

PRÁTICAS DISCURSIVAS E PRODUÇÃO DE SENTIDO: APONTAMENTOS METODOLÓGICOS PARA A ANÁLISE DE DISCURSOS SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA

*Mary Jane Paris Spink**

*Maria da Gloria G. Gimenes***

RESUMO: O presente trabalho insere-se no campo de estudos do conhecimento social, abordando a produção de sentido sob a perspectiva interacional e microgenética. O pressuposto teórico pauta-se pelo argumento de que conhecer é dar sentido ao mundo, o que implica no posicionamento do eu e, conseqüentemente, na negociação continuada de identidades sociais. O delineamento da metodologia de análise das práticas discursivas é apresentado a partir de dados empíricos coletados para a pesquisa "Representações, Estratégias de Enfrentamento e Bem-estar Psicológico após Câncer da Mama". Estes dados foram coletados através de entrevistas baseadas na associação de idéias sobre corpo/seio, saúde/doença e câncer. Estes dados foram trabalhados através de dois níveis de análise: um na escala das relações pessoa a pessoa e o outro na escala da consciência social compartilhada. Nesta análise, ênfase é dada ao trabalho com a processualidade à luz das permanências culturais e sociais e à luz da funcionalidade do discurso frente ao contexto de sua produção. Todas as etapas da análise do material são apresentadas de forma detalhada e ilustradas através de recortes das entrevistas. Finalmente, são discutidas as implicações da produção de sentido para a prática no campo da saúde.

* Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

** Departamento de Psicologia; Universidade Federal de São Carlos

Esta reflexão insere-se no campo de estudos do **conhecimento social**, ou seja, do conhecimento funcional que possibilita a produção de sentido essencial para negociar o "estar-no-mundo". Como apontam DUVEEN & DE ROSA², o conhecimento, na psicologia social, é abordado em perspectivas variadas. Na ótica da sociedade - a sociogênese - o foco da atenção é como o imaginário social evolve e se transforma sob a força dos processos sociais, incluindo aí a divulgação das idéias pela mídia. Na ótica do desenvolvimento individual - a ontogênese - o foco é a construção do conhecimento nos diferentes estágios do desenvolvimento, da infância à maturidade. Finalmente, na perspectiva interacional - a microgênese - o foco é a elaboração de versões compartilhadas e a negociação de identidades sociais.

Ao falar de produção de sentido estamos privilegiando esta terceira vertente de estudos sobre o conhecimento. Embora enfatizando a escala microgenética, e conseqüentemente focalizando as práticas sociais desenvolvidas em micro-contextos, trata-se de perspectiva inserida no campo mais abrangente da circulação das idéias na sociedade; campo este necessariamente transdisciplinar, objeto de estudo da história, da antropologia, da filosofia e sociologia do conhecimento e da psicologia social, para mencionar as conexões mais óbvias.

O argumento teórico que será aqui desenvolvido pauta-se pelo pressuposto de que conhecer é dar sentido ao mundo. Não se trata, portanto, de mero processamento de informação, da adesão a uma ou outra teoria científica, ou da possibilidade cognitiva da construção lógica do pensamento. O conhecimento na ótica da produção de sentido implica, sobretudo, no **posicionamento** perante os dados, as teoria, e os outros - nossos interlocutores diretos ou genéricos. Enfatizando o posicionamento, a produção de sentido é um processo de negociação continuada de identidades sociais. Esta linha de argumentação articula essencialmente três aspectos distintos:

1. Dar sentido é sempre uma atividade cognitiva, ou seja, implica no uso de conexões neurais habituais desenvolvidas pela experiência no enquadre das contingências do contexto cultural e social. Esta articulação com o contexto cultural e social pressupõe a interface entre dois tempos distintos: o tempo histórico em que se inscrevem os conteúdos imaginários derivados das formações discursivas de diferentes épocas; e o tempo vivido em que se inscrevem os conteúdos derivados dos processos de socialização primária e secundária. Posicionar-se, nesta ótica, implica portanto em navegar pelas múltiplas narrativas com as quais entramos em contato e que se articulam em nossas práticas discursivas. Como afirmam DAVIES & HARRÉ¹, *quem somos é sempre uma pergunta aberta com uma resposta mutável dependente das posições disponíveis nas práticas discursivas nossas e dos outros e, dentro dessas práticas, das histórias através das quais fazemos sentido de nossas vidas e da dos outros. As histórias estão localizadas em um número de discursos distintos e portanto variam dramaticamente em termos da linguagem utilizada, dos conceitos, das questões e dos julgamentos morais aí relevados e das posições possíveis aí dentro*" (p. 46)

2. dar sentido ao mundo implica, também, em posicionar-se em uma rede de relações e pertence, assim, à ordem da intersubjetividade. Isso implica em trazer para o cenário o tempo presente; a microescala da interação social onde, como aponta VARELA¹³ se torna possível a ruptura entre o instituído e o instituinte que possibilita a atividade criativa e a construção de novos sentidos. É a ênfase na funcionalidade na esfera da intersubjetividade que permite postular que, para entender a processualidade intrínseca da atividade de significação, é preciso focalizar as rupturas. É aí, no interstício entre o habitual e o não familiar, como sabiamente nos ensinaram VYGOTSKY¹⁴ na área do desenvolvimento cognitivo e FOUCAULT³ na esfera da constituição dos saberes, que podemos visualizar melhor o esforço de produção de sentido e a atividade criativa do sujeito no enfrentamento do mundo;

3. dar sentido implica, ainda, em posicionar-se no fluxo dos acontecimentos. Ou seja, estabelecer suficiente coerência e continuidade de modo a reconhecer-se como sujeito histórico (ou sujeito que tem uma história) em um mundo caracterizado pela polissemia. Nesta perspectiva, esta atividade de dar sentido está amarrada à construção de versões plausíveis do *self* ; de narrativas que criam elos (sempre passíveis de resignificação) entre eventos vividos e sentidos, verdadeiros diálogos entre passado e futuro. Trata-se de fenômeno relacionado às transformações mais globais na subjetividade moderna que permitem a Pierre NORA⁸ falar de uma metamorfose histórica da memória e sua conversão definitiva à psicologia individual. Afirma o autor que *"a atomização de uma memória geral em memória privada dá à lei da lembrança um intenso poder de coersão interior. Ela obriga cada um a se lembrar e a reencontrar o pertencimento, princípio e segredo da identidade."*(p.18)

Embora decorrentes da aceitação da polissemia do mundo vivido, esses pressupostos sobre a produção de sentido não desembocam necessariamente numa postura relativista. Os processos sócio-cognitivos que sustentam o conhecimento não são autônomos; dependem intrinsecamente da história, seja no âmbito do indivíduo ou das formações discursivas próprias à cultura em que ele se insere.

Do ponto de vista do indivíduo, esta história é pautada pela memória afetiva e se inscreve no esforço já referido de construção de versões plausíveis de um eu intersubjetivamente constituído. Na esfera biológica esta memória tem suas raízes na repetição de padrões neurais onde se assentam as ações habituais. Não se tratam evidentemente de sobredeterminações biológicas, uma vez que estes padrões estão sujeitos às reconstruções impostas pela vivência de novas situações. A "história", aqui, não é mero retorno ao passado e sim a aceitação da processualidade do ser-no-mundo.

Do ponto de vista da cultura, esta história se traduz em narrativas múltiplas sobre os objetos do mundo vivido que tem por função definir identidades compatíveis com a versão oficial do que deve ser a relação homem-sociedade. Sendo dependentes de processos de interpretação de documentos-monumentos (os lugares de memória, na acepção de Pierre Nora), também elas são processuais; ou seja, para cada versão/narrativa pode haver outra versão contestadora que permite situar a perspectiva dos diferentes grupos.

Pertencendo ao campo da intersubjetividade, o dado empírico por excelência para a compreensão do conhecimento como produção de sentido são as práticas discursivas. Apoiando-nos em DAVIES & HARRÉ¹, entendemos por **práticas discursivas** as diferentes maneiras em que as pessoas, através dos discurso, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais. O discurso, neste enquadre, é por sua vez entendido como o "uso institucionalizado da linguagem e de sistemas de sinais de tipo linguístico" sendo que a institucionalização pode ocorrer tanto no nível mais macro dos sistemas políticos e disciplinares, quanto no nível mais restrito dos grupos sociais (p. 45).

Ainda valendo-nos das reflexões destes autores, reiteramos que *os discursos podem competir entre si ou podem criar versões de realidade que são distintas e incompatíveis. Conhecer alguma coisa é conhecer em termos de um ou mais discursos* (p.45). Fica posta desta maneira a polissemia intrínseca às práticas discursivas; ou seja, a existência potencial de múltiplas significações concomitantes. Preferimos deixar a polissemia no âmbito da potencialidade porque nos parece que estes tantos e variados discursos frequentemente situam-se como narrativas que competem entre si na busca do enquadre como versões hegemônicas. Consideramos, portanto, que as múltiplas narrativas sobre os eventos do mundo podem ser utilizadas, no plano das práticas discursivas, de forma sequencial ou concomitante.

Práticas Discursivas e Produção de Sentido:

Do ponto de vista da sequencialidade, as práticas discursivas, sendo práticas sociais pautadas pela intersubjetividade, estão presas a contextos sociais específicos. Quando o contexto é por sua vez marcado por relações assimétricas, as regras discursivas podem tornar-se coercitivas e inibir o aparecimento da polissemia. Por exemplo, na construção de versões na arena dos processos de saúde/doença, nossas narrativas frequentemente submetem-se às regras impostas pelo contexto discursivo: o consultório médico, a relação amorosa, as relações de trabalho.

Mas mesmo na sequencialidade, a concomitância tende a se fazer presente. É comum, quando falamos de nossa saúde, combinarmos em um mesmo discurso narrativas diversas. Por exemplo, ao falarmos de AIDS frequentemente recombina-se as perspectivas do senso comum, do discurso médico clínico pautado pelos sintomas, do discurso médico fisio-patológico referente às entidades mórbidas, ou ainda do discurso psicologizante sobre disposições de personalidade, afetos ou mecanismos de defesa.

Em suma, o discurso tem muitas formas: históricas, culturais e intersubjetivas. Como então acessar o esforço de produção de sentido através das práticas discursivas?

DELINEAMENTO DE UMA METODOLOGIA DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS COMO PRODUÇÃO DE SENTIDO

Articulando diferentes níveis de análise, definidas neste texto a partir da noção dos diversos tempos da circulação das idéias na sociedade - o tempo histórico, o tempo vivido dos processos de socialização e o tempo da interação - é preciso, antes de mais nada que seja explicitada a escala em que estamos trabalhando. A noção de escala é aqui emprestada de MOSCOVICI⁷ que, em um texto onde procura situar sua teoria das representações sociais, afirma: *Há um mundo de diferença entre representações trabalhadas ao nível pessoa-a-pessoa, ao nível das relações entre indivíduos e o grupo, ou ao nível da consciência compartilhada da sociedade. Em cada um desses níveis as representações têm um sentido diferente* (p.228).

As práticas discursivas que nos permitem acessar a produção de sentido situam-se obviamente na escala das relações pessoa-a-pessoa. Entretanto, a apreensão das diferentes narrativas implica em ter familiaridade com a diversidade própria ao imaginário social sobre os objetos que são foco dos processos de significação. As construções históricas destes objetos, digamos o seio e o câncer da mama - interesse central da pesquisa empírica que será apresentada a seguir - constituem o **contexto interpretativo** essencial para a aproximação aos modos de produção de sentido. Ou seja, há sempre um olhar histórico que precede e acompanha o desenvolvimento de uma pesquisa centrada no conhecimento como produção de sentido. Não se trata de traçar a história de um determinado objeto social. Fica esta tarefa para os historiadores*. Mas a sensibilidade às

* A interdisciplinaridade, nesta perspectiva, é indispensável. no caso da pesquisa sobre "Representações, Estratégias de Enfrentamento e Bem-estar Psicológico após Câncer da Mama", conduzida pelas autoras deste texto, há uma pesquisa paralela sendo desenvolvida pela historiadora

diferentes narrativas que circulam sobre câncer, saúde/doença e corpo feminino é essencial para que a polissemia possa ser abordada. Metaforicamente trabalhamos aqui com uma arqueologia das idéias: os vestígios do passado presentes nas idéias de hoje.

Na escala da consciência compartilhada entre o indivíduo e o grupo que lhe serve como referência, trata-se de apreender o que há de comum entre as pessoas que exercem o papel de informantes. É nesse nível que podemos falar de **representações sociais**: teorias compartilhadas sobre a natureza dos objetos sociais. Buscando a consciência compartilhada, faz-se necessário entrevistar muitos. Metaforicamente, trabalhamos, nesse nível, com uma “epidemiologia” das idéias: a distribuição das idéias constitutivas de teorias do senso comum numa determinada população.

Ambos os níveis precedentes articulam-se com o foco da análise de produção de sentido, mas não são por si mesmo o foco desta análise. Trabalhar com produção de sentido implica em trabalhar com a processualidade à luz das permanências culturais e sociais e à luz da funcionalidade do discurso frente ao contexto de sua produção.

Pressupondo, assim, que a tarefa arqueológica e “epidemiológica” tenham sido cumpridas, seriam quatro os passos para a compreensão do sentido:

1. considerando que o discurso é sempre um fenômeno da esfera da intersubjetividade, é necessário buscar entender primeiramente como este espaço de interlocução esta sendo utilizado. O entrevistador, numa situação típica de entrevista, tem um roteiro a seguir; mas o entrevistado interpreta a própria

entrevista, e conseqüentemente o teor das perguntas, a partir de determinados pressupostos. Entender qual o espaço criado na interface entre intenções do entrevistador e hipóteses sobre a situação de entrevista por parte do entrevistado, é portanto o primeiro passo na análise.

2. considerando ainda que o discurso é sempre intersubjetivo, parece sensato entender, também, quem são os interlocutores: ou seja, a quem o texto é remetido; o sutil jogo de interação entre o "eu" e os vários outros possíveis. As discontinuidades discursivas, indicadores da passagem de uma narrativa para outra, são muitas vezes reveladas pela presença de novos interlocutores no discurso.

3. considerando que estas diferentes narrativas tem as suas próprias regras de construção, é preciso, num passo seguinte, prestar atenção aos repertórios linguísticos - sistemas de termos usados de forma recorrente para caracterizar ações, eventos e outros fenômenos, segundo POTTER & WETHERELL⁹. O que está em pauta neste momento da análise é a variabilidade destes repertórios, sendo muitos seus indicadores. Há, primeiramente, as associações de idéias presentes quando o objeto é referido. Mas há, também, indicadores linguísticos como a ambigüidade (múltiplos significados); a contradição (sentidos antagônicos); a inconsistência (significados instáveis) e a incoerência (a transgressão das regras lógicas de uma narrativa que sugere a adoção de outra narrativa).

4. considerando, ainda, que o discurso apresenta uma ou mais versões plausíveis do *self*, o passo seguinte implica em adentrar pelo campo da retórica em busca da argumentação e da deposição de valores: os qualificadores reveladores do investimento afetivo.

Tais passos serão ilustrados com exemplos empíricos. Entretanto, faz-se necessário reiterar que trabalhar de forma qualitativa e com o reconhecimento explícito da polissemia que atravessa a produção de sentido, não significa adotar uma postura relativista, onde tudo vale. Lembramos, mais uma vez, que estas narrativas estão inseridas dentro de uma gama de possibilidades que são definidas pela inserção numa determinada cultura e num determinado momento histórico. Ou seja, trata-se de uma gama de possibilidades cujos parâmetros são delimitados pela história da cultura que privilegia certas formações discursivas e muitas vezes pune explicitamente a adoção de narrativas desviantes; e pelo próprio aparato biológico que define, pelo hábito, certos padrões neurais que se constituem como "prontidão-para-a-ação".

Faz-se necessário, também, lembrar que trabalhar com a polissemia não implica em abrir mão do rigor. Lembramos apenas, que o debate metodológico contemporâneo, como bem lembra MORIN⁶, situa o rigor na arena da intersubjetividade e no reconhecimento de que o processo de legitimação do fazer científico insere-se num jogo de poder entre discursos que buscam posicionar-se como meta-discursos. Segundo LYOTARD⁵, a crise do conhecimento científico na época atual decorre sobretudo da erosão "de dentro" do jogo especulativo que, por afrouxar as tramas da rede enciclopédica onde as ciências deveriam estar localizadas, deixa-as livres para criar novos territórios e hierarquias. A consequência deste afrouxamento é a legitimação do fazer científico a partir da autonomia de seus interlocutores, pensados agora como atores envolvidos na praxis ética, política e social. À reflexão de Lyotard adicionaríamos que o ônus do rigor fica com o autor: é a possibilidade de explicitar as normas que regem a coleta e análise dos dados; os pressupostos teóricos e metodológicos que o orientam na interpretação; e o posicionamento no debate epistemológico que garantem o rigor na polissemia que marca o fazer em ciência na contemporaneidade.

PRÁTICAS DISCURSIVAS NO CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA DE CÂNCER DA MAMA: UM EXEMPLO EMPÍRICO DE ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE SENTIDO

O projeto de pesquisa "Representação, Estratégias de Enfrentamento e Bem Estar Psicológico Após Câncer da Mama"* tem como objetivos:

1. investigar de forma retrospectiva a experiência de enfrentamento da mulher portadora de câncer da mama, a partir do diagnóstico, passando pela cirurgia e tratamentos adjuntivos (quimioterapia e radioterapia), até o final do primeiro ano após a incidência da doença;

2. investigar as representações que mulheres em geral - incluindo aí aquelas que tiveram a experiência do câncer da mama - têm sobre o corpo, o seio, a saúde e a doença buscando entender o impacto que estas construções cognitivo/afetivas tem nos comportamentos preventivos (no caso de mulheres que não tiveram câncer) e no enfrentamento e conseqüente bem estar emocional (no caso de mulheres que tiveram experiência desta doença)

3. entender as imagens e conceitos associados ao câncer, com especial referência ao câncer da mama.

Com este intuito, foram entrevistadas 16 mulheres mastectomizadas e 16 mulheres sem diagnóstico de câncer, todas na faixa etária de 35 a 70 anos e com nível educacional a partir do primeiro grau. Pensou-se, num primeiro momento, parear as mulheres dos dois grupos, levando em consideração idade, nível educacional e existência ou não de companheiro fixo, imaginando que haveria

* Esta pesquisa, coordenada por Glória Gimenes e Mary Jane Spink conta com o apoio do CNPq

diferenças substantivas na elaboração cognitiva e emocional associadas a estas variáveis. Os dados das entrevistas piloto, assim como a análise dos discursos já realizadas indicam variações consideráveis, mas não diretamente associadas a estas variáveis. Decidiu-se, portanto, criar tipologias *ex-post-facto*, a partir das próprias práticas discursivas.

As mulheres que tiveram experiência de câncer da mama foram recrutadas em serviços de oncologia (um público e um privado); as mulheres sem diagnóstico de câncer por sorteio a partir de lista fornecida pelo setor de recursos humanos de uma universidade.

Os dados foram coletados através de entrevistas com roteiro cuidadosamente desenvolvido a partir dos pressupostos teóricos que embasam esse estudo. A partir de uma extensa fase piloto desenvolvemos um roteiro temático baseado em associação de idéias que está subdividido em três blocos: representações de corpo e de seio; representações de saúde e doença e representações de câncer. De forma geral, cada bloco inicia-se com a pergunta: "o que vem a sua cabeça quando eu falo a palavra (corpo, seio, etc.)". A partir das associações, retornamos às experiências pessoais (por exemplo: "o que isto tem a ver com o seu corpo ?", e "foi sempre assim ?").

Este modo de proceder gerou discursos muito ricos que possibilitam acessar tanto conteúdos compartilhados, quanto narrativas voltadas ao posicionamento do eu. A análise deste material é feita em três etapas distintas:

1. uma leitura flutuante das transcrições, efetuada com referência às anotações detalhadas dos entrevistadores sobre o contexto da entrevista (onde foi feita, como o assunto foi introduzido, o que transcorreu antes do gravador ser ligado). Isto permite uma compreensão inicial da conformação da situação dialógica e do uso que estava sendo feito pela entrevistada do espaço de entrevista.

Permite, conseqüentemente, entender a linha de argumento, linha esta que está obviamente amarrada às versões do eu que estão sendo veiculadas;

2. a elaboração de mapas de associação de idéias - técnica discutida por SPINK^{11,12} - para os quais é transcrito o conteúdo integral da entrevista, conformando-se às categorias analíticas diretamente relacionadas aos objetivos da pesquisa. No exemplo apresentado (anexo 1), referente ao bloco de perguntas sobre o corpo, foram utilizadas quatro colunas: objeto, primeira associação, associações secundárias e qualificadores. Isto permite apreender de forma bastante direta as representações presentes e as narrativas nas quais estas representações adquirem significação;

3. a análise das narrativas em busca da produção de sentido, que é baseada nos indicadores previamente descritos neste texto: quem são os interlocutores; a retórica e os indicadores de natureza linguística tais como a ambigüidade e a contradição.

Os trechos apresentados a seguir constituem exemplos de discurso sobre o corpo e sobre o câncer possibilitando visualizar as diferenças e as semelhanças nas estratégias discursivas de duas mulheres: Catarina, que havia sido submetida à quadrantectomia, e Helena que nunca teve esta doença.*

HELENA, UMA MULHER DE 53 ANOS, FALA SOBRE SEU CORPO

E: Então, eu queria saber o seguinte. O que vem à sua cabeça quando eu falo a palavra corpo?

H: Corpo..é, **eu acho que pra você ter o corpo, firme, voce tem que ter uma mente muito**

boa. E, na maneira que você esta me perguntando, corpo tem várias interpretações, mas,

* Por razões de confidencialidade. os nomes são fictícios

Práticas Discursivas e Produção de Sentido:

assim o que me vem de momento é isso. A mente precisa estar muito boa pra você poder ter o corpo que você gostaria e não só o externo, o interno também.

E: E o firme seria como?

H: uma pessoa ágil, uma pessoa que gostaria de fazer algum esporte; não sei se é bem nesse sentido, mas eu estou levando nesse sentido.

E: É a sua opinião.

H: Em relação à agilidade, em relação a você se sentir bem.

E: Certo. E você falou: tem que estar com a cabeça boa. Como é essa relação?

H: Eu acho assim, que por exemplo, o que acontece comigo. Quando psicologicamente eu não estou muito bem, eu como um monte de chocolate e acabo ficando mais gorda.

E: Reflete?

H: Eu acho que sim, eu fico assim com muita ansiedade. E quando minha mente está boa, eu diminuo a minha ansiedade e acho que esteticamente fico melhor.

E: Isso que você falou sobre o corpo, quer dizer, você já falou um pouquinho em você, que tem essa relação que você percebe. Mas o que você falou de mente, de corpo, tem a ver com o seu corpo?

H: Claro. Infelizmente agora eu estou gorda, eu já fui magra, mas agora eu estou meio gordinha. Talvez porque minha mente não esteja muito boa. Eu acho que eu ando assim com uma série de problemas e talvez eu tenha relaxado um pouquinho.

O discurso de Helena faz interface com as narrativas sobre o corpo que circulam na sociedade e que são constitutivas das teorias de senso comum utilizadas no afã de dar sentido ao mundo. Ilustra a concomitância de narrativas diversas. Embora revele uma teoria organizadora do discurso - para ter um corpo bom a mente precisa estar muito boa - a entrevista na íntegra sugere que esta teoria é funcional dentro do micro-contexto em que é exposta. Helena encontrava-se às vésperas de uma cirurgia e, tendo em vista experiências passadas com anestesia, estava extremamente ansiosa. A entrevista se apresentava como uma oportunidade para elaborar seus medos. Entretanto, como o roteiro cerceava esta possibilidade (cerceava mas não impedia pois Helena volta ao assunto várias vezes em diferentes contextos discursivos), ela conclui a entrevista com a seguinte fala:

E: O inverso seria verdadeiro, as doenças que a gente tem seriam um reflexo de como a nossa mente está ?

H: Olha, pode até ser, viu. Eu estou tão preocupada com esse problema da pedra na vesícula, porque eu já tive parada cardíaca, eu tenho medo de operar .. estou procurando um ombro para chorar, acho que estou precisando voltar para terapia urgentíssimo...

CATARINA, MULHER QUE ENFRENTOU UMA QUADRANTECTOMIA, FALA DE SEU CORPO

E: Então, a primeira coisa que a gente vai querer saber é o que vem à sua cabeça quando a gente fala a palavra corpo?

C: Corpo?

E: É

C: **Saúde**

E: Saúde? E o que isso tem a ver com você?

C: Comigo? Há, eu acho que é super importante, né? Porque você muda muitos valores depois que você passa pelo o que eu passei. Você muda a sua cabeça bastante, isso muda mesmo. Eu acho que prioridades eu tinha outras, que não era a minha saúde, porque eu achava que eu era muito boa, que eu não ia adoecer, e **quando aconteceu aí eu ví que a saúde é o primordial, é a coisa mais importante que você tem. Você tendo a sua vida com saúde, o resto vem de letra.**

E: Hum..hum.. é isso que vem a sua cabeça quando você ouve a palavra corpo.

C: Ah sim.

E: De cara, E foi sempre assim não?

C: Não. Exatamente, é isso que eu acho. Depois que eu tive o câncer aí mudou, mudou bastante. Eu tinha outras prioridades na minha vida. Uma que não atingiu muito, que continuou e que foi se afirmando mais era a vaidade né, que eu comentava, o meu único problema era a queda de cabelo, né? Ih, mas, por exemplo, eu pensava em outras coisas, coisas mais fúteis, porque eu jamais poderia imaginar que eu iria ficar doente e iria chegar pertinho da morte (ri), achando que ia morrer breve, né? Que meus dias estavam contados. Então depois disso a minha prioridade é essa mesmo.

Em contraste à entrevista anterior, Catarina desloca o eixo da entrevista, deixando as narrativas do corpo como sombras, figuras do passado, e adentrando pelas narrativas sobre saúde/doença, mesmo quando o estímulo eliciador eram as associações sobre o corpo. Embora todas as entrevistas seguissem o mesmo roteiro, no caso de Catarina - assim como das outras mulheres que passaram pela experiência de câncer - houve um óbvio empobrecimento das associações sobre corpo. Entretanto, o repertório linguístico e imagético sobre o adoecer, especialmente nos blocos centrados nas representações sobre

saúde/doença, é muito mais rico do que nas entrevistas com mulheres que não passaram pela experiência de ter câncer.

A tônica desta entrevista, assim como de muitas outras com mulheres que enfrentaram o câncer, é o esforço de construir uma versão plausível do eu saudável. Há diversos trechos da entrevista onde este esforço é evidente, incluindo o que foi apresentado acima. Mas, a força desta construção é particularmente evidente no trecho abaixo.

CATARINA ARGUMENTA A FAVOR DE UM "EU SAUDÁVEL"

E: Sei, e você consegue me definir um pouco melhor o que é ser saudável, você já me disse alguma coisa, é não ter que se preocupar..

C: Exatamente, isso é ser saudável, não ter que se preocupar com nada porque está tudo bem com você. Mais alguma coisa?

E: O que esta definição tem a ver com você? Como você se considera hoje?

C: Ah, hoje eu me considero saudável. Hoje eu falo, eu tive câncer, como eu tive catapora, eu tive... Eu acredito que eu tive câncer, hoje eu não tenho mais nada, graças a deus. Ah, tem tudo a ver comigo, hoje eu tenho mais..já sei, já dou mais valor à minha saúde, à minha vida, muito mais do que eu, eu não ligava tanto porque eu não sabia o que era isso, entendeu? Ah vou ter uma doença, vou ter que enfrentar todos esses problemas que eu enfrentei, graças a deus, com a ajuda de muita gente boa.

E: Bom, você disse que hoje você se considera saudável, como é que você chegou a esta conclusão?

C: Que sou saudável?

E: É.

C: Ah, porque eu acredito muito no seu pensamento positivo, e todo mundo fica fazendo isso pra mim, olha você, minha mãe inclusive ela fala assim, quando eu falo é meu câncer, ela fala: não é seu, você teve isso e eu fiz um voto (minha mãe é muito religiosa), eu fiz um voto a Deus e eu tenho certeza que você está curada. Às vezes eu sinto dor na minha cratera, porque eu digo que isto aí é uma cratera, que eu sinto falta. E ela diz: ai parece que você não dá valor às coisas que deus faz pra você, porque isso aí não tem nada de cratera, tá normal. Eu digo, não, tá sim, estou vendo que está. **Então, por esses motivos, por fé, e por ter certeza, e por querer também, eu não quero, eu não aceito, e eu sou normal, eu sou saudável e acabou-se. Não adianta não, não é; eu sou.**

A SALIÊNCIA DAS NARRATIVAS SOBRE O CÂNCER PARA AS MULHERES

Embora os resultados preliminares das análises sugiram diferenças consideráveis nas narrativas sobre o corpo e sobre saúde/doença, mediadas pela experiência do câncer, há também semelhanças marcantes, especialmente quando o discurso volta-se para o câncer. Isto parece ser indicativo de que existe uma consciência social compartilhada sobre o "horror" do câncer. Uma consciência que é construída não tanto a partir da experiência pessoal do adoecer como a partir da experiência cumulativa de tantos cânceres falados e vividos.

Tanto Catarina quanto Helena parecem construir seus discursos a partir da oposição entre sua experiência pessoal e a de "outros". Para Catarina, o "seu" câncer é defrontado com o de seu pai, e a "palavra forte", que faz o "coração bater um pouquinho", que pode "dar metástase", que "pode acontecer o pior", fica amenizada pela experiência pessoal, "que foi uma coisa rápida", "que se detectou".

E: E quando vem a palavra câncer na sua cabeça, o que você lembra?

C: **Me assusta, eu, o meu coração bate um pouquinho, porque não é, por mais que você queira é uma palavra forte; é uma palavra muito forte. E você associa, eu pelo meno, o meu pai teve, só que o meu pai teve com muitas metástases e não teve jeito e ele ficou num estado assim horrível, o que não aconteceu comigo, graças a deus, que foi uma coisa rápida, né, que se detectou. Mas é uma coisa assim, eu sempre penso assim, vou tentar ajudar pra ficar como eu, mas eu sempre penso, pode acontecer o pior, porque isso aí não é fácil.**

Para Helena, este "outro" são as mulheres que não podem, por falta de informação ou falta de acesso aos serviços de saúde, valer-se da prevenção. É a prevenção que permite tolerar esta coisa "chocante" e agradecer a Deus que obviamente a poupou. É importante apontar que em nenhum momento da entrevista Helena referiu-se a Deus. Entretanto, no bloco relativo ao câncer ela menciona "Deus" quatro vezes

E: E agora, para finalizar, a gente então falou um pouco sobre corpo, sobre saúde. Agora eu queria saber de você, quando você ouve a expressão "câncer de mama", o que vem à sua cabeça?

H: Vem, ainda bem que eu fiz mamografia há três meses atrás, **graças à deus**, tudo bem, entendeu? Mas isso é uma coisa que é **chocante**, né? A gente sabe que infelizmente hoje em dia o índice é muito alto, de câncer de mama da mulher. E é uma coisa que eu me **preocuparia** se eu não tivesse feito; a uns três meses atrás eu fui ao ginecologista e fiz todos os meus exames. **Graças a deus** nesse ponto eu **estou protegida**. Mas eu acho que toda mulher deve se cuidar muito, **é uma coisa muito séria mesmo**.

E: Ah, então quando você pensa em câncer de mama, você pensa numa coisa séria. Que mais vem à cabeça?

H: Ah, muitas pessoas infelizmente não podem ter o cuidado que graças a deus eu tenho. E não tomam muito conhecimento, porque às vezes sentem alguma bolinha, alguma coisa no seio, e falam, deixa pra lá que, **se deus quiser**, quem sabe amanhã some. E tem pessoas que não tem poder aquisitivo mesmo pra se cuidar. Infelizmente, né, porque é uma coisa muito séria.

E: Então você acha que é relacionado a cuidados?

H: Ah sim, eu acho que a prevenção toda mulher tem que ter; fazer exames periódicos. Eu acho super importante isso, lógico, sem dúvida.

Não se trata apenas de uma consciência "moderna", fruto de campanhas públicas, do maior acesso à literatura científica de divulgação ou, mesmo, de uma maior prevalência da doença nos dias de hoje. Há, como mostra SONTAG¹⁰, uma deposição do horror da morte no câncer, herdeiro este do imaginário sobre outras terríveis doenças que assolaram nosso imaginário coletivo sobre a doença: a peste, a lepra e a tuberculose. Como diz Catarina:

E. Você acha tranquilo alguém que teve câncer responder a essa questão?

C: Ah sim, tranquilo.

E: Tá bom, observando que nem todo mundo vai usar a palavra câncer..

C: Ah, com certeza. É muito difícil o pessoal falar disso. É muito difícil alguém falar assim, tive câncer. É duro, eu não sei porque. Eu acho até mais difícil falar do que tive AIDS, ou estou com o vírus da AIDS, entendeu. **Eu não sei porquê o câncer é um bicho de sete cabeças. A minha mãe fala que a minha bizavó falava câncer e cuspiam três vezes no chão, É, era uma coisa dos antigos, porque era uma coisa tão ruim, tão ruim, que tinha que cuspir três vezes no chão pra não, eu acho que pra não vir a doença pra você; eu não entendo muito bem esse negócio de antigamente. Mas é muito difícil uma pessoa falar câ.. eu tenho uma prima que fez mastectomia; ela não fala.**

CONCLUSÃO

Para não incorrer no risco de reducionismo, é preciso concluir apontando para a especificidade do trabalho na escala micro genética. Primeiramente, trabalhar com produção de sentido não implica em abandonar a perspectiva social e privilegiar a intra-individual. Dois aspectos garantem a inserção deste modo de trabalhar na perspectiva psicossocial. Em primeiro lugar, a produção de sentido é processo essencialmente intersubjetivo. É um esforço de posicionamento que pertence à ordem dos movimentos identitários. A identidade neste sentido é uma permanente negociação de posições desejadas, assumidas ou instauradas de fato pelo processo interativo.

Em segundo lugar, não é possível entender os processos de produção de sentido sem reportar-se aos outros níveis em que se dá a circulação de idéias na sociedade: o que Moscovici chamou de "consciência social compartilhada", referindo-se às representações que sustentam a comunicação e identidade de grupos; e o nível histórico cultural do imaginário, entendido como produção cumulativa de idéias que circulam, como monumentos sempre passíveis de resignificação, numa determinada formação social.

Desvelar o sentido não é apenas um afã acadêmico. Trata-se, também, de tarefa permeada de implicações práticas, seja pela possibilidade de construção de novas narrativas que sustentam novas formas de posicionar-se no mundo; seja pelas implicações absolutamente funcionais no campo da saúde. Consideramos ser impossível pensar prevenção - do câncer da mama, por exemplo - sem entender o contexto de significação em que estas atividades se inserem: o sentido que deriva da norma vigente que sustenta nossas representações de saúde/doença; o sentido que se desloca de outras superfícies - o corpo, o seio, por exemplo - e que se deposita nas práticas de prevenção ao câncer da mama.

Por outro lado, a adoção de estratégias de enfrentamento efetivos para lidar com o impacto do diagnóstico e tratamento do câncer da mama, requer a reestruturação cognitivo-afetiva frente à doença, conforme apontam GIMENES et al.⁴. Desvelar o sentido imputado ao câncer é ponto de partida fundamental para a intervenção psicossocial nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.DAVIES, B. & HARRÉ, R. Positioning: the discursive production of selves. *J. Theory Soc. Behavi.*, 20:44-63, 1990.
- 2.DUVEEN, G. & DE ROSA, A. Social representations and the genesis of social knowledge. *Ongoing Product. on Soc. Repres.*, 1(2/3):94-108, 1992.
- 3.FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1987.
- 4.GIMENES, M. G. G.; SPINK, M. J.; CAPONERO, R.; DONATO, E. M. D.; MALZYNER, A. *O papel do enfrentamento na qualidade de vida do paciente terminal*. São Paulo, Editora Menon. [no Prelo]
- 5.LYOTARD, J. The postmodern condition. In: ALEXANDER, J. C. & SEIDMAN, S. ed. *Culture and society: contemporary debates*. New York, Cambridge University Press, 1994.
- 6.MORIN, E. *O problema epistemológico da complexidade*. Lisboa, Publicações Europa-América, 1983.
- 7.MOSCOVICI, S. Notes towards a description of social representations. *Europ. J. Soc. Psychol.*, 18:211-250, 1988.
- 8.NORA, P. Entre memória e história: a problemática dos lugares. *Projeto História, (Revista do Programa de Estudos Pós-graduados em História/Departamento de História, PUCSP)*, 10:7-28, 1993.
- 9.POTTER, J. & WETHERELL, M. *Discourse and social psychology*. London, Sage, 1987.

10. SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
11. SPINK, M. J. P. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. orgs. *Textos em representações sociais*. Petrópolis, Vozes, 1994.
12. SPINK, M. J. P. Permanência e diversidade nas representações sociais da hipertensão arterial essencial. *Temas em Psicologia, Rev. Soc. Bras. Psicol.*, 2: 199-212, 1994.
13. VARELA, F. J. The reenchantment of the concrete. In: FEHER, M. ed. *Zone Incorporations*. New York, 1991.
14. VYGOTSKY, L. S. *Mind in Society*. Harvard University Press, 1978.

ANEXO 1: Mapa de associações de idéias sobre o corpo de mulher portadora de câncer da mama

objeto	Primeira associação	outras associações	qualificadores
<i>E: Tudo bem. Então, assim o que eu queria saber de você, o que vem na sua cabeça quando eu falo a palavra corpo</i>	L...Ah, atualmente médicos E. médicos	L. É porque oque eles vistoriam de cima até embaixo	ri ri ri
Falou em corpo	eu já penso em médicos, na hora vem. Acho que é a única coisa. É médico mesmo.		ri
<i>E. Ah, isso o que tem a ver com o seu corpo? Isso dos médicos?</i>		L. Ah, é porque desde que eu fiquei doente, praticamente, é... tem sido uma rotina constante inclusive, vira e mexe, ou você está em médico, ou você está pensando em ir, ou você sabe que você vai ter que voltar.	
E. qualquer coisa diferente que aparece no seu corpo			<p> você fica preocupada. Comodiz uma amiga minha que também esteve doente: unha encravada a gente já fica preocupada. </p> <p> por eu ter passado por esse problema, a gente fica constantemente preocupada. Tá, infelizmente, por mais que eu tente pensar em outra coisa, é o que me vem à cabeça. </p>
E. Não tem como fugir	Então me lembra isso,		<p> Infelizmente não, porque eu estive doente há dois anos, três anos, </p>

Continuação...

objeto	Primeira associação	outras associações	qualificadores
<i>E. Certo. E isso de você relacionar corpo com médico é uma coisa que foi sempre assim?</i>	então é só isso que eu penso, é por isso.	e agora estou com outros problemas também, então estou eu de novo em médico. Não tem nada a ver com o problema do câncer, mas então vira e mexe eu tenho que ir em médico de novo	Deus me livre!
<i>E. A partir da doença?</i>	L. Não	se eu estava gordinha, se eu estava magrinha, só	L. Eu nunca me preocupei com isso.
<i>E. Então antes disso você associava corpo ao que?</i>	A unica coisa que eu me preocupava era esteticamente	O resto	ri
	L. Á estética mesmo.	Bem, a parte de se manter, de estar bronzeada, de estar bonitinha, de estar com o corpo em cima. Era isso mesmo.	eu nem pensava no caso Foi a partir do problema que você começa a pensar constantemente nisso.