores que foram sendo desenvolvidos é possível chegar a hipótese de uma configuração subjetiva individual, relacionada a experiência de Heitor no tratamento oncológico, caracterizada pela relevância de seu lugar no contexto familiar que se desdobra em produções subjetivas de uma extensão fraterna; Além de sentidos subjetivos vinculados a valorização do cuidado, acolhimento e cultivo de processos dialógicos. Essas hipóteses foram sendo produzidas e sustentadas pelo entrelaçamento de diversos indicadores construídos com base em conteúdos distintos, promovendo um melhor entendimento sobre os processos da subjetividade individual de Heitor.

4.2 Uma Reflexão Intangível Sobre Saúde

O critério de intangibilidade nos remete neste momento, para uma ótica contrária de paradigmas científicos da mensuração e identificação, que a saúde, no desenrolar histórico, veio se caracterizando. O fetiche pelo controle generalizado e seu reducionismo por etiologias sintomáticas no desenvolvimento de uma criteriosa busca anatômica geográfica (Foucault, 1975), embotou perspectivas amplas que tinham o intuito da compreensão singular da experiência do indivíduo (González Rey, 2011;2017). O indivíduo passou a ser um ser sujeitoado

e determinado. A partir do referencial teórico da subjetividade, é possível resgatar a complexidade disso, que chamamos de singular, na promoção de um espaço dialógico que tenciona novas produções subjetivas alternativas, que lhe permitam novas opções de vida frente configurações subjetivas dominantes (Mori, 2019).

Sob essa reflexão, Heitor no processo de diálogo começa a cogitar sobre questões de cura e dos processos de saúde. É interessante que essa reflexão emergiu no curso do sistema conversacional, ao relatar um episódio que já havia dito, no entanto, com conteúdo diferente.

Pesquisador 1: *“Você é extrovertido”*.

Heitor: *“Sou, muito. Tenho não muito problema não. Claro que tem aquele ciclo menos de confiança de coisas mais restritas. Mas de conversa assim.... Principalmente em relação ao câncer, nunca tive problema de conversar sobre. Quando descobri a doença, fiz questão que todos soubessem. Tem gente que fica, aah não quero contar, não quero expor isso agora.’ Tanto que quando descobri, eu tinha ido ao médico sozinho e minha irmã descobriu que estava indo sozinho no médico e foi comigo junto. Saímos de lá e o médico tinha falado a notícia que era câncer mesmo e iria precisar fazer tratamento. Só que ela chegou antes de mim em casa. Tinha algumas pessoas na minha casa e ela falou para todos saírem por que tinha um assunto delicado para discutir comigo e minha mãe. Quando eu cheguei, descobri o que tinha acontecido. Minha mãe estava chorosa. E disse que ela poderia chamar todo mundo de volta. Um por um. Nesse dia eu fiquei bravo com ela. Não tem nada a ver querer esconder, querer deixar restrito. Sei lá, acho que o processo de cura é alguma coisa tão grande. É um coisa tão cheia de fator que, sei lá, a quimioterapia é uma parte isolada. Isolada no sentido de que, não é só isso aqui a sua cura”*.

Pesquisador 1: *“Então a cura seria um processo mais amplo para você”*.

Heitor: *“É (pausa). Você começa a pensar, qual é o sentido de estar curado? É muito grande. Por exemplo, eu estar fazendo essa faculdade. Esta vivenciando outras coisas. Isso dá sentido aos poucos. Agora você viver curado para não fazer nada. Para não viver uma vida como você sempre viveu. Sei lá, sem te influenciar em nada. Para mim, é meio inútil.”*

É interessante notar que a repetição da narrativa de Heitor expressa novos sentidos subjetivos de entender o processo de cura como uma realidade rica, múltipla e complexa (Almeida filho, 2011). Realidade, esta, não apenas limitada as restrições terapêuticas orgânicas, mas foram considerados por ele, aspectos em que sustentam a qualidade processual de viver essas experiências sob uma característica polifônica. A qualidade

processual entendida aqui, não é um estado de nirvana, pelo contrário, é implicadora e desafiante. É a capacidade do indivíduo produzir novos sentidos subjetivos que abrem novas possibilidades frente aos conflitos.

Seguindo, nossa conversa, Heitor relatou momentos difíceis que passou com um amigo com quem estava fazendo o tratamento de quimioterapia. O amigo de Heitor estava em dias difíceis, pensando em desistir e sentindo muitas dores. Heitor falou como foi a visita com o amigo.

Heitor: *“Ele falava que estava muito difícil que estava pensando em desistir. Eu na mesma hora disse: ‘que desistir velho. Olha o tanto de coisa que você já fez. Isso aqui não é desistência não. Você poderia ter desistido lá no início.’ A pessoa que passa três anos em tratamento, ela não desiste. Eu não vejo assim, sei lá, as pessoas falam, morreu e perdeu. Não, o fato dela estar ali. E eu vejo assim. Ele lutou e fez muita coisa. Então no final ele não conseguia falar, por estar dopado de morfina. Por que doía muito. Então ele respirava e a cabeça dele balançava. Eu fiquei com ele até umas 23:30 horas da noite. Quando cheguei em casa, uns 20 minutos depois a mulher dele me ligou falou que ele tinha morrido. Ai eu fiquei ‘caraca!’. Mas que bom que pude ficar com pelo menos os últimos minutos da vida dele. Eu estava lá com ele. Acho isso legal, eu acho que isso vai redirecionando a morte. Todo mundo vai ter sua hora. Mas o que você aproveitou disso? Que bom que aproveitamos esse momento juntos. Tipo, tem gente que não tem nada e leva a vida meio medíocre. Medíocre no sentido de, o que você quer da vida? O que você está fazendo? E a pessoa não quer nada.”*

O participante explana essa situação que ele passou, de forma a exemplificar sua compreensão sobre cura. Podemos construí um indicador de sentidos subjetivos de saúde como um processo de não desistência. É comum as pessoas depois de serem diagnosticadas com câncer, ficar em estado de inércia cíclico, sem qualquer perspectiva de futuro, sem contato social, com desistências de todas as atividades do cotidiano, até mesmo as prazerosas. Heitor em outra sessão ilustra esse raciocínio, de estado de inércia cíclica, em uma situação com o tio que teve câncer.

Pesquisador 1: *Quando você se refere a espírito é relacionado ao estado?*

Heitor: *É. Como se fosse algo dentro de você que move que quer. Eu tenho um tio. Ele teve um AVC agora e ele está acamado. Ele estava com câncer. Ele sempre se limitava muito e tudo era muito difícil. Ele chegou a falar ‘Você já teve câncer mais para mim está sendo muito pior.’ E ‘para você foi melhor por que você era mais novo’. Eu não sei, mas eu acho que isso*

atrai mais coisas ruins. Quando você se coloca nesse papel de vítima, sabe? E eu acho isso muito chato. Tipo, 'aah para você era mais fácil que não teve câncer, né'. Será? Não considero que devo levar isso para sempre.

O indicador que foi construído em outro momento sobre não vitimização, esta articulado com o indicador de saúde como um processo de não desistência. Essas produções subjetivas estão configuradas singularmente em diversos espaços da vida de Heitor. Assim para sustentar esse posicionamento, Heitor gera sentidos subjetivos sobre atrair coisas ruins, caso tenha a mesmo comportamento do tio. Outro momento que pode nos ajudar a pensar nessa construção é quando questionamos o estado de saúde de Heitor quando estava em tratamento.

Pesquisador 1: "Você acha que tinha saúde quando estava fazendo a quimioterapia?"

Heitor: "Tinha. E você quer restabelecer né, a saúde por completo. A saúde é meio do indivíduo mesmo. Tipo uma gripe? Você pegou uma gripe e você não tem mais saúde? Acho que já fica meio individual. O que é saúde?"

Pesquisador 1: "Então nessa última pergunta. O que é para você saúde?"

Heitor: "Eu não sei te responder. Acho que saúde é você está ainda vivendo. O fato de viver é ter saúde. Uma pessoa em estado vegetativo seja o último estágio da saúde. Ela tem saúde? Ela tem, só que é mais fragilizada".

Heitor: "...você mensurar a condição de quando começou até onde está agora, fisicamente e apenas isso. Você não consegue mensurar se a pessoa está reagindo para vida ou se ela está reagindo só enquanto organismo".

Heitor compreende saúde de forma singular e de busca constante. Na qual, há estágios que discriminam o processo de saúde pela capacidade do indivíduo agir no mundo. Isso fundamenta os indicadores previamente construídos.

Depois o participante faz uma distinção entre saúde e cura.

Heitor: "... A gente também estava discutindo sobre a cura. E a cura em si não é estar saudável. A cura para uma pessoa que de repente chegou ao fim da vida, é a cura para ela. "

Diante do exposto pelo participante, podemos construir um indicador de produções de sentidos subjetivos de cura como um processo apenas orgânico, mas que não determina um estado saudável. A reflexão de Heitor é interessante, pois, várias vezes ele reifica o valor

subjetivo e de considerar os processos psicológicos como critérios elementares para o desenvolvimento de um processo saudável.

Heitor completa seu raciocínio falando sobre suas experiências, ainda quando fazia quimioterapia. E de forma implícita expressa em sua fala, o porquê dele ter considerado ter uma postura saudável.

Heitor: *“Tem muito né. Muitas pessoas que colocavam o câncer como uma situação de ‘nunca pensei o câncer na minha vida’. Minha vida que vai se encaixar ao câncer e não ele a minha vida. Minha vida sempre existiu e acreditava que ela ia continuar existindo quando acabasse a doença. Então, para que vou fazer ao contrário? Colocar como prioridade a doença sendo que minha vida vai continuar. Eu sempre passei por cima disso. No último dia da minha quimio, fazia de segunda a sexta de duas em duas semanas, precisava ir na clínica aplicar injeções, eu achava um saco isso e aprendi a aplicar em mim mesmo para não precisar ir na clínica. Acho que é isso, todo mundo quer te colocar em uma fragilidade. E eu não estou. Ainda acho que minha maturidade me fez pensar que eu ainda teria que seguir a minha vida.”*

Heitor: *“...Parece que um paciente que tem suas limitações precisa somente viver suas limitações. As pessoas são assim, meu tio falava que se fosse meu primo, ele apenas iria começar a fazer a prova daqui 5 anos. Por que ele iria ficar falando que precisava descansar e teria que fazer quimio. Eu acho que não tem. Bola pra frente, sabe.”*

Outra vez, Heitor coloca em pauta reflexões pertinentes sobre experiências que teve durante o tratamento. O relato traz uma exemplificação de sua ação ativa diante de situações que o incomodava. Para Heitor, as implicações estão em aceitar as limitações sintomatológicas como algo que suprima o indivíduo ao ponto da pessoa perder sua identidade e a própria qualidade do viver. Devido a isso, podemos construir um indicador de sentidos subjetivos articulados com o desenrolar da vida para além da doença. O adoecimento, mesmo em casos crônicos, é algo que faz parte dos desafios da vida, que pode balançar as configurações subjetivas sociais e individuais.

Neste sentido, o participante passa a ter outro olhar para as questões da vida e da morte. Para ele, os eventos que pôde vivenciar funcionaram como a aquisição de novas lentes, para entender certos acontecimentos que temos dificuldades de aceitar. Como ele mesmo afirma sobre ter sentido muito a morte de um grande amigo na época. Isso aconteceu quando o participante explicava a forma tranquila que ele passou pelo tratamento. Segundo o participante isso aconteceu por conta de sua mente boa.

Pesquisador 1: *“como é ter a mente boa?”*

Heitor: *“Um amigo meu, morreu. A gente fazia quimio sempre. Aquele sentimento de que a morte está por aqui. Não é tão assim, hoje em dia as pessoas se curam. Muita gente morre. Mas é o destino da pessoa. Eu, na época, senti muito, mas também enxerguei uma cura muito grande nesse meu amigo. Ele estava em um nível de sofrimento, que a gente aqui de fora tenta mensurar só que é impossível. É meio estranho mais sei lá você se conforta. Por que ninguém está aqui para sempre. Acho que sempre bato nessa tecla. Todo mundo vai morrer. As causas da morte são inúmeras. O câncer é uma dessas inúmeras.”*

A dimensão do participante ilustrada em seu relato é a ideia da variabilidade imensa de fenômenos que podem causar o óbito de uma pessoa, o câncer é uma dessas variáveis. Viver implicado na centralização desse diagnóstico pode acarretar produções de sentidos subjetivos que sejam nocivos para o desenvolvimento subjetivo da pessoa. Portanto, podemos construir um indicador de novos sentidos subjetivos sobre a naturalidade da morte como fator de cura que Heitor gera, nesse contexto, como recurso subjetivo para lidar com a morte do amigo. Esse indicador expressa característica da configuração subjetiva singular de Heitor que se transforma em fontes de sentidos subjetivos para as experiências da vida.

Essas questões ficam mais evidentes quando retomo algo que o participante trouxe em nossa primeira sessão.

Pesquisador 1: *“Em nosso primeiro encontro, você disse ‘eu posso ter um câncer hoje e ficar me remoendo. Você pode ter uma pessoa que é considerada saudável e morrer em algum acidente do dia a dia’”.*

Heitor: *“É estranho isso. A vida acaba de qualquer forma. Não existe, essa sentença de seu prognóstico que diz ‘você vai morrer’. Pode ser que eu não morra. Por isso que eu acho que a saúde não é algo objetivo. Ela só é objetiva quando pensados em critérios que são objetivos.”*

É instigante como o processo dialógico proporciona um espaço de reflexão crítica capaz de implicar o outro, a produzir novos sentidos subjetivos distintos de outro momento que tivemos. Na primeira sessão, Heitor trouxe o que o pesquisador disse, mas de forma pronta e já falando de outros assuntos sem fundamentar sua sentença. Nesse momento, é possível compreender que a crítica em relação aos prognósticos determinísticos, sustentam uma lógica produtora de subjetividades sociais dominantes, cuja às consequências, são a naturalização de processos do humano.

Desse modo, as doenças crônicas, no caso o câncer, são diagnósticos que realmente trazem implicações demasiada nas vidas das pessoas, que passam por essas experiências. Entretanto, vimos no caso Heitor, que o diagnóstico não determina a condição de vida da pessoa. Existem outros elementos que estão implicados nesse processo que sustentam e valorizam um modo de existência passivo frente a situação de conflito. Tendo em vista, o caso Heitor, foi possível compreender, a partir das dinâmicas conversacionais e os indicadores construídos na análise da construção da informação, a importância do acolhimento como aspecto facilitador de novas produções subjetivas. A relevância da figura fraterna e da família como fonte de geradora de sentidos subjetivos para desvencilhar de situações desafiadoras no momento do tratamento. Além disso, podemos compreender os sentidos subjetivos gerados sobre a morte e a vida em relação a sua naturalidade e curso variável e não determinada. Por fim, A cura não determina um estado saudável. Estar saudável, nesse caso, se mostrou como uma capacidade de continuar ativo no processo de vida.

5. Considerações Finais

No presente trabalho podemos compreender a complexidade desse fenômeno para além das questões sintomatológicas do diagnóstico do câncer. O caso Heitor, aqui, desenvolvido nos mostra a importância de uma acolhimento adequado dos profissionais de saúde, como forma de facilitar produções de sentidos subjetivos que possam expressar alguma dimensão de segurança e suporte. Referente a isso, foi possível perceber a subjetividade social articulada ao modelo biomédico, no contexto da UTI, geradas a partir de produções de sentidos subjetivos de objetificação e falta de alteridade diante de situações da necessidade de cuidado.

Ademais, vimos que a família do participante se configurava em uma subjetividade social que remete ao modelo biomédico de conceber o fenômeno de tratamento oncológico. No entanto, o participante tinha uma posição diferente sustentada por uma configuração subjetiva marcada pelas características fraternas. O que foi elemento importante como capacidade geradora de novos sentidos subjetivos para os conflitos no curso do tratamento. A família se tornou fator mobilizador pela forma como Heitor se configurava nesse contexto, que demarca um espaço singular e de reconhecimento.

Outro fator interessante, que foi expresso em diversos momentos, é como a experiência o câncer possibilitou o participante gerar novos sentidos subjetivos para as experiências da vida. As produções subjetivas se referem em não viver a vida depois de uma cura, mas compreender que isso faz parte do processo do viver, assim como a finitude dela. Neste sentido, as construções enunciam a complexidade da temática de saúde por ser algo amplo e que abrange questões singulares que não são passíveis de apenas mensuração.

Por conseguinte, vimos que o diagnóstico de câncer não determina processos subjetivos nocivos para as pessoas. Mas é como as pessoas subjetivam essa experiência, a partir, de um processo histórico configuracional. Sob essa perspectiva, o indivíduo pode abrir um espaço para uma melhor qualidade de vida.

A relevância da teoria da subjetividade na compreensão desse fenômeno, disponibiliza uma ótica direcionada aos processos subjetivos que geralmente são colocadas a margem. A teoria, nos possibilitou compreender as configurações subjetivas de Heitor e seu desenvolvimento no curso do tratamento oncológico e seus recursos subjetivos produzidos. Isso foi possível graças ao espaço dialógico construído com o participante de forma autêntica.

Para tanto, se faz necessário mais estudos que valorizam a produção desse espaço dialógico, como um espaço psicoterápico, principalmente, nesse contexto e temática de doenças crônicas que aumentam a cada ano sua incidência. Portanto, se faz muito importante o acompanhamento psicológico com pessoas que passam pela experiência do tratamento oncológico, com o intuito de facilitar emergências alternativas frente ao diagnóstico para o desenvolvimento de projetos de vidas atuais.

6. Referências

IRÈS, P. (1977). **História da morte no ocidente da idade média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A.

CAMPOS, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem** 57(5) p. 611-614.

Recuperado de

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672004000500019&script=sci_abstract&tlng=pt

CASTRO, R. D. S. (2014). **A Experiência De Alunos De Terapia Ocupacional No Processo De Morte E Morrer De Pacientes Em Contexto Hospitalar**. Tese de conclusão de curso não publicada, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

DA SILVA, S. I. D & Silveira, T. D. (2015). Cuidados paliativos: desafios para a gestão e políticas em saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, 6(1), 1982-4785. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/131418>

DORO P. M., Pasquini R., Medeiros C. R., Bitencourt M. A., Moura G. L. (2004). O câncer e sua representação simbólica. **Psicologia: ciência e profissão**, 24(2), 120-133. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000200013&script=sci_abstract&tlng=pt

SILVA, A. D. S. (2015). **O Uso Terapêutico De Atividades e o Enfrentamento do Sofrimento, da Dor e a Ressignificação do Cotidiano Durante e Processo de Hospitalização em uma Paciente Oncológica**. Tese de conclusão de curso não publicada, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

SILVA, F. A. C. Andrade, P. R., Barbosa, T. R., Hoffman M. V., & Macedo, C. R. (2009). Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. **Escola Anna Nery**, 13(2), 334-341.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. Tradução: Márcio Ramalho.

MALLMANN, João Antonio de Assis. **Teoria da subjetividade e doenças crônicas: discussões sobre a saúde e o câncer**. 2014. Monografia Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2010.

GONZALEZ REY F. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**; Tradução Raquel Souza Lobo Guzzo; Revisão técnica do autor. São Paulo: Pioneira Thomson Learning 2005.

_____. (2007). **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade. Uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo, SP: Thomson.

_____. **The topic of subjectivity in psychology: contradictions, paths and new alternatives. J Theory Soc Behav**. 2017;47:502–521. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12144>

_____; MITJÁNS MARTÍNEZ, A. Perekhivanie: advancing on its implications for the cultural-historical approach. **Journal International Research in Early Childhood Education**. Vol. 7, No. 1, 2016.

_____. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. Tradução Raquel Souza Lobo Guzzo; Revisão técnica do autor. São Paulo: **Pioneira Thomson Learning** 2005.

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

_____, Fernando. The topic of subjectivity in psychology: Contradictions, paths and new alternatives. **Journal for the Theory of Social Behaviour**. 2017. DOI: 10.1111/jtsb.12144

_____, Fernando (2017). Advances in Subjectivity from a Cultural-Historical Perspective: Unfoldings and Consequences for Cultural Studies Today. In Fler, M, González Rey, F &

Versov, N. (eds) *Perezhivanie, Emotions and Subjectivity Advancing Vygotsky's Legacy*. Singapore: Springer. Pp. 173-194.

_____; GOULART, Daniel Magalhães; DOS SANTOS BEZERRA, Marília. Ação profissional e subjetividade: para além do conceito de intervenção profissional na psicologia. **Educação**, v. 39, n. 4, p. 54-65, 2016.

_____; Mitjans Martínez, Albertina. Una epistemology para el estudio de la subjectivity: Sus methodological implicaciones. **Psicoperspectivas**, v. 15, no. 1, p. 5-16, 2016.

_____. A new path for the discussion of Social Representations: advancing the topic of subjectivity from a cultural-historical standpoint. **Theory & Psychology**, v. 3, p. DOI:10.1177/095, 2015.

_____. As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos numa perspectiva construtivo-interpretativa. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, p. 328-345, 2010.

GOULART, Daniel Magalhães. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**. 2013. 145 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MARTÍNEZ, Albertina Mitjans; REY, Fernando Luis González. **Subjetividade: teoria, epistemologia e método**. Campinas: Alínea, 2017.

MOSCOVICI, Serge. (2003). **Representações Sociais. Investigações em psicologia social**. Petrópolis. Vozes.

MORI, Valéria Deusdará. A psicoterapia na perspectiva da teoria da subjetividade: A prática e a pesquisa como processos que se constituem mutuamente. In: GONZÁLEZ REY, Fernando.

MARTÍNEZ, Albertina Mitjans. PONTES, Roberto Valdes (Orgs.). **Epistemologia qualitativa e subjetividade: estudos em educação e saúde**. Ed da univ federal de Uberlândia, 2019.