

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE ARTES E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS**

**DO ENFRENTAMENTO E DA VIVÊNCIA COM O
CÂNCER: A AVALIATIVIDADE NO DISCURSO DO
SOFRIMENTO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Alessandra Medianeira Ilha Nichele

Santa Maria, RS, Brasil

2014

DO ENFRENTAMENTO E DA VIVÊNCIA COM O CÂNCER: A AVALIATIVIDADE NO DISCURSO DO SOFRIMENTO

Alessandra Medianeira Ilha Nichele

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Letras, Área de Concentração em Estudos Linguísticos, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Letras

Orientadora Prof^a. Dr^a. Sara Regina Scotta Cabral

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Nichele, Alessandra Medianeira Ilha
DO ENFRENTAMENTO E DA VIVÊNCIA COM O CÂNCER: A
AVALIATIVIDADE NO DISCURSO DO SOFRIMENTO / Alessandra
Medianeira Ilha Nichele. -2014.
163 p.; 30cm

Orientadora: Sara Regina Scotta Cabral
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Artes e Letras, Programa de Pós-Graduação
em Letras, RS, 2014

1. Gramática Sistemico-Funcional 2. Sistema de
Avaliatividade 3. Linguagem 4. Entrevista 5. Câncer I.
Cabral, Sara Regina Scotta II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE ARTES E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**DO ENFRENTAMENTO E DA VIVÊNCIA COM O CÂNCER: A
AVALIATIVIDADE NO DISCURSO DO SOFRIMENTO**

elaborada por
Alessandra Medianeira Ilha Nichele

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Letras

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Sara Regina Scotta Cabral, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)**

Adail Sebastião Rodrigues-Júnior, Dr. (UFOP)

Luciane Kirchof Ticks, Dr. (UFSM)

Santa Maria, 25 de fevereiro de 2014.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Letras
Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

DO ENFRENTAMENTO E DA VIVÊNCIA COM O CÂNCER: A AVALIATIVIDADE NO DISCURSO DO SOFRIMENTO

AUTORA: ALESSANDRA MEDIANEIRA ILHA NICHELE
ORIENTADORA: SARA REGINA SCOTTA CABRAL

Pela linguagem, representamos, de várias maneiras, nossas reações emocionais. Dessa forma, a verbalização da experiência humana assume a realização do sistema de construção de significados. Nessa perspectiva, sob a luz da Gramática Sistêmico-Funcional (HALLIDAY; HASAN, 1989; HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004) e, especialmente, do Sistema de Avaliatividade (MARTIN; WHITE, 2005), investigamos as marcas avaliativas recorrentes no discurso de sujeitos que experienciam o câncer. Nesse sentido, o enfoque desta pesquisa recai sobre a valoração semântica do discurso do sofrimento, sustentada pelo arcabouço teórico de Martin e White (2005). O objetivo deste trabalho é mapear quais escolhas lexicais e recursos atitudinais constroem, pela recorrência, o discurso de pessoas que vivenciam o câncer. O *corpus* é constituído por 10 entrevistas coletadas do portal Oncoguia, do *link* “Aprendendo com Você”. Neste contexto, as entrevistas assumem grande relevância social, no sentido humanístico, como compartilhamento de experiências, pois atuam “quebrando isolamentos grupais, individuais, sociais; pode também servir à pluralização de vozes e à distribuição democrática da informação” (MEDINA, 2008, p. 8), especialmente por se tratar de uma situação de grande fragilidade. Os procedimentos metodológicos compreendem as seguintes etapas: (1) elaboração de uma lista de palavras, por meio do recurso *WordList* (SCOTT, 2008); (2) identificação e quantificação das categorias léxico-gramaticais mais recorrentes; (3) identificação e categorização dos subsistemas semânticos de afeto, de julgamento e de apreciação; (4) análise semântico-interpretativa dos dados. Os resultados apontam para a grande recorrência das categorias de julgamento de tenacidade e de capacidade positivas, seguidas de afeto por insegurança. Pelas ocorrências de julgamento fica evidente que a superação é palavra de ordem para os experienciadores, que estão determinados a enfrentar e vencer o câncer, posto ser essa a única maneira de não se submeter à mortalidade. As ocorrências de afeto, com foco no campo semântico de insegurança, indicam que a vivência do sofrimento desencadeia sentimentos de vulnerabilidade e desesperança, trazendo grande pesar pelo medo da finitude da vida. As investigações do nível léxico-gramatical, mais especificamente na metafunção ideacional (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004) evidenciam frequência de marcas lexicais em primeira pessoa, de processos relacionais (principalmente “ser”) e de intensificadores, o que contribui para a manifestação da experiência dolorosa por que passam os entrevistados.

Palavras-chave: Linguística Sistêmico-Funcional. Sistema de Avaliatividade. Entrevista. Câncer.

ABSTRACT

Master Thesis
Post-Graduation Program in Linguistics
Federal University of Santa Maria, RS, Brazil

FROM CONFRONTATION AND EXPERIENCE WITH CANCER: APPRAISAL IN SUFFERING DISCOURSE

AUTHOR: ALESSANDRA MEDIANEIRA ILHA NICHELE
ADVISER: SARA REGINA SCOTTA CABRAL

Through language we represent, under many ways, our emotional reactions. This way, verbalization of human experience takes the realization of meanings construction system. In this perspective, under Systemic Functional Grammar light (HALLIDAY; HASAN, 1989; HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004) and, specially, from The Appraisal System (MARTIN; WHITE, 2005), we have investigated which evaluative marks are recurrent in the discourse of people who experience cancer. In this sense, this research emphasis is on semantic valuation of suffering discourse, which is supported by Martin e White (2005) theoretical framework. The aim of this study is to chart which lexical choices and attitudinal resources build, by recurrence, the discourse of people who experience cancer. The corpus is composed by 10 interviews collected from Oncoguia portal, from the link "Aprendendo com Você". In this context, the interviews take a great social relevance, in the humanistic sense, as a sharing of experiences, since they act "breaking group, individual, social isolation; they can also serve to the pluralization of voices and to the democratic distribution of information" (MEDINA 2008, p. 8), specially for being a huge fragility situation. The methodological procedures encompass the following stages: (1) elaboration of a list of words, through WordList resource (SCOTT, 2008); (2) identification and quantification of the most recurrent lexico-grammatical categories; (3) identification and categorization of the semantic subsystems of affect, judgment and appreciation; (4) semantic-interpretative data analysis. The results indicate a great recurrence of tenacity judgment categories and positive capacities, followed by affect for insecurity. Through judgment recurrences it is evident that overcoming is the watchword for the experiencers, who are determined to face and win cancer, since this is the only way of not submitting to mortality. The affect recurrences, focusing on the insecurity semantic field, indicate that the suffering experience triggers feelings of vulnerability and despair, bringing great sorrow for the fear of finiteness of life. The lexico-grammatical level investigations, more specifically in the ideational metafunction (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004) indicate frequency of lexical marks in the first person, of relational processes (mainly "to be") and the intensifiers, which contributes for the painful experience manifestation the interviewees go through.

Keywords: Systemic Functional Linguistics. Appraisal System. Interview. Cancer.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relação entre modalidade, polaridade e modo (com base em HALLIDAY, 1994)	23
Figura 2 – Representação da posição dos gêneros	38
Figura 3 – Ciclo de estratificação da linguagem (adaptado de HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004).....	38
Figura 4 – Julgamento e apreciação como afeto institucionalizado (adaptado de MARTIN; WHITE, 2005, p. 45)	40
Figura 5 – Categorias de julgamento.	42
Figura 6 – Esquema dos sistemas e subsistemas de Avaliatividade	54
Figura 7 – Página inicial do Oncoguia.....	71
Figura 8 – Página que apresenta os links “Espaço do Paciente – Aprendendo com Você”.....	72
Figura 9 – <i>PrintScreen</i> do início da <i>WordList</i> do <i>corpus</i>	86
Figura10 – Percentuais do sistema da atitude	91
Figura 11 – Avaliações positivas e negativas dos três subsistemas	94
Figura 12 – Valores positivo e negativo do julgamento	95
Figura 13 – Valores positivo e negativo do afeto.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Realização das funções de fala (com base em HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004).....	18
Quadro 2 – Resumo dos posicionamentos de atitude.....	40
Quadro 3 – Possibilidades de julgamento por estima social	43
Quadro 4 – Possibilidades de julgamento por sanção social	44
Quadro 5 – Possibilidades de afeto por in/felicidade.....	46
Quadro 6 – Possibilidade de afeto por in/segurança.....	47
Quadro 7 – Possibilidades de afeto por in/satisfação.....	48
Quadro 8 – Possibilidades de apreciação	49
Quadro 9 – Índices de modalizações	52
Quadro 10 – Descrição das variáveis.....	69
Quadro 11– Códigos de referência para os textos do <i>corpus</i>	74
Quadro 12 – Números de perguntas das entrevistas	75
Quadro 13 – Roteiro da entrevista E#2	82
Quadro 14 – Fases e subtemas das entrevistas.	83
Quadro 15 – Percentual das <i>WordList</i>	85
Quadro 16 – Categorização do sistema da atitude	93

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – LINGUAGEM, GÊNERO E AVALIAÇÃO	16
1.1 Linguagem na perspectiva hallidayana	16
1.2 Metafunção Interpessoal	17
1.2.1 Recursos gramaticais da metafunção Interpessoal	19
1.2.2 Polaridade e modalidade	21
1.3 Metafunção ideacional	23
1.4 Gêneros discursivos	25
1.4.1 Gênero entrevista	33
1.5 Sistema de Avaliatividade	37
1.5.1 Atitude	39
1.5.1.1 Julgamento	41
1.5.1.2 Afeto	45
1.5.1.3 Apreciação	49
1.6 Gradação e engajamento	50
CAPÍTULO 2 – CÂNCER E LINGUAGEM	55
2.1 Câncer e espaço social	55
2.2 Câncer e vivência da realidade	57
2.3 Linguagem e sofrimento	62
2.4 Portal como recurso para mitigação	64
CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	68
3.1 Universo de análise	68
3.2 Seleção do <i>corpus</i>	73
3.3 Procedimentos de análise dos dados	76
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	80
4.1 Roteiro de perguntas e participantes da entrevista	80
4.2 Avaliações dos entrevistados	85
4.2.1 Julgamento	96
4.2.1.1 Normalidade	97
4.2.1.2 Capacidade	100
4.2.1.3 Tenacidade	106
4.2.2 Afeto	111
4.2.2.1 In/felicidade	112
4.2.2.2 In/segurança	116
4.2.2.3 In/satisfação	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
ANEXOS	138

A doença

Pode ser que você ainda não tenha se dado conta disso, mas o fato é que todas as coisas belas do mundo são filhas da doença. O homem cria a beleza como remédio para sua doença, como bálsamo para o seu medo de morrer. Pessoas que gozam de saúde perfeita não criam nada. Se dependesse delas, o mundo seria uma mesmice chata. Por que haveriam de criar? A criação é fruto de sofrimento.

“Pensar é estar doente dos olhos”, disse Alberto Caeiro. Os olhos do poeta tinham de estar doentes porque, se não estivessem, o mundo seria mais pobre e mais feio, porque o poema não teria sido escrito. Porque estavam doentes os olhos de Alberto Caeiro, um poema foi escrito e, por meio dele, temos a alegria de ler o que o poeta escreveu. O corpo produz a beleza para conviver com a doença.

A se acreditar no poeta Heine, foi para se curar da sua enfermidade que Deus criou o mundo. Deus criou o mundo porque estava doente de amor... Eis o que Deus falou, segundo o poeta: “A doença foi a fonte do meu impulso e do meu esforço criativo; criando, convalesci; criando fiquei de novo sadio”.

ALVES, R.

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento dos meios de comunicação e interação virtuais, formou-se um campo amplo para a investigação da linguagem nas mais diversas esferas sociais. Conforme Lévy (2009), é possível observar que as comunidades virtuais se organizam sobre uma base de afinidade e que os sistemas de comunicação telemáticos auxiliam as interações e unem pessoas que, muitas vezes, estão espaço-temporalmente separadas.

Nessas relações sociais, é perceptível a mistura entre o público e o privado, o comum e o próprio, o objetivo e o subjetivo, uma vez que o espaço virtual cria possibilidades de conexões que ultrapassam o limite do individual, sendo utilizado com maior aproveitamento quando serve como ferramenta para a pluralização dos saberes. Desse modo,

o ciberespaço manifesta propriedades novas, que fazem dele um precioso instrumento de coordenação não hierárquica, de sinergização rápida das inteligências, de troca de conhecimentos, de navegação nos saberes e de autocriação deliberada de coletivos inteligentes (LÉVY, 2009, p. 117).

Dentre os vários espaços virtuais, esta pesquisa se vale de um portal: o Oncoguia. Esse ciberespaço disponibiliza diversas informações relacionadas ao tratamento e ao autocuidado para pacientes com câncer. Além da troca de informações, o Oncoguia também oferece um *link* para o compartilhamento de experiências. Nesse espaço, pacientes relatam suas experiências boas e/ou ruins sobre suas vidas com o câncer e sobre etapas do tratamento. Para realizar esta pesquisa, servimo-nos de dez entrevistas de pessoas que experienciam o câncer, as quais estão disponibilizadas em domínio público, no *link* “Espaço do Paciente – Aprendendo com você” desse suporte virtual.

Optamos por trabalhar com o discurso¹ do sofrimento que definimos como uma experiência humana sensorial e emocional desagradável, de caráter subjetivo, intimamente ligada às vivências e à perspectiva de vida do experienciador²

¹ Nesta pesquisa, discurso é usado como conjunto de enunciados que caracterizam o modo de agir ou de pensar de alguém ou de algum grupo específico.

² Utilizamos experienciador neste trabalho para designar a pessoa que experiencia o sofrimento causado por estar com câncer. Diferentemente da categoria gramatical utilizada por Halliday (1994) e

(LASCARATOU, 2007). Para isso, analisamos depoimentos de pessoas, apresentados em forma de entrevista escrita, que vivem o câncer, por sabermos o quão estigmatizada é a doença. As entrevistas apresentam relatos que mostram o reflexo de um contexto de situação em que os sujeitos estão vivendo emoções intensas por enfrentarem um momento que, normalmente, causa muitas angústias e medos. Além disso, ainda no primeiro contato com os textos, fase da leitura despreocupada com aspectos teóricos, notamos a riqueza dos depoimentos no que se refere aos elementos atitudinais. Os textos apresentam muitos itens avaliativos, marcas de reações emocionais, em primeira pessoa, realizadas por estruturas semânticas que apontam aspectos de grande interesse para os estudos da linguagem.

Nesta investigação, compartilhamos da posição de McCarthy (2011), para quem sofrer é um tema complexo e multifacetado. Apesar de que sofrer não seja exclusivo de seres humanos, a linguagem cumpre um papel importante no sofrimento humano, seja na imposição de dor e injustiça, seja na expressão do lamento, seja na cura emocional e psicológica. Para o autor, a linguagem é um “presente para expressar nossa dor e sofrimento através da lamentação. Temos uma voz para gritar e expressar nossa dor” (2011, s.p.). McCarthy lembra também as palavras de Bub (2006, p. 2, *apud* McCarthy, 2011): "O sofrimento pode ser suportado estoicamente, mas na maioria das vezes a vítima lamenta, na esperança inconsciente de que seu grito será ouvido, seu sofrimento validado, e seu isolamento aliviado".

Diante disso, nosso objetivo principal é identificar as marcas atitudinais do sofrimento presentes nas dez entrevistas selecionadas. Ressaltamos que essa investigação incide em reações atitudinais do experienciador frente à doença, isto é, aquelas que estão marcadas discursivamente pela primeira pessoa e que revelem emoções e comportamentos em relação a diagnóstico, estágios do tratamento, efeitos colaterais, relação com a família e com a equipe médica, busca de informação sobre a doença e vida e cotidiano do experienciador. Também as avaliações implícitas são levadas em consideração, desde que tenham como escopo sentimentos, comportamentos e valorações feitas pelo experienciador sobre si

Halliday e Matthiessen (2004), o experienciador, nesta dissertação, pode ser agente de processos mentais, materiais ou comportamentais. Também pode ser aquele a quem algum atributo é conferido. Por esse motivo, grafamos a palavra com letra minúscula.

mesmo. Para tal investigação ancoramo-nos, especialmente, no Sistema de Avaliatividade (MARTIN; WHITE, 2005), com a finalidade de identificar, quantificar e categorizar ocorrências de afeto, julgamento e apreciação, bem como para verificar quais são as escolhas linguísticas de um sujeito que experiencia o sofrimento.

Três perguntas orientam o nosso trabalho de investigação:

- Quais escolhas lexicais avaliativas são feitas por um sujeito que experiencia uma situação de sofrimento?
- Quais marcas atitudinais são mais recorrentes, em se tratando do sistema da atitude, isto é, afeto, julgamento e apreciação?
- Qual configuração semântico-discursiva apresenta o discurso do sofrimento dos experienciadores do câncer?

Para que pudéssemos realizar a pesquisa, buscamos fundamentação nos pressupostos teóricos da Linguística Sistêmico-Funcional (HALLIDAY; HASAN, 1989; HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004), especialmente no Sistema de Avaliatividade (MARTIN; WHITE, 2005). Além disso, ancoramo-nos em estudos teóricos que privilegiam os gêneros discursivos (BAKHTIN, 2010; BAZERMAN, 2005; DEVITT, 2004; MILLER, 2009; MARCUSCHI, 2005). Especificamente, direcionamos os estudos sobre o gênero entrevista para autores que o trabalham pelo viés humanístico, como compartilhamento de experiências (LODI, 1974; PRADO, 1989; CAPUTO, 2006; LAGE, 2008; MEDINA, 2008; SILVA, 2009), além de buscar estudos da área de enfermagem, de psicologia (NUNES, 1980; FERREIRA; DE CHICO; HAYASSHI, 2005; MAIA, 2005; SILVA, 2008; OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010; PESSINI; BERTOLINO, 2006; MODENA; REZENDE; SCHALL, 2011) e de mídia virtual (SILVEIRA, 2007; LÉVY, 2009; OLIVEIRA, 2009; CARMO, 2010) para compreender a relação paciente-câncer-sofrimento.

Justificamos a relevância deste estudo pela investigação linguística que ele contempla e pelo fato de que, na literatura disponível, algumas pesquisas foram desenvolvidas em se tratando do discurso do sofrimento (HALLIDAY, 1998; LASCARATOU, 2007; SUSSEX, 2009; PAGANO; VIANA, 2011). Este trabalho também traz à baila a discussão sobre o gênero entrevista na perspectiva humanística, trabalhando-o de uma forma que pode servir, pela estrutura de perguntas-e-respostas (LAGE, 2008) que tal recurso disponibiliza, para profissionais de outras áreas buscarem informações sobre problemáticas pertencentes aos seus

contextos de atuação. Um exemplo disso foi a estratégia usada pela psico-oncologista do Instituto Oncoguia, que optou por elaborar um roteiro de perguntas, as quais foram respondidas por sujeitos que experienciaram ou que estivessem experienciando o câncer. Tal atitude possibilitou uma forma de quebrar o silêncio sobre a doença, além de promover a troca de experiências sobre as etapas da enfermidade, fomentar a conscientização das etapas do tratamento e, sobretudo, desqualificar a ideia de que quem tem câncer está sozinho.

Além das motivações já levantadas, ressaltamos também a importância desta pesquisa, mostrando-se atual e oportuna, por contribuir para os trabalhos da área da saúde, principalmente para especialistas que lidam diretamente com pacientes que enfrentam doenças graves. Nesse sentido, as investigações no âmbito dos estudos da linguagem em torno de narrativas e depoimentos de pacientes que compartilham experiências sobre seus anseios e também sobre efeitos do tratamento médico vêm contribuir significativamente tanto para a prática clínica como também para as orientações terapêuticas pelas quais os profissionais da saúde são responsáveis.

Sob esse prisma, a análise linguística e as reflexões sobre sentimentos e comportamentos apresentadas neste trabalho podem servir para a aprendizagem dos especialistas da saúde sobre as emoções individuais e coletivas por que passam os pacientes quando vitimados por doenças graves, além de nortear aspectos que dizem respeito à comunicação da doença e à explicação dos tratamentos, diálogo que muitas vezes é crucial para o processo da cura, bem como para a gestão da dor e do sofrimento.

Este trabalho está inserido na linha de pesquisa “Linguagem no Contexto Social”, do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Santa Maria. As investigações desenvolvidas nessa linha têm se preocupado em estudar a linguagem em uso em diferentes contextos, configurados por diferentes práticas sociais e culturais. Ligado a essa linha de pesquisa está também o projeto guarda-chuva Avaliatividade e Discurso (CABRAL, 2009), ao qual o presente trabalho se articula como subprojeto. Este estudo está ainda articulado ao Núcleo de Estudos em Língua Portuguesa - NELP (CABRAL, 2010), cujo objetivo é reunir pesquisadores interessados em promover a aplicação de conceitos teóricos à investigação em língua portuguesa.

Além desses trabalhos, a investigação da linguagem em diferentes contextos tem instigado outras pesquisas no âmbito dos estudos linguísticos. Tendo como

base metodológica a Linguística Sistêmico-Funcional (HALLIDAY, 1989; 1994; HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004), Cabral (2007) deteve-se em investigar o contexto midiático; Fuzer (2008) direcionou sua atenção às marcas avaliativas do discurso jurídico; Ticks (2008) privilegiou o contexto educacional, investigando a formação do professor de língua estrangeira; Dalla Corte (2009) investigou os modos de organização dos discursos para construir representações sociais; Farencena (2011) debruçou-se sobre as representações da linguagem através de fábulas e Rodrigues (2013) deteve-se às marcas avaliativas em colunas jornalísticas. Essas são pesquisas que enfocam a linguagem e suas potencialidades discursivas e sociais, sob o prisma da Linguística Sistêmico-Funcional. Dando continuidade a essas investigações, desenvolvemos o presente trabalho que investiga as marcas de avaliatividade nos discursos de sujeitos que experienciam o câncer.

A sistematização deste trabalho, além desta introdução, que apresenta um apanhado geral sobre a pesquisa, está dividida em quatro outras partes. No capítulo 1, é feita a fundamentação teórica, em que apresentamos o arcabouço da Linguística Sistêmico-Funcional para os estudos da linguagem, direcionando a discussão, especificamente, para o Sistema de Avaliatividade (MARTIN; WHITE, 2005), ancoragem que norteia as construções analíticas e de sentido do *corpus* analisado. Além disso, apresentamos a concepção de gênero textual na perspectiva sociossemiótica e enfocamos a entrevista, gênero ao qual pertencem os textos em análise. Sabendo que todo enunciado produzido socialmente apresenta um tom avaliativo, a Linguística Sistêmico-Funcional, doravante, LSF, é uma teoria da linguagem que serve de base para o estudo da materialidade linguística e para uma possível compreensão semântica dos discursos

No capítulo 2, a fim de fazer nosso trabalho dialogar com outras áreas, apresentamos um panorama sobre o câncer no Brasil, em um percurso que se estende desde os dados estatísticos e os conceitos sobre a doença até o entendimento teórico da estigmatização dessa enfermidade em contexto social, isto é, como as pessoas encaram a realidade de possuir câncer. Vale ressaltar que o câncer adquiriu um *status* de doença perversa que leva à morte. Para muitas pessoas, descobrir-se com câncer tem significado de atestado de óbito (SILVA, 2008), trazendo à tona o medo da morte que, pelos depoimentos analisados, parece maior que o medo da própria doença.

No capítulo 3, são feitas as considerações sobre a metodologia empregada na seleção e análise do *corpus*. Para esta pesquisa, foram coletadas 10 entrevistas de um portal de ajuda e de informação a pacientes com câncer. Selecionamos depoimentos de pessoas que estão em fase de tratamento, levando em conta que, entre as 102 entrevistas disponibilizadas pelo portal, algumas apresentam relatos de pacientes que já concluíram o tratamento. Optamos pelo número de 10 textos por constituir um excelente recorte para a investigação a que nos propusemos, levando em conta as categorias que queremos investigar e o tempo hábil disponibilizado para esta pesquisa. Enfatizamos que as dez entrevistas escolhidas obedecem aos seguintes critérios de seleção: (1) discursos de pacientes que estejam experienciando o câncer, tendo em vista que existem depoimentos de alguns que já concluíram o tratamento; (2) número de perguntas feitas nas entrevistas, por haver depoimentos que, em sua composição, apresentaram apenas 10 questionamentos. Tal critério leva em conta a extensão do texto, tendo em vista a maior possibilidade de recursos linguísticos para a investigação lexical e semântica.

Em relação à análise, buscamos quantificar as ocorrências de atitude, categorizá-las em afeto, julgamento e apreciação, além de delinear aspectos semânticos, estabelecendo, dessa forma, o discurso do sofrimento.

Por fim, o capítulo 4 contém as análises obtidas da investigação linguística e semântica dos discursos. Além disso, também nessa seção, estão registradas as conclusões a que chegamos com esta pesquisa, que apresenta, entre outros dados, as escolhas semânticas que constroem a experiência do câncer, o subsistema mais recorrente do *corpus* (afeto, julgamento e apreciação), o tom avaliativo decorrente desse sistema e, por fim, a configuração semântico-discursiva do sofrimento provocado pelo câncer.

Partindo do princípio que, através dos discursos produzidos em um contexto de situação e de cultura, a sociedade apresenta seus valores intrínsecos, analisamos, com base nos pressupostos teóricos aqui mencionados e seguindo a metodologia estabelecida para esta pesquisa, a materialidade da linguagem nos discursos de pacientes que experienciam o câncer. Sob o entendimento de que, através da linguagem, significados são manifestos, buscamos uma possível compreensão de base semântica para as evidências que a materialidade linguística nos permitir por meio da análise textual.

CAPÍTULO 1 – LINGUAGEM, GÊNERO E AVALIAÇÃO

Senti o susto na sua voz ao telefone. Você descobriu que está doente de um jeito diferente, como nunca esteve. Há jeitos de estar doente, de acordo com os jeitos da doença.

(ALVES, 2006)

1.1 Linguagem na perspectiva hallidayana

A linguagem é a expressão simbólica por excelência. As relações sociais, nas mais diferentes esferas, viabilizam-se por meio da linguagem. Nos atos de conversação da vida cotidiana ou nos processos mais complexos das construções semióticas, ela é o fio condutor que mantém as relações interpessoais, permitindo que participemos ativamente em sociedade.

De acordo com Halliday (1989, p. 3), a linguagem é um sistema sócio-semiótico que juntamente com outros (pintura, escultura, música, dança, por exemplo) constrói a experiência humana. Por isso, fazemos uso da linguagem para cumprir as mais variadas funções sociais, diversificando a forma de usá-la de acordo com os propósitos da nossa participação em um determinado contexto. Desse modo, as experiências que vivenciamos podem ser representadas através da linguagem; valemo-nos dela para interagir com as pessoas e, ao fazermos isso, falamos sobre o mundo exterior (acontecimentos, ações) ou interior (crenças e sentimentos) (THOMPSON, 2004). É assim que pontos de vista, comportamentos e sentimentos são compartilhados; a linguagem realiza o intercâmbio entre o mundo e a leitura que as pessoas fazem dele.

Nessa perspectiva, a experiência humana pode ser compreendida como uma sucessão de eventos, ligados ao modo de sentir, ser, agir e ter, uma vez que, para os estudos funcionalistas, a linguagem deixa de ser conceituada como um conjunto de regras ou uma mera representação do pensamento humano e assume a posição de sistema de construção de significados.

Neste trabalho, a linguagem permite a interação humana como forma de construir um hemisfério de compartilhamento de experiências entre sujeitos de diferentes vivências, que passam por uma situação semelhante: o sofrimento provocado pelo diagnóstico de câncer. Enfocamos, por isso, a metafunção interpessoal, que trata a linguagem como um evento interativo de troca (HALLIDAY; MATTHIESSEN) e que será apresentada na seção 1.2

1.2 Metafunção Interpessoal

Ao considerarmos a linguagem uma prática social, depositamos nela valor intrínseco, pois sabemos que não há neutralidade nos discursos produzidos em sociedade. Cada enunciado carrega consigo uma série de valores que são construídos em um contexto social, na relação entre pessoas, no compartilhamento de crenças e na valoração de sentimentos e comportamentos individuais e coletivos. De acordo com Cabral (2007, p. 17), “usar a linguagem é uma prática social, pois sempre que as pessoas falam, escrevem, leem ou ouvem, fazem-no de um modo determinado socialmente, o que causa efeitos no grupo”.

Nesse sentido, quando pretendemos investigar a natureza avaliativa dos discursos, precisamos olhar cuidadosamente as situações de interação verbal, direcionando nossa atenção para a interpessoalidade, posto que é por esse mecanismo que acontece a organização da interação entre o falante, ou escritor, e sua audiência (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004). É relevante destacar que a metafunção interpessoal oportuniza aos usuários da linguagem participar dos eventos da fala, possibilitando-lhes interagir nas relações sociais. São nessas interações verbais que os papéis dos falantes são determinados, revelando, pelas escolhas léxico-gramaticais de que se utilizam, aspectos sociais, econômicos, comportamentais e emocionais.

Na metafunção interpessoal, atentamos para o significado da oração, especificamente, como troca, uma vez que a oração é organizada como evento interativo (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004). As interações linguísticas podem ser do tipo proposição ou proposta e, através delas, atitudes e julgamentos permeiam os discursos. Sob esse olhar, toda manifestação implica uma resposta; é uma troca em

que *dar* significa *receber* e *solicitar* implica *dar* em resposta. (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004).

O sistema de MODO “é o recurso gramatical para se realizarem movimentos interativos no diálogo” (MARTIN, MATTHIESSEN; PAINTER, 1997, p. 58) e permite a realização do evento dialógico a partir de três possibilidades de construção: as orações podem se apresentar no modo declarativo, no interrogativo e no imperativo. Essas construções são materializadas de acordo com o papel exercido pelos interactantes e pela natureza do que está sendo realizado no evento de fala.

Conforme Halliday e Matthiessen (2004), nos eventos de troca verbal, o falante adota uma função particular e, ao fazer isso, disponibiliza ao outro o papel de interlocutor. Para que isso ocorra, os tipos fundamentais do papel de fala são os de *dar* ou *solicitar*, os quais ocorrem de acordo com a interação discursiva que está acontecendo entre os participantes.

Seguindo a teoria hallidayana, é possível dar e/ou solicitar informação e/ou bens e serviços. Quando ofertamos informação, estamos realizando uma declaração e quando ofertamos bens e serviços, realizamos uma oferta. Em contrapartida, se solicitamos uma informação, estamos realizando uma pergunta e, se solicitamos bens e serviços, estamos realizamos um comando. (Quadro 1)

Papel da troca	Informações	Bens e serviços
Dar	Declaração	Oferta
Solicitar	Pergunta	Comando
	Proposição	Proposta

Quadro 1 – Realização das funções de fala (com base em Halliday e Matthiessen, 2004, p. 107.)

A seguir, apresentamos exemplos do *corpus* para as categorias de (1) declaração, (2) oferta, (3) pergunta e (4) comando, respectivamente:

No exemplo (1), o experienciador faz uma declaração. A partir do modo afirmativo, o falante expõe um grande temor que acompanha os pacientes que recebem o diagnóstico de câncer: o medo de submeter-se à própria mortalidade.

1	“Por mais de uma vez eu pensei que fosse morrer naquela <u>UTI</u> .”	E#9
---	---	-----

Já o exemplo (2) apresenta uma oferta de informação, uma vez que o depoente oferece o seu conhecimento sobre o assunto em questão.

2	“Diante disso, só tenho agradecer e <u>me colocar a disposição</u> para qualquer coisa que eu possa contribuir.”	E#7
---	--	-----

No exemplo (3), por sua vez, por meio do modo interrogativo, o experienciador faz uma solicitação de informação ao propor um questionamento como evento discursivo.

3	“Havia uma lesão. <u>Onde?</u> ”	E#3
---	----------------------------------	-----

No modo imperativo, o exemplo (4) realiza um comando, no qual o depoente faz um aconselhamento para as pessoas que vivem o câncer.

4	“ <u>Aceite</u> a doença e <u>tire</u> dela o que for de bom para você.”	E#7
---	--	-----

1.2.1 Recursos gramaticais da metafunção interpessoal

A metafunção interpessoal vale-se de recursos léxico-gramaticais para realizar materialmente a linguagem. Dentre estas possibilidades, podemos encontrar marcadores de polaridade, advérbios de modo, marcadores atitudinais, modalizadores, epítetos e advérbios de frequência. Com a escolha dessas estruturas, o falante se faz significar pela linguagem, em que a presença ou a ausência de determinadas possibilidades de realização definem comportamentos e emoções e, dessa forma, implicam em situações avaliativas.

Os marcadores de polaridade apontam a oposição entre o positivo e o negativo. Para algo ser objeto de discussão, precisa ser especificado em termos de polaridade: ou ele é assim, ou não é assim. (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004). Os

itens léxico-gramaticais que realizam a polaridade podem ser, entre outros: *sim, não, nada, nenhum*. Podemos visualizar essa categoria no exemplo (5), o qual apresenta uma negação, realizada pelo item lexical *não* e, por isso, demonstra um discurso com valor negativo.

5	“Só que a biópsia <u>não</u> detectou o câncer.”	E#1
---	--	-----

Os advérbios de modo manifestam abertamente o ponto de vista do ator social sobre determinada problemática em discussão (EGGINS, 2002). Entretanto, ao trazer tal categoria gramatical para seu discurso, ele também poderia optar por não assumir diretamente o juízo de valor. Nesse caso, o falante/escritor recorreria, entre outras possibilidades, a escolhas como *possivelmente, provavelmente, certamente*. O exemplo (6) mostra uma construção linguística que traz um juízo de valor construído com advérbio de modo:

6	“ <u>Provavelmente</u> não há mais linfoma, apenas tecido residual.”	E#8
---	--	-----

Já os marcadores atitudinais demonstram o agrado ou o desagrado do falante/escritor ao se manifestar sobre discussões sociais. Essas marcas avaliativas podem ser realizadas por escolhas como *infelizmente, felizmente, com prazer, pesarosamente*, entre outras. O exemplo (7) exemplifica tal realização linguística.

7	“ <u>Graças a Deus</u> , o tratamento está funcionando...”	E#1
---	--	-----

Os epítetos indicam uma qualidade e referem-se à propriedade objetiva do elemento avaliado ou a uma expressão de atitude subjetiva do falante em relação a objetos ou coisas. Essa construção pode ser visualizada no exemplo (8).

8	“Eu estava sozinha quando recebi a notícia. Foi <u>horrível</u> , <u>triste</u> , foi <u>doído</u> demais!”	E#9
---	---	-----

Em (8), observamos que as avaliações estão sendo realizadas linguisticamente pelos itens *horrrível*, *triste* e *doído*. Esses elementos lexicais são atributos e realizam no discurso o sentimento de sofrimento do experienciador.

Os advérbios de frequência demonstram o nível de repetição de um determinado evento. Essa categoria semântica pode ser representada por itens lexicais como *sempre*, *usualmente*, *às vezes*, *raramente*, *nunca*. No exemplo (9), há uma realização linguística com advérbio de frequência. O elemento *constantemente* aponta para uma frequência de alta escala, em que o evento de buscar informações é realizado com grande assiduidade.

9	“Eu busco <u>constantemente</u> informação da mídia e de fontes seguras da internet”.	E#2
---	---	-----

1.2.2 Polaridade e modalidade

Conforme Halliday e Matthiessen (2004, p. 143), “a polaridade é a oposição entre o positivo e o negativo”. Essa marcação insere-se no evento do discurso por meio da forma verbal, ao serem usadas proposições afirmativas ou negativas. “Expressa-se tipicamente por um elemento finito, que pode ter uma forma positiva (é, foi, está, tem, pode) ou negativa (não é, não foi, não está, não tem, não pode)” (FUZER; CABRAL, 2010, p. 118).

Os exemplos (10) e (11) demonstram proposições negativas, em que essa polaridade se realiza no nível da léxico-gramática pelo advérbio de negação *não*.

10	“Vi minha vida se esvaindo entre meus dedos e <u>não</u> podia voltar atrás.”	E#7
----	---	-----

11	“significa que <u>não</u> tem furos, injeções, etc.”	E#9
----	--	-----

Em contrapartida, o exemplo (12) apresenta duas situações linguísticas em que há conotação positiva. Nos dois casos, essa polaridade é realizada pela ocorrência do elemento finito *foi* e *é*.

12	“Um dos piores momentos <u>foi</u> quando tentaram realizar o PIC, que <u>é</u> um acesso pelo qual passa um cateter.”	E#1
----	--	-----

Por sua vez, a modalidade se refere aos níveis, entre o sim e o não, em que a realização da experiência humana se insere. Conforme Halliday e Matthiessen (2004, p. 146-147), “os graus intermediários entre o polo negativo e o positivo são conhecidos como modalidade”. O sistema linguístico permite que categorizemos a região de incerteza que se situa entre o sim e o não, ao dispor advérbios de modalidade, verbos modalizadores e construções que indicam quão comprometido o autor/falante está com o seu dizer. Para tanto, devemos atentar ao contexto em que a realização linguística se situa. O excerto (13) demonstra uma ocorrência léxico-gramatical de modalidade, em que, em uma escala modal, a expressão *ter que* está em um nível médio de obrigatoriedade.

13	“Mas agora vou <u>ter que</u> parar, só posso voltar após o término da rádio.”	E#5
----	--	-----

Os modalizadores expressam o grau de comprometimento do falante em respeito ao que está dizendo. É a forma que o ator social tem para expressar seu juízo em relação à certeza, à probabilidade, ou à frequência que algo se dá ou acontece (EGGINS, 2002). Estruturas como *pode*, *dever*, *ter de*, *precisar*, *necessitar* exemplificam essa categoria. A seguir, o fragmento extraído do *corpus* desta pesquisa demonstra a ocorrência de modalizador. O uso de modalizadores, como no exemplo (14), indica a incerteza com o valor de verdade ou de assertividade de uma proposição, ou o desejo de não expressar esse compromisso categoricamente.

14	“... porque <u>acho que</u> ainda teria algumas coisas a fazer e parece que não vai dar tempo...”	E#3
----	---	-----

A seguir, a Figura 1 mostra como se estruturam as possibilidades da polaridade, da modalidade e do modo, conforme os estudos funcionalistas de Halliday e Matthiessen (2004).

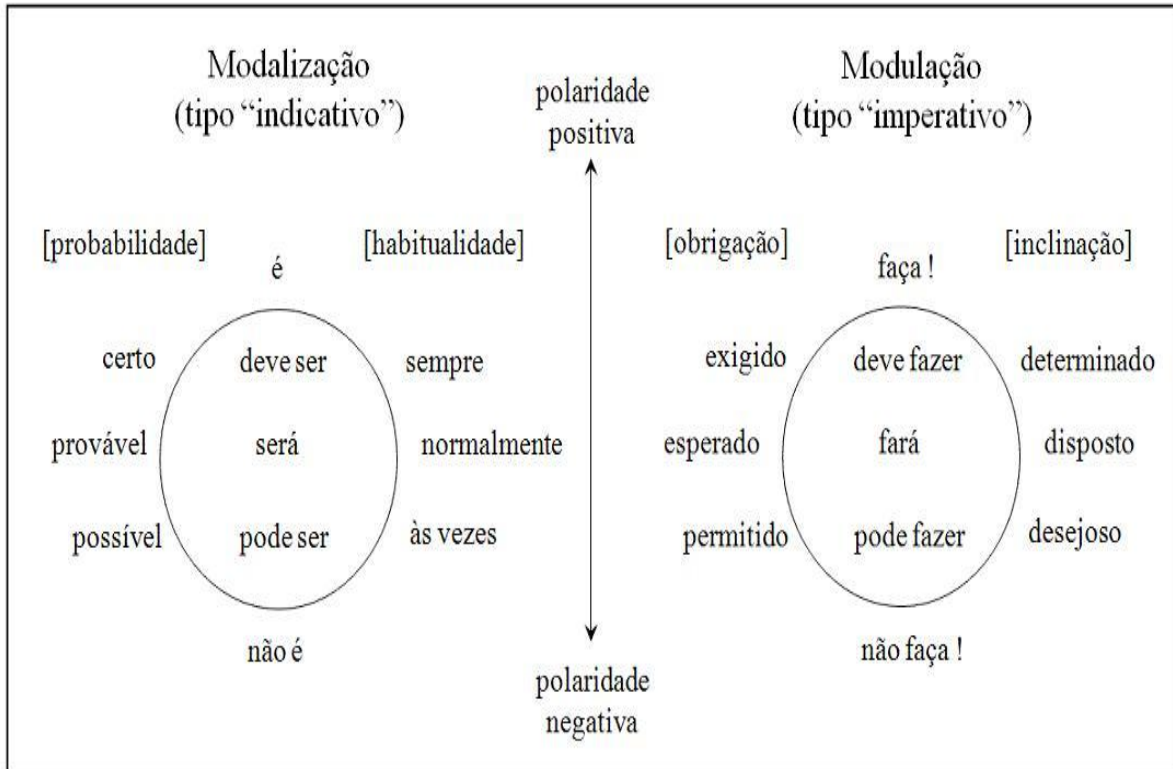


Figura 1 – Relação entre modalidade, polaridade e modo (com base em HALLIDAY, 1994)

Os aspectos teóricos abordados são considerados como os mais relevantes da metafunção interpessoal para esta pesquisa. Com as categorias supracitadas, teremos embasamento para apontar aspectos avaliativos das interações presentes no *corpus* deste trabalho. Iniciamos, a seguir, uma breve explanação da metafunção ideacional, a qual norteará alguns achados desta pesquisa.

1.3 Metafunção Ideacional

A metafunção ideacional está ligada ao uso da linguagem no nível da representação léxico-gramatical das experiências do mundo. Para tanto, vale-se de

processos (grupos verbais), acompanhados por participantes (grupos nominais), em determinadas circunstâncias (grupos adverbiais ou preposicionais).

Pelos preceitos da sistêmica, processos e participantes constituem o *experiential center* da oração (HALLIDAY E MATTHIESSEN 2004, p.176). Nesse contexto, o elemento central da transitividade é o processo, e, pela categorização do processo, o participante é determinado. Podemos definir os processos como elementos lexicais que expressam uma ação, um acontecimento, um estado, um dizer, um existir, um sentir. Por sua vez, o participante é a materialização léxico-gramatical que aponta aquele que age, sente, existe, pensa, encontra-se em um determinado estado. Já as circunstâncias são os elementos responsáveis por indicar modo, tempo, lugar, assunto, entre outros aspectos.

Para a GSF, os seis processos são: material, relacional, mental, verbal, comportamental e existencial. Cada um estabelece uma conjuntura na construção do domínio particular da experiência. Dentre os seis mencionados, o material, o mental e o relacional são categorizados como principais; o comportamental, o verbal e o existencial são considerados secundários.

Em se tratando dos processos materiais, podemos dizer que representam os eventos do mundo físico. Nesse sentido, são responsáveis pela criação de uma sequência de ações concretas (Halliday & Matthiessen, 2004), sejam elas criativas ou transformativas. Nos materiais, temos dois participantes principais: o Ator e a Meta. O Ator é quem realiza a ação e sua presença é obrigatória, pois todo processo tem um Ator, embora esse participante não tenha sido mencionado na oração. Já a Meta é o elemento a quem o processo é dirigido, aquele que efetivamente é modificado pela ação.

Por sua vez, os processos mentais exprimem as experiências do sentir, relativas à representação do nosso mundo interior. Isso implica que esses processos se referem a ações que não acontecem no mundo material, mas no fluxo de nosso pensamento. Os participantes desses tipos de processos são o Experienciador, em cuja mente o processo está se realizando, e o Fenômeno, que é a entidade criada pela consciência e representa aquilo que é sentido, pensado ou percebido (GHIO e FERNÁNDEZ, 2008).

Já os processos relacionais são aqueles que têm como característica principal o fato de relacionar duas entidades, com vistas à identificação, à descrição

ou à classificação. Os principais participantes são o Portador, quem possui as características, e o Atributo que é a característica do Portador.

Com vistas a expressão do dizer, temos os processos verbais que expressam formas de declarar. Têm como participantes inerentes um Dizente, aquele que diz ou comunica algo e o participante Verbiagem, que se refere àquilo que é dito ou comunicado.

Em se tratando da relação entre o mundo fazer e do sentir, temos os processos comportamentais que se associam a comportamentos fisiológicos e psicológicos. O participante é o Comportante, aquele que se comporta, tendo em vista uma ação que transita entre o mundo do fazer e o mundo do sentir.

Por fim, os processos existenciais são a representação de algo que existe ou aconteceu no mundo. Têm um único participante, o Existente.

De posse do exposto, entendemos que a metafunção ideacional instancia, no nível da léxico-gramática, a experiência que o falante/escritor tem do mundo, tanto externo quanto interno à sua consciência. Essa metafunção está ligada ao uso da linguagem como representação.

A seguir, abordamos questões relacionadas aos estudos dos gêneros textuais, tendo como ponto de partida as considerações bakhtinianas.

1.4 Gêneros discursivos

A concepção bakhtiniana apresenta os gêneros do discurso como constituições sócio-históricas que se mostram cada vez que um sujeito faz uso da linguagem para interagir e responder às necessidades de diálogo nas mais diversas situações sociais. Os gêneros discursivos representam um papel constituinte da interação dialógica em sociedade, pois estruturam nossos discursos em contextos variados.

Nessa perspectiva, Bakhtin (2010) afirma que nos comunicamos através de gêneros e que, se eles não existissem, a troca verbal seria muito difícil. Sob essa perspectiva, podemos entender que é pelos gêneros do discurso que a linguagem se realiza em sociedade.

Bakhtin, na obra *A Estética da Criação Verbal*, originalmente escrita em russo e publicada em 1979, propõe que “cada enunciado é particular, mas cada campo de utilização da língua elabora seus tipos relativamente estáveis de enunciados, os quais denominamos gêneros do discurso”. Para o autor, a língua ganha vida nos discursos sociais. Nesse sentido, Bakhtin (2010, p. 285) argumenta:

Quanto melhor dominamos os gêneros tanto mais livremente os empregamos, tanto mais plena e nitidamente descobrimos neles a nossa individualidade, refletimos de modo mais flexível e sutil a situação singular de comunicação; em suma realizamos de modo acabado o nosso livre projeto de discurso. Desse modo, ao falante não são dadas apenas as formas da língua nacional (a composição vocabular e a estrutura gramatical) obrigatórias para ele, mas também as formas dos enunciados para ele obrigatórias, isto é, os gêneros do discurso: estes são tão indispensáveis para a compreensão mútua quanto às formas da língua.

Os textos produzidos nas múltiplas atividades humanas são instrumentos com os quais a sociedade utiliza a língua em forma de enunciados, os quais estão ligados, em sua multiplicidade de formas, aos diversos campos da atividade humana. Bakhtin (2010, p. 261) considera que os “enunciados refletem as condições específicas e as finalidades de cada referido campo”.

Dessa forma, a linguagem molda-se através dos discursos para atender às necessidades de verbalização dos grupos sociais. E não há como separar a sociedade da linguagem e dos gêneros do discurso, uma vez que, pela organização da língua em estruturas relativamente estáveis, os sujeitos interagem nas esferas sociais e estabelecem relações: “a língua passa a integrar a vida através de enunciados concretos (que a realizam); é igualmente através de enunciados concretos que a vida entra na língua” (BAKHTIN, 2010, p. 265).

Bakhtin (2010) não deixou de teorizar sobre a natureza que torna os discursos estáveis e reconhecíveis. Ao estabelecer que os gêneros se caracterizam pelos seus conteúdos temáticos, por estruturas composicionais específicas e pelo estilo com que se apresentam. Em vista disso, Bakhtin (2010, p. 283) afirma:

Nós aprendemos a moldar o nosso discurso em formas de gêneros e, quando ouvimos o discurso alheio, já adivinhamos o seu gênero pelas primeiras palavras, adivinhamos um determinado volume (isto é, uma extensão aproximada do conjunto do discurso), uma determinada construção composicional, prevemos o fim, isto é, desde o início temos a

sensação do conjunto do discurso que em seguida apenas se diferencia no processo de fala.

Sabemos que a diversidade dos gêneros é incontável e que eles são criados pela necessidade funcional da atividade humana pela linguagem. Todavia, também é de nosso conhecimento que os gêneros do discurso se reelaboram em consequência do momento histórico em que estão inseridos e procuram atender as necessidades comunicativas específicas. Isso acontece sempre pela busca incessante de expressão dos usuários da língua. Essa heterogeneidade trouxe a emergência de uma taxonomia para os gêneros do discurso. Para tanto, Bakhtin (2010) propôs a seguinte classificação: a) gêneros do discurso primários ou simples e b) gêneros do discurso secundários ou complexos.

Nessa perspectiva, o referido autor distingue os gêneros de discurso primários, utilizados pela comunicação verbal cotidiana, como as conversas familiares, de salão, íntimas, dos gêneros de discurso secundários, que aparecem naquelas circunstâncias de comunicação cultural mais complexas, principalmente as escritas, como em pesquisas científicas e em grandes gêneros publicísticos. No processo de formação dos novos gêneros discursivos, os complexos incorporam e reelaboram diversos gêneros primários, os quais integram os complexos, rompendo o vínculo imediato com a realidade oral. Em relação a essa distinção, o autor afirma que “não se trata apenas de uma diferença funcional” (BAKHTIN, 2010, p. 263), pois, nessa separação, há também fatores sociais envolvidos.

Apesar da distinção, sabemos que muitos gêneros secundários existem pela reelaboração dos gêneros primários. Cada situação social emergente abre espaço para a criação de um novo gênero ou para a reelaboração de gêneros já existentes. Conforme afirma o autor, há um forte laço entre essas duas classificações dos gêneros do discurso: “A inter-relação entre os gêneros primários e secundários de um lado, o processo histórico de formação dos gêneros secundários do outro, eis o que esclarece a natureza do enunciado” (BAKHTIN, 2012, p. 282).

Gêneros primários e secundários são formados da mesma natureza constitutiva: os enunciados verbais. O que os diferencia é a complexidade e a forma como são utilizados. Ao optar por um gênero primário ou secundário, o escritor determinará o conteúdo temático, a estrutura composicional e os recursos de estilo da linguagem que vão ao encontro dos propósitos do evento discursivo em que

pretende se aventurar. Nesse sentido, o percurso de incorporação dos gêneros dialogados da oralidade para os gêneros escritos manifestam a percepção de Bakhtin sobre o processo histórico de formação e complexificação das esferas sociais. Por essa razão, a sociedade contemporânea vive predominantemente pelos gêneros secundários, pois pertencemos a um universo letrado, que empresta valor exponencial para a linguagem escrita.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que os gêneros primários são instrumentos de criação para a multiplicidade de gêneros secundários. Em função dessa germinação explosiva e dominante dos gêneros complexos houve a necessidade de apontar as características dos gêneros do discurso, formas-padrão dos enunciados que podem ser diferenciados pelo tema, estilo e estrutura composicional que apresentam.

Desse modo, o tema, na perspectiva bakhtiniana, corresponde ao conteúdo semântico e à função discursiva da interação verbal. Como produto de trocas sociais, o enunciado está ligado a uma situação material concreta e também a um contexto de situação e de cultura que constitui o conjunto das condições de vida de uma determinada comunidade. Como os atos sociais vivenciados pelos grupos são diversos, conseqüentemente a produção de linguagem também o será.

Por sua vez, o estilo compreende as tonalidades dialógicas, a relação do locutor com seu interlocutor e sua possibilidade de percepção/recepção, fato que determinará a escolha do gênero. Também refere-se à individualidade do falante/escritor, ou seja, às marcas dessa personalidade discursiva, que podem ser visualizadas pelas escolhas lexicais, gramaticais e fraseológicas, as quais revelam aspectos sociais e emocionais de grande relevância para os estudos da linguagem.

Já a estrutura composicional diz respeito ao modo como os enunciados são estruturados e dispostos, tendo em vista que os gêneros estabelecem modos típicos de organização dos textos quanto às partes o compõem e como elas se distribuem para que a mensagem veiculada seja compreensível e estabeleça entre as partes estruturação lógica do conteúdo. Da união desses três elementos, tema, estilo e estrutura composicional, advém o sentido de um gênero.

Meurer (2000, p. 153) entende que estudar gêneros discursivos não contempla apenas as potencialidades e práticas pedagógicas da linguagem, mas permite “explorar e também regularizar as esferas sociais onde os gêneros são utilizados.” A visão do autor abarca as duas dimensões do estudo de gênero, com

ênfase no aspecto social das inter-relações entre gênero e situação de uso. Além disso, afirma que pesquisas atuais têm se focado nas variáveis de ordem sócio-cognitiva, histórica e ideológica, com vistas ao caráter social da linguagem em contextos diversos.

Nessa perspectiva, para Carolyn Miller (2009, p. 42), “os gêneros ajudam a constituir a substância da nossa vida cultural”. Sob esse prisma, não compreendê-los como ação social é negar a vida em sociedade. A autora assegura que “o gênero é um artefato cultural passível de ser interpretado como uma ação recorrente e significativa” (2009, p. 45) e que “uma definição retoricamente válida de gênero precisa ser concentrada não na substância ou na forma de discurso, mas na ação que é usada para sua realização (MILLER, 2009, p. 22).

Como já afirmado por Bakhtin (2010) e Bazerman (2005) sobre a característica do gênero em moldar a língua para os eventos comunicativos em sociedade, também é apontado por Miller (2009, p. 45) ao recordar um de seus escritos de 1984, quando afirmou que “os gêneros servem de chave para entender como participar das ações de uma comunidade”.

A perspectiva sociorretórica em que Miller (2009) entende tais conceitos assegura que dar grande respaldo aos aspectos estruturais dos gêneros, menosprezando seus fins sociais, é transformá-los em uma atividade com fim em si mesma ou em uma simples tarefa de escrita que obedeça a determinados requisitos formais. Apesar de reconhecer que é pela forma que os gêneros são denominados e que recebem certa estabilidade, o que faz com que reconheçamos e usemos esses enunciados para os mais variados fins, não deixa de enfatizar que é a ação social que eles desempenham em sociedade que os fazem fenômeno vivo e plástico em sociedade.

No seu entendimento, Miller (2009) propõe que o gênero como fenômeno linguístico-cultural pode ser considerado a partir da comunhão entre o micronível, que a autora entende estar relacionado com a organização da língua natural, e o macronível, o qual estaria relacionado com a cultura e com a natureza humana. Entre o espaço simbólico do micro ao macronível, em alguma posição intermediária, estariam situados os gêneros, conectando esses e outros níveis que estariam situados acima ou abaixo desse sistema.

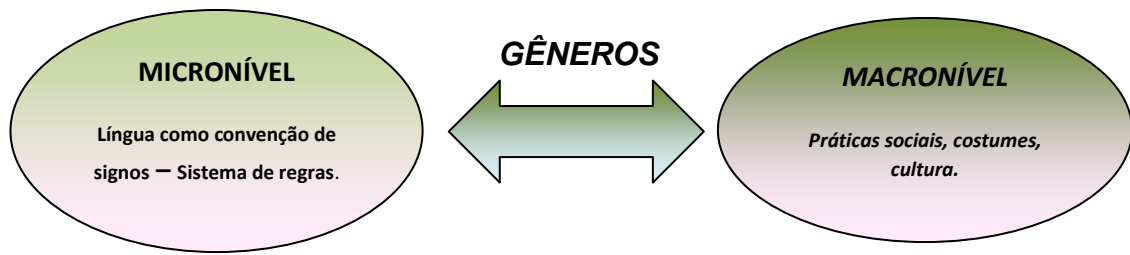


Figura 2 – Representação da posição dos gêneros
 Fonte: Elaborado pela autora

Refletindo a ação dos gêneros em nossas vidas, não há como negar a intersecção dos hemisférios mencionados por Miller. Cada vez que usamos a linguagem para participar da sociedade, estamos, de forma ideológica, valendo-nos do micronível e do macronível para representar linguisticamente nossa maneira de agir no mundo. Desse modo, os gêneros que utilizamos para participar da comunidade “representam um sistema de ações e interações que possui funções e lugares sociais específicos, como também valor ou função repetitiva ou recorrente” (MILLER, 2009, p. 49).

Com essa mesma visão, Marcuschi (2005, p. 19) entende a noção de gênero como um produto social. Gêneros, para esse autor, são “entidades sócio-discursivas e formas de ação social”, pois os considerados como acontecimentos históricos que permeiam na vida social e que “surgem emparelhados a necessidades e atividades sócio-culturais” além de enfatizar o caráter empreendedor dos gêneros, ao caracterizá-los como “eventos textuais altamente maleáveis, dinâmicos e plásticos” (MARCUSCHI, 2005, p. 19).

O autor aborda a complexidade da existência dos gêneros pelo modo como funcionam em sociedade e, sobretudo, pelo caráter dinâmico que os definem. Assim, eles podem ser remodelados ou carregados pela criatividade do indivíduo que dele se utiliza. Outro aspecto que pode tornar a forma variável é a situação imediata em que utilizamos o gênero. Logo, o gênero se adapta para ser funcional a sua utilização. Sobre isso, de acordo com Marcuschi (2005, p. 20),

os gêneros textuais surgem, situam-se e integram-se funcionalmente nas culturas em que se desenvolvem. Caracterizam-se muito mais por suas funções comunicativas, cognitivas e institucionais do que por suas peculiaridades linguísticas e estruturais. São de difícil definição formal, devendo ser contemplados em seus usos e condicionamentos sócio-pragmáticos caracterizados como práticas sócio-discursivas.

Além disso, o autor discute a questão da emergência de novos gêneros. Nesse sentido, as redes sociais são um exemplo de potencial de criação de gêneros. Esse espaço midiaticizado assume cada vez mais relevância, pois torna possível o relacionamento entre indivíduos em um ambiente em que as interações sociais são mediadas por diversas formas de comunicação, concretizadas mediante conteúdos temáticos e estilos de linguagem.

Sob essa perspectiva, de acordo com o espaço de interação e com as finalidades dos atos de comunicação, os gêneros são criados e recriados para atender essa nova forma de interação. Marcuschi (2005) ainda ressalta que os gêneros foram crescendo com a invenção da escrita e adquiriram força à medida que a cultura letrada foi ganhando relevância na sociedade. Presenciamos uma emergência de muitos novos gêneros com a fase denominada cultura eletrônica.

Apesar de parecer que o surgimento de novos gêneros privilegia apenas o gênero escrito, por participarmos de uma sociedade que valoriza, sobretudo, a modalidade escrita da linguagem, isso não é regra. Conforme Marcuschi (2005), os gêneros orais também têm seus espaços nas novas formas de socialização e interação pela linguagem. De acordo com essa discussão, o autor (2005, p.19) afirma que “uma simples observação histórica do surgimento dos gêneros revela que, numa primeira fase, povos de cultura essencialmente oral desenvolveram um conjunto limitado de gêneros”. Esses enunciados eram suficientes para as trocas comunicativas daquela sociedade.

Com o passar do tempo, de acordo com as necessidades sociais do período, uma gama de novos enunciados foram sendo criados. Um dos motivos para a multiplicação dos gêneros se deve, em um primeiro momento, pela invenção da escrita ocorrida em meados do século VII A. C. Mais tarde, por volta do século XV, a criação dos gêneros é impulsionada pelo auge da cultura impressa. Depois dessas fases, a industrialização, no século XVIII, alavanca o surgimento de novos enunciados orais e escritos. Entretanto, a grande expansão de tipos relativamente estáveis acontece nos séculos XX e XXI, devido à grande inserção da mídia digital na vida das pessoas. De acordo com Marcuschi (2005, p. 19),

hoje, em plena fase da denominada cultura eletrônica, com o telefone, o gravador, o rádio, a TV e, particularmente o computador pessoal e sua aplicação mais notável, a internet, presenciamos uma explosão de novos gêneros e novas formas de comunicação, tanto na oralidade como na escrita.

Ainda em relação ao surgimento de novos gêneros, o autor assegura que, na maioria dos casos, as bases desses gêneros já existem, já habitam em outros gêneros que são nossos conhecidos, uma vez que “a tecnologia favorece o surgimento de formas inovadoras, mas não absolutamente novas” (MARCUSCHI, 2005, p. 20). O que é possível constatar é que as novas formas de se comunicar, caracterizadas pela sociedade contemporânea, apontam para um hibridismo dos gêneros. É possível notar que os gêneros emergentes produzem sentido com a “maior integração entre os vários tipos de semioses: signos verbais, sons, imagens e formas em movimento” (MARCUSCHI, 2005, p. 21). Esse fato torna a classificação categórica muito complexa e arriscada. Nesse sentido, atentar ao funcionamento e aos objetivos desses textos no contexto em que atuam é uma maneira de sistematizar o quadro interacional de cada gênero. Também ressaltamos que é relevante atentar para o suporte ou ambiente em que o gênero circula para que possamos ter uma visão panorâmica da sua atuação no contexto social.

Dessa forma, tratar gêneros textuais diz respeito ao contexto social, uma vez que eles se moldam e se transformam para atender as necessidades de expressar as diversas modalidades da linguagem. Referir-se a gêneros textuais é lançar-se no contexto social, e estudá-los, nas suas dimensões e pluralidades, é imergir nas práticas sociais e discursivas que se manifestam no tempo e no espaço de acordo com as individualidades e com as necessidades dos falantes.

Como vemos, posicionamos os gêneros como essência dos atos de comunicação social, sem os quais a interação verbal não pode ser efetivada. Como bem afirmou Bakhtin (2010, p. 290), é pelos gêneros que “a vida penetra na língua”, visto que os gêneros vivificam a linguagem humana.

É possível afirmar a unanimidade entre vários autores quando tratam de que os gêneros são constituintes da sociedade e que é por eles que empregamos sentido às ações que desempenhamos pela linguagem. Os gêneros orientam e realizam nossos discursos; por eles expressamos livremente nossas manifestações linguísticas, que seriam impossíveis sem esses tipos relativamente estáveis de enunciados (BAKHTIN, 2010). Os gêneros são um elo que medeia a relação entre a sociedade e a linguagem. Falamos por gêneros, vivemos por gêneros. Nada do que

fizemos linguisticamente escapa das múltiplas possibilidades dos enunciados discursivos, estabilizados e organizados em gêneros.

Para dar continuidade a esta pesquisa, agora delimitada a nossa concepção de gênero, partimos para a discussão do gênero ao qual pertencem os textos em análise neste trabalho. Para isso, adotaremos, na próxima seção, as definições de vários autores em relação ao gênero entrevista, entendido pela perspectiva humanística e pelo compartilhamento de experiências.

1.4.1 Gênero entrevista

Para que tenhamos domínio da situação discursiva, é necessário levar em consideração as condições de produção do texto, além do ambiente sociocultural que o permeia. Mais especificamente, é preciso conhecer os dois níveis contextuais: o contexto de situação, que diz respeito ao lugar de formação do texto, ambiente no qual ela está, de fato, funcionando, e o contexto de cultura, que se refere ao panorama cultural por trás dos participantes e por trás do tipo de prática nas quais eles estão engajados (HALLIDAY; HASAN, 1989).

Dentre as diversas manifestações discursivas, trataremos, nesta seção, do gênero entrevista que, no contexto de situação em que atua, um portal direcionado para ajudar e encorajar pacientes com câncer, apresenta relatos testemunhais que manifestam avaliações, na maioria das vezes, positivas. Essa característica tem relação estreita com o contexto de cultura que necessita e vai privilegiar situações discursivas que demonstrem motivação e entusiasmo através de depoimentos que suscitem comportamentos de coragem e determinação contra a enfermidade.

Na perspectiva jornalística mais recorrente (SILVA 2009, p. 60), o gênero entrevista “é o procedimento clássico de apuração de informações” (LAGE, 2008, p. 73). Embora conceituando a entrevista por esse ponto de vista, Lage (2008) não desconsidera o potencial polissêmico desse gênero, haja vista seu desenvolvimento junto a uma fonte capaz de diálogo, em que há um entrevistado que disponha de conhecimentos de interesse de um grande público (SILVA, 2009).

Não podemos restringir a entrevista à esfera jornalística, uma vez que ela pode circular em diferentes contextos sociais, cumprindo funções variadas. Nas

interações humanas, podemos nos valer da entrevista, por exemplo, para realizar uma seleção de candidatos a emprego ou como instrumento de pesquisa e de compartilhamento de experiências. Nesse contexto teórico, Caputo (2006, p. 28) apresenta a definição do gênero entrevista como “uma aproximação que o jornalista, o pesquisador (ou outro profissional) faz de uma dada realidade, a partir de um determinado assunto e também a partir de seu próprio olhar, utilizando como instrumento perguntas dirigidas a um ou mais indivíduos”.

Conforme Silva (2009, p. 60), citando Medina (2008), “na literatura que circula na esfera da ciência da Comunicação Social, a entrevista é considerada, a partir de duas perspectivas: como técnica ou como interação discursiva entre os sujeitos”. Cumpre ressaltar que, nesta pesquisa, estamos considerando o gênero entrevista pela perspectiva da interação social, com foco no compartilhamento de experiências e no inter-relacionamento humano. Nessa perspectiva, em se tratando desse aspecto humanístico, Medina (2008, p. 8) entende a entrevista como uma forma de ação social que “age quebrando isolamentos grupais, individuais, sociais; pode também servir à pluralização das vozes”.

Sob o ponto de vista humanístico desse gênero, apresentamos as considerações de Prado (1989), que entende a entrevista como um sistema dialógico que serve para examinar com maior profundidade os fatos e acontecimentos abordados, além de propiciar o conhecimento sobre quem relata. Nessa mesma perspectiva, Lodi (1974) expõe dois aspectos importantes no universo da entrevista: o roteiro da entrevista e o entrevistado.

Os questionamentos empregados para a coleta de dados sobre determinado assunto devem ser relevantes para os objetivos da investigação. Quanto mais específicas e claras forem as perguntas, mais a entrevista atenderá ao campo de apuração desejado, isto é, o entrevistado será recíproco ao responder e ao transmitir as informações que quem realiza a entrevista deseja coletar.

Destacada a questão do roteiro da entrevista, devemos refletir sobre a participação do entrevistado, o qual terá papel decisivo para a coleta de dados. O sucesso na busca por informações acerca do tema abordado dependerá significativamente da colaboração do depoente quanto à disponibilidade em acrescentar informações sobre o que sabe e experienciou e, principalmente, em responder com eficiência às perguntas lançadas pelo entrevistador. Seu conhecimento manifesto sobre a investigação dependerá de uma série de fatores

sociais, relacionados às situações emocionais do depoente: o quanto ele recorda do assunto e quais as emoções envolvidas na abordagem da temática. Ainda envolvem suas lembranças e sua intensidade e intimidade com os fatos. Esses fatores desencadearão em maior ou menor intensidade a interação dialógica. Conforme expõe Lodi (1974, p. 17),

o entrevistado traz consigo motivações favoráveis e desfavoráveis à participação na entrevista. Algumas motivações favoráveis são o altruísmo, a busca da satisfação emocional e da satisfação intelectual. Por altruísmo, entende-se o desejo de ajudar outra pessoa. O segundo fator favorável é a busca por satisfação emocional, sendo a entrevista uma oportunidade para exprimir opiniões. O terceiro fator é a satisfação intelectual, se a entrevista versar sobre um tema que o entrevistado considere dominar, ou se o entrevistado sentir prazer em dialética e desenvolvimento de argumentos.

Em geral, o gênero entrevista busca informações acerca de um tema específico e segue o tradicional modelo de perguntas-e-respostas. No estudo de Silva (2009, p. 63), com base em Vannuchi (2006), em relação a essa estrutura, conhecida no jargão especializado como pingue-pongue, “o pensamento do entrevistado é contemplado em sua totalidade, constituindo, então, um espaço razoável para esboçar o perfil do entrevistado”.

Além dos aspectos supracitados, conforme Lage (2008), a entrevista pode ser classificada de acordo com a proposta discursiva do entrevistado:

- Ritual – a entrevista do tipo ritual tem seu foco na manifestação da voz e da figura do entrevistado. A declaração do depoente acerca do fato abordado é irrelevante. Um típico exemplo são as palavras de jogadores de futebol ou técnicos, referindo-se aos resultados de um campeonato.
- Temática – trata de um tema em que o entrevistado tenha autoridade para debater. Esse modelo de entrevista trabalha com a apresentação organizada de um assunto, com a interpretação do entrevistado em vista dos acontecimentos. Nesta abordagem, podemos encontrar soluções ou a compreensão de um problema, de fatos ou de eventos. Esse tipo de entrevista também tem relevância para somar a exposição de pontos de vista e para reforçar argumentos de autoridade.
- Testemunhal – Compreende o depoimento em relação a eventos em que o entrevistado informa seu ponto de vista sobre um acontecimento. É uma

espécie de testemunho, uma vez que o depoente discorre sobre um fato de que ele participou/vivenciou, mas não se limita a isso. Por sua vez, o relato do entrevistado pode ser ancorado em impressões e em conhecimento não experienciados sobre o assunto em investigação.

- Em profundidade – o propósito desse tipo de entrevista não é o desenvolvimento de um tema ou de um fato particular, mas sim da representação de mundo e da figura que se cria do depoente, o modo como aborda as atividades que desempenha ou o que manifesta sobre sua maneira de viver, relacionados aos aspectos da vida.

As pesquisas de Silva (2009) consideram que a entrevista que segue o modelo de perguntas-e-respostas podem ser desenvolvidas de duas formas: a) diálogo cujo objetivo do discurso seja o próprio entrevistado e b) diálogo em que o propósito do evento discursivo seja conhecer o conjunto dos conhecimentos sociais do entrevistado. Silva (2009) ainda classifica a entrevista que se concentra no discurso do entrevistado em duas categorias: 1) temática, que aborda um tema em que o entrevistado seja especialista na área e 2) testemunhal, que apresenta um relato sobre algum assunto que o entrevistado tenha vivenciado, presenciado ou participado. Nessa categoria, a pessoa que fala/escreve não precisa ser especialista na área, apenas necessita de possuir determinado conhecimento a ser compartilhado. Quanto a essa taxonomia do referido gênero, Silva (2009) e Lage (2008) compartilham opiniões semelhantes, embora Lage (2008) estenda tal classificação, adicionando ainda a entrevista ritual e em profundidade.

Com vistas à classificação testemunhal, a qual concentra o interesse no discurso do entrevistado, direcionamos o interesse desta pesquisa, haja vista que nosso *corpus* de análise está constituído de entrevistas com pacientes de câncer que experienciam a doença e relatam, através do modelo estrutural de perguntas-e-respostas, suas experiências e julgamentos de valor sobre esse acontecimento. Sendo assim, interessa-nos o discurso do entrevistado que, através do enquadramento e da perspectiva discursiva e valorativa, compartilha experiências sobre um assunto de relevância e interesse social.

Com essas contribuições teóricas acerca da entrevista, justificamos nossa intenção ao trabalhar com esse gênero, haja vista o potencial que oferece em reportar uma experiência vivenciada. Destacamos, aqui, o potencial que a linguagem

apresenta no cumprimento da função de revelar contextos sociais, a partir dos sujeitos que dela fazem uso.

1.5 O Sistema de Avaliatividade

A Linguística Sistêmico-Funcional (LSF) entende que o homem constrói a realidade através de diversos processos semióticos, contudo não há como negar o papel fundamental da linguagem na construção da experiência humana (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004). Ao nos expressarmos, estamos constantemente realizando avaliações, uma vez que não há discurso neutro, descoberto de tom avaliativo. Sempre que falamos ou escrevemos, realizamos escolhas que são motivadas pelo contexto de produção e, sobretudo, pela nossa relação com o mundo.

Cada escolha aponta para uma posição particular e define a construção da realidade social em que nos inserimos. Biber *et al.* (1999, p. 996) afirmam que, “além do conteúdo proposicional comunicativo, falantes e escritores também expressam sentimentos, atitudes, julgamentos, avaliações; ou seja, eles expressam uma opinião”. Diante da infinidade de elementos avaliativos que apresentam os textos, nas mais variadas situações sociais, os estudiosos da linguagem perceberam que seria necessária uma teoria para sistematizar e valorar essas ocorrências.

Com vistas a essa necessidade, foi organizado, como uma abstração maior da metafunção interpessoal (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004), o Sistema de Avaliatividade (MARTIN; WHITE, 2005). A Avaliatividade realiza-se na semântica do discurso e o propósito desse complexo sistema consiste em encontrar e categorizar, em textos orais ou escritos, elementos que comprovem sentimentos e valores 'postos' de uma comunidade, de modo a demonstrar emoções, gostos e avaliações normativas (CABRAL, 2007). Ao realizarmos avaliações a partir da léxico-gramática da língua, nossas escolhas funcionam como índices que avaliam sentimentos, comportamentos e conteúdos estéticos. Dessa forma, quando valoramos sentimentos, condutas ou objetos, realizamos tal feito pelas palavras que, imbuídas de significados, reforçam, ampliam, minimizam ou reduzem o escopo de nossas avaliações, que são realizadas na semântica do discurso.

Nessa perspectiva, a semântica do discurso se localiza na terceira estratificação da representação em ciclos (Figura 4) e representa como a linguagem se instancia em qualquer processo comunicativo.



Figura 3 – Ciclo de estratificação da linguagem
 Fonte: Adaptado de Halliday e Matthiessen (2004, p. 25).

A Avaliatividade é um aporte analítico e instaura-se como uma proposta de análise textual cujo objetivo é identificar como o escritor/falante se posiciona diante dos processos e dos fenômenos do mundo. White (2004, p. 177) conceitua a abordagem analítica da Avaliatividade com as seguintes palavras:

A valoração apresenta técnicas para analisar, de forma sistemática, como a avaliação e a perspectiva operam em textos completos e em grupos de textos de qualquer registro. A abordagem está interessada nas funções sociais desses recursos, não simplesmente como formas através das quais falantes/escritores individuais expressam seus sentimentos e posições, mas como meios que permitem que os indivíduos adotem posições de valor determinadas socialmente, e assim se filiem, ou se distanciem, das comunidades de interesse associadas ao contexto comunicacional em questão.

Martin e White (2005), os idealizadores desse estudo, apresentam afiliação teórica ao construtivismo social de Harré (1998) e nas perspectivas transculturais da avaliação (LUTZ; WHITE, 1986; LUTZ; ABU-LUGHOD, 1990). Com o desenvolvimento das pesquisas em linguagem, constataram que, em muitos casos, analisar o significado de um texto apenas considerando os itens léxico-gramaticais isolados não abarcava toda a dimensão expressiva e atitudinal do discurso. Nesse sentido, os autores confirmaram que seria necessário investigar a relação que os elementos lexicais realizam em conjunto, isto é, a forma como operam considerando a oração ou um conjunto delas como um todo.

Martin e White (2005) desenvolveram um complexo sistema, dividido em três subgrupos, os quais também apresentam categorias e formam uma complexa rede para valorar através da linguagem. Os três subsistemas são atitude, o engajamento e a gradação.

1.5.1 Atitude

A atitude, foco desta pesquisa, é o subsistema do Sistema de Avaliatividade responsável pela expressão linguística das avaliações positivas e negativas, que abrange três regiões semânticas: a emoção, a ética e a estética. São avaliações que abarcam, respectivamente, o afeto, o julgamento e a apreciação, e cada um dos subsistemas apresenta subdivisões, formando uma complexa rede valorativa (MARTIN; WHITE, 2005, VIAN; SOUZA; ALMEIDA, 2011).

A categoria de atitude enfoca nossos sentimentos, incluindo reações emocionais (afeto), julgamento de comportamentos (julgamento) e avaliação material ou de eventos (apreciação) como uma institucionalização dos sentimentos (MARTIN; WHITE, 2005). Nesse panorama, o afeto, subsistema ligado às emoções, é, sem dúvida, o coração destas regiões, como mostra a Figura 5 a seguir.

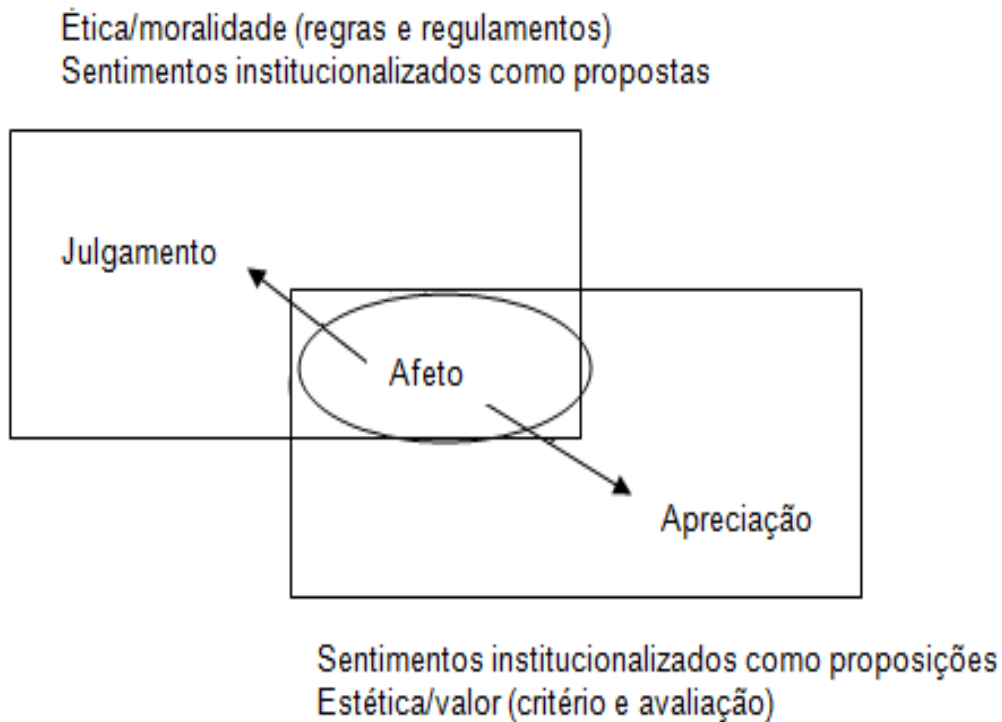


Figura 4 – Julgamento e apreciação como afeto institucionalizado (adaptado de MARTIN; WHITE, 2005, p. 45)

Com base nos referidos autores, apresentamos, a seguir, a sistematização dos subsistemas e as categorias da atitude:

ATITUDE			
Subsistemas	Categorias de classificação	Subcategorias de classificação	Como identificar
AFETO (positivos ou negativos)	<i>felicidade/infelicidade</i>		Isso é alegre? Isso é entristecedor?
	<i>satisfação/insatisfação</i>		
	<i>segurança/insegurança</i>		
JULGAMENTO (positivos ou negativos)	<i>estima social</i>	<i>normalidade</i> <i>capacidade</i> <i>tenacidade</i>	Ela/ela é especial? Ela/ela é capaz? Ele/ela é persistente?
	<i>sanção social</i>	<i>propriedade</i> <i>veracidade</i>	Ele/ela é correto/a? Ele/ela é verdadeiro/a?
APRECIÇÃO (positivos ou negativos)	<i>Reação</i>	<i>impacto</i> <i>qualidade</i>	Eu gostei?
	<i>Composição</i>	<i>equilíbrio</i> <i>complexidade</i>	Faz sentido?

	<i>Valor</i>		Isso valeu a pena?
--	--------------	--	--------------------

Quadro 2 – Resumo dos posicionamentos de atitude

Fonte: Adaptado de Martin e White, 2005.

Martin e White (2005) declaram que o posicionamento atitudinal pode ser materializado por meio dos recursos gramaticais disponíveis na língua, entre eles: adjetivos (triste, desanimado, satisfeito), verbos de emoção (gostar, odiar, persistir), verbos modais (pode, deve), adjuntos modais (infelizmente, amavelmente), polaridade (sim, não), intensificação (muito, pouco, sempre, nunca) e nominalizações (satisfação, tristeza). Contudo, as avaliações atitudinais também se realizam sem que haja a presença dessas estruturas léxico-gramaticais, configurando os índices atitudinais indiretos que, nos termos dos autores, chamam-se de avaliações evocadas ou provocadas.

1.5.1.1 Julgamento

O julgamento está ligado às posições que os atores sociais assumem quando avaliam o comportamento de pessoas. Caracteriza-se por ser um sistema de posicionamento atitudinal, determinado pela cultura e pela situação ideológica à qual estão ligados os participantes. De acordo com White (2004), o julgamento é o campo de significados através dos quais construímos nossas posições em relação ao comportamento humano. Com esse subsistema semântico, podemos criticar ou elogiar, condenar ou aplaudir os comportamentos e as ações de um sujeito ou de um grupo social. Para formar o complexo sistema de significados, essa categoria divide-se em estima social e sanção social.

A estima social se realiza através dos valores de usualidade, capacidade e tenacidade. Por sua vez, a sanção social se mostra por meio dos valores de veracidade e propriedade. Tais subdomínios estão esquematizados na Figura 6:

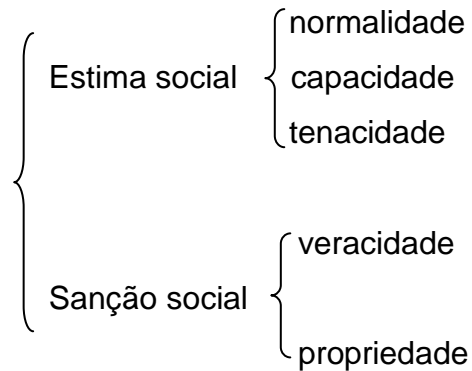


Figura 5 – Categorias de julgamento

O julgamento por estima social envolve admiração ou crítica e está relacionado à normalidade, à capacidade e à tenacidade. Nesse caso, o indivíduo poderá apenas ser elevado ou rebaixado pela sociedade, mas não sofrerá nenhuma penalidade prevista em lei pelo seu comportamento. Conforme (MARTIN; WHITE, 2005) e reforçado por Cabral (2007, p. 59), “a estima social é controlada pela cultura oral, através de conversa, fofocas, jogos e histórias de vários tipos, geralmente com o humor a desempenhar um papel importante”. Os valores sociais desse subsistema têm importância para as relações estabelecidas entre familiares, amigos e colegas de trabalho.

As categorias de normalidade, capacidade e tenacidade formam a rede valorativa do julgamento por estima social. Nessa perspectiva, julgamento tem a ver com as relações cotidianas e se manifesta como comportamento de normalidade (o quão frequente é determinado evento), de capacidade (o quão capaz uma pessoa é) e de tenacidade (o quão alguém é persistente, resolutivo). Tais posicionamentos são comuns na linguagem usada nas conversas informais. A seguir, o Quadro 3 apresenta algumas possibilidades de julgamento por estima social.

Estima Social	Positiva	Negativa
Normalidade ‘Quão frequente?’	sortudo, afortunado, encantado normal, natural, familiar tranquilo, estável, previsível na moda, de vanguarda famoso	azarado, infeliz, ‘sem graça’ esquisito, excêntrico errante, imprevisto antiquado, retrógrado obscuro, ‘sem classificação’

Capacidade ‘Quão capaz?’	poderoso, vigoroso, robusto sadio, saudável, capaz adulto, maduro, experiente gracioso, humorístico, cômico criterioso, inteligente, talentoso equilibrado, ajuizado experiente, inteligente letrado, educado, instruído competente, talentoso bem-sucedido, produtivo	débil, fraco, queixoso adoentado, doente, mutilado imaturo, infantil triste, melancólico, sombrio atrasado, estúpido, grosso neurótico, insano ingênuo, inexperiente, insensato mal-educado, ignorante incompetente, sem cultura mal-sucedido, improdutivo
Tenacidade ‘Quão dependente?’	corajoso, bravo, heróico cauteloso, cuidadoso, paciente perfeito, meticuloso incansável, perseverante confiante, dependente leal, fiel, constante flexível, adaptável, acomodável	tímido, covarde, medroso imprudente, impetuoso precipitado, indiferente fraco, distraído inseguro, independente desleal, inconstante teimoso, determinado

Quadro 3 – Possibilidades de julgamento por estima social
 Adaptado de Martin e White (2005, p. 53)

Nos exemplos (15), (16) e (17), encontramos julgamentos de estima social por normalidade, capacidade e tenacidade, respectivamente, os quais demonstram valores sociais, com vistas às relações cotidianas:

15	“Havia <u>calma em mim</u> , nunca baixou aquele desespero, mas eu sei que se eu tivesse tido um sonho, e ao acordar tivesse descoberto que fora apenas um sonho, mesmo assim, eu nunca mais seria a mesma pessoa. <u>Tamanho é o impacto</u> que qualquer um sentiria se estivesse no meu lugar.”	E#3
16	“As pessoas te olham como um <u> sinal da sua incompetência</u> , <u>incapaz de cuidar da sua saúde</u> e por isso você não merece a cura.”	E#7
17	“... <u>nunca perca a fé</u> . “A <u>fé ri das impossibilidades</u> .”	E#2

Em contrapartida, julgamento por sanção social relaciona-se a normas sociais e padrões estabelecidos. Normalmente, é fixado por legislação, preceitos morais e religiosos. Está intimamente associado às categorias de veracidade (o quão confiável alguém é) e de propriedade (o quão ético alguém é).

Conforme Cabral (2007, p. 61), baseada em Martin e White (2005), “a sanção social é mais codificada pela escrita, através de editais, decretos e leis sobre como se comportar segundo o controle da igreja e do Estado, ou seja, os valores da observância religiosa e os do dever civil”. A rede de julgamento se dá pelos valores relacionados à veracidade (“Quão honesto alguém é?”) e à propriedade (“Quão ético alguém é?”). A seguir, o Quadro 4 ilustra algumas ocorrências linguísticas que apontam para valores de julgamento de sanção social:

Sanção social	Positiva	Negativa
Veracidade ‘Quão honesto?’	Verdadeiro, honesto, confiável Franco, sincero, direto Discreto, diplomático	Desonesto, enganoso, mentiroso Enganoso, manipulativo, desviado Áspero, tagarela
Propriedade ‘Quão ético?’	Bom, moral ético Legal, íntegro, justo Sensível, amável, cuidadoso Altruísta, generoso, caridoso	Mau, imoral, diabólico Corrupto, desonesto, injusto Insensível, vil, cruel Interesseiro, voraz, avarento

Quadro 4 – Possibilidades de julgamento por sanção social
Adaptado de Martin e White, 2005, p. 53.

O excerto (18) apresenta um exemplo do subsistema de julgamento por sanção social de propriedade:

18	“... foi difícil <u>fazer valer a lei e receber os meus direitos!</u> Foi no site do Oncoguia que descobri argumentos que embasaram a minha discussão acerca de todos eles e <u>hoje estou particularmente “brigando” pelo direito de reconstituir a mama retirada.</u> ”	E#7
----	---	-----

Cabral (2007) observa que os quadros de exemplos de Martin e White (2005) em relação aos julgamentos de estima social e de sanção social consideram apenas

as ocorrências dessas categorias em forma de adjetivos. No entanto, em contextos concretos de uso existem outras possibilidades de realizações léxico-gramaticais que podem evidenciar julgamentos de ações e de comportamento de atores sociais, tanto na categoria de estima quanto de sanção social.

1.5.1.2 Afeto

O afeto é “um recurso semântico utilizado para realizar as emoções linguisticamente no discurso” (VIAN; SOUZA; ALMEIDA, 2011 p. 101). Ele está diretamente relacionado às emoções do autor do enunciado. Escolhas lexicais que se categorizam pelo subsistema do afeto costumam exteriorizar o quão emocionalmente um ator social está envolvido com a experiência que vivencia.

Podemos entender que a linguagem do afeto são respostas positivas ou negativas sobre os sentimentos do enunciador. Quando afirmamos isso, estamos considerando que culturalmente os sentimentos são dimensionados em positivos e negativos: os positivos são emoções agradáveis de serem experienciadas, enquanto os negativos são aqueles desgostosos de serem vividos. Além disso, o posicionamento atitudinal em relação ao subsistema de afeto pode ser dividido em autoral ou não-autoral. No primeiro, o falante/autor assume total responsabilidade sobre o enunciado, já no segundo caso, o falante/autor não assume responsabilidade direta sobre o posicionamento.

Conforme Halliday e Matthiessen (2004), as realizações léxico-gramaticais do Afeto podem ser qualidades (que descrevem ou atribuem qualidades aos participantes, assim como o modo dos processos), processos (mentais ou comportamentais) e Adjuntos de comentário (em contextos desiderativos), como acontece nos exemplos a seguir, retirados do *corpus* desta pesquisa.

Afeto como qualidade:

19	“Eu sou um <u>bobalhão, velho, chorão, emotivo.</u> ”	E# 3
----	---	------

20	“... eu fiquei <u>triste</u> com o cabelo!”	E# 1
----	---	------

21	“Perder o cabelo foi muito <u>difícil</u> , não me reconheço quando me olho no espelho”.	E#5
----	--	-----

Afeto como processo:

22	“... eu <u>confio</u> muito no meu médico...”	E#1
----	---	-----

23	“ <u>Chorei, chorei...</u> ”	E#5
----	------------------------------	-----

Afeto como Adjunto de comentário:

24	“ <u>Graças a Deus</u> , o tratamento está funcionando...”	E#1
----	--	-----

O afeto (Quadro 5) apresenta três campos semânticos, a saber: felicidade/infelicidade, segurança/insegurança, satisfação/insatisfação. A primeira variável cobre as emoções relacionadas à tristeza, à raiva e à felicidade. Conforme Vian; Souza; Almeida (2011, p. 105), “esses sentimentos abrangem as emoções, envolvendo formas de sentimento felizes ou tristes e a possibilidade de direcioná-los para o fenômeno de gostar ou não gostar”.

AFETO – IN/FELICIDADE		
IN/FELICIDADE	Onda (de comportamento)	Disposição
Infelicidade		
Tristeza (humor: ‘em mim’)	Chorar Pranto Gritar de dor	Desanimado (baixo) Tristeza (médio) Infelicidade (alto)
Antipatia (sentimento direcionado: ‘a você’)	Criticar Insultar Injuriar	Antipático Odioso Averso
Felicidade		

Alegria	Rir disfarçadamente Gargalhar Regozizar-se	Animado Alegre Jubilante
Afeição	Apertar as mãos Abraçar (aperto) Abraçar (envolver)	Gostar muito Amar Adorar

Quadro 5 – Possibilidades de afeto por in/felicidade
Adaptado de Martin e White (2005, p. 49)

Para exemplificar a subcategoria de felicidade, apresentamos o excerto (25) que aponta para a in/felicidade:

25	“Eu estava sozinha quando recebi a notícia. Foi <u>horrível</u> , <u>triste, foi doído demais!</u> ”	E#9
----	---	-----

Já a segunda classificação, a do afeto por segurança/insegurança (Quadro 6), está ligada a assuntos como o bem-estar social (confiança, ansiedade, medo), isto é, paz ou ansiedade em relação às situações sociais do contexto que nos rodeia.

AFETO – IN/SEGURANÇA		
IN/SEGURANÇA	Oscilação (de comportamento)	Disposição
Insegurança		
Inquietação	Impacientar-se Inquietar-se Trêmular	Desconfortável Ansioso Titubeado
Surpresa	Espantar-se Gritar de terror Desmaiar	Chocado Abalado Assustado
Segurança		
Segurança	Declarar Afirmar Anunciar	Estável Confiante Seguro
Confiança	Delegar Confiar Incumbir	Confortável com Confiante em/sobre Crente

Quadro 6 – Possibilidades do afeto por in/segurança
Adaptado de Martin e White (2005, p. 50).

O excerto (26) exemplifica o subsistema de afeto por insegurança:

26	“... Tinha <u>vontade de gritar e falar um palavrão</u> bem grande.” (E#5)
----	--

A satisfação/insatisfação (Quadro 7), por fim, relaciona-se aos sentimentos de tédio, desprazer, curiosidade. São sentimentos de frustração ou realização em relação às atividades em que estamos envolvidos e também em relação às pessoas que nos rodeiam (MARTIN; WHITE, 2005, p. 50).

AFETO – IN/SATISFAÇÃO		
IN/SATISFAÇÃO	Oscilação (de comportamento)	Disposição
Insatisfação		
Tédio	Remexer-se Bocejar Desligar-se	Monótono Sem graça Saturado
Desprazer	Advertir Repreender Castigar	Contrário, aborrecido com Bravo, enjoado de Furioso, de saco cheio de
Satisfação		
Interesse	Ser atencioso Estar ocupado Ser diligente	Envolvido Absorvido Profundamente interessado
Prazer	Dar batidinha nas costas Cumprimentar Recompensar	Satisfeito, impressionado Contente, encantado Satisfeito, entusiasmado

Quadro 7 – Possibilidades de afeto por In/satisfação
Adaptado de Martin e White (2005, p. 51).

O excerto (27) exemplifica o subsistema de afeto, apontando para o sentimento de desprazer e frustração:

27	“Fiquei <u>brava</u> o tempo todo que estava <u>sendo tratada para</u> <u>outra coisa...</u> ”	E#1
----	---	-----

1.5.1.3 Apreciação

A apreciação é a última categoria semântica da atitude. Ela pode ser entendida como um recurso que prioriza a avaliação dos produtos materiais, tais como obras de arte, livros, prédios, fenômenos da natureza, aparência física de uma pessoa. É a manifestação sobre como produtos e performances são valorados do ponto de vista da estética, da composição ou do valor. Ela se diferencia do julgamento à medida que apresenta uma avaliação positiva e negativa de objetos, de processos e do estado das coisas, não de pessoas e de comportamentos, no que tange à estética (MARTIN; WHITE, 2005).

Em geral, o termo apreciação pode abranger três categorias: reação (por que isso me chama atenção, por que me agrada?), composição (Eu gostei disso? Isso me agrada?) e valor (Isso tem valor? Isso valeu a pena?) (MARTIN; WHITE, 2005). O Quadro 8 aponta algumas realizações léxico-gramaticais do subsistema de apreciação a partir da reação, da composição e do valor.

	Positivo	Negativo
Reação-impacto Como isso chamou minha atenção?	Arrumado, cativante, atraente, emocionante, movimentado, animado, dramático, intenso, extraordinário, sensacional	Aborrecido, chato, tedioso, árido, ascético, indelicado, plano, previsível, monótono, caminhante
Reação-qualidade Eu gostei disso	Certo, bom, bem, adorável, bonito, esplêndido, atraente, encantador, bem-vindo, agradável	Ruim, asqueroso, desagradável, óbvio, feio, grotesco, repulsivo, revoltado, desconcertante
Composição- proporção	Equilibrado, harmonioso, unificado, simétrico, proporcional, consistente, considerável, lógico, bem feito	Desequilibrado, discordante, irregular, desigual, falho, contraditório, desorganizado, disforme, amorfo, destorcido
Composição- Complexidade Foi difícil conseguir?	Simples, puro, elegante, brilhante, preciso, rico, detalhado	Enfeitado, extravagante, misterioso, sem nitidez, óbvio, monolítico, simplista

<p style="text-align: center;">Valor Como isso tem valor? Vale a pena</p>	<p>Perspicaz, profundo, intenso, inovador, original, criativo, convincente/oportuno, aguardado, descoberto, inimitável, excepcional, único, autêntico, real, genuíno, valoroso, inestimável, vale a pena, apropriado, útil, afetivo</p>	<p>Superficial, reduzido, insignificante, derivado/secundário, convencional, prosaico, vencido, atrasado, inoportuno, vulgar, comum, desvalorizado, falso, caro, ineficaz, inútil, anulado</p>
--	---	--

Quadro 8 – Possibilidades de apreciação

Adaptado de Martin e White (2005, p. 56).

Os exemplos (28), (29) e (30), respectivamente, demonstram o subsistema de apreciação de reação-qualidade, de composição-complexidade e de valor, respectivamente:

28	“De repente eu saio de uma <u>loira charmosa</u> para um <u>careca horrível...</u> ”	E#5
----	--	-----

29	“Aqui no Oncoguia há artigos <u>interessantes...</u> ”	E#8
----	--	-----

30	“A medicina e todas as áreas da saúde estão em constante evolução e <u>aprimoramento</u> , garantindo cada vez mais a qualidade de vida.”	E#8
----	---	-----

1.6 Gradação e engajamento

O subsistema de gradação tem como propósito ajustar o grau da intensidade das avaliações de julgamento, afeto e apreciação no sistema de atitude e o ‘volume’ de recursos intersubjetivos presentes no sistema de engajamento (VIAN; SOUZA; ALMEIDA, 2011). Por isso, podemos entender que o sistema de atitude e de engajamento são domínios do sistema de gradação. A gradação é realizada por recursos léxico-gramaticais que estão, segundo a sistematização oferecida pelos

autores, apoiados em dois eixos: um de acordo com a intensidade ou quantidade (força) e outro de acordo com a prototypicalidade e a precisão (foco).

Conforme Souza (2010, p. 191),

a gradação pressupõe a existência de uma escala, ou contínuo, de intensidade virtual com valores que variam entre um pólo constituído de termos que expressam avaliações socialmente consideradas como menos intensas e um polo constituído de itens que indicam avaliações consideradas mais intensas.

A força e o foco, eixos que compõem a gradação, referem-se a categorias que indicam intensidade ou quantidade e se materializam linguisticamente por meio de itens lexicais que denotam intensificação (*muito, menos, bastante, pouco*, entre outros) ou que denotam quantificação (*poucos, vários, muitos, tantos*, etc.).

O subsistema de força apresenta duas subcategorias: a intensificação e a quantificação. A intensificação diz respeito à gradação de processos, qualidades e indicadores de modalidade, ao passo que a quantificação refere-se à gradação de entidades concretas ou abstratas. Por sua vez, a intensificação pode ser realizada por meio de diversos recursos léxico-gramaticais também chamados de estratégias de gradação como a fusão, o isolamento e a repetição. A seguir, o exemplo (31) aponta para a gradação de força por quantificação:

31	“Tive <u>poucos</u> efeitos colaterais, mas dentre estes posso dizer que as dores de cabeça foram as piores.”	E#2
----	---	-----

Em contrapartida, o foco diz respeito a categorias que não podemos graduar e se referem à classificação prototípica dos seres ou comportamentos. Instancia-se em termos de precisão, em que a participação em uma categoria é reforçada (“real”, “típico”), e em termos de mitigação (“um tipo de”, “uma espécie de”), em que a participação em uma categoria é abrandada. Nas avaliações em que a escala do foco se encontram no grau máximo, o efeito retórico indica o alto grau de investimento pela voz autoral na posição de valor (positivo ou negativo). Ao contrário, nas avaliações em que há uma atenuação do foco, quando o termo é negativo, o efeito indica um investimento menor do falante/escritor na posição de valor. No exemplo (32), encontramos a gradação de foco:

32	“... <u>linfoma</u> é um ‘cancerzinho’ que a gente cura com quimioterapia...”	(E#8)
----	---	-------

Em “cancerzinho”, o diminutivo abranda o conceito da doença que é estigmatizada, com *status* de entidade malévola e destrutiva. Tal recurso age assim como outros itens léxico-gramaticais da língua portuguesa: “dorzinha”, “frezinha”, “remedinho”, entre outros.

Na escala decrescente de qualidade podemos ter a pré-modificação de um adjetivo, por exemplo: *um pouco* miserável, *relativamente* miserável, *muito* miserável, *extremamente* miserável, em que os termos destacados indicam a intensidade da gradação e são chamados “intensificadores gramaticais” (VIAN; SOUZA; ALMEIDA, 2010, p. 195). Tais autores apresentam indicadores de modalidade que podem também ser passíveis de gradação por meio de recursos de isolamento, conforme mostra o Quadro 9.

	Probabilidade	Frequência	Obrigaçã	Inclinaçã
Alta	Certo	Sempre	Obrigatório	Determinado
Média	Provável	Geralmente	Esperado	Decidido
Baixa	Possível	Às vezes	Permitido	Disposto

Quadro 9 – Índices de modalizações

Fonte: Vian, Almeida e Souza (2010, p.197)

Por sua vez, o engajamento é calcado em elementos pelos quais a voz autoral se posiciona, de forma atitudinal, em relação aos discursos de outros atores sociais envolvidos na interação linguística. Em tese, conforme a abordagem de Martin e White (2005), qualquer enunciado apresenta avaliação, uma vez que não há exposição verbal, seja ela oral ou escrita, sem índices de valoração, mesmo que modestos. Para os autores e também para Gonçalves (2009), através da heteroglossia ou heterogeneidade constitutiva do círculo bakhtiniano pode-se avaliar em que medida falantes/escritores se engajam, demonstrando oposição, endosso ou neutralidade. Além disso, as noções que dizem respeito ao Círculo afirmam que toda a comunicação verbal é dialógica, posto que sempre se supõem as possíveis respostas dos falantes/ouvintes.

Martin e White (2005) referem-se ao ato de concordar/discordar em relação aos níveis de avaliação atitudinal e a convicções ou a suposições que os elementos linguísticos podem expressar. Nesse sentido, os autores acreditam que, ao produzir textos, o escritor não estaria somente emitindo sua opinião, mas também solicitando o apoio discursivo de outros sujeitos, os quais são convidados a compartilhar dos sentimentos, dos gostos ou das condutas por ele expressos. Nessa perspectiva, os recursos linguísticos podem ser empregados para alargar o diálogo com essas outras vozes ou para suprimir as possibilidades de opiniões. Essas categorias retóricas são compreendidas, respectivamente, como expansão e contração dialógica.

Conforme White (2004, p.194), “a diferença está no grau pelo qual um enunciado, por meio de uma ou mais palavras, levanta posições e vozes dialógicas alternativas (expansão dialógica), ou, ao contrário, age no sentido de desafiar, dispersar ou restringir o escopo dessas posições ou vozes (contração dialógica)”. Ao descrever de que modo os recursos linguísticos podem funcionar no estabelecimento de uma identidade, no que tange a um evento comunicativo, sabe-se que as avaliações positivas e negativas podem ser identificadas pelo contorno discursivo que o autor empresta a seu texto.

Para visualizarmos todos os sistemas trabalhados neste capítulo, a seguir, apresentamos a Figura 7 que traz um panorama das categorizações do Sistema de Avaliatividade para os subsistemas de atitude, engajamento e gradação. Além disso, também visualizamos os subgrupos que formam cada um desses subsistemas elencados.

No próximo capítulo, para fazer dialogar nosso trabalho com contextos sociais de grande relevância, trataremos da temática do câncer, levando em conta, sobretudo, o contexto de situação das pessoas que experienciam a doença.

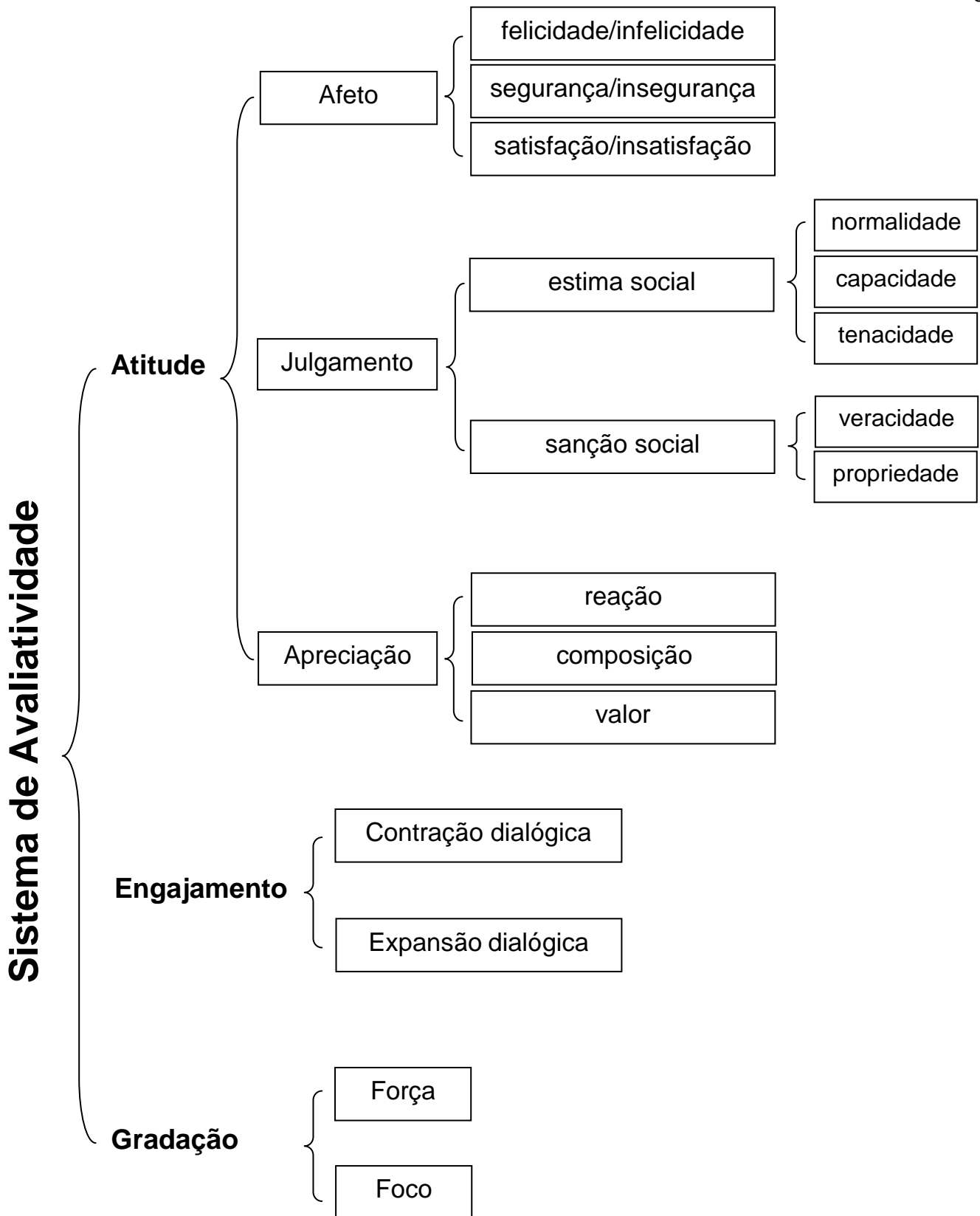


Figura 6 – Esquema dos sistemas e subsistemas de Avaliatividade
 Fonte: Elaborado pela autora.

CAPÍTULO 2 – CÂNCER E LINGUAGEM

Vai um conselho: sem brincar de Poliana, trate sua doença como uma amiga. Mais precisamente: como uma mestra que pode torná-lo mais sábio.

(ALVES, 2006)

2.1 Câncer e espaço social

É comum as pessoas conferirem ao câncer diversas conotações, a maioria delas associadas ao negativo e ao maligno. Em nossa sociedade, o câncer sempre foi vislumbrado como sinônimo de morte. Conforme estudos de Silva (2008), desde a antiguidade há registros sobre o câncer e tratamentos rudimentares para a doença. Os mais antigos escritos pertencem à literatura hindu, persa e também se encontram em sete papiros do Antigo Egito. Esses manuscritos relatam procedimentos sobre mastectomia e tratamentos à base de ervas e mel. Registros do século II da Era Cristã afirmam que, após diagnosticado o câncer, a medicina pouco podia interferir sobre a doença.

Devido à grande complexidade, o câncer passou a ser definido como a encarnação do mal absoluto. No século XVII, a doença foi considerada contagiosa e essa ideia perdurou muito tempo. Nas três primeiras décadas do século XX, a doença foi associada à falta de higiene do corpo. Somado a isso, também ligada à pobreza.

Nessa linha do tempo, apesar de muitas noções terem sido desfeitas pelos avanços das pesquisas médicas, ainda perduram, no século XXI, as representações associadas à destrutibilidade e aos efeitos devastadores (NUNES, 1980; TORRES, 1994; KLÜBER-ROSS, 1997; LIMA, 2003; MAIA, 2005; FERREIRA, DE CHICO; HAYASSHI, 2005; SILVA, 2008). É bem presente a noção do câncer relacionado ao óbito. Parece “não haver esperança de controlá-lo e, para a grande maioria das pessoas, câncer é sinônimo de morte” (SILVA, 2008, p.16).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, INCA, “câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos” (BRASIL, 2010). Conforme Brunner e Suddarth (2002), câncer é um “processo patológico pelo qual as células se proliferam de forma anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente que circunda a célula”. Essas concepções o configuram como uma doença complexa, pois um mesmo tipo de câncer pode evoluir de diferentes formas em cada organismo, aspecto que dificulta a cura e também o tratamento. Isso motiva o receio que muitas pessoas apresentam quando se fala da enfermidade.

A formação de tumores malignos se dá de forma rápida. O tumor cresce devido à divisão desordenada das células de determinada parte do corpo humano. Uma vez formado um tumor maligno, há um grande potencial de a doença se espalhar por outras regiões do corpo.

Conforme o INCA, o câncer pode estar ligado a um conjunto de fatores internos ou externos ou ainda estarem interligados. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou ao estilo de vida de uma comunidade. As causas internas são, em muitos casos, geneticamente predeterminadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas, sendo que a maioria das causas do câncer, cerca de 80%, está ligada a fatores externos.

De acordo com a AMUCC³, Associação Brasileira de Portadores de Câncer, por intervenções externas são considerados o ambiente, o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). Os especialistas, de fato, desconhecem o que leva muitas pessoas a apresentarem o crescimento desordenado de células, o que forma tumores. Isso é o que desencadeia uma ameaça para qualquer pessoa. Muitas vezes, o câncer é silencioso, o que dificulta as chances de cura. Nesse sentido, Torres (1994, p. 151) entende que “o câncer designa um grupo de doenças que parece vir de nenhum

³ A AMUCC surgiu no ano de 2000, intitulada de Associação Catarinense da Mulher Mastectomizada, com a organização de um grupo de mulheres, que em sua maioria tiveram o diagnóstico de câncer de mama. Na medida em que a Associação se tornou conhecida, portadores de outros cânceres passaram a usufruir dos benefícios oferecidos pela Entidade. Em 2004, sentiu-se a necessidade de se adequar ao novo Código Civil Brasileiro. Decorrente desta busca, optou-se pela mudança do nome para Associação Brasileira de Portadores de Câncer, mantendo a marca AMUCC, que já era de domínio público.

lugar, ataca sem avisar e pode potencialmente se localizar em qualquer lugar dentro do indivíduo”.

O primeiro Relatório Mundial sobre o Câncer, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, afirma que, todo ano, são diagnosticados 10 milhões de casos de câncer no mundo, e que seis milhões de pessoas morrem por complicações causadas pela doença. Esse mesmo estudo ainda prevê que, até 2020, a incidência anual será de 15 milhões. De acordo com Lima (2003), o câncer, contemporaneamente, é uma das doenças que mais causa medo. Isso pode ser explicado pela possibilidade de morte que representa, além do quadro doloroso que o tratamento pode causar.

2.2 Câncer e vivência da realidade

Nesta pesquisa, procuramos entender por que o câncer é visto de forma tão depreciativa e devastadora, já que não é uma doença incurável como a AIDS, por exemplo. O que leva uma pessoa que descobre portar essa doença a apresentar sentimentos de tristeza, angústia, depressão, desesperança e medo?

Quando se fala de câncer, logo é construída uma realidade obscura que remonta um hemisfério de dor, de tristeza e de morte. Sob essa avaliação, as pessoas, em trocas sociais, constituíram a imagem da doença, a qual ultrapassa décadas e continua sendo muito semelhante. Conforme Berger e Luckmann (2011), para entender a constituição de uma realidade social, devemos buscar as raízes no contexto em que ela ocorre, pois é nesse *locus* que os homens constroem suas relações e representações do mundo. Nesse sentido, os referidos autores asseguram:

Se quisermos entender a realidade da vida humana é preciso levar em conta seu caráter intrínseco antes de continuarmos com a realidade sociológica propriamente dita. A vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente (BERGER; LUCKMANN 2011, p. 35).

Ao longo do tempo, em contextos sociais variados e com a repetição de situações semelhantes, as pessoas perceberam que o câncer, em muitos casos em que ele se manifestava, causava sofrimentos físicos e morte. Essa percepção criou as significações do senso comum, que são disseminadas pela interação social, isto é, nas trocas simbólicas que acontecem entre as pessoas. Segundo Berger e Luckmann (2011, p. 38), “a linguagem usada na vida cotidiana fornece-me continuamente as necessárias objetivações e determinada ordem em que estas adquirem sentido e na qual a vida cotidiana ganha sentido para mim”. Essas produções de sentido pela linguagem acontecem em “um mundo de que participo juntamente com outros homens” (BERGER; LUCKMANN, 2011, p. 39).

Apesar da contribuição subjetiva da realidade social, é sabido que o câncer é uma doença bastante complexa, que não causa apenas danos físicos. Ao contrário do que podemos crer, muitos pacientes sofrem mais pelo desgaste emocional que pelas sensações físicas.

Está muito presente o hemisfério de sofrimento e de desespero quando se trata do câncer. Nunes (1980) enfatiza que o câncer representa uma tríplice aliança: dor física, mutilação e morte. Nessa mesma perspectiva, de acordo com Maia (2005, p. 15), “embora 50% dos casos de câncer sejam curáveis [...], ele ainda é percebido como uma doença que leva inexoravelmente à morte acompanhada de dor e sofrimento intoleráveis” Ainda conforme essa autora, há várias doenças graves que levam o paciente ao sofrimento, mas quando se trata do câncer, cria-se um hemisfério de destruição e terror para o paciente.

Desde o surgimento da doença, criou-se uma relação muito depreciativa para os efeitos que ela acarreta na vida do experienciador. Diante dessa visão, o homem não compreende com facilidade os motivos que o levaram a ser “o escolhido” para vivenciar dias de sofrimento e renúncia. Essa rejeição desafiadora acaba por retardar o tratamento, que, com frequência, não é aceito pelo paciente devido à sua resistência ao fato de estar com uma doença estigmatizada. Para Modena, Rezende e Schall (2011), reconhecer-se com câncer é muito relevante para que ações de saúde sejam desenvolvidas, uma vez que é necessário haver um encontro do sujeito que existia antes do câncer com esse novo *ser-no-mundo*, o ser que adoece.

Sob esse aspecto, Maia (2005) ressalta que é muito importante para o sujeito que descobre a doença se adaptar a esse novo momento, buscando compreender o

“estar com câncer”. É necessário que o paciente reaja e enfrente a doença para que o tratamento possa ser efetivado. Segundo a referida autora,

desde o momento em que uma pessoa supõe que pode ter câncer e faz o primeiro contato com o médico que fará a avaliação diagnóstica, detona-se em todo o sistema – paciente e família – um “alarme”, que desencadeia uma série de reações, em geral pessimistas: de pânico, desespero e caos. Essas reações se ampliam e se particularizam, à medida que o diagnóstico do câncer é confirmado e se torna necessário assimilar, processar, elaborar e finalmente compreender o que está acontecendo para que se possa fazer o enfrentamento necessário, ou seja, a adesão ao tratamento (MAIA, 2005, p. 5).

Para tanto, é preciso que o olhar do experienciador seja ampliado, buscando compreender a experiência e os sentidos atribuídos ao tratamento e à doença. Algumas questões relacionadas ao medo e à rejeição podem ser entendidas devido ao receio da morte. Maia (2005, p. 6) entende que “é tão arraigada a associação de morte ao diagnóstico de câncer que, mesmo continuando a viver, a marca da morte permanece para sempre nas pessoas que um dia se encontraram nessa situação”. Nesse sentido, é bem presente a noção do câncer relacionado ao óbito.

Estudos de Silva (2008) mostram que o câncer é encarado por grande parte dos pacientes como o atestado de óbito: “parece não haver esperança de controlá-lo e, para a grande maioria das pessoas, câncer é sinônimo de morte” (SILVA, p. 16, 2008). Diante disso, um sujeito com câncer vive dois dilemas: o tratamento da doença e o medo de morrer.

O ser humano, de uma maneira geral, não aceita a morte com naturalidade. Há um grande estranhamento ao pensar no morrer e na sua irreversibilidade. Desde a gênese, ou seja, origem e desenvolvimento dos seres humanos, a morte é considerada um aspecto de fascínio e, ao mesmo tempo, provoca muitos temores e angústias. Refletir sobre ela permite fazer relações com a ideia da finitude humana, trazendo às emoções o despertar de um descompasso existencial, à medida que nos deparamos com a certeza de que um dia a vida chegará ao fim.

A morte, entendida como fenômeno físico, foi estudada em toda a extensão que abarca tais mecanismos, entretanto permanece um mistério impenetrável quando direcionamos os fatos para a reflexão profundamente psíquica. A certeza humana da morte aciona uma série de mecanismos psicológicos, uma vez que o ser humano, em sua grande maioria, encontra dificuldades para lidar com a perspectiva

do fim. Em outras palavras, pensar na morte, sobretudo quando se trata da própria morte, desperta sentimentos de medo, de angústia, de defesa, entre outros.

Para Kübler-Ross (1997, p. 14), “é inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa vida na terra, e se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance”. Pensá-la como um fato da vida parece antagônico, todavia a ideia de diversos grupos humanos parece concordar que ela é um processo agente e transformador de toda natureza viva.

É possível dizer que a morte sempre será considerada como algo inexplicável, motivo de temor, de medo e de revolta. Ainda é muito difícil aceitá-la, pois não nos submetemos a nossa mortalidade. Em se tratando do câncer, pesquisas na área da saúde concordam que o mais assustador para um sujeito que experiencia o câncer é o medo da finitude da vida e não o câncer de uma maneira estanque e desvinculada. (SILVA, 2008; MAIA, 2005; FERREIRA, DE CHICO; HAYASSHI, 2005; LIMA, 2003; KLÜBER-ROSS, 1997; TORRES, 1994; NUNES, 1980). Perceber-se diante da morte pode parecer mais doloroso que possuir o câncer, apesar de sabermos o quanto essa doença amedronta o experienciador. Diante da possibilidade do morrer, as pessoas sentem impotência, raiva e tristeza.

Diante desses estudos, notamos que o câncer desencadeia a possibilidade da morte e, na verdade, o que as pessoas sentem é, principalmente, medo da morte e não propriamente do câncer. Nesse sentido, ao se descobrir diante dessa doença, os pacientes sentenciam-se, vivenciando muitas transformações sentimentais e afetivas. Desse modo, bem mais do que o simples aparecimento de uma doença grave, o câncer representa a reestruturação da vida. Diante dele, as incertezas quanto ao futuro e o medo da morte, além de transformações da aparência física causam variados níveis de estresse e de angústias, levando os doentes a uma situação física e psicológica de extremo desgaste.

De acordo com Ferreira, De Chico e Hayasshi (2005, p. 246),

o diagnóstico do câncer coloca em primeiro plano a vulnerabilidade do sujeito, trazendo à tona uma série de questões vitais sobre o significado da vida. Sendo assim, tanto o impacto do diagnóstico quanto o tratamento do câncer produzem severos traumatismos emocionais manifestados na forma de depressão, melancolia, solidão desesperança [...]. Basicamente, todos os pacientes com câncer sentem tristeza e pesar de forma periódica durante alguma fase de sua doença, seja no diagnóstico, durante o tratamento e/ou depois dele. A experiência revela que a princípio, quando se comunica ao paciente que ele tem câncer, a primeira reação emocional é de descrença, rejeição ou desespero.

Ainda é possível tratar da questão relacionada ao desapego. Esse sentimento é bastante presente para pessoas que se encontram diante da morte. Muitas delas sofrem em assimilar o seu desligamento do mundo material de forma tão brusca. Berger e Luckmann (2001, p. 38) explicam que essa transição causa um violento conflito psíquico: “tenho consciência de que o mundo consiste em múltiplas realidades. Quando passo de uma realidade para outra, experimento a transição como uma espécie de choque”. Em vista disso, a sensação de que não se viveu de forma intensa aciona mecanismos emocionais de rejeição a toda situação que traga a morte para perto (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010), pois

as pessoas trabalham, compram, buscam adquirir bens materiais. É nesta perspectiva capitalista que talvez a morte apresente a conotação de abismo, com sentimentos de angústia, culpa e raiva. Neste aspecto, a vida repleta de sentimentos e emoções, parece inacabada e superficial. (OLIVEIRA, QUINTANA; BERTOLINO, 2010, p. 5).

A vida, de uma maneira geral, apresenta-se como uma realidade cujo propósito da maioria das pessoas é continuar vivo. A apreensão que temos do mundo não é capaz de aceitar uma intervenção que escape daquilo que nossa consciência conhece e compreende. Tudo que se distancia da realidade se apresenta como um conflito (BERGER; LUCKMANN, 2011). Por esse olhar, a morte é uma etapa para a qual não emprestamos sentido por desconhecermos os mecanismos. Isso nos torna eternos inimigos.

Sob esse prisma, o câncer adquiriu uma espécie de “*status quo*”, tornando a avaliação dessa enfermidade muito negativa. Embora muitas pessoas contemporaneamente respondam muito bem às medicações e, após tratamento, tenham longevidade. Em parte, são essas avaliações sobre a doença que a tornam tão complexa, o que mobiliza uma gama de profissionais para os cuidados com os pacientes. Hoje em dia, psicólogos, psiquiatras e terapeutas são tão importantes para a recuperação do paciente quanto o médico oncologista. Essa constatação revela que, na realidade dos doentes de câncer, o medo da morte e os traumas psicológicos que vêm com a doença física interferem em todas as etapas do tratamento, o que resulta em sofrimento intenso.

2.3 Linguagem e sofrimento

Em se tratando do sofrimento e da dor, é relevante apontar as contribuições da Linguística Aplicada e, sobretudo, a preocupação dessa área em dialogar com outros contextos, especialmente, o da área médica. Ao investigar como a dor se realizava léxico-gramaticalmente através do modo como cada sujeito expressava essa experiência em textos falados e/ou escritos e, assim, apresenta avaliações sobre tal vivência, os trabalhos com essa temática também se propuseram a entender os conceitos subjetivos da dor. Nessa direção, o primeiro papel importante pertence a Halliday, com o texto *On The Grammar of Pain* (1998) que, no âmbito da Sistêmico-Funcional, investiga a léxico-gramaticalização da dor em inglês, além de se debruçar sobre os sentidos subjetivos desta experiência. Entre outros anseios, Halliday (1998) investiga como a dor se encaixa na configuração da experiência humana e, no nível da léxico-gramática, de que forma se dá a representação da dor no sistema de transitividade, em se tratando de um *corpus* em língua inglesa.

Em seu artigo, Halliday (1998) argumenta que o pronome “eu” como Tema em orações sobre dor (por exemplo, “[Eu] estou com dor de cabeça”) é mais natural (ou mais comum) que colocar em posição inicial a parte do corpo humano que sofre (por exemplo, “Minha cabeça dói”). Para o autor, há um sentido particular associado com a palavra em posição temática na oração: o elemento posto na posição inicial é construído pelo falante como o ponto de partida da mensagem. O falante geralmente se coloca em posição temática, porque “o que eu sinto ser a configuração dessa experiência desagradável não é da minha cabeça, é o meu eu, eu próprio, como um todo”. (HALLIDAY, 1998, p. 4).

Baseado no trabalho de Halliday (1998), Hori (2006), citado por Hirata (2011), analisa o mesmo tema em japonês e conclui que, nesta língua, muitas evidências listadas por Halliday como processos, realizam-se como epítetos. Hori também vê a “inalienabilidade” entre “uma dor” e seu falante, argumentando que “a dor é descrita inerentemente sob o ponto de vista do falante” (HORI, 2006, s. p.). Para este autor, “a complexidade gramatical da oração aumenta à medida que a inalienabilidade entre o sujeito e a dor diminui” (2006, s. p.).

A dor também se tornou interesse de pesquisa para Lascaratou (2007), estudiosa da linguagem que se debruçou sobre o uso da linguagem em conversas

em grego moderno entre médicos e pacientes. Essa autora identifica a estrutura léxico-gramatical da linguagem da dor e a sua representação em termos cognitivos. Lascaratou (2007) entende que a dor é um fenômeno humano universal, sendo uma de suas principais características o fato de ser subjetiva, isto é, a relação com a dor, de uma maneira particular, varia a forma de essa sensação ser sentida e entendida conforme as concepções do experienciador. Para reforçar esse conceito, Lascaratou (2007), retoma as conclusões da IASP, Associação para os Estudos da Dor (1979), que concebe a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real, sendo sempre um estado psicológico, mesmo que possa, na maioria das vezes, ter uma causa física.

Em seu trabalho, Lascaratou (2007) percebe que a estrutura linguística mais associada com intensa expressão direta da dor são verbos, especialmente intransitivos em 1ª pessoa (“Eu machuquei”) e em 3ª (“dói”). Os resultados apontam a existência de cinco construções verbais mais frequentes no *corpus*: verbos intransitivos pessoais (“Eu machuquei aqui”), intransitivos impessoais (“Dói aqui”), intransitivos com referência a parte do corpo (“Meu braço dói”), transitivos impessoais (“Ele está me machucando aqui”), transitivos cujo participante é uma parte do corpo (“Meu braço está me machucando”). No total da amostra, alguns nomes estão presentes e poucos adjetivos são empregados. Sussex (2009), ao analisar as investigações de Lascaratou, defende que a contribuição da autora é ancorar firmemente o domínio metafórico, léxico-gramatical e cognitivo como os principais vetores da linguagem da dor.

Reznikova, Osmolovskaya e Rakhilina (2008), em uma perspectiva tipológica, analisam verbos de dor em vinte línguas diferentes, a partir da Gramática das Construções. Seus trabalhos concluem que a maior parte desses verbos são tomados emprestados de outros campos semânticos e, ao serem transferidos, passam por um processo de metaforização, o que é universal. As autoras também percebem que o objetivo da metáfora não é o processo propriamente dito, mas o sentimento que aparece como resultado do processo. Reznikova, Osmolovskaya e Rakhilina (2008) identificam cinco grupos-zonas em que os verbos de dor se abrigam: queimar (*burning*), golpear, apunhalar (*stabbing*), bater, fazer palpitar (*throbbing*), doer (*aching*) e agulhar, cortar (*sharp*).

No Brasil, destacamos o trabalho de Pagano e Figueredo (2011) que ensaia uma descrição da gramática da dor física em português e em espanhol, visando

mapear os recursos léxico-gramaticais que cada sistema disponibiliza para que a experiência da dor seja construída pelos falantes. Os autores enfatizam que “de todos os domínios da experiência humana, a dor é certamente uma das vivências mais complexas e que mais temor suscita (PAGANO; FIGUEREDO, 2011, p. 380). Essa proposta de trabalho se apoia nas pesquisas de Halliday (1998) e Halliday, McIntosh e Strevens (1964) e visa descrever um percurso teórico-metodológico que tenha como ponto focal a gramaticalização da dor. Os resultados obtidos pelos autores indicam, entre outras constatações, a dor como participante em processos materiais e relacionais nas duas línguas.

Investigações sobre a dor e o sofrimento podem contribuir significativamente para o amparo e para a gestão de uma enfermidade grave, em que profissionais da saúde e paciente devem manter um diálogo que, ao contrário de elevar a dor, seja harmônico e confortante para o experienciador, e ainda mais, que forneça subsídios para a efetivação dos tratamentos, uma vez que o paciente precisa entender a vivência de descobrir-se doente para poder cuidar de forma adequada de seu corpo e de seu estado psicológico (MAIA, 2005; OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO; 2010; MODENA; REZENDE E SCHALL, 2011). A dor e o sofrimento, portanto, merecem atenção interdisciplinar, visto que estamos lidando com “uma área exclusivamente complexa da experiência humana, que é diferente de qualquer outra” (HALLIDAY, 1998, p.29).

2.4 Portal como recurso para a mitigação

Em uma época em que a tecnologia é um dos principais elementos responsáveis pelo compartilhamento de informação, a busca pelo conhecimento ganha espaço através das ferramentas tecnológicas. Nessa perspectiva, uma das características marcantes da busca de informações pelos meios virtuais é que eles permitem, em um curto espaço de tempo, alcançar o público desejado, independente de barreiras geográficas. Tais facilidades estimulam a participação do público alvo, seja no recebimento de um novo conhecimento ou no compartilhamento de um conhecimento gerado (SILVEIRA, 2007).

Conforme Carmo (2010, p. 16), “a mídia está cada vez mais presente na vida do homem moderno, e a circulação das informações projetadas pelos programas midiáticos é cada vez mais natural em sociedade”. Esse espaço coletivo que a mídia digital criou é capaz de mediar e estabelecer relações interativas entre usuários da rede e diversas temáticas complexas que são exploradas e discutidas.

Nesse sentido, Carmo (2010, p. 52) afirma que “a grande quantidade de informação que circula através de diferentes meios e fontes permite a constante realimentação do debate e a reinterpretação dos fatos e da realidade.” Sob esse olhar, podemos considerar de grande valia, para minimizar o silenciamento sobre assuntos complexos, como o câncer, os portais que tratam dessa temática, pois disponibilizam estratégias de interação e de compartilhamento de experiências entre os usuários.

Os portais são espaços midiáticos, disponibilizados em rede, “que se constituem basicamente em repositórios e distribuidores de diferentes informações para diversos grupos sociais” (OLIVEIRA, 2009, p. 1). Com essa mídia, os portadores de câncer, por exemplo, têm um espaço de domínio público para buscar informações e, sobretudo, verbalizar, na troca de experiência, etapas e sentimentos vivenciados.

De uma forma geral, um portal é uma mídia digital que disponibiliza informações e serviços. Um portal filtra a complexidade e a variedade da informação e serviços disponíveis ao utilizador através de uma interface única que é direcionada às necessidades e interesses desse utilizador. Além disso, fornecem uma resposta direta à grande variedade e complexidade do mundo on-line. Dias (2001) identifica duas formas para classificar os portais em relação ao contexto de sua utilização: público ou privado.

Os portais privados, também conhecidos como corporativos, destinam-se principalmente a consolidar uma ampla gama de informações de uma multiplicidade de origens em uma única tela. Os usuários dessas informações normalmente não publicam nesse tipo de portal; em vez disso, eles são os consumidores das informações preparadas e publicadas por outros. Por exemplo, um portal corporativo é aquele que fornece acesso ao seguinte:

- Anúncios de programas corporativos, eventos, relatórios trimestrais de rendimentos, e assim por diante;

- Relatórios que permitem aos usuários adquirir informações e/ou tomar decisões capitais relativas aos negócios;
- Notícias e previsão do tempo;
- Disponibilidade de *e-mail*, calendário, ferramentas de agendamento de reuniões e outras aplicações comerciais muito usadas;
- Acesso a portais menores criados e mantidos por departamentos independentes dentro da empresa.

Por sua vez, os portais públicos também conhecidos por portais de gerenciamento de conteúdo se destinam a melhorar o acesso e o compartilhamento de informações. Em um portal de gerenciamento de conteúdo, os recursos de publicação permitem que os usuários finais publiquem e compartilhem qualquer tipo de documento ou conteúdo da *web* com outros usuários. Os usuários de um portal de gerenciamento de conteúdo normalmente requerem serviços como:

- Recursos de disponibilização/reserva, de forma que os usuários não possam sobregravar as alterações uns dos outros;
- Controle de versões, de forma que versões sucessivas de um item em particular possam ser mantidas ou sobregravadas;
- Mecanismo de segurança, pelo qual o conteúdo possa ser protegido de visualização ou manipulação não autorizada;
- *Workflow*, que estabelece um processo através do qual um documento ou solicitação flui entre os usuários;
- Mecanismos organizacionais para criar uma estrutura de conteúdo que seja facilmente percorrida pelo usuário do portal.

Um portal que trabalha com o compartilhamento de informações é o Oncoguia. O portal Oncoguia é o principal veículo de comunicação do Instituto Oncoguia. A meta dessa mídia digital é disponibilizar informação útil, atualizada e de qualidade, voltada especialmente para a qualidade de vida do paciente com câncer. Contudo, ele não se restringe somente aos pacientes com câncer, pois também são disponibilizadas informações aos familiares e ao público em geral, a fim de auxiliar diversos tipos de públicos a se apropriar da rotina de viver com câncer. O portal Oncoguia é um suporte virtual que privilegia a disseminação de uma gama de gêneros. Por meio de artigos, dicas, orientações e relatos de experiências, cumpre

um papel de extrema relevância social, pois se utiliza de diversas formas de manifestações da linguagem para informar e discutir que é possível ter qualidade de vida durante o tratamento da doença.

Um dos propósitos desse portal é desmitificar a relação do câncer com sofrimento e óbito, isto é, apresenta informações sobre como cuidar da saúde e enfrentar o tratamento e o próprio câncer com mais naturalidade. O portal Oncoguia é definido como uma associação sem fins lucrativos, criado e idealizado com o objetivo de promover o acesso do cidadão à informação, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer. Essa mídia entende que a informação é capaz de promover a necessária mudança de postura com relação à forma como as pessoas cuidam da saúde, uma vez que é preciso se perceber como sujeito que necessita de cuidados, mesmo não estando doente. Esse é mais um dos pontos de abrangência do portal Oncoguia: informar para gerar uma postura responsável do sujeito com seu bem-estar.

Além disso, o portal abre espaço para que os pacientes possam verbalizar e trocar experiências, acreditando ser essa atitude de muita relevância para pessoas que experienciam o câncer. Nesse sentido, a política dessa mídia é, através troca da informação, promover o acolhimento do paciente com câncer, garantindo-lhe o direito à voz e à informação. É uma luta virtual por todos aqueles que resistem e lutam brava e diariamente contra o câncer. Diante desses compromissos assumidos, entendemos que o Portal Oncoguia é uma ferramenta midiática que fomenta a conscientização sobre o processo de alguém descobrir-se com câncer, visando a diminuir o preconceito e o estigma que a enfermidade carrega desde muito tempo.

CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A doença tem uma função iniciática: através dela se pode chegar a um maior conhecimento de nós mesmos. Doenças são sonhos sob forma de sofrimento físico. Assim, se você ficar amigo da doença, ela lhe dará lições gratuitas sobre como viver de maneira mais sábia.

(ALVES, 2006)

No presente capítulo, descrevemos os procedimentos analíticos desta pesquisa, que está dividida em três seções. Primeiramente, na seção 3.1, apresentaremos um apanhado contextual, bem como os critérios para a delimitação do universo de análise. Em seguida, na seção 3.2, descrevemos os critérios que nortearam a seleção do *corpus* e a referência aos textos que o compõem. Por fim, na seção 3.3, apresentamos os procedimentos adotados na coleta e análise dos dados.

3.1 Universo de análise

O universo de análise desta pesquisa atende à proposta de trabalho do Núcleo de Estudos em Língua Portuguesa (CABRAL, 2010), grupo coordenado pela orientadora desta pesquisa, que visa a reunir pesquisadores interessados em realizar trabalhos de descrição e análise da Língua Portuguesa em contextos específicos. Nessa perspectiva de trabalho, este estudo engaja-se à proposta, pois trabalha com o discurso de pessoas que experienciam o câncer.

Esta pesquisa desenvolveu-se também a partir do projeto de pesquisa Avaliatividade e Discurso (CABRAL, 2009), que se articula à linha de pesquisa "Linguagem no contexto social" e ao Grupo de Pesquisa "Linguagem como prática social". O objetivo central do projeto Avaliatividade e Discurso é investigar os sistemas de avaliatividade que se realizam nos gêneros argumentativos como o artigo de opinião, a carta do leitor e o editorial. Nesse sentido, agregamos este

trabalho aos objetivos do projeto e, em uma instância maior, à linha de pesquisa por trabalharmos com o gênero entrevista, que é disponibilizado por uma mídia digital, o portal Oncoguia.

O contexto de cultura (HALLIDAY; HASAN, 1989), retomado por Devitt (2004), é um sistema construído por uma situação do contexto, que compreende as variáveis campo, relações e modo, e que, neste trabalho, apresentam-se da seguinte forma:

Variáveis contextuais	Entrevistas analisadas
A natureza da prática social (Campo)	Refere-se à vivência de dez sujeitos que experienciam o câncer. Eles respondem a questões sobre o tratamento e sobre a vida. O objetivo do evento comunicativo é esclarecer aspectos sobre a doença, através do compartilhamento da experiência.
A natureza da relação entre participantes (Relações)	Participam das relações o Portal Oncoguia, representado pela psico-oncologista da instituição, pacientes, especialistas do câncer, leitores do portal, patrocinadores; nos papéis de agente encontram-se autor e leitor; distância social é máxima entre os participantes.
A natureza do modo do discurso (Modo)	O papel desempenhado pela linguagem é constitutivo; o compartilhamento do processo entre participantes é dialógico; o canal da mensagem é gráfico e o meio é escrito.

Quadro 10 – Descrição das variáveis contextuais da entrevista analisada

Fonte: Elaborado pela autora

O gênero em estudo é a entrevista. No contexto de coleta, a entrevista está abrigada no portal Oncoguia, no *link* “Espaço do Paciente - Aprendendo com Você”. Conforme informações coletadas na página desse suporte eletrônico, o Oncoguia se reconhece como uma associação sem fins lucrativos, criado e idealizado com o objetivo de promover o acesso do cidadão à informação sobre prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

Nesse contexto, o gênero entrevista corrobora a prática social que tem como propósito esclarecer, informar. Está empregado com aspecto humanístico de compartilhamento de experiências. Segundo Medina (2008, p. 8), a entrevista é forma de ação social que “age quebrando isolamentos grupais, individuais, sociais; pode também servir à pluralização das vozes e à distribuição democrática da informação”.

As entrevistas apresentam relatos que mostram, além da perspectiva atitudinal dos experienciadores, a linguagem sendo utilizada em contexto de situação em que os sujeitos estão lidando com emoções intensas por enfrentarem uma condição que, normalmente, causa muitas angústias e medos. Com vistas a essa situação, exploramos as entrevistas, as quais são estruturadas através do modelo clássico de perguntas e respostas. Nessa busca, focamos o olhar nas reações atitudinais do experienciador diante da doença, isto é, o que o depoente sente e julga e como usa a linguagem para construir avaliações implícitas e explícitas sobre a realidade de sofrimento em que se encontra.

Para realizar essa investigação, selecionamos, para esta pesquisa, cinco entrevistas respondidas por homens e cinco por mulheres. A faixa etária dos homens varia de 25 a 59 anos, sendo que um dos depoentes não informou a idade. No grupo feminino, todas as entrevistadas informaram a idade, sendo elas: 29, 31, 44, 49 e 51. Optamos por equalizar os sexos e as idades para que não houvesse discrepâncias no contexto de cultura, o que poderia mudar o perfil das respostas e prejudicar a análise dos dados.

Essas entrevistas estão disponibilizadas na página virtual do Oncoguia (www.oncoguia.com.br) e, conforme as informações dos responsáveis pelo portal, as quais recebemos por *e-mail*, as entrevistas são enviadas para os pacientes que fazem a solicitação do questionário, isto é, que espontaneamente desejam participar da troca de experiências. Todos os contatos, normalmente, são realizados via *e-mail* pessoal.

Para que a entrevista se efetive, há um roteiro padrão de perguntas, desenvolvido pela presidente e psico-oncologista do Instituto Oncoguia. De acordo com essa profissional, as perguntas propõem-se a contemplar toda a trajetória do paciente, desde o momento do diagnóstico até o encerramento do tratamento. As respostas dos pacientes sofrem pequenos ajustes somente no sentido de corrigir erros de língua portuguesa que, porventura, sejam cometidos pelos entrevistados.

A seguir, mostramos a página inicial do portal Oncoguia (Figura 8). Nela, encontramos todos os assuntos debatidos por essa associação.

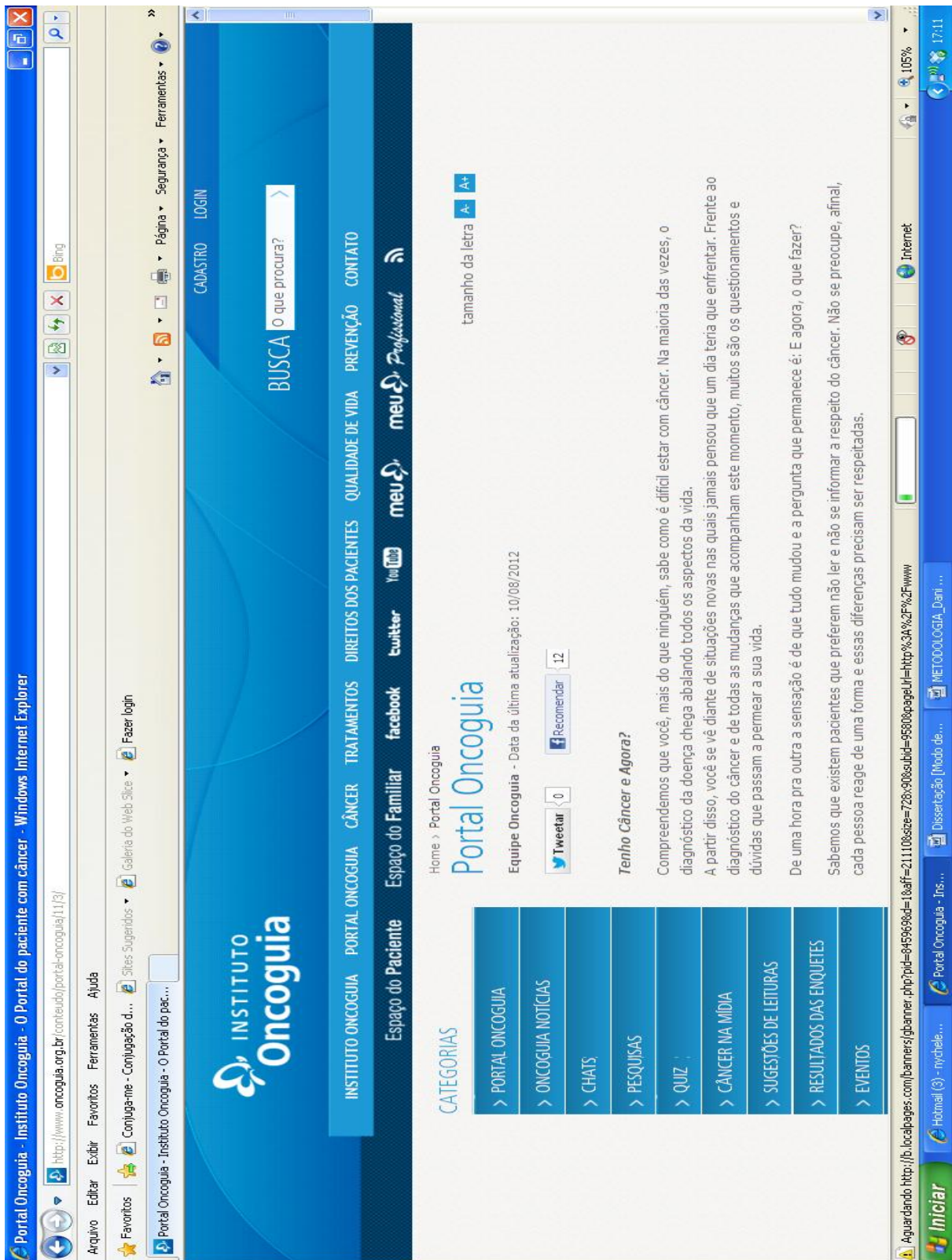


Figura 7 – Página inicial do Oncoguia
Fonte: www.oncoguia.com.br

O portal Oncoguia, através do link “Espaço do Paciente – Aprendendo com Você”, disponibiliza 102 entrevistas de pessoas que experienciam ou experienciaram os mais variados tipos de câncer (mama, boca, pulmão, intestino, ovário, pele, rim, estômago, laringe, linfoma Hodgkin, linfoma não Hodgkin, colorretal, cerebral, pâncreas, leucemia, útero, entre outros).

Na Figura 9, mostramos o *link* “Espaço do Paciente”. Nele, vamos encontrar outro *link*, “Aprendendo com Você”, que nos leva às entrevistas de análise. Observe os círculos:

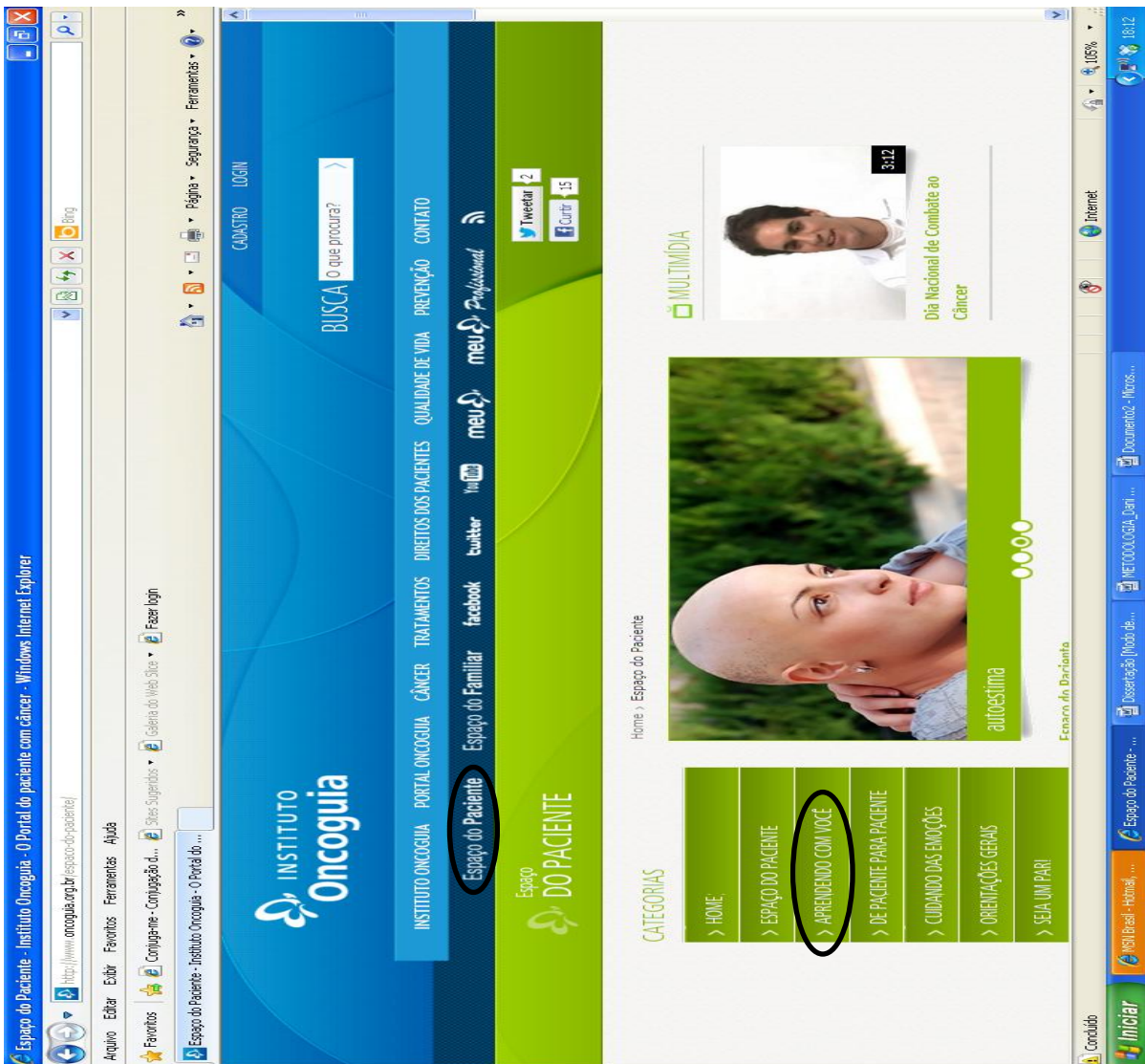


Figura 8 – Página que apresenta os *links* Espaço do Paciente – Aprendendo com Você.

Fonte: www.oncoguia.com.br

Após a delimitação do universo de análise, tendo como base os critérios apresentados, a etapa seguinte deteve-se na seleção do *corpus*, conforme relatado a seguir.

3.2 Seleção do *corpus*

Com vistas aos propósitos desta pesquisa e, sobretudo, aos critérios apresentados na seção 3.1, optamos por trabalhar com o discurso do sofrimento, direcionando para a temática do câncer. Escolhemos o Portal Oncoguia como fonte para elencar os textos de análise, porque disponibiliza informações atualizadas, relevantes e, principalmente, por apresentar um trabalho comprometido com o compartilhamento de informações, direcionando o foco para o aspecto humanístico e didático.

Nesse contexto, as entrevistas são mais que meras histórias pessoais; apresentam-se como fontes vivas de experiências, são relatadas por pessoas que vivenciam o câncer e enfrentam as etapas dessa situação. Todas as 102 entrevistas disponibilizadas pelo portal Oncoguia são elencadas pelo tipo específico de câncer e pelo nome do entrevistado. Esse sistema foi adotado, conforme informações presentes no portal, para facilitar e direcionar a busca dos leitores. Dessa forma, o acesso é mais rápido e de acordo com as necessidades e preferência de informação a que os usuários desejam ter acesso.

Nessa perspectiva, tendo em vista a relevância do assunto que investigamos e também a abordagem analítica desta pesquisa, a seleção dos textos obedeceu aos seguintes critérios:

- a) publicação de textos em Língua Portuguesa, uma vez que o projeto guarda-chuva Avaliatividade e Discurso (CABRAL, 2009) prevê a investigação do Sistema de Avaliatividade em textos produzidos nessa língua;
- b) disposição do conteúdo *online*, para que fosse facilitado o uso do programa Word Smith Tools (SCOTT, 2008) nos textos para posterior análise;

- c) seleção de entrevistas em que os sujeitos estivessem experienciando o câncer, considerando o fato de que há disponíveis no Portal Oncoguia depoimentos em que os entrevistados já acabaram o tratamento.

Com base nesses critérios e de acordo com as intenções avaliativas desta pesquisa, o item (c) é o nosso principal critério de seleção em relação aos discursos dos entrevistados (o paciente estar experienciando a doença) descartando-se aqueles que já haviam concluído o tratamento. A exigência pela coleta de entrevistas com pacientes que estivessem experienciando o câncer se justifica por estarmos trabalhando com a perspectiva teórica da Avaliatividade (MARTIN; WHITE, 2005), em que investigamos marcas atitudinais através de escolhas linguísticas que demonstram emoções, julgamentos e apreciações que traduzem o sofrimento dos pacientes. Nesse sentido, um sujeito que já experienciou o câncer apresentará marcas atitudinais provavelmente com menos envolvimento afetivo, uma vez que se encontra em uma situação mais segura e confortável, se comparado a um sujeito que esteja em fase de tratamento.

De acordo com esse e com os outros critérios abordados na seção 3.1, o *corpus* de análise foi selecionado. O discurso em estudo são 10 entrevistas (5 de homens e 5 de mulheres) coletadas do portal Oncoguia, do *link* “Espaço do Paciente - Aprendendo com Você”, no período de março a junho de 2012. A relação dos textos está disposta no Quadro 11, a seguir. Para identificação e posterior referência ao longo deste trabalho, esses discursos receberam um código composto pela letra “E” e o símbolo #, além da designação numérica. As entrevistas foram numeradas de 1 a 10, como no exemplo: E#1 (que significa entrevista 1).

Código	Referência do texto
Entrevista 1 - E#1	E#1
Entrevista 2 - E#2	E#2
Entrevista 3 - E#3	E#3
Entrevista 4 - E#4	E#4
Entrevista 5 - E#5	E#5
Entrevista 6 - E#6	E#6

Entrevista 7 - E#7	E#7
Entrevista 8 - E#8	E#8
Entrevista 9 - E#9	E#9
Entrevista 10 - E#10	E#10

Quadro 11 – Códigos de referência para os textos do *corpus*
 Fonte: Elaborado pela autora

Tendo em vista que nossa análise linguístico-semântica se dá na investigação dos discursos de sujeitos que experienciam o câncer, os quais são construídos por meio de uma entrevista, é relevante que apontemos as particularidades do roteiro que baliza esses textos. Nesse sentido, cabe ressaltar que os questionamentos que constroem os discursos dos entrevistados, como já mencionado neste capítulo, são elaborados por uma psico-oncologista que tem como propósito fazer um levantamento das etapas que um paciente vivencia, desde o recebimento do diagnóstico até o encerramento do período de tratamento.

Ao investigar cada uma das 10 entrevistas que constitui esse *corpus* de trabalho, descobrimos alguns fatores importantes sobre o roteiro das entrevistas. Uma das descobertas que fizemos é que os roteiros variam no número de questionamentos. A seguir, no Quadro 12, temos o número de perguntas de cada entrevista:

E#1	17 perguntas
E#2	13 perguntas
E#3	16 perguntas
E#4	21 perguntas
E#5	17 perguntas
E#6	21 perguntas
E#7	17 perguntas
E#8	14 perguntas
E#9	17 perguntas
E#10	15 perguntas

Quadro 12 – Número de perguntas das entrevistas
 Fonte: Elaborado pela autora

As perguntas contemplam as várias facetas da experiência de estar com câncer, o que empresta a esses discursos um alto teor avaliativo, uma vez que as perguntas levam o depoente a falar abertamente sobre seus julgamentos e sentimentos frente à situação dolorosa que vive. Esse roteiro, além de instigar o discurso desses pacientes, permite-nos investigar uma gama de possibilidades avaliativas e, a partir delas, delinear o discurso do sofrimento.

3.3 Procedimentos de análise dos resultados

Nesta pesquisa, procuramos entender como o câncer é vivenciado e enfrentado pelas pessoas que estão tendo essa experiência. Para isso, pretendemos identificar as avaliações que os doentes fazem acerca de seu estado físico e psicológico. Sabe-se que “essa doença” – assim denominada por muitos que não querem utilizar o nome da enfermidade - é tida como depreciativa e devastadora, já que geralmente leva à morte. Uma das principais consequências do diagnóstico é o surgimento de sentimentos de tristeza, angústia, depressão, desesperança e medo diante do desconhecido. Nossa investigação volta-se, então, para a busca do entendimento do que diz, sente ou pensa, acerca de seu corpo e de sua mente, quando se descobre portador de câncer.

Em relação à distinção semântica entre as palavras *dor* e *sofrimento*, os termos são estudados pelas ciências sociais e da saúde, em que a dor física (nocicepção) é tratada como uma questão biológica, ao passo que o sofrimento é entendido como uma sensação negativa mais abrangente, sendo uma decorrência da falta de compreensão do significado do fenômeno álgico. Desse modo, a dor é tratada como um fenômeno estritamente biológico, requerendo uma explicação física e existencial, enquanto o sofrimento é genérico, pois pode não ter uma explicação física e lógica, manifestando-se, essencialmente, na redução da qualidade de vida, como resposta negativa, induzida, entre outros fatores, pelo medo, ansiedade, estresse, perdas e outros estados psicológicos (DRUMMOND, 2011).

Pessini e Bertachini (2004, p. 21) afirmam que “nem sempre quem está sentindo dor está sofrendo”. Para eles, o sofrimento está ligado à diminuição da qualidade de vida que pode ocorrer por situações como “doenças sérias e

prolongadas, juntamente com a crise familiar, preocupações financeiras, premonições de morte”, entre outros fatores. Já a dor apresenta sinais físicos e “deve ser usada para a percepção de um estímulo doloroso na periferia ou no sistema nervoso central” (2004, p. 20).

Com vistas a essas definições, neste trabalho, nomeamos os depoimentos de pacientes que experienciam o câncer como o “discurso do sofrimento” por considerarmos que essa experiência, por ser tão devastadora, interfere não só no aspecto físico do experienciador, mas também no psicológico, sendo, portanto, uma visão estreita nomeá-lo apenas como “discurso da dor”. Compartilhamos da posição de McCarthy (2011, s. p.), para quem sofrer é um tema importante a ser examinado, já que, segundo ele, a natureza nos presenteou com a possibilidade de expressarmos nossa dor e sofrimento através da lamentação. Falar sobre o sofrimento físico e psicológico é uma forma de aliviar o isolamento que a dor provoca.

Tendo em vista essas considerações, a análise que propomos compreende procedimentos de cunho quantitativo e qualitativo, respectivamente, para 1) identificação e quantificação de ocorrências de avaliatividade e 2) interpretação e categorização das realizações avaliativas, bem como a verificação das escolhas linguísticas de um sujeito que experiencia o sofrimento. Para tanto, utilizamos como referencial teórico os estudos em Avaliatividade (MARTIN; WHITE, 2005), discutidos na revisão da literatura, no Capítulo 2 deste trabalho.

A coleta e análise dos dados compreenderam, inicialmente, a análise do texto, e, posteriormente, a do contexto. A análise textual compreende dois procedimentos: 1) o processamento dos dados através da utilização da ferramenta computacional para análise de *corpus* – *WordSmith Tools* 5.0 (SCOTT, 2008), e 2) quantificação, categorização e interpretação das ocorrências avaliativas no *corpus*.

As ferramentas de tratamento de dados textuais, oferecidas pelo programa *WordSmith*, possibilitaram-nos identificar os recursos léxico-gramaticais e semânticos com potencial avaliativo, de acordo com as categorias gramaticais e lexicais que reconhecidamente realizam avaliações em textos (MARTIN; WHITE, 2005). Esse processo envolveu três procedimentos, que são relatados a seguir.

- 1) Elaboração de uma lista de palavras, por meio do recurso *WordList* (SCOTT, 2008). Esse recurso técnico possibilitou-nos fazer um

levantamento, por ordem de frequência, de todas as palavras que constituem o *corpus*. Nesse momento da análise, foram identificados, considerando as 30 palavras mais recorrentes, os itens lexicais com potencial para realizar avaliações.

- 2) Categorização dos dados obtidos na etapa anterior em categorias semântico-discursivas e léxico-gramaticais, como nomes e respectivos pronomes, processos, e adjuntos.
- 3) Processamento, através da utilização da ferramenta *Concord* (SCOTT, 2008), dos itens selecionados na etapa anterior. Esse recurso possibilitou-nos encontrar exemplos de como são organizadas as ocorrências léxico-gramaticais nos textos.

Com esses procedimentos, delineamos os principais itens lexicais que um sujeito que vive uma situação dolorosa faz uso em seu discurso.

Na segunda etapa de análise dos textos, que previa a quantificação, categorização e interpretação das ocorrências avaliativas no *corpus*, foi realizado um mapeamento do subsistema de atitude nos textos, a partir da leitura individual da pesquisadora, tendo como parâmetro de identificação, os pressupostos teóricos propostos por Martin e White (2005). Ressaltamos que essa investigação incide em reações atitudinais do experienciador frente à doença, isto é, marcas discursivas em primeira pessoa que revelem emoções e comportamentos em relação a diagnóstico, estágios do tratamento, efeitos colaterais, relação com a família e com a equipe médica, busca de informação sobre a doença e vida e cotidiano do experienciador. Nossa opção pela primeira pessoa baseia-se em Halliday (1998), em cujo trabalho intitulado *On the Grammar of Pain* argumenta que a primeira pessoa, quando verbaliza sua dor, automaticamente se coloca como Tema de uma oração. Essa etapa consistiu em 4 procedimentos analíticos:

- 1) Identificação e categorização das avaliações de atitude conforme as subcategorias afeto, julgamento e apreciação.
- 2) Identificação e categorização das avaliações de afeto, com as subcategorias de felicidade/infelicidade, segurança/insegurança, satisfação/insatisfação.
- 3) Identificação e categorização das avaliações julgamento, com as subcategorias de estima social e sanção social.

- 4) Identificação e categorização das avaliações de apreciação, com base nas subcategorias de reação, composição e valoração.
- 5) Elaboração de um quadro com a quantificação de todas as ocorrências de avaliação e das subcategorias avaliativas presentes no *corpus*. A partir dos resultados dos procedimentos iniciados no item 2 desta etapa, foi-nos possível quantificar o subsistema mais expressivo nos textos.

No momento seguinte, partindo de uma análise semântico-interpretativa, foram identificados os valores relevantes privilegiados nos textos do *corpus*, ou seja, a quais elementos as avaliações são frequentemente dirigidas. Esse dado norteou a elaboração do resultado da última etapa da análise.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

A doença é a possibilidade da perda, uma emissária da morte. Sob o seu toque, tudo fica fluido, evanescente, efêmero. As pessoas amadas, os filhos – todos ganham a beleza iridescente das bolhas de sabão. Os sentidos, atingidos pela possibilidade da perda, acordam da sua letargia. Os objetos banais, ignorados, ficam repentinamente luminosos. Se soubéssemos que vamos ficar cegos, que cenários veríamos num simples grão de areia!(...) A saúde emburrece os sentidos. A doença faz os sentidos ressuscitarem.

(ALVES, 2006)

4.1 Roteiro de perguntas e participantes da entrevista

As análises desenvolvidas nesta seção procedem do roteiro de entrevista e dos discursos dos sujeitos entrevistados ao serem questionados sobre etapas da vivência ao se descobrirem com câncer. Como já esclarecido na seção de Considerações Metodológicas, as perguntas foram elaboradas pela psico-oncologista do Instituto Oncoguia e têm por objetivo revelar as experiências do paciente com câncer em etapas, a partir do diagnóstico da doença. Na troca de experiências participam pacientes, familiares de pacientes, especialistas em câncer, leitores do portal e interessados no assunto. Nessa situação dialógica, a linguagem verbal escrita apresenta papel constitutivo na troca de informações, estabelecendo um processo de compartilhamento de experiências através de um suporte virtual, o portal Oncoguia.

O gênero discursivo que instancia os discursos dos depoentes classifica-se como secundário ou complexo que, conforme Bakhtin (2010), são gêneros que incorporam e reelaboram os primários, ligados à oralidade, para que sejam utilizados em circunstâncias de comunicação cultural mais complexas. É o caso do gênero entrevista, que foi reelaborado para atuar socialmente (DEVITT, 2004; MILLER, 2009) pelo meio escrito, distanciando-se das práticas orais e cumprindo funções sociais pelo canal gráfico. Os textos analisados são estruturados em entrevistas, um

gênero polissêmico e multifuncional, no modelo pergunta-e-resposta (LAGE, 2008; SILVA, 2009). Nesse contexto de uso, a entrevista atua com aspecto humanístico, cumprindo a função social de compartilhamento de experiências (CAPUTO, 2006; MEDINA, 2008; SILVA 2009). Além disso, tal gênero permite que o pesquisador se aproxime de uma realidade, utilizando para isso perguntas dirigidas a um ou mais indivíduos (CAPUTO, 2006). Também é uma forma de ação social que “age quebrando isolamentos grupais, individuais e sociais, podendo servir inclusive à pluralização das vozes” (MEDINA, 2008, p. 8). Com essa estratégia discursiva, o portal Oncoguia coleta os depoimentos desses experienciadores: são questionamentos elaborados, tendo em vista as etapas da experiência, desde o descobrimento até a vida pós-câncer, direcionados para diversas pessoas com vivências distintas.

Partindo para o teor valorativo e analítico do gênero entrevista, de acordo com os estudos teóricos apresentados por Lage (2008), Silva (2009) e Medina (2008), os quais foram apresentados ao longo da Revisão Bibliográfica desta pesquisa, classificamos as entrevistas do *corpus* de análise como Testemunhais (LAGE, 2008; SILVA, 2009) tendo em vista o caráter pessoal e não especializado desses textos. Nesse sentido, podemos nos embasar no contexto em que os discursos se inserem, tendo como entrevistados pessoas comuns, sem especialização na área que falam, apresentando a experiência empírica como forma de conhecimento a ser compartilhado. Não podemos nos esquecer da temática da entrevista, em que é trazido um assunto de interesse atual e coletivo: o câncer.

33	<p>“Tento conviver com a certeza de que estou morrendo, mas <u>estou lutando</u>. Há um monte de quimioterapia a ser feita (<u>fiz apenas a primeira sessão internado num hospital por 3 dias</u>) e <u>daqui a mais 3 dias recomeço a segunda sessão</u> e eu <u>vou à luta ...</u>”</p>	E#3
----	---	-----

Uma das políticas do Oncoguia (www.oncoguia.com.br) é que os pacientes consigam falar sobre a doença de uma maneira espontânea e natural, tornando a informação uma aliada nessa experiência. Por isso, além de abordar temas como direitos do paciente com câncer, qualidade de vida, prevenção e tratamentos, o Oncoguia disponibiliza o “Espaço do Paciente”. Dele, servimo-nos de relatos dos

pacientes que desejam tornar suas experiências um discurso público da vivência e do enfrentamento contra o câncer.

No “Espaço do Paciente – Aprendendo com Você” – um dos *links* do Oncoguia, o qual fomenta a troca de experiências e o diálogo sobre o câncer, há um espaço que privilegia o falar sobre a enfermidade, enfocando os aspectos difíceis, os medos, as angústias e também as lições positivas que ela traz para a vida do experienciador. O Oncoguia disponibiliza em torno de 102 histórias reais que serviram de estímulo para outros pacientes que recebem o diagnóstico do câncer e que serão amparados por saberem que não estão sozinhos nessa luta.

De posse do roteiro das entrevistas, constatamos que algumas delas apresentam um número menor de perguntas que outras. Isso acontece porque alguns questionamentos aparecem condensados, havendo até quatro interrogações em uma mesma pergunta. No entanto, todos os roteiros permitem ao entrevistado falar sobre os mesmos aspectos dessa experiência. A entrevista E#2, por exemplo, apresentou apenas 13 questionamentos, sendo o menor roteiro do *corpus*. Mas, é possível observar que, na pergunta de número 12, há 4 questionamentos condensados que permitem o detalhamento sobre os aspectos contemplados.

O Quadro 13 apresenta a organização do roteiro da entrevista E#2:

E#2	1. Você poderia se apresentar?
E#2	2. Como foi que você descobriu que estava com câncer?
E#2	3. Como você ficou quando recebeu o diagnóstico? O que sentiu? Qual era a sua maior preocupação?
E#2	4. O que aconteceu depois disso? Você já começou o tratamento?
E#2	5. Em sua opinião, qual é o tratamento mais difícil? Por quê?
E#2	6. Você teve efeitos colaterais? Qual o pior?
E#2	7. Como foi a relação com o seu médico?
E#2	8. Com que outro profissional você se relacionou? Você fez acompanhamento psicológico? E com nutricionista?
E#2	9. Você está em tratamento ou já finalizou?
E#2	10. Como está a sua vida hoje?
E#2	11. Que orientações você daria para alguém que está recebendo o diagnóstico de câncer hoje?
E#2	12. Mais alguma coisa? Qual a importância da informação durante o tratamento de um câncer? Você buscou se informar? De que maneira?
E#2	13. Como você conheceu o Oncoguia? Você tem alguma sugestão

	a nos dar?
--	------------

Quadro 13 – Roteiro da entrevista E#2

Fonte: Adaptado do portal Oncoguia, Espaço do Paciente

Em contrapartida, as entrevistas com maior número de perguntas individuais são a E#4 e a E#6 todas elas apresentando 21 questionamentos. É interessante observar que, nos roteiros de entrevistas, algumas perguntas são indutivas, isto é, pressupõem as respostas dos entrevistados. Com vistas a isso, destacamos algumas delas que apresentam essa característica: “Qual era a sua maior preocupação?; O que você sentiu?; Qual foi o tratamento mais difícil?”, entre outras. Esses questionamentos, ao iniciarem com o pronome interrogativo “qual/o que”, perguntas do tipo QU (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004), sugerem que tenha havido uma preocupação, uma mudança ou um sentimento, que pode não ter se efetivado, mas que é suscitado. Tal escolha linguística pode direcionar o conteúdo relatado de algumas respostas. Nesse contexto, o questionamento deixaria de ser indutivo se usasse a construção: “Você teve grandes preocupações? Você sentiu alguma coisa? Algum tratamento difícil?” Tal elaboração não pressupõe uma ação anterior, o que permite que o entrevistado seja mais autônomo no seu discurso.

Apesar das possíveis inferências encontradas em algumas das perguntas, o roteiro das entrevistas cumpre o propósito de conduzir os depoimentos e se revela como uma estratégia interrogativa, para controlar, prolongar e trazer ao discurso situações contextuais relevantes da experiência do câncer. Ressaltamos também que, por meio desse roteiro e dessa estratégia de diálogo, o portal Oncoguia cumpre uma de suas missões: o compartilhamento de experiências.

Depois de analisarmos a estrutura composicional de todas as entrevistas (BAKHTIN, 2010, MEURER, 2002), podemos apresentar 5 fases que se distribuem, no total, em 12 subtemas abordados pelas questões. São eles:

1	Conhecendo o paciente	reação inicial da paciente frente ao câncer
		reações pós-diagnóstico
2	Conhecendo a doença	estágios do tratamento e estado atual
		fases difíceis do tratamento
		efeitos colaterais das terapias
3	Compartilhando com a equipe multiprofissional	relação com os médicos
		acompanhamento multiprofissional

		maior dificuldade do tratamento
		ajuda mais importante
4	Apresentando o estado atual	vida atual
5	Compartilhando com os outros pacientes	orientação a outros pacientes
		importância e busca da informação

Quadro 14 – Fases e subtemas das entrevistas

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Portal Oncoguia

As entrevistas são organizadas pela psico-oncologista de modo a cumprir etapas, a que chamamos de fases: inicialmente é feita a apresentação do paciente aos leitores e lhe é solicitado falar sobre o diagnóstico e as reações iniciais. Logo após, o paciente relata sobre etapas e procedimentos de tratamento, enfatizando as reações físicas e psicológicas. Em seguida, o relato versa sobre a interação do paciente com a equipe médica, sobre a visita a outros profissionais e situações difíceis do tratamento. Depois disso, a entrevista busca conhecer a rotina atual do paciente, tratando das relações cotidianas no convívio com a enfermidade. Por fim, os relatos apresentam conselhos e dicas a outros pacientes e internautas do portal, além de enfatizar a relevância de buscar informação.

Todos os 12 subtemas mencionados são possíveis de serem presenciados em todas as entrevistas, tendo em vista que as perguntas são muito semelhantes, quando não, iguais. Nesse sentido, podemos afirmar que o propósito de compartilhar experiências é cumprido, apresentando-se, em todas as entrevistas, um rico detalhamento das vivências individuais.

Isso posto, entendemos que a troca de experiências proporcionada pelo Oncoguia servem de exemplo e de motivação para quem tem o câncer diagnosticado e enfrenta os primeiros momentos dessa fase da vida. Ao oferecer a leitura de discursos alheios, o Portal passa a exercer uma função pedagógica – a de compartilhar experiências e aliviar o sofrimento das pessoas com câncer.

4.2 Avaliações dos entrevistados

A atitude, foco desta análise, é um dos três campos do Sistema de Avaliatividade (MARTIN E WHITE, 2005). Está subdividido em três subsistemas que se referem às expressões das emoções, dos julgamentos de comportamento e da avaliação de artefatos humanos utilizada pelos falantes para construir experiências no mundo. Esse sistema mapeia os recursos linguísticos que os usuários da linguagem se valem para se expressar, negociar e naturalizar posições intersubjetivas e, em última instância, ideológicas. Neste trabalho, por investigarmos discursos testemunhais (LAGE, 2008; SILVA, 2009) sobre uma experiência particular, a de estar com câncer, o Sistema de Avaliatividade nos fornece um conjunto de recursos para valorar a linguagem manifesta nas entrevistas e configurar como se realiza o discurso do sofrimento causado pelo câncer.

Como indicamos na metodologia, um dos passos de análise foi submeter o total do *corpus* ao programa *WordSmith Tools 5.0*, que apontou os seguintes resultados:

Dados do <i>corpus</i>	
Total de textos	10
Total de palavras (<i>tokens</i> .)	9.847
Total de palavras diferentes (<i>types</i>)	2.131
TTR (<i>type/token/ratio</i>)	21,70

Quadro 15 - Percentuais das *WordList*

Fonte: Elaborado pela autora

Como se pode perceber, as 9.847 palavras que constituem o *corpus* são bastante repetidas nos dez textos. A razão palavra/palavra diferente é de 21,70 o que representa uma média muito alta das repetições empregadas pelos entrevistados. Tal constatação nos aponta para o emprego de um discurso bastante semelhante, quer pelos entrevistadores, quer pelos entrevistados. Um possível motivo é a semelhança/recorrência entre as perguntas elaboradas para a entrevista, as quais, como vimos na seção anterior, seguem um roteiro preestabelecido.

Uma breve consulta à *WordList* aponta para algumas particularidades do *corpus*, o que pode ser observado na Figura 10.

N	Word	Freq.	%	Texts	% Lemmas	Set
1	QUE	370	3.72	1	100.00	
2	E	337	3.39	1	100.00	
3	DE	329	3.31	1	100.00	
4	O	301	3.02	1	100.00	
5	A	289	2.90	1	100.00	
6	VOCÊ	134	1.35	1	100.00	
7	COM	132	1.33	1	100.00	
8	É	120	1.21	1	100.00	
9	EM	119	1.20	1	100.00	
10	#	107	1.07	1	100.00	
11	NÃO	104	1.04	1	100.00	
12	EU	102	1.02	1	100.00	
13	PARA	101	1.01	1	100.00	
14	UM	101	1.01	1	100.00	
15	DO	94	0.94	1	100.00	
16	COMO	91	0.91	1	100.00	
17	NO	89	0.89	1	100.00	
18	ME	86	0.86	1	100.00	
19	DA	82	0.82	1	100.00	
20	TRATAMENTO	82	0.82	1	100.00	
21	UMA	75	0.75	1	100.00	
22	MEU	74	0.74	1	100.00	
23	FOI	72	0.72	1	100.00	
24	POR	71	0.71	1	100.00	
25	MAIS	70	0.70	1	100.00	
26	SE	63	0.63	1	100.00	
27	MAS	61	0.61	1	100.00	
28	MINHA	56	0.56	1	100.00	
29	MUITO	56	0.56	1	100.00	

Figura 9 – *PrintScreen* do início da *WordList* do *corpus*

Fonte: Elaborado pela autora

O processo relacional “ser” – na forma “é” ocorre em oitavo lugar no *corpus*, precedido somente por artigos, preposições, a conjunção/pronome relativo (que) e o pronome você (empregado frequentemente nas perguntas). Como os processos relacionais são aqueles que têm como característica principal o fato de relacionar duas entidades, com vistas à identificação, à descrição ou à classificação, serviu como indicador de avaliações de primeira grandeza, operando as realizações léxico-gramaticais em todas as entrevistas. Como o câncer é um momento de descoberta, de assimilação e de novos conhecimentos acerca da doença, do tratamento e de aspectos relacionados à própria vida do experienciador, o processo relacional se mostra recorrente, com 192 ocorrências – 120 com “é” e 72 com “foi”.

34	“... a vida é feita de momentos e este <u>é</u> só mais um.”	E#7
35	“Embora eu tivesse apoio de tantas pessoas queridas, <u>foi</u> muito sofrido e por mais de uma vez eu pensei que fosse morrer naquela UTI.”	E# 9

Por sua vez, o pronome pessoal “eu” é uma realização léxico-gramatical que também acontece nos textos (102 vezes), indicando o experienciador da doença como o ponto de partida de seus testemunhos. Esse achado corrobora o posicionamento de Halliday (1998), para quem a dor (no nosso caso, o sofrimento) é uma experiência subjetiva que envolve todo o ser, não apenas a porção doente do corpo. Também destacamos as variações pronominais “meu”, “minha” e “me”, que evocam a primeira pessoa do discurso. Esses elementos apontam para o fato de estarmos lidando com discursos testemunhais, isto é, acontecimentos reais e particulares que são contados pelo próprio experienciador, daí a marca em primeira pessoa.

A seguir, apresentamos exemplos com os quatro itens lexicais que apareceram nos textos e que apontam para situações individuais da experiência. Nessa perspectiva, o excerto (36) aponta para uma iniciativa do experienciador, que demonstra a relevância de estar bem informado e também o cuidado em selecionar informações confiáveis.

36	“ <u>Eu</u> busco constantemente informação da mídia e de fontes seguras na internet”.	E#2
----	--	-----

O fragmento (37) apresenta uma grande intensidade afetiva, a qual demonstra, de forma implícita, uma sensação de despedida da vida.

37	“... resta- <u>me</u> , com todas as forças que <u>eu</u> ainda tenho, dizer-lhes, muito obrigado, do fundo da <u>minha</u> alma”.	E#3
----	--	-----

Em contrapartida, o fragmento (38) demonstra sentimento de vitória, uma vez que o entrevistado acredita ter superado a pior fase da doença.

38	“Hoje <u>eu</u> consegui superar a pior fase, com a ajuda de <u>minha</u> família (<u>minha</u> esposa e <u>meu</u> filho, que tem 18 anos). Ainda estou em tratamento como <u>eu</u> disse...”	E#10
----	--	------

Além desses, o exemplo (39) traz a marca pessoal de primeira pessoa ao abordar a descoberta da doença, em que se afirma tal fato pela percepção da presença de linfomas no pescoço.

39	“Descobri o linfoma devido a gânglios que surgiram no <u>meu</u> pescoço...”	E#8
----	--	-----

Outro elemento linguístico que se destaca no texto é o adjunto “não” que aponta para um discurso com polaridade negativa. Essa particularidade se dá pela perspectiva temática da pesquisa que trata de um assunto complexo e estigmatizado, o câncer. Nesse contexto, é comum haver situações em que há negação, sobretudo na descoberta da doença, em que o experienciador manifesta reações de incertezas e descrédito em relação à sua vida e também aos efeitos do câncer na rotina e na saúde do paciente. Nesse contexto, o exemplo (40) é uma reação típica de quem descobre o câncer: descrença de que tal situação é verdadeira. Há, portanto, a negação da experiência que se começa a vivenciar intensamente a partir da confirmação das suspeitas.

40	“Como eu já tinha descartado o diagnóstico de linfoma uma vez, eu pensei: “ <u>Não</u> acredito!”	E#1
----	---	-----

Já o excerto (41) enfoca o desenrolar da experiência de conviver com o câncer. Nesse caso, há as reações físicas de estar doente, que se manifestam independente da doença.

41	“ <u>Não</u> tenho mais a mesma disposição de antes”.	E#4
----	---	-----

Além desse item lexical, outro que teve expressiva recorrência neste *corpus* foi a conjunção “mas”, a qual indica uma contraposição entre situações. A seguir, apresentamos exemplos em que ocorrem essa marca discursiva em passagens dos textos analisados.

No fragmento (42), fica evidente a contraposição de situações, em que se apresenta a afirmação e, em seguida, a contraposição, a qual indica uma ação negativa “mas não adiantava”.

42	“... me deixava enjoada, intestino preso (quase morria, fazia um coquetel de mamão, farinha de linhaça, ameixa e suco de laranja e tomava em jejum, <u>mas</u> não adiantava)”.	E#5
----	---	-----

No exemplo (43), acontece a mesma estrutura; entretanto, neste exemplo, há a intensificação do efeito negativo pelo item lexical “piores”, o qual indica que houve uma escala de sofrimento:

43	“Tive poucos efeitos colaterais, <u>mas</u> dentre estes posso dizer que as dores de cabeça foram as piores”.	E#2
----	---	-----

Outra recorrência lexical no texto são os adjuntos que emprestam ao texto intensidade e quantificação (“mais”, “muito/a/s” e “sempre”, por exemplo). Podemos dizer que atitudes são graduáveis. Isso significa que expressamos, pelas escolhas que fazemos no paradigma linguístico, o quão fortemente sentimos sobre alguma

coisa ou algo. Nessa perspectiva, os elementos lexicais permitem-nos enfatizar ou reduzir a força das avaliações.

Desse modo, a análise dos textos em estudo, referente aos recursos de intensificação, assegura que, considerando uma escala que transita entre os valores de mais para menos, os depoentes intensificam com força máxima a experiência do câncer. Esse resultado permite-nos entender que, ao relatar e avaliar a experiência da doença, o entrevistado eleva seu sofrimento e seu envolvimento a uma escala de um alto grau de complexidade diante da experiência. Essa projeção do sujeito revela valores que podem se referir ao esforço e à energia despendida para vivenciar situações que, em geral, são conflituosas e tensas. O potencial das escolhas, mais uma vez, aponta para as emoções que demonstram o temor do experienciador diante da experiência que lhe causa medo das transformações e o torna vulnerável, pois os discursos desses sujeitos apresentam o câncer como perturbador e desgastante.

A seguir, os exemplos (44), (45) e (46) demonstram a realização das ocorrências de “mais”, “muito” e “sempre”.

44	“Sem sombra de dúvida a quimioterapia, pois as 4 seções que fiz me abalaram fisicamente <u>muito mais</u> que a radioterapia...”	E#6
45	“... foi <u>muito</u> sofrido e por <u>mais</u> de uma vez eu pensei que fosse morrer naquela UTI. Foi <u>muito</u> sofrido e eu muitas vezes me pergunto como aguentei tudo aquilo...”	E#9
46	“Acessos venosos são <u>sempre</u> péssimos”.	E#1

De posse desses dados, podemos entender, que ao falar do câncer, alguns elementos lexicais são mais recorrentes que outros, e essas escolhas acontecem de acordo com o grau de envolvimento de quem fala ou escreve. Tendo em vista que se trata de discursos em primeira pessoa do singular já sabemos que o envolvimento emocional será maior, se comparado, por exemplo, com discursos

proferidos em terceira pessoa do singular ou em primeira do plural. Nesse sentido, não há dúvida de que o grau de envolvimento será maior e as marcas de reações positivas e negativas serão presentes nos textos. No entanto, a frequência dessas marcas dependem do assunto que é levado à discussão.

Apresentamos, a seguir, as marcas avaliativas dos entrevistados, com vistas ao Sistema de Avaliatividade (MARTIN; WHITE, 2005), com foco no campo semântico da atitude e de seus subsistemas. A partir dessa ancoragem teórica, faremos a exposição dos dados quantitativos e qualitativos das ocorrências que demonstram potencial de valoração para o discurso do sofrimento.

Dos excertos que apontam para a valoração atitudinal do paciente frente ao câncer, a quantificação das ocorrências incide nos campos semânticos do julgamento e do afeto. Tivemos um número muito pequeno de ocorrências de apreciação. A possível explicação para a quantificação encontrada diz respeito ao campo temático da pesquisa.

Como ilustração, a Figura 11, a seguir, apresenta dados percentuais das ocorrências de julgamento, afeto e apreciação no *corpus* de pesquisa.

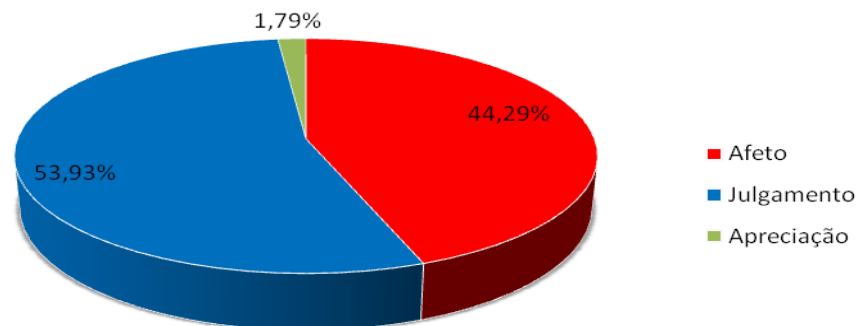


Figura 10 – Percentuais do sistema de atitude
Fonte: Elaborado pela autora

O julgamento, campo em que predominaram as ocorrências avaliativas, evidencia a resiliência e a determinação dos pacientes em viver o câncer. Com grande número de ocorrências nos campos semânticos de capacidade e tenacidade, o experienciador demonstra que deseja continuar vivo, sendo um dos principais temores o de submeter-se à própria mortalidade (NUNES, 1980; TORRES, 1994;

LIMA, 2003; MAIA, 2005; SILVA, 2008; FERREIRA; DE CHICO; HAYASSHI, 2005). Diante dessa possibilidade, o paciente se mostra resoluto, tenaz e obediente ao tratamento e às prescrições dos profissionais da saúde. Também houve dados significativos no campo semântico da anormalidade, apontando para a mudança da rotina e, sobretudo, da condição física. O câncer traz sentimentos de inutilidade e de debilidade, restringindo muitas atividades na vida do experienciador. Tais fatos justificam a grande ocorrência de avaliações de julgamento.

In/felicidade e in/satisfação também apresentaram marcas significativas, apontando que a experiência de possuir uma doença grave é um momento triste, de desgosto e de sofrimento. Além disso, marcas avaliativas de afeto estão presentes no discurso do sofrimento porque, ao se descobrirem com câncer, os pacientes tendem a manifestar reações emocionais de angústia, desesperança, pesar, rejeição e desespero. Essa enfermidade coloca à prova questões relacionadas ao significado da vida, e o impacto do diagnóstico aciona severos traumatismos emocionais, colocando em evidência a vulnerabilidade emocional do experienciador (FERREIRA; DE CHICO; HAYASSHI, 2005; OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010).

Já as avaliações referentes à apreciação se mostram em pequeno percentual neste *corpus*. Justificamos a tímida ocorrência porque, em se tratando do câncer, sabemos que o hemisfério de tristeza é muito presente e, portanto, não privilegia esse subsistema que diz respeito à estética das coisas. No contexto em que as falas são produzidas, na maioria das vezes, não há espaço para a valorização da beleza, da forma ou da composição dos seres. O paciente que vive essa experiência está preocupado em restituir a saúde emocional e, principalmente, a física, deixando esquecida, muitas vezes, a preocupação com as avaliações de caráter estético.

Com base nas análises das 10 entrevistas selecionadas para essa investigação linguística, demonstramos as marcas avaliativas da atitude e de seus subsistemas. Essas avaliações estão organizadas no Quadro 16, o qual apresenta as ocorrências de cada campo semântico, sistematizadas pelos valores positivo e negativo dessas categorias.

Textos		E#1	E#2	E#3	E#4	E#5	E#6	E#7	E#8	E#9	E#10	Total
Categorias												
Julgamento												
Normalidade	+	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
	-	2	3	1	1	1	0	1	1	0	0	10
Capacidade	+	4	8	13	2	2	1	5	4	4	1	44
	-	1	0	4	4	3	4	0	4	5	3	28
Tenacidade	+	18	4	4	1	5	6	2	2	11	3	56
	-	1	0	0	0	1	0	0	2	1	1	6
Veracidade	+	0	0	1	1	0	0	0	0		0	2
	-	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Propriedade	+	0	0	0	0	0	1	1	0		0	2
	-	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Subtotal Positivo		23	13	19	4	7	8	8	6	15	4	107
Subtotal Negativo		4	3	5	5	5	4	1	7	6	4	44
Afeto												
Felicidade	+	1	0	1	1	0	2	1	1	0	0	7
	-	10	2	4	0	4	1	0	0	3	2	26
Segurança	+	8	1	2	2	1	2	4	1	4	0	25
	-	5	1	3	3	6	2	6	2	5	3	36
Satisfação	+	0	0	1	0	3	1	2	1	1	0	9
	-	10	0	0	0	5	0	2	0	3	1	21
Subtotal Positivo		9	1	4	3	4	5	7	3	5	0	41
Subtotal Negativo		25	3	7	3	15	3	8	2	11	6	83
Apreciação												
reação	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
composição	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	-	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
valor	+	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4
	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal Positivo		0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4
Subtotal Negativo		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total Positivo		32	14	23	7	11	13	15	10	23	4	152
Total Negativo		29	6	12	8	20	7	9	10	17	10	128
Total Geral		61	20	35	15	31	20	24	20	40	14	280

Quadro16 – Categorização do sistema de atitude

Fonte: Elaborado pela autora

No total das ocorrências de Avaliatividade, encontramos 280 marcas avaliativas nos 10 textos analisados. Dentre essas, 152 apresentaram valor positivo

ao falar sobre a vivência com o câncer, ao passo que 128 expressaram-se com avaliações negativas ao tratar da experiência. Em relação ao valor das ocorrências avaliativas, a Figura 12 apresenta o *quantum* de ocorrências avaliativas positivas e negativas em cada um dos três subsistemas.

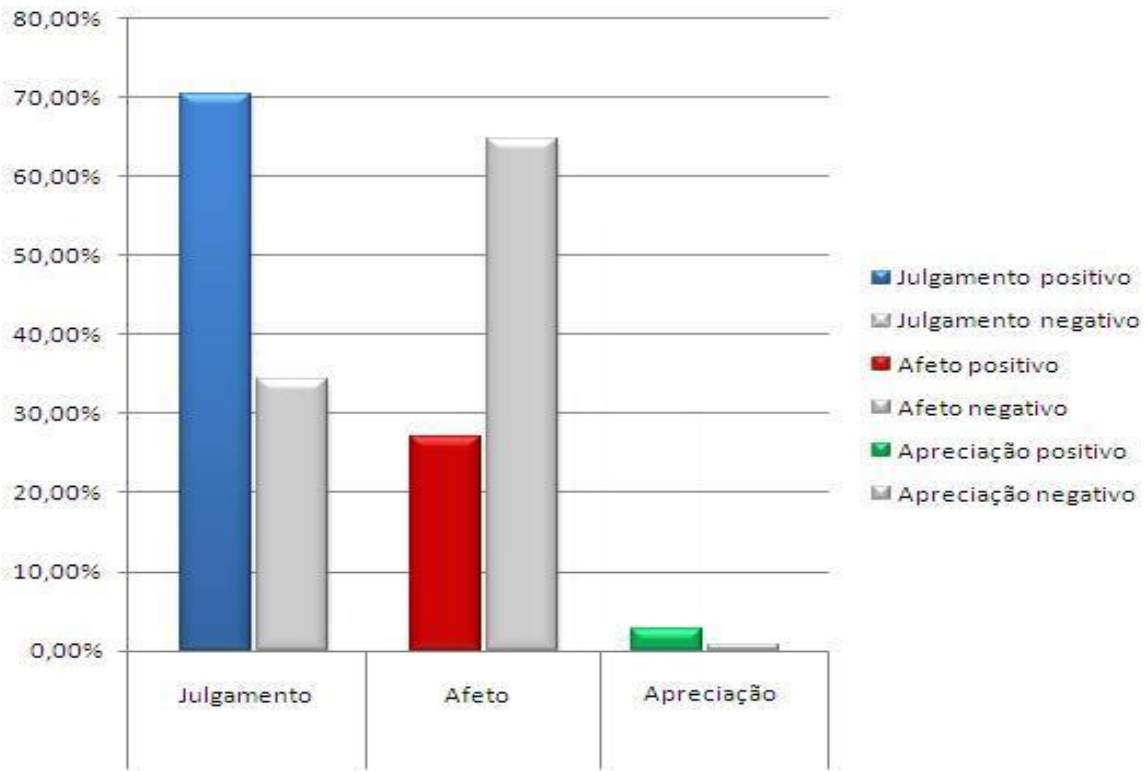


Figura 11 - Avaliações positivas e negativas dos três subsistemas

Fonte: Elaborado pela autora

O Quadro 16 nos mostra que, ao falar sobre o câncer, há mais expressões linguísticas com carga semântica positiva. De posse do apanhado bibliográfico que mostramos nesse trabalho, parece contraditória a quantificação das avaliações ao apresentarem mais expressões linguísticas com valor positivo. Todavia, esse resultado pode ser explicado, mais adiante, tendo em vista os campos teóricos da Avaliatividade.

O subsistema de atitude, foco desta pesquisa, inclui três áreas da subjetividade do falante/escrevente: o afeto, o julgamento e a apreciação (MARTIN; WHITE, 2005). Esses subsistemas expressam reações que podem apresentar valor negativo ou positivo e demonstram, por meio dos recursos linguísticos

disponibilizados aos falantes, a valoração individual do enunciador em relação aos eventos do mundo.

O julgamento, campo semântico das avaliações do comportamento humano, revela-se predominantemente positivo, sobretudo no que tange à capacidade e à tenacidade. A explicação para esse dado é que, em se tratando de vencer o câncer, o paciente se mostra tenaz, resoluto, decidido, submetendo-se às maiores dores físicas e a todos os procedimentos do tratamento. Isso se dá, especialmente, pelo risco de não sobreviver à doença, pela possibilidade de morte. Em razão do medo da morte e pela complexidade da finitude da vida há a reação humana de buscar a cura, sendo ela a única chance de não se submeter à mortalidade. Tal fato faz com que tenhamos mais avaliações positivas em relação a essa experiência.

Somando-se os cinco campos semânticos (normalidade, capacidade, tenacidade, veracidade e propriedade) temos como resultado final 107 ocorrências positivas e 44 negativas. O gráfico a seguir apresenta os dados percentuais, tendo em vista a polaridade dos campos semânticos do julgamento:

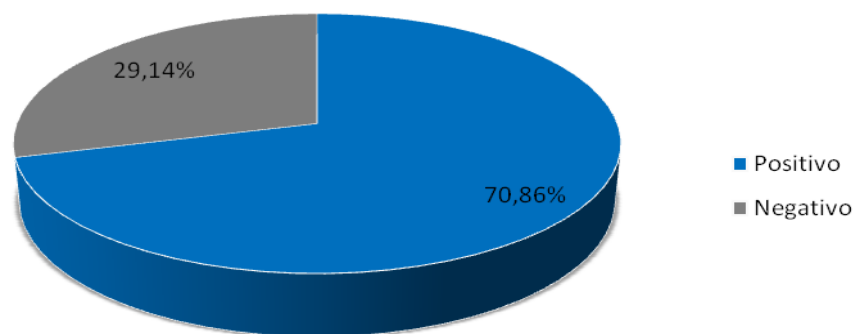


Figura 12 - Valores positivo e negativo do julgamento

Fonte: Elaborado pela autora

Em contrapartida, o afeto demonstrou valor predominantemente negativo em todos seus subgrupos: in/felicidade, in/segurança e in/satisfação. Esse campo é responsável pelas emoções, e as manifestações linguísticas com estas classificações demonstram tristeza, dúvida, medo e desagrado. O gráfico, a seguir, apresenta os percentuais de ocorrências avaliativas de valor positivo e negativo, somadas as ocorrências de todos os subsistemas semânticos do afeto.

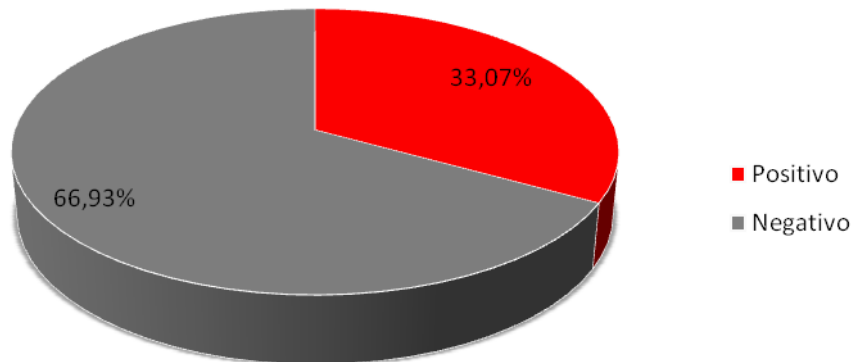


Figura 13 - Valores positivo e negativo do afeto

Fonte: Elaborado pela autora

Nos campos semânticos do afeto e do julgamento, podemos nitidamente perceber dois hemisférios situacionais por que passam os sujeitos que experienciam o câncer: a tristeza e o medo contrastados com a força e a persistência de continuar vivo. Em um primeiro momento, os sentimentos de susto e recusa, fase que se dá com a confirmação do diagnóstico; em um segundo momento, a etapa da resiliência e da luta pela vida, fase que se inicia com o tratamento da doença. Pensar no câncer pode ser assustador, mas conceber e aceitar a morte é muito mais complexo. Por isso, depois da negação do diagnóstico, há a persistência e a luta pela vida, prova da resiliência e da vontade de vencer o sofrimento do experienciador.

4.2.1 Julgamento

O julgamento está ligado às avaliações das pessoas sobre o comportamento humano. Nesse subsistema, ao contrário dos resultados relativos ao afeto, predominaram as avaliações positivas, com grande recorrência nos subsistemas de capacidade e tenacidade. A seguir, serão apresentadas as análises referentes aos três campos semânticos do julgamento por estima social: normalidade, capacidade e tenacidade.

Em se tratando do julgamento, há 107 ocorrências com valor positivo e 44 marcas de avaliação com valor negativo. Dessas ocorrências, predominaram as avaliações relacionadas ao subsistema de julgamento por estima social, com 147 ocorrências, restando, portanto, apenas 4 marcas avaliativas categorizadas como sanção social

4.2.1.1 Normalidade

Tendo em vista as relações cotidianas, a anormalidade, subsistema do julgamento por estima social, mostra-se no *corpus* de análise pela mudança da vida e do cotidiano dos pacientes com câncer, Na verdade, esses significados se manifestam pela falta de normalidade, isto é, pela mudança da rotina que acontece na vida dos experienciadores. Adjuntos como “de repente” sinalizam a brusca mudança que ocorre na vida das pessoas, como podemos constatar em (47).

47	“... era até pouco tempo atrás um atleta em potencial (sem o exagero), quando, <u>de repente</u> , o câncer, silencioso e inesperado como acontece com todo mundo”.	E#3
----	---	-----

O excerto (47) demonstra que encontrar-se inesperadamente com o diagnóstico indesejado faz o doente defrontar-se com o desconhecido e, repentinamente, ser posto à frente de uma sentença indesejada por todos. Os entrevistados também relatam que, a partir daí, mudanças profundas passam a acontecer tanto no aspecto físico quanto no psicológico.

48	“... eu <u>nunca mais seria a mesma pessoa...</u> ”	E#3
----	---	-----

Em (48), a experiência se mostra mais intensa, e a separação entre a vida antes do câncer e vida após o câncer parece estar muito distante uma da outra. As escolhas léxico-gramaticais como a negação “nunca” combinado com o sintagma

nominal “mesma pessoa” detonam uma avaliação que se dá em polos opostos. Os desprazeres físicos e emocionais são aliados na construção destrutiva do câncer. Para quem passa por essa enfermidade, parece haver um divisor de águas, em que se separa a vida do experienciador antes do câncer e depois dele; é preciso reconhecer o ser que adoece, esse novo ser-no-mundo. (REZENDE; MODENA; SCHALL, 2011). O excerto (49) confirma o posicionamento dos autores.

49	“Tomei algumas atitudes e <u>mudei minha vida</u> ”.	E#7
----	--	-----

As avaliações de a/normalidade realizam-se, nas entrevistas, com processos, Adjuntos e poucos epítetos. Os processos mais utilizados pelos entrevistados são os materiais (“mudar”, “deparar”), seguidos dos mentais (“reconhecer”, “acreditar”).

50	“... <u>mudou</u> minha perspectiva sobre a doença e seu tratamento...”	E#8
----	---	-----

51	“Não <u>acredito</u> em tratamento mais ou menos difícil...”	E#2
----	--	-----

52	“Não me <u>reconheço</u> quando me olho no espelho.”	E#5
----	--	-----

Os excertos (49), (50), (51) e (52) indicam que experienciar o câncer causa uma desconstrução na perspectiva de vida do experienciador, às vezes até a perda da identidade, como em (52). Além disso, esses processos apontam a mudança no mundo físico, constatada pela recorrência de processos materiais e também no mundo do sentir, confirmada pelos processos mentais.

Adjuntos são empregados pelos entrevistados com o objetivo de circunstanciar ou delimitar a dimensão da dor que estão enfrentando.

53	“A vida mudou <u>um pouco</u> ...”	E#4
----	------------------------------------	-----

54	“... acredito em paciente <u>mais ou menos</u> resistente...”	E#2
----	---	-----

55	“... eu <u>nunca mais</u> seria a mesma pessoa ...”	E#3
----	---	-----

56	“... passei <u>uns 5 dias</u> vomitando demais por causa do tramal, <u>fora as dores</u> ...”	E#1
----	---	-----

Os exemplos (53) e (54) apresentam intensificadores (“um pouco”, “mais ou menos”) que, além de indicarem gradação, contribuem para reforçar a mudança ocorrida na vida do paciente e para apontar um tipo de paciente que experiencia o câncer em comparação a outros, mais resistentes ao tratamento ou menos. Já (55) aponta para a perpetuação de sua mudança com o uso de “nunca mais”, agregando significado negativo ao significado temporal. A passagem (56) pertence a um trecho em que o entrevistado manifesta-se acerca do sofrimento no período pós-operatório a uma biópsia a céu aberto, quando passou “uns 5 dias vomitando demais por causa do tramal, fora as dores ...”. “Fora as dores” tem aqui sentido de intensificação da dor e aponta para um estado físico fora da normalidade para as pessoas sãs, mas dentro da normalidade para as pessoas que fazem quimioterapia.

Poucos epítetos ou sintagmas adjetivais são empregados pelos entrevistados para avaliar o caráter de normalidade de seu cotidiano.

57	“... logo me deparei com o meu diagnóstico <u>definitivo.</u> ”	E#2
----	---	-----

58	“... eu sou um ser humano <u>com todos os defeitos</u> ...”	E#3
----	---	-----

O exemplo (57) apresenta um grande dilema dos pacientes que recebem o diagnóstico da doença: deparar-se com algo estranho, pouco conhecido. Nesse trecho, o epíteto “definitivo” qualifica a marca de anormalidade na vida do experienciador, que ocorre pela descoberta total de um novo estado, o de estar com câncer. Por sua vez, o exemplo (58) mostra, por meio do sintagma adjetival, uma característica inerente ao ser humano, os defeitos. O fragmento “eu sou um ser humano com todos os defeitos” indica um aspecto de normalidade do sujeito, pois possui uma marca constitutiva de todo indivíduo.

Em se tratando dos números deste campo, ocorreram, portanto, apenas 3 avaliações de normalidade, ao passo que houve 10 de a/normalidade, isto é, com valor negativo. Nesse contexto, não houve potencial avaliativo nas entrevistas E#6, E#9 e E#10. Já as entrevistas E#1 e E#2 foram as que mais apontaram para a a/normalidade, tendo apresentado, respectivamente, 2 e 3 ocorrências. Por sua vez, as entrevistas E#4, E#5, E#7 e E#8 apresentaram apenas uma ocorrência com valor negativo e, por último, a entrevista E#3, a qual apresentou duas ocorrências, uma com valor positivo e outra com valor negativo.

4.2.1.2 Capacidade

O campo semântico da capacidade diz respeito ao quão capaz, competente e resoluto se comporta o homem frente a situações do cotidiano. Tendo em vista o hemisfério da in/capacidade, analisamos a seguir a entrevista E#3, a qual demonstrou grande potencial avaliativo, apresentando, apenas ela, 16 ocorrências no campo semântico da in/capacidade. Começamos mostrando exemplos das ocorrências positivas, as quais apontam para comportamentos de superação dos momentos difíceis e de entendimento da situação, revelando resiliência frente a acontecimentos adversos.

59	“... <u>tento conviver</u> com a certeza de que estou morrendo...”	E#3
----	--	-----

60	“... <u>acho que ainda teria algumas coisas para fazer...</u> ”	E#3
----	---	-----

Em (59), o processo material “tento conviver” aponta para uma iniciativa atitudinal do experienciador em relação à doença. Esse processo se refere à tentativa de convivência com o câncer e imprime a condição de que, para este indivíduo conviver com o câncer é semelhante a conviver “com a certeza de estar morrendo”. Essa susceptibilidade de aceitação se dá pela habilidade de lidar com a possibilidade de morte. Nesse sentido, podemos entender que a capacidade de se

resignar empresta ao sujeito a oportunidade de convívio com a situação que é complexa, ou pelo menos demonstra a tentativa de entendimento em viver na iminência da morte.

O excerto (60), por sua vez, retoma uma questão já investigada nesta pesquisa: o fato de que sempre pensamos que ainda podíamos viver mais, usufruir mais, pertencer mais tempo a este mundo (BERGER; LUCKMANN, 2001; OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010). Este paciente, apesar de se considerar em processo de morte “certeza de que estou morrendo”, avaliação recorrente em pacientes com câncer, ainda assim, mostra-se capaz de viver mais e de realizar outras experiências. As duas situações apresentadas levam o paciente a barganhar a possibilidade de permanecer um pouco mais, afinal ainda há situações a serem vivenciadas (BERGER; LUCKMANN, 2001; OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010; VERAS; NERY, 2011).

61	“... <u>mas estou lutando.</u> ”	E#3
----	----------------------------------	-----

O excerto (61) confirma o campo semântico em análise, retratando que ser resoluto é um atributo muito presente na realidade dos pacientes com câncer. Tendo em vista o discurso deste sujeito, o qual afirma a iminência de sua própria morte, é de grande capacidade apresentar condições para demonstrar segurança de que é possível continuar. O contraste entre estar morrendo e viver se realiza, no nível léxico-gramatical, pela presença da conjunção “mas”, que introduz neste discurso uma contrapartida em relação ao que foi mencionado anteriormente. Nesse contexto, apesar de constatar que há certeza de morte, o paciente afirma que continua lutando, o que significa que não desistiu do tratamento contra a doença.

O campo semântico da capacidade é o que mais se sobressai no discurso dos entrevistados: a maioria deles procura mostrar aos internautas que sua convivência com a enfermidade lhes traz mais força e mais capacidade de enfrentamento do que possamos imaginar. Em se tratando dos números desta pesquisa, no campo semântico da capacidade, tivemos 44 ocorrências com valor positivo e 28 com campo semântico negativo. Das entrevistas analisadas, destacaram-se a E#2, a E#3 e a E#7, cada uma apresentando, respectivamente, 8, 13 e 5 ocorrências de capacidade com polaridade positiva.

As marcas linguísticas do campo semântico da capacidade são inúmeras no *corpus*. Encontramos processos, epítetos, Adjuntos e nomes, todos eles de carga positiva. Os processos escolhidos pelos entrevistados são processos materiais (“contribuir”, “conviver”, “fazer”, “lutar”, “mexer”, “praticar”), mentais (“acreditar”, “pensar”, “perceber”, “descobrir”, “saber”), relacionais (“ser” – em vários tempos verbais - e “ter”), e verbais (“falar”).

62	“... me <u>coloco à disposição</u> para qualquer coisa que eu possa <u>contribuir</u> .”	E#7
63	“Sempre <u>tive</u> um ótimo relacionamento.” [com as equipes médicas].	E#2
64	“Nós <u>sabemos</u> quando algo não vai bem conosco...”	E#8
65	“... <u>acredito</u> ...” [no diálogo].	E#2
66	“... <u>é</u> fácil para mim.” [entender]	E#3
67	“E hoje eu <u>estou</u> aqui para falar da importância da prevenção...”	E#9

Os excertos apontam para a capacidade dos experienciadores em lidar com a situação difícil. Desse modo, a recorrência dos processos materiais e mentais demonstra a aptidão em lidar com questões, tanto do mundo do fazer quanto do mundo do sentir.

Em (62), por exemplo, por meio do processo “contribuir”, o experienciador demonstra o desejo de colaborar com ações que auxiliem os internautas e os responsáveis pelo portal Oncoguia “me coloco à disposição para qualquer coisa que eu possa contribuir”, demonstrando que atitudes são importantes para gerir o

processo do adoecer e, sobretudo, mostrando-se capaz não só de lidar com a própria doença, mas também ajudar outras pessoas a fazê-lo.

Em (63), o verbo relacional “ter” apresenta a capacidade do experienciador em relacionar-se de forma harmônica com as pessoas que convive em função de seu tratamento. Isso aponta para a capacidade de adaptar-se a novos contextos, de forma positiva, como maneira de tornar, dentro do possível, harmônica a situação por que passa.

Por sua vez, em (64) e (65) podemos vislumbrar o êxito das emoções dos experienciadores ao mostrarem-se capazes de saber e acreditar. Esses processos mentais apontam para as experiências do mundo do sentir. Em (64), o processo “sabemos” demonstra a capacidade do experienciador em reconhecer o funcionamento de seu próprio corpo, identificando quando algo está errado. E o excerto (65) demonstra a condição do experienciador em manter a credibilidade na importância da comunicação no processo do adoecer, demonstrando que as experiências do sentir podem ser positivas quando se trata do câncer.

Em (66) e (67), visualizamos a habilidade de relacionar fatos e classificar as experiências. No exemplo (66), a classificação da experiência como “facilima” estabelece a relação entre o experienciador e a experiência de forma positiva. No fragmento (67), há a relação entre a experiência e o falar sobre ela, o que indica que embora o câncer se apresente como uma situação dolorosa, o diálogo é possível. Isso também é indicativo de capacidade positiva do experienciador

Alguns modalizadores também se fazem presentes nas falas dos entrevistados, especialmente na categoria semântica de capacidade.

68	“... eu <u>acho</u> que sou.” [uma criança boba]	E#3
----	--	-----

69	“ <u>Acho</u> que sempre ter conhecido meus valores...” [importante para enfrentar momentos difíceis]	E#1
----	--	-----

Os trechos (68) e (69) demonstram situações que, em uma escala modal, há um nível médio de probabilidade. De qualquer forma, as duas proposições, mesmo sendo prováveis, de acordo com o experienciador, colaboram positivamente para manter estável o estado emocional.

Há uma grande quantidade de epítetos utilizados pelos depoentes, a fim de representarem sua condição de luta contra o câncer e de demonstrarem que são capazes de enfrentá-lo, apesar das circunstâncias em que se encontram.

70	“... estava muito <u>preparado</u> para cirurgia e tratamento.”	E#6
----	---	-----

71	“... minha imunidade também se manteve <u>estável</u> ...”	E#8
----	--	-----

As passagens (70) e (71) são epítetos que demonstram a vontade de vencer o câncer. Estar “preparado” e apresentar condições físicas de se manter “estável” são qualidades fundamentais para lutar pela vida em situações em que haja iminência de morte.

São muito frequentes os Adjuntos, que exercem a função de reforçar a demonstração de capacidade evidenciada pelos entrevistados.

72	“Busco <u>acima de tudo</u> informar às pessoas” ...	E#2
----	--	-----

73	“ <u>Ainda</u> não dá para fazer planos a longo prazo pois estou em tratamento, mas tenho muitos!...”	E#9
----	---	-----

Os trechos (72) e (73) marcam a capacidade dos experienciadores que, mesmo doentes, apresentam condições de realizarem ações de interesse comum, como apresentado no exemplo (72) e também de organizarem suas próprias vidas, como em (73), idealizando alguns projetos. Embora estejam em uma fase delicada, a do tratamento, são capazes de pensar no presente e, alguns deles, em um futuro próximo.

Observamos a ocorrência de vários nomes nos depoimentos dos pacientes. São nomes que indicam socialização, estados físicos provocados pela presença do câncer ou mesmo reações a acontecimentos relativos à doença, o que podemos observar em (74), (75), (76) e (77).

74	“Sempre tive um <u>ótimo relacionamento...</u> ” [com as equipes médicas]	E#2
----	---	-----

75	“Tinha muitas <u>crises convulsivas...</u> ”	E#6
----	--	-----

76	“A doença nos causa um pouco de <u>fadiga.</u> ”	E#4
----	--	-----

77	“... acredito que conhecendo o problema a <u>solução se torna mais fácil.</u> ”	E#2
----	---	-----

As entrevistas que se destacaram no subsistema da capacidade foram a E#2 e a E#3. Nesses discursos, encontramos as marcas de capacidade pelo desejo de resolver essa situação que perturba e ameaça as habilidades físicas desses sujeitos. Para isso, os experienciadores se desdobram, na tentativa de vencer o câncer. Podemos constatar tal situação nos exemplos (78) e (79), a seguir:

78	“... <u>queria abraçar tudo sozinho...</u> ”	E#2
----	--	-----

79	“Procurei me informar de tudo...”	E#3
----	-----------------------------------	-----

O fragmento (78) mostra quão resoluto pode se tornar um sujeito que vive o câncer. Apesar de estar com uma doença que requer cuidados intensos, e que aciona emoções de angústia e desamparo, há, mesmo diante de tamanho sofrimento, a capacidade de pensar e, sobretudo, querer evitar no sofrimento alheio, além da disposição para resolver sozinho os problemas da doença. Além disso, em (79) há a tomada de iniciativa, mostrando que o experienciador, embora diante de uma situação em que as informações podem trazer descobertas desagradáveis, mostra-se capaz de estar a par do assunto. Pela sua capacidade de experienciar o sofrimento, demonstra ter iniciativa favorável para conviver com a enfermidade grave e estigmatizada que apresenta.

4.2.1.3 Tenacidade

A tenacidade, campo semântico do Sistema de Avaliatividade, refere-se ao quanto uma pessoa é independente, corajosa e tenaz ao se dedicar a um objetivo. Com vistas a essas particularidades reacionais, destacou-se a entrevista E#1, que trouxe 18 ocorrências de tenacidade positiva. A seguir, apresentamos 3 exemplos que marcam a postura tenaz desta depoente frente ao câncer:

80	“... mas <u>em nenhum momento duvidei</u> que ficaria boa...”	E#1
----	---	-----

81	“... <u>sempre que</u> tenho qualquer dúvida, ligo...”	E#1
----	--	-----

82	“... <u>sempre fiz acompanhamento</u> [nutricional]...”	E#1
----	---	-----

Percebemos que estamos diante de um discurso determinado a vencer o câncer e que para isso todas as medidas possíveis estão sendo tomadas. Quando dissemos que não é necessário apenas tratamentos específicos contra a doença, que também é preciso posturas psicológicas de otimismo e confiança estávamos nos referindo a posições de comportamento semelhantes a deste discurso.

As escolhas léxico-gramaticais dos entrevistados para representarem seu julgamento de tenacidade são processos, epítetos, Adjuntos e nomes atitudinais. Os processos que identificamos são materiais (“lutar”, “buscar”, “dedicar”, “desistir”, “enfrentar”, “realizar”, “trabalhar” e outros) e mentais (“obedecer”, “duvidar”, “pensar”, “ver”, “acreditar”).

83	“... resolvi <u>lutar</u> com todas as minhas forças e muita fé em Deus...”	E#9
----	---	-----

84	“... vou me <u>dedicar</u> ainda mais às pessoas que são...”	E#7
----	--	-----

	abandonadas...”	
--	-----------------	--

85	“... ter fé independente da religião e <u>acreditar</u> que tudo é possível.”	E#6
----	---	-----

Os excertos (83) e (84) são construídos por processos materiais e indicam a tomada de atitude no mundo material. “Lutar” e “dedicar-se” são iniciativas de pessoas que demonstram coragem e determinação em busca de um objetivo, objetivo, neste caso, o de obter a cura do câncer. No excerto (85), encontramos um processo mental que sinaliza para a credibilidade da paciente em relação a sua cura, mostrando-se resoluta e crente na vida depois da enfermidade.

Vários processos verbais foram identificados na categoria tenacidade: “pedir”, “prometer”, “queixar-se” e “informar”. Aqui podemos perceber a importância da linguagem nas representações feitas pelos entrevistados.

86	“... agradecer e <u>pedir</u> que continuem fazendo este trabalho que mesmo a distância nos traz alento ao nosso sofrimento.”	E#7
----	---	-----

87	“... me pergunto como aguentei tudo aquilo e só tem uma resposta na minha cabeça: Deus, fé...”	E#9
----	--	-----

Os excertos (86) e (87) são exemplos realizados, no nível da léxico-gramática, por processos verbais. Nesse sentido, lembremos das referências bibliográficas deste trabalho, como McCarthy (2011) ao teorizar que temos a linguagem para expressar nossas emoções, e a dor, uma experiência tão profunda e individual, pode utilizar-se da linguagem para mostrar o sofrimento. Além disso, a impossibilidade de transferência do sofrimento de um ser para outro exige que o sujeito que sofre verbalize sua própria experiência, descrevendo seu sofrimento pelos artifícios disponíveis na linguagem (HORI, 2011).

Alguns epítetos também indicam a tenacidade do doente na perseverança no tratamento e na busca pela cura.

88	“ <u>Fundamental</u> [...] é a minha fé e a minha vontade de viver...”	E#9
89	“... muito <u>disciplinado</u> ”	E#3
90	“... eu sou <u>assim preto no branco</u> . Falei para minha médica seja sincera...”	E#5

Os excertos (88), (89) e (90) apontam para a tenacidade do experienciador frente ao fato de estar doente. Em (88), o experienciador qualifica a sua fé e a sua vontade de viver como “fundamental”, mostrando-se corajoso e confiante no enfrentamento da enfermidade. Para vencer o estado de estar doente, em (89), o experienciador atribui a si mesmo a qualidade de ser “disciplinado”, apontando um comportamento resiliente diante da situação de estar enfermo. Em (90) a coragem da entrevistada está subentendida pela metáfora “preto no branco”, que sugere o apreço da experienciadora pela franqueza e pela sinceridade da equipe médica ao falar sobre sua doença e suas possibilidades de cura. Além disso, mostra que não tem medo de receber avaliações médicas sobre sua saúde/doença, as quais podem ser pessimistas em relação a um prognóstico de longevidade.

Poucos nomes com carga avaliativa de tenacidade foram identificados nos textos. São eles: “coragem”, “certeza” e “franqueza”. São exemplos os excertos (91) e (92).

91	“... tive sorte e também muita <u>coragem</u> ...”	E#2
92	“... tinha uma <u>certeza</u> dentro do meu coração...”	E#6

Ao sofrermos de uma doença, cada um de nós procura amparo para a sua dor. Muitas pessoas valem-se de sua fé, e a religião parece ser o caminho para a barganha do estado de doente para o do são. Os excertos (93) e (94) mostram que isso acontece também nas entrevistas.

93	“Primeiramente a fé em Deus...”	E#6
----	---------------------------------	-----

94	“... <u>fé em Deus</u> ...”	E#9
----	-----------------------------	-----

A presença da espiritualidade e da busca por um ser superior acontece em 50% do *corpus*. Nas entrevistas E#1, a depoente menciona: “Deus estava cuidando de mim e “confie em Deus”; na E#4 a entrevistada atribui à sua fé o fato de não ter sofrido com os efeitos colaterais das drogas contra o câncer “Graças a Deus”; na E#6, o paciente acredita que sua fé foi a principal responsável por ele ter conseguido enfrentar a enfermidade “Primeiramente fé em Deus”; em E#7, a paciente entende que acreditar em Deus é crer que tudo pode mudar, neste contexto de doença, “mudar” significa voltar a desfrutar de um estado saudável “A Deus nada é impossível” e, por fim, em E#9, a entrevistada relata que seu enfrentamento contra a doença foi baseado na “fé em Deus”.

O excerto (95) apresenta a postura ideal para quem vive essa experiência, além de trazer uma sugestão. No nível lexical, percebemos, pela presença dos pronomes indefinidos “tudo” e “nada”, o modo de agir que é necessário para vencer o sofrimento. Nesse sentido, “tudo que é positivo” e “nada que é negativo” dizem respeito ao direcionamento das atitudes psíquicas que deve ter um sujeito que experiencia o câncer. Além disso, há mais um contraste entre os atributos “positivo” e “negativo”, sendo que podemos optar por viver todas as facetas de positividade, em detrimento daquilo que nos aproxima do que é negativo. Há ainda a sugestão desta paciente que é introduzida por um comando (“evite”) e seguido de dois nomes abstratos que não devem fazer parte dos sentimentos desses experienciadores “estresse” e “pessimismo”.

95	“... o foco em tudo que é positivo e em nada de negativo (evitar estresse e pessimismo)...”	E#1
----	---	-----

Duas entrevistas que se destacaram no campo semântico de tenacidade foram a E#6 e a E#9, conforme os exemplos:

96	“... <u>mesmo sabendo que poderia não voltar da cirurgia.</u> ”	E#6
97	“Sempre <u>pedi aos meus médicos franqueza,</u> <u>independente dos resultados...</u> ”	E#6
98	“Eu <u>ainda estou em tratamento e vivo cada dia como se</u> <u>fosse único.</u> ”	E#9

O excerto (96) revela o quão corajoso pode se mostrar um paciente que enfrenta a iminência de morte, encarando o risco de se deparar com a própria mortalidade. Em (97), o paciente faz um pedido aos médicos: franqueza na troca de informações sobre o câncer e a gravidade da doença. Nesse fragmento, novamente ocorre o adjunto “sempre” enfatizando a frequência da atitude, além do sintagma “independente dos resultados”, o qual retoma a ideia de coragem e aceitação frente à situação que vive.

Em se tratando do fragmento (98), presenciamos o sentimento de luta e insistência pela vida. Tal situação se realiza léxico-gramaticalmente pelo adjunto de tempo “ainda”, que indica que o tratamento foi longo e que continua, mesmo diante da possibilidade de morte.

Além disso, há referência ao aproveitamento do tempo presente, em detrimento do futuro. É típico do ser humano viver com o vislumbamento de um futuro próspero, cheio de planos e projetos. Essas são situações imprecisas, às quais muitas vezes dedicamos mais tempo que para nosso próprio presente. Por meio desta entrevista, evidenciamos a mudança de valores pessoais, tendo em vista a reestruturação da vida para privilegiar as facetas do cotidiano imediato. Por isso, a perspectiva cronológica do sujeito vitimado pelo câncer ganha novo contorno, uma vez que sua preocupação não é mais usufruir de um futuro próximo, mas sim, viver o imediatismo do tempo presente, além de desfrutar com maior intensidade desta situação cronológica. Tal fato é constatado pelo fragmento “vivo cada dia como se fosse o único”.

Além disso, a certeza na vida traz para o experienciador, mesmo na iminência de morte, o aproveitamento do tempo presente, sem lugar para ressentimentos e mágoas. Tal postura, além de diminuir o sofrimento do experienciador, também

assegura que o sofrimento dos entes queridos seja menos doloroso, tendo um enfrentamento digno de quem aposta na vida e acredita em sua fé.

Em se tratando deste campo semântico, o *corpus* de análise apresentou, portanto, 56 ocorrências positivas e apenas 6 marcas avaliativas com campo semântico negativo. Destacaram-se as entrevistas E#1, a qual apresentou 18 ocorrências de tenacidade com campo semântico positivo e apenas 1 marca de avaliação negativa, E# 6 com 6 ocorrências positivas, sendo que nesse texto não houve potencial avaliativo com valor negativo e E#9, a qual apontou 11 marcas avaliativas com campo semântico positivo e apenas uma avaliação negativa. Todas as demais entrevistas tiveram mais avaliações positivas do que negativas, apesar de as ocorrências serem menos numerosas. Tal fato demonstra que a perseverança, para os entrevistados, é atributo presente em todos os 10 textos analisados.

Ao encerrarmos nossa análise sobre os julgamentos dos participantes da entrevista, apresentamos alguns números relativos a veracidade e propriedade. Ambos os campos semânticos se apresentam com um mínimo de ocorrências (2 para veracidade e 2 para propriedade). Justificamos o baixo número, argumentando que não há interesse dos pacientes entrevistados em não acreditar nos diagnósticos médicos. Também não se faz relevante discutir a ética com que o tratamento está sendo conduzido.

A seguir, expomos os resultados que obtivemos em relação às avaliações de cunho emocional – o afeto.

4.2.2 Afeto

Tendo em vista a análise da Avaliatividade das 10 entrevistas, no sistema da atitude, no campo semântico do afeto, o produto final das análises quantitativas apresenta a ocorrência de 83 avaliações com valor negativo e 41 com campo semântico positivo. Com essa quantificação, é possível perceber que há a predominância de valorações negativas.

No nível léxico-gramatical, encontramos, nas ocorrências de afeto, (i) processos relacionais (“ser”, “estar”, “ficar”, “achar”) seguidos de epítetos, (ii) processos mentais e comportamentais (“acreditar”, “confiar”, “pensar”, “doer”, “sofrer”

e outros), (iii) qualidades que modificam os participantes (“triste”, “horrrível”, “sofrido”, “desamparado”, “traumático”, “feliz”, dentre outros), nomes (“sofrimento”, “mal-estar”, “força”, “medo”) e poucos Adjuntos de comentário (“E agora?”, “Graças a Deus”).

A seguir, apresentamos cada um dos campos semânticos das avaliações de afeto.

4.2.2.1 In/felicidade

Em se tratando do subsistema in/felicidade é relevante lembrar que as expressões linguísticas que realizam esse campo semântico constituem um hemisfério que aponta para os significados que compreendem as emoções internas de alegria ou tristeza do sujeito que se expressa. Podemos dizer que, ao lidar com a in/felicidade, estamos preocupados com aqueles enunciados que podem ser interpretados como indicativos do modo como uma pessoa sente a sua experiência, tanto positiva como negativamente.

Pelos discursos dos pacientes, sentimentos de angústia e abandono são muito presentes nos depoimentos, como observamos nos excertos (99) e (100):

99	“... estou <u>para baixo, deprimido...</u> ”	E#3
----	--	-----

100	“É muito difícil <u>enfrentar dores e eu passei e ainda passo por muitas.</u> ”	E#9
-----	---	-----

As avaliações do campo semântico de in/felicidade, predominantes no *corpus*, ocorrem com o emprego de processos relacionais acompanhados de epítetos (101), processos mentais (102), comportamentais (103) e nomes de valor atitudinal negativo (104).

101	“Foi <u>horrrível, triste, foi doído demais...</u> ”	E#9
-----	--	-----

102	“... não <u>gosto</u> de ser tratado ...”	E#3
-----	---	-----

103	“... <u>chorei</u> porque meu cabelo ia cair...”	E#1
-----	--	-----

104	“No meu caso específico foi à <u>perda do cabelo</u> ”.	E#5
-----	---	-----

Em relação às avaliações negativas de felicidade, os entrevistados voltam-se especialmente para a preocupação com o impacto inicial ao receber o diagnóstico da doença. O diagnóstico representa uma ameaça de morte (NUNES, 1980; MAIA; 2005; SILVA, 2008). Prevaecem, nesse caso, processos, qualidades e também nominalizações indicadoras de sofrimento psicológico. Os exemplos (105), (106) e (107) corroboram esse posicionamento.

105	“... <u>sofremos</u> um grande descaso...”	E#2
-----	--	-----

106	“E o nosso lado emocional também é muito <u>afetado</u> , nos deprime demais.”	E#10
-----	---	------

107	“... <u>sofrimento</u> dos meus pais...”	E#1
-----	--	-----

Um fato curioso é que pacientes com câncer, no momento em que têm conhecimento da doença, não pensam apenas no seu sofrer, mas nos sentimentos que despertarão nos entes queridos. Tal constatação está representada no fragmento (108) e se mostra na maioria dos discursos analisados.

108	“... <u>não fazer minha família sofrer</u> ...”	E#2
-----	---	-----

Isso indica que é uma preocupação do paciente com câncer o sofrimento que causará à família. Assim, contar a notícia triste é motivo de grande preocupação e angústia, sendo um dos momentos considerados mais difíceis pelo experienciador. Provavelmente, a ação de compartilhar a descoberta do câncer se mostre tão complexa pelo fato de que seja muito difícil falar abertamente sobre essa doença, a qual desencadeia grande sofrimento e aciona a perspectiva de óbito (SILVA, 2008; QUEIROZ *et al*, 2005; MAIA, 2005; VERAS; NERY, 2011).

Podemos afirmar que o câncer é uma doença que coloca em xeque tanto o estado físico quanto o psicológico. O desgaste físico é tão intenso quanto o emocional. As representações de sofrimento físico ocorrem em número bem menor. São ilustrativos os fragmento (109), em que a paciente se refere a um procedimento médico de inserção de um cateter, e o (110), no qual a depoente relata o pós-operatório de uma biópsia a céu aberto. Os dois momentos mostram aspectos dolorosos do tratamento do câncer. No nível da realização linguística, o epíteto “horrível” e o processo comportamental “doer” evidenciam a situação de dor por que passam os pacientes, quando submetidos a determinados procedimentos.

109	“... foi <u>horrível</u> ...”	E#1
-----	-------------------------------	-----

110	“... <u>dói</u> muito!...”	E#1
-----	----------------------------	-----

É preciso ressaltar também que essas pessoas, sobretudo as mulheres, precisam lidar com a mudança na aparência, que muitas vezes se dá pela perda do cabelo, pela amputação de parte do corpo e pela cor e aparência da pele que tende a perder a vitalidade. Essa situação é marcada no exemplo (111), em que a depoente expõe a dificuldade de aceitação em relação à perda do cabelo.

111	“... perder o cabelo foi muito <u>difícil</u> ...”	E#5
-----	--	-----

Foi possível perceber que não só sentimentos de tristeza permeiam as emoções do experienciador. Também sentimentos positivos são verbalizados. Podemos explicar isso com base em um dos grandes objetivos de todo paciente que vive o câncer: a cura através do tratamento. Por isso, as avaliações de felicidade se mostram pelo uso de epítetos, processos relacionais e Adjunto de comentário. “

112	“... fiquei <u>feliz</u> .”	E#8
-----	-----------------------------	-----

113	“... <u>fiquei</u> feliz. <u>Fiquei</u> feliz por ser um dos tipos mais curáveis de linfoma...”	E#8
-----	---	-----

114	“ <u>Graças a Deus</u> , o tratamento está funcionando...”	E#1
-----	--	-----

Quando dos experienciadores falam do sofrimento, frequentemente usam recursos linguísticos de intensificação. Esses itens léxico-gramaticais indicam uma gradação crescente e intensa na expressão do sofrimento que é motivada por possuírem uma doença com estigma de morte. Ao falar da experiência, tanto das dores físicas quanto das psicológicas, empregam elementos lexicais como “muito”, “ainda” e “demais”. Além disso, o epíteto “grande” também acentua e reforça o sofrimento ao qualificar a proporção do descaso por que passam os enfermos de câncer.

115	“O corpo inteiro tremia <u>muito</u> ...”	E#1
-----	---	-----

116	“... passei e <u>ainda</u> passo por muitas ...”	E#9
-----	--	-----

117	“eles debilitavam <u>demais</u> as pessoas...”	E#8
-----	--	-----

118	“... sofremos um <u>grande</u> descaso...”	E#2
-----	--	-----

Nesse subsistema, constatamos 7 ocorrências de avaliações positivas e 26 com campo semântico negativo. Além disso, predominaram as ocorrências negativas em todos os 10 textos analisados. Também é interessante destacar que nas entrevistas E#2, E#5, E#9 e E#10 não houve avaliações positivas, isto é, em todas as vezes que foram empregadas categorias de afeto por in/felicidade, o sujeito experienciador manifestou sentimentos de tristeza.

A seguir, apresentamos nossos achados relativos ao subsistema de in/segurança.

4.2.2.2 In/segurança

O campo semântico da segurança diz respeito à confiança, à ansiedade e ao medo. Esses são temores típicos de pessoas que descobrem o câncer, sensações que colocam à prova as emoções dos pacientes e acionam uma série de reações afetivas que apresentam como um dos principais sentimentos a dúvida sobre a própria existência. Nesse sentido, os discursos apresentados pelas entrevistas corroboram a literatura que afirma ser o medo da morte o maior causador das angústias e inseguranças em relação ao câncer (NUNES, 1980; MAIA, 2005; SILVA, 2008; OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010).

O fragmento (119) constitui exemplo expressivo das reações afetivas no campo semântico da in/segurança.

119	“ <u>Daí para frente só conseguia ouvir: carcinoma lobular, mastectomia radical...</u> ”	E#5
-----	--	-----

Em (119), constatamos o sentimento de desespero e de insegurança frente à nova experiência. Aqui, o câncer se estabelece como desestruturador, causando severas consequências para a vida de quem o experiencia, pois, de forma complexa, impõe ao paciente a condição de doente de câncer, situação que, de uma forma abrangente, parece se opor à vida. É possível ponderar que a confirmação do diagnóstico referente ao câncer é uma etapa intensa na vida do entrevistado, pois é através do parecer médico que se confirmam as possíveis dúvidas em relação à realidade de estar com câncer, trazendo à tona a vulnerabilidade emocional do experienciador (MAIA, 2005; FERREIRA; DE CHICO; HAYASSHI, 2005). O trecho “só conseguia ouvir: carcinoma lobular, mastectomia radical...” revela a intensidade da descoberta, que se dá com o apagamento da rotina. Esquece-se quaisquer outras atividades da vida cotidiana para “digerir” o câncer, isto é, para entendê-lo e adaptar-se à vida no estado de ser que adoece (MODENA; REZENDE; SCHALL, 2011).

No subsistema da in/segurança, o campo semântico com polaridade negativa se mostrou em maior quantidade que a positiva nas entrevistas E#3, E#4, E#5, E#7, E#8, E#9 e E#10.

120	“ <u>Não</u> tenho mais a mesma disposição de antes.”	E#4
121	“... <u>não</u> acreditava que aquilo estava acontecendo comigo...”	E#7
122	“... perdi cabelo, tive náuseas, muitas dores, diarreia, <u>não</u> podia ver comidas na minha frente por dias...”	E#9
123	“... Que <u>não</u> negligenciem os primeiros sintomas, e nem acreditem quando disserem que <u>não</u> é nada sem fazer exames complementares...”.	E#8

Essa recorrência nos permite constatar que em cada dez pacientes com câncer, 7 deles sentem-se inseguros, desamparados e, algumas vezes, desesperados frente a essa experiência. Isso demonstra mais uma vez que o câncer tem a capacidade de colocar à prova a coragem e a fé do experienciador, trazendo à tona a reflexão sobre a finitude da vida, assunto ainda de extrema complexidade para o ser humano.

A análise das ocorrências de in/segurança permite afirmar que, ao avaliarem seu estado de espírito (seguro/inseguro), os entrevistados fazem uso de processos relacionais, mentais, verbais de carga atitudinal e comportamentais, atributos e nominalizações. O processo relacional mais frequente é “ficar”, significando “estar” ou “tornar-se”. O processo relacional “ser” apresenta pequena frequência.

124	“ <u>Fiquei</u> aliviado em realmente descobrir...”	E#6
125	“Por uma hora <u>fiquei</u> fora do ar...”	E#1
126	“... <u>fiquei</u> preocupada pensando...”	E#1

Entendemos o uso do processo “ficar”, no contexto das entrevistas como significativo, pois o diagnóstico do câncer, para o experienciador, desencadeia uma mudança radical em sua vida. O paciente passa de uma situação confortável (ou,

pelo menos, conhecida) para outra completamente desconhecida, cheia de imprevistos e maus presságios. A quase ausência do processo “ser” também é interpretada na mesma direção: os entrevistados não relatam o que são, mas o que se tornaram.

Vários processos mentais – “procurar” (no sentido de “tentar”), “pensar”, “achar” (com significado de “pensar”), “acreditar”, “saber” – se fazem presentes. Justificamos a alta ocorrência desse processo pelo fato de que os doentes passam por uma fase de desconhecimento em relação à vida com câncer, o que os deixa inseguros quanto a seu futuro.

127	“ <u>Procuro</u> não ficar <u>pensando</u> demais no caso.”	E#1
128	“... <u>Pensei</u> no meu filho...”	E#9
129	“Eu <u>achei</u> que seria menos traumático...”	E#1
130	“... não <u>acreditava</u> que aquilo estava acontecendo comigo...”	E#7
131	“No que vai dar? Não <u>sei</u> ...”	E#3

Nessa perspectiva, o medo da morte desperta nos pacientes variados sentimentos de vulnerabilidade emocional. Tratar com naturalidade a possibilidade de morte iminente não é tarefa fácil para nós, que somos mortais. Por isso, falar e vivenciar o câncer torna-se uma experiência muito dolorosa e assustadora. O câncer, como doença estigmatizada, é considerado como um atestado de óbito para o doente. (NUNES, 1980; MAIA, 2005; SILVA; 2008).

Também encontramos processos verbais de carga atitudinal (“gritar”, “desabafar”) em passagens que indicam insegurança por parte dos entrevistados.

132	“... Tinha vontade de <u>gritar</u> e falar um palavrão bem grande”.	E#5
133	“... se tiver vontade de chorar, chore com muita vontade, <u>gritar</u> , <u>grite</u> bem alto...”	E#5

Os excertos (132) e (133) corroboram a posição de McCarthy (2011, s. p.), quando afirma que a linguagem, privilégio do ser humano, permite-lhe expressar a dor e o sofrimento através da lamentação. Ao falar, seja gritando ou desabafando, o doente busca alívio físico e psicológico e minimiza o isolamento que a dor lhe provoca.

Além de processos mentais e verbais, identificamos processos comportamentais como “fugir” e “desabafar”, que atestam reações físicas e psicológicas dos entrevistados.

134	“... tive vontade de gritar, de chorar, de <u>fugir</u> de mim mesma!”	E#7
-----	--	-----

135	“Tenho o blog “Encontrando Dr. Hodgkin”, que me ajuda a <u>desabafar</u> ...”	E#8
-----	---	-----

Tais reações mostram que a descoberta do câncer coloca à frente do sujeito experienciador a sua vulnerabilidade, trazendo à baila a reflexão sobre questões relacionadas à vida e ao tempo que ela ainda lhe reserva.

Alguns nomes de carga emotiva negativa foram encontrados nos depoimentos. São eles “preocupação” e “medo”.

136	“A minha primeira <u>preocupação</u> recaiu sobre todos aqueles que me amam como minha querida mãe, mulher, filhos, netos, irmãos...”	E#3
-----	---	-----

137	“... me senti triste, com <u>medo</u> de sofrer, de fazer as pessoas sofrerem por mim.”	E#8
-----	---	-----

É possível perceber que os nomes empregados em (136) e (137) reforçam o campo semântico da insegurança, já que demonstram o estado emocional de incerteza sobre o futuro. “Medo” - recorrente em pacientes com câncer - é o nome mais frequente. Nesse contexto, constatamos que o principal causador da maioria das avaliações negativas que são atribuídas ao câncer muito tem a ver com a finitude da vida, o que é, sem dúvida, o grande causador do temor dos pacientes frente ao câncer, o principal fator das instabilidades emocionais e também o motivo

do fracasso de muitos tratamentos. Por isso, vivenciar o câncer torna-se uma experiência dolorosa e assustadora. Por ser uma doença estigmatizada, o câncer é considerado um atestado de óbito (NUNES, 1980; MAIA, 2005; SILVA; 2008). Criase um hemisfério muito mais deprimente do que aquele que realmente acontece.

Em contraste com o medo e a dúvida dos depoimentos anteriores, encontramos no *corpus* o oposto em relação ao apresentado até aqui sobre o campo semântico da in/segurança. Alguns entrevistados demonstram confiança e otimismo na cura, valendo-se de atitudes de enfrentamento contra o câncer. A seguir, apresentamos os excertos (138), (139) e (140) que apresentam o potencial de segurança nas atitudes do entrevistado.

138	“... eu <u>confio</u> muito <u>no meu médico</u> ...”	E#1
139	“De total <u>confiança</u> .” [referindo-se à confiança depositada no médico].	E#4
140	“Eu digo sempre para as pessoas que <u>meu médico</u> é meu “ <u>Anjo da Guarda</u> ”.	E#9

Nesses fragmentos, a segurança se mostra principalmente pela confiança nos cuidados médicos. Conforme relatado em E#9, o oncologista é a pessoa mais próxima que representa a tábua de salvação do paciente. O médico é aquele que dá a notícia nefasta e que, na visão de nossos entrevistados, é a pessoa que pode impedir que o pior aconteça. Por isso, a importância de sentir-se confiante e também acreditar que o ser que adoece é apenas uma condição passageira, que pode ser solucionada com tratamento físico adequado e com equilíbrio das emoções (FERREIRA; DE CHICO; HAYASSHI, 2005; MAIA, 2005; BERGER; LUCKMANN, 2011; MODENA; REZENDE; SCHALL, 2011).

A fim de promover a confiança do paciente em seu tratamento, além de hospitais e de profissionais preparados para esses momentos, temos instituições que prezam pelo bem-estar psicológico de seus pacientes. Esse é o caso do Portal Oncoguia que busca transmitir que a cura é possível através de discursos de pessoas que mantêm o equilíbrio e hoje contam suas histórias, para que elas sirvam de lição aos que atravessam por momentos desagradáveis em razão do câncer.

Em nossas entrevistas, a maioria dos depoentes demonstrou confiança no seu médico. Não descartamos, porém, opiniões contrárias por parte de pacientes que não fazem parte desta pesquisa. Sabemos que o Portal, como tem o objetivo de orientar, informar e amenizar o sofrimento de muitos, não selecionaria depoimentos negativos em relação à equipe multiprofissional que orienta os internautas. Léxico-gramaticalmente, podemos evidenciar o processo mental “confiar”, o mais frequente no *corpus*, o nome “confiança” e o epíteto “Anjo da Guarda”.

Também identificamos, principalmente em E#1, a atitude de uma paciente em zelar em relação ao astral e à aparência. No excerto (141), o item lexical “autoestima”, acompanhado do modificador “em dia”, evidencia que a paciente já adotou um posicionamento de aceitação em relação às decisões médicas.

141	“ <u>Autoestima em dia</u> (me maquio todo o dia e visto as melhores roupas!).”	E#1
-----	---	-----

Em (141), os processos materiais “maquio” e “visto” demonstram a realização de atividades cotidianas que permitem que o astral da entrevistada permaneça positivo.

Em se tratando deste campo semântico da In/segurança, constatamos que houve 61 ocorrências de in/segurança, 25 positivas e 36 com polaridade negativa. Mais uma vez, predominam sentimentos negativos ao manifestar avaliações pessoais sobre o câncer. Dentre esses números, as entrevistas que mais manifestaram sentimento de insegurança foram a E#5 e a E#7, com seis ocorrências cada uma delas. Esses dados totais mostram que, embora havendo algumas emoções positivas, no campo do afeto, predominam sentimentos de tristeza, angústia e desespero, os quais são motivados pela confirmação do diagnóstico de câncer, pelas dificuldades do tratamento, pela iminência de morte que essa enfermidade carrega e pela perda da vitalidade que acompanha o novo ser no mundo, o ser que adoece.

4.2.2.3 In/satisfação

O Sistema de Avaliatividade também lida com os sentimentos de alcance ou frustração e abrange emoções, tais como curiosidade, tédio, desprazer e desagrado, entre outros sentimentos. Martin e White (2005) denominam esse campo de in/satisfação. Essas reações são direcionadas para as atividades em que estamos envolvidos diuturnamente. Neste *corpus*, embora as avaliações de in/satisfação ocorram em número semelhante ao campo semântico da in/felicidade e da in/segurança, poucos são os *types* (palavras diferentes). Destacou-se com potencial avaliativo, no campo da in/satisfação, a entrevista E#1, a qual apresentou 10 ocorrências de insatisfação e nenhum excerto com potencial positivo. A seguir, alguns exemplos demonstram essas emoções.

142	“Meu primeiro pensamento foi: <u>Mas eu quero ter filhos!...</u> ”	E#1
143	“... e eu <u>achei que estava livre</u> disso...”	E#1

Percebemos que há grande demonstração de desagrado na realização discursiva da depoente. No primeiro excerto (142), é possível afirmar que a paciente se sente frustrada por saber que o câncer pode retirar dela a possibilidade de ser mãe (“eu quero ter filhos!”). No nível da léxico-gramática, o uso da conjunção “mas” detona uma oposição de ideias que acontece entre “ter câncer versus “ter filhos/ser mãe” Aqui, o câncer é mostrado pela linguagem manifesta como uma doença que diminui ou invalida o potencial feminino de fertilidade. Tal fato desperta o sentimento de renúncia, de falta de alcance para a paciente, que deseja a maternidade.

O fragmento (143) demonstra a decepção e o desagrado da paciente frente ao fato de viver o câncer. Essa paciente teve o diagnóstico de câncer descartado no primeiro exame, mas posteriormente apresentou sintomas que a levaram a um novo diagnóstico com a confirmação da doença.

A in/satisfação realiza-se, no corpus, com processos verbais e comportamentais. Os excertos (144) e (145) apresentam algumas das poucas ocorrências dessa categoria.

144	“Tinha vontade de <u>gritar</u> e <u>falar</u> um palavrão bem grande”.	E#5
-----	---	-----

145	“Tive a sensação de estar <u>andando em nuvens...</u> ”	E#7
-----	---	-----

Em (144), na mesma oração, dois processos verbais estão presentes, indicando que uma reação importante do entrevistado é manifestar seu lamento e, assim, tenta diminuir sua dor, gritando e falando. Essa passagem é ilustrativa à posição de McCarthy (2011), para quem usar a linguagem é um alívio para as dores humanas.

“Andar nas nuvens” é o processo comportamental que figura nas entrevistas, quando o campo semântico é o da in/satisfação. Esse processo revela o estado psicológico do entrevistado, o que observamos no excerto (145).

Poucos epítetos são contemplados: “brava”, “chato”, “passageiro” e “melhor”. Os excertos (146) e (147) ilustram essa realização linguística.

146	“Fiquei <u>brava</u> por todo o tempo que estava sendo tratada de outra coisa...”	E#1
-----	---	-----

147	“É <u>passageiro</u> porque não é com elas!!”	E#5
-----	---	-----

148	“... me sinto <u>melhor...</u> ”	E#6
-----	----------------------------------	-----

Na ocorrência (146) podemos perceber a insatisfação em relação aos percalços de se chegar a um diagnóstico que já não era mais esperado pela paciente. Pela expressão linguística, é possível confirmar a insatisfação de, após tantos tratamentos, descobrir que a enfermidade é outra.

Em (147), a frustração acontece indiretamente pelo câncer, uma vez que a doença não é causadora imediata do sofrimento que está sendo expresso. Nesse sentido, o que está instanciado de forma explícita no discurso são os momentos difíceis que são motivados pela desconstrução da identidade física da paciente, que perde o cabelo em função do tratamento quimioterápico (MODENA; REZENDE; SCHALL, 2011). Já a passagem (148) constitui uma das poucas ocorrências de satisfação nas entrevistas.

De posse das análises no subsistema de in/satisfação, predominaram as avaliações de insatisfação, sendo 21 delas com valor negativo e apenas 9 com campo semântico positivo. Nesse contexto, as entrevistas E#1, E#5 e E#9 somaram uma grande quantificação de ocorrências com valor negativo, apresentando respectivamente 10, 5 e 3 ocorrências. Já as entrevistas E#2 e E#4 não demonstraram potencial avaliativo no campo da in/satisfação. Além dessas, a entrevista E#7 apresentou 4 avaliações, sendo duas positivas e duas negativas. As demais, entrevistas E#3, E#6, E#8, tiveram avaliações com campo semântico positivo no que concerne à in/satisfação, e a E#10 apresentou apenas uma ocorrência, sendo essa de valor negativo.

As análises apresentadas no Capítulo 5 desta dissertação mostram que através da linguagem podemos compartilhar nosso sofrimento, mas principalmente, as experiências de nossa realidade particular, isto é, a forma como compreendemos o mundo, de acordo com nossos princípios e crenças. Falar sobre o sofrimento, sobretudo quando nos referimos ao câncer, enfermidade com estigma de morte, é difícil, pois estamos no limiar das emoções. Sofremos pela possibilidade de morte, com a dor física e psicológica e, em alguns casos, sofremos também pela falta de espaço para o lamentar, para exteriorizar nossa dor. Além disso, julgamos nossa vida, na maioria das vezes, com o pensamento que deveríamos ter aproveitado mais e, em relação à maneira como usamos nosso tempo, temos a ideia convicta na possibilidade de barganhar mais um tempo neste mundo.

De todas essas situações que encontramos nas entrevistas analisadas, sobressai um achado relevante: é possível transformar experiências de sofrimento em lições de superação. Confirmamos através das análises quantitativa e qualitativa que o câncer torna o experienciador mais tenaz, resoluto e capaz de vencer seu sofrimento, agregando valor positivo à vida de quem o vivencia.

Como diz o ditado popular “os números contam histórias” e, contrariando expectativas, o câncer é uma experiência que agrega valor positivo. As análises apontaram 152 situações em que os experienciadores relataram fatos com valor positivo ao falar sobre a experiência particular com o câncer, contra 128 declarações negativas. Isso mostra que situações dolorosas podem nos presentear com algum proveito para nossa experiência no mundo, e como diz Rubem Alves (2006), “se você ficar amigo da doença, ela lhe dará lições gratuitas sobre como viver de maneira mais sábia”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Então, não brigue com a sua doença. Ela veio para ficar. Trate de aprender o que ela quer lhe ensinar. Ela quer que você fique sábio. Ela quer ressuscitar os sentidos adormecidos. Ela quer dar a você a sensibilidade dos artistas. Os artistas todos, sem exceção, são doentes... É preciso que você se transforme em artista.

(ALVES, 2006)

Neste trabalho buscamos demonstrar como a linguagem pode revelar contextos, realidades e comportamentos sociais de acordo com as escolhas que cada sujeito faz dentre as diversas possibilidades que a língua oferece para expressarmos nossas experiências. É fato que construímos nossa história por meio da linguagem, que interagimos e nos tornamos seres sociais pela construção da realidade que manifestamos por meio das escolhas linguísticas que fazemos. Nesta investigação da linguagem, ancoramo-nos no Sistema de Avaliatividade de Martin e White (2005), além dos aportes da Gramática Sistêmico-Funcional de Halliday e Matthiessen (2004). De posse dessas teorias analíticas, propusemos uma possível leitura da maneira como um sujeito, que vive a experiência de estar com câncer, manifesta-se linguisticamente e mostra valores sobre os modos de viver, pensar e agir.

Em nossa pesquisa, estendemos o posicionamento de Lascaratou (2007), para quem a dor é concebida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real. Para ela, a dor é sempre um estado psicológico, mesmo que possa, na maioria das vezes, ter uma causa física. Para nós, o discurso do sofrimento cobre esse âmbito de investigação.

Ao tratar da linguagem do sofrimento, afirmamos que há, nessa investigação, um duplo benefício. De primeira grandeza, está a exploração e o estudo da linguagem como construção e investigação social, a qual é sempre rica quando cumpre o papel de revelar e tornar compreensíveis contextos sociais complexos. Mas, além disso, esta pesquisa se justifica e demonstra relevância por abordar uma questão social de interesse interdisciplinar, a vivência com o câncer. Por se tratar de uma doença estigmatizada e com *status* de morte, o falar sobre a doença e a gestão

do sofrimento pelo experienciador pode ser crucial para o tratamento médico e para processo da cura (MAIA, 2005; QUEIROZ *et al.* 2005; NERY e VERAS, 2011).

Como forma de evitar situações ainda mais dolorosas para os pacientes, o Portal Oncoguia uniu os tratamentos terapêuticos com práticas de diálogos e de compartilhamento de experiências, buscando, dessa forma, dar alento e encorajamento também por meio da estratégia discursiva entre pacientes. Tal fomento é um exemplar da relação harmônica entre ciência médica e ciência da linguagem, o qual foi colocado em prática pela psico-oncologista dessa instituição, que tem como propósito encorajar os experienciadores do câncer, mostrando que a cura é possível.

Para que o diálogo entre pacientes fosse possível, foi lançada mão de entrevistas, um gênero polissêmico (LAGE, 2008), que dinamiza as relações sociais e serve para a pluralização das vozes em contextos diversos (MEDINA, 2008). Através de perguntas dirigidas, instrumento usado para coleta dos depoimentos, as entrevistas serviram para revelar as experiências do paciente com câncer em etapas, a partir da descoberta da doença até o fim do tratamento. Além disso, as respostas às perguntas demonstram situações emocionais e comportamentais do paciente que exprimem a complexidade da experiência vivida (LODI, 1974). Tais características tornam esses discursos extremamente relevantes para a intervenção investigativa da linguagem.

Ao investigar o roteiro de perguntas das entrevistas, classificamos o modelo organizacional como pergunta-e-resposta (SILVA, 2009; VANNUCHI, 2006) por apresentar a estrutura básica de pergunta e em seguida a resposta do depoente. Por sua vez, tendo em vista a resposta do sujeito experienciador, as entrevistas são categorizadas como testemunhais (LAGE, 2008) por ser um discurso em que estão impressas as emoções e os comportamentos de fato vivenciados pelo entrevistado, o qual informa particularidades sobre o seu ponto de vista.

Ao aplicarmos o Sistema de Avaliatividade (MARTIN; WHITE, 2005) nos discursos dos entrevistados, constatamos avaliações de emoções e de valores subjetivos que os experienciadores de câncer revelam. O estudo analítico do *corpus*, no campo da atitude, nesta pesquisa, aponta para uma ligeira predominância de avaliações positivas (152) sobre as negativas (128). Podemos afirmar que isso acontece porque prevalece o comportamento de perseverança e, sobretudo, de atitude responsiva frente à própria vida, tendo em vista o medo que a enfermidade

desperta no experienciador, que diante dela, sente-se, muitas vezes, na iminência da morte (NUNES, 1980; TORRES, 1994; MAIA, 2005; SILVA, 2008). A par disso, constatamos a grande incidência de julgamento por estima social, especialmente por tenacidade positiva (56) e por capacidade positiva (44). É importante destacar que a experiência do câncer passa a ser considerada pelo paciente como uma nova chance de pertencer ao mundo, o que traz ao experienciador o desejo de lutar pela vida tenazmente. Ele precisa dizer a ele mesmo que é capaz de vencer a morte.

Entendemos a predominância de tenacidade positiva como a manifestação do comportamento de superação, atributo muito presente em pessoas que experienciam situações dolorosas. Percebemos que estamos diante de um discurso determinado a vencer a enfermidade, resignado ao sofrimento, posto que o sujeito entende ser essa a única maneira de não se submeter à mortalidade. Em vista disso, a tenacidade negativa tem um número muito baixo de ocorrências (6). Capacidade é um campo semântico importante, que se comporta de modo um pouco diferente: encontramos 44 avaliações positivas e 28 negativas. Avaliações positivas de capacidade indicam que o homem se comporta de forma resoluta frente a situações dolorosas, sobretudo quando há iminência de morte, mostrando-se determinado a superar o sofrimento físico e psicológico. Veracidade e propriedade têm resultados inexpressivos, pois entendemos que, devido à natureza das questões e ao tipo de resposta solicitada, não estão em jogo a verdade da informação ou a ética das relações humanas.

O segundo campo semântico mais evidente é afeto. Dentre as evidências encontradas, há mais ocorrências negativas (83) que positivas (41). Entendemos que a predominância de afeto negativo é a constatação semântica de que o câncer não atinge somente a estrutura física, mas também desestabiliza o sistema psicológico do experienciador, principalmente quando o tratamento radioterápico causa, entre outros problemas estéticos, a perda do cabelo, a amputação de membros e a perda da vitalidade física. O diagnóstico da doença desencadeia sentimentos de vulnerabilidade e desesperança, trazendo grande pesar pelo medo da finitude da vida. Dentre as avaliações de afeto, predomina o campo semântico de insegurança (36), seguido do de infelicidade (26). Justificamos essa escolha dos entrevistados, pois o câncer é uma doença que traz à baila questões vitais sobre o significado da vida, por se tratar de uma enfermidade estigmatizada que traz premonições de morte (SILVA, 2008). Além disso, é uma experiência difícil, que

coloca em primeiro plano a vulnerabilidade do sujeito, despertando sentimentos como tristeza frente ao fato de possuir uma enfermidade grave, angústia por viver um momento de transição entre ter saúde e estar doente (FERREIRA; DE CHICO; HAYASSHI, 2005).

Nosso trabalho corrobora o posicionamento de Halliday (1998), para quem a dor se encaixa na configuração da experiência humana, de modo que é possível, para os estudiosos da linguagem, verificar como se dá a representação da dor no sistema de transitividade. Acrescentamos que nosso trabalho, além de questões léxico-gramaticais, preocupou-se com a semântica do discurso dos entrevistados, lançando mão do Sistema de Avaliatividade (MARTIN; WHITE, 2005).

Motivados por Sussex (2007), para quem a linguística aplicada é provavelmente uma das áreas interdisciplinares capaz de investigar, analisar e taxonomizar registros importantes sobre os discursos da dor, e a exemplo de Reznikova, Osmolovskaya e Rakhilina (2008), que identificaram cinco grupos-zonas em que os verbos de dor física se abrigam (queimar, golpear, palpitar, doer e agulhar), identificamos 4 regiões semânticas em que a vivência e o enfrentamento do câncer, no Portal Oncoguia, distribuem-se:

1. **Tenacidade positiva** – predominância de processos materiais e mentais;
2. **Capacidade positiva** – predominância de processos mentais;
3. **Capacidade negativa** - predominância de processos mentais e relacionais;
4. **Segurança negativa** – predominância de processos mentais.

Através de nossa pesquisa, percebemos que a superação pode ser um atributo muito importante de pessoas que experienciam situações dolorosas. Percebemos que estamos diante de um discurso determinado a vencer o câncer, resignado ao sofrimento, posto que o sujeito entende ser essa a única maneira de não se submeter à mortalidade. Além disso, o emprego do Sistema de Avaliatividade (MARTIN; WHITE, 2005) demonstrou a mudança dos valores pessoais e a reestruturação da vida para privilegiar o cotidiano imediato, posto que há no *corpus* a demonstração de uma perspectiva de vida centrado do presente: “Futuro é uma palavra muito distante, pois eu vivo o hoje, um dia por vez, não existe futuro no meu dicionário. No meu dicionário é o hoje, o presente, amanhã, amanhã é muito longe, quando chegar a gente vive” (E#5).

Com essas conclusões, ressaltamos o potencial da linguagem em revelar aspectos do contexto social. Pelo funcionamento e, sobretudo, pelas escolhas que um sujeito faz no sistema linguístico, podemos entender as avaliações e as representações que esse ator social tem do mundo e a relação que essa perspectiva estabelece com o seu contexto pessoal. Mais relevante que isso é enfatizar que nosso trabalho é apenas o começo da investigação sobre as marcas linguísticas e subjetivas do sofrimento. Ainda há muito há ser desenvolvido e aprimorado e que a linguística deve caminhar a passos largos em busca de ampliar a abordagem dos estudos da linguagem com vistas à linguagem da dor e do sofrimento.

Sugerimos a investigação da linguagem do sofrimento em contextos amorosos, em desenlace matrimonial, por exemplo, ou ainda a instanciação da linguagem de familiares que tiveram seus filhos ou entes queridos próximos (mãe, pai, irmãs, irmãos) envolvidos em grandes tragédias, como o acontecido em Santa Maria, em 2012. Novos estudos contribuirão significativamente para ancorar a linguagem da dor e do sofrimento a marcar o espaço da linguística nesta área interdisciplinar. Não há mais espaço para a intersecção entre os estudos da linguagem e os profissionais das áreas da saúde, pois, em se tratando do sofrimento, muito a linguística tem a contribuir para fomentar a qualidade de vida de pacientes em situação de sofrimento.

Queremos, portanto, que essa pesquisa encoraje outros estudiosos da linguagem a contribuir com investigações que explorem contextos de sofrimento. A dor e o sofrimento devem ser interpretados não só como um fenômeno físico estanque, mas sim como um processo subjetivo e individual da experiência humana e, por isso, também uma experiência emocional que pode ser investigada pela realização da linguagem em que discursos manifestos socialmente estejam fundamentando um fenômeno essencialmente humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Rubem. **Sobre o tempo e a eternidade**. Campinas, 13^o ed.; Papyrus, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **O que é Câncer**, anexos. Rio de Janeiro: INCA; 2010. [citado em: 11 outubro de 2012]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/>
- BAZERMAN, C. **Gêneros textuais, tipificação e interação**. São Paulo: Cortez, 2005.
- BAKHTIN, M. Gêneros do discurso. In: **Estética da Criação Verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. 3ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- BERGER, P. L; LUCKMANN, T. **A construção da realidade social: Tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis, 33 ed; Vozes, 2011.
- BIBER, D. *et al.* **Grammar of Spoken and Written English**. London: Longman, 1999.
- BRUNNER L, SUDDARTH D. **Moderna Prática de Enfermagem**. ed. Panamericana, Rio de Janeiro, 2002.
- CABRAL, S. R. S. **A mídia e o presidente: um julgamento com base na teoria da valoração**. Santa Maria: UFSM, 2007. Tese (Doutorado em Letras), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2007
- CAPUTO, S. G. **Sobre entrevistas – Teoria, prática e experiências**. 2.ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- CARMO, E. F. do. **O espaço micropúblico**. 2.ed. – Recife: Universitária, 2010.
- DALLA CORTE, S. **Modos de organização do discurso e representação de um governo latino-americano no gênero reportagem**. Santa Maria: UFSM, 2009. Dissertação (Mestrado em Letras), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

DEVITT, A. **Writing Genres**. Carbondale, EUA: Southern Illinois University Press, 2004.

DIAS, C. A. Portal corporativo: conceitos e características. **Revista Ciência da Informação**, v. 30, n.1. jan/abr/2001

DRUMMOND, J.P. Bioética, dor e sofrimento. **Revista Ciência e Cultura**, v. 63, nº2, Abr. São Paulo: 2011

EGGINS, S. **Introducción a la lingüística sistêmica**. Traducción, Prólogo y Glossário de F. Alcântara. Logroño: Universidad de La Rioja, 2002.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora UNB, 2001.

FARENCENA, G. S. **Estudo da fábula: contexto, linguagem e representação**. 2011. 191 f. Dissertação (Mestrado em Letras)- Universidade Federal de Santa Maria, 2011.

FERREIRA, N. M. L; DE CHICO, E; HAYASSHI V. D. Buscando compreender a experiência do câncer. **Revista Ciência Médica**, Vol. 14 n.3 Campinas, 2005.

FUZER, C. **Linguagem e representação nos autos de um processo penal**: como operadores do Direito representam atores sociais em um sistema de gêneros. Santa Maria: UFSM, 2008. Tese (Doutorado em Letras), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008

FUZER, C; CABRAL, S. R. S. Introdução à Gramática Sistêmico-Funcional em Língua Portuguesa. **Caderno didático**. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Artes e Letras, Departamento de Letras Vernáculas, Núcleo de Estudos em Língua Portuguesa, 2010. 173 p.

GOUVEIA, C. A. M. Texto e Gramática: Uma Introdução à linguística Sistêmico-Funcional. **Matraga**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 24, jan/jun. 2009.

HALLIDAY, M. A. K; Mc INTOSH, A; STREVEENS, P. **The linguistic sciences and language teaching**. London: Longman, 1964.

HALLIDAY, M. A. K; HASAN, R. **Language, context, and text: aspects of language in a social-semiotic perspective**. Oxford: Oxford University Press, 1989.

HALLIDAY, M. A. K. **On the Grammar of Pain**. *Functions of Language*, v. 5, n.1, p.1-32, 1998.

HALLIDAY, M. A. K.; MATHIESSEN, C. M. I. M. **An Introduction to Functional Grammar**. 3rd. London: Haddar Education, 2004.

HIRATA, M. A lexicogrammatical perspective in encoding dictionaries – with reference to ‘pain’ examples in English and in Japanese. In: **Proceedings of the 5th International Conference on Meaning-Text Theory**, September 8–9, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain, 2011.

HORI, M. 2006. Pain expressions in Japanese. In Thompson G. e S. Hunston (ed). **System and Corpus**, 206-225. London: Equinox Publishing Limited.

HUSTON, S; THOMPSON, G. **Evaluation in text**. Oxford: Oxford University Press, 1999.

IASP (International Association for the Study of Pain). (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. **Pain**, 6 (3), 249–252

KÜBLER-ROSS, E. **A morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

LAGE, N. **A reportagem: Teoria e técnica de entrevista e pesquisa jornalística**. 7 ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

LASCARATOU, C. **The language of pain: Expression or description?**. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins, 2007.

LÉVY, P. **O que é virtual**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

LIMA, S. **Atendimento psicológico a pacientes internados e seus familiares na fase de suspeita do diagnóstico de câncer e/ou AIDS**, Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

LODI, J. B. **A entrevista: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo, Pioneira, 1974.

LUTZ, C.; ABU-LUGHOD, C. **A Language and the politics of emotions**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

LUTZ, C.; WHITE, G. M. The anthropology of emotions. **Annual Review of anthropology**, 15: 405-436, 1986.

MAIA, S. A. F. **Câncer e morte**: o impacto sobre o paciente e a família. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psiconcologia, Hospital Ernesto Gaertner, Curitiba, PR, 2005.

MARCUSCHI, L. A. Gêneros textuais: definição e funcionalidade. In: Dionísio, A. P.; Machado, A. R.; Bezerra, M. A. (Orgs.) **Gêneros textuais e ensino**. 4. ed. Rio de Janeiro: Lucerna, 2005.

MARCUSCHI, L. A. **Produção textual, análise de gênero e compreensão** - Ed. Parábola, São Paulo, 2008.

MARTIN, J. R; MATTHIESSEN, C. M. I. M; PAINTER, C. **Working with functional grammar**. London: Arnold, 1997.

MARTIN, J. R; WHITE, P. **The language of evaluation**: appraisal in English. New York: Palgrave, 2005.

MCCARTHY, T. The role of language in the meaning suffering. In: **2nd Global Conference Suffering. A making sense of: project**. nov. Czech Republic, Prague, 2011.

MEDINA, C. **Entrevista**: o diálogo possível. 6. ed. São Paulo: Ática, 96 p. (Série Princípios), 2008.

MEURER, J. L. O conhecimento de gêneros textuais e a formação do profissional da Linguagem. In FORKTAMP, M. B. M. e TOMITCH L. M. B. (org). **Aspectos da linguística aplicada – estudos em homenagem ao professor Hilário Inácio Bohn**. Florianópolis: Insular; 2000.

MODENA, C. M. REZENDE, A. M; SCHALL, V. T; O câncer na adolescência: vivenciando o diagnóstico, **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 13, n.3; 55-66, Universidade Presbiteriana Makienze, SP, 2011.

MILLER, C. R. **Gênero Textual, agência e tecnologia**. Recife-PE: PGLetras, 2009.

NUNES, C H. P. Relação médico-paciente em cancerologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 29, p.199-202, 1980.

OLIVEIRA, S. G; QUINTANA, A. M; BERTOLINO, K. C. O. Reflexões acerca da morte: Um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 6, Brasília, nov/dec. 2010.

OLIVEIRA, F. M. A análise da organização retórica do gênero portal educacional em língua inglesa. **V Siget – Simpósio Internacional de Estudos de Gêneros Textuais – O ensino em foco**. Caxias do Sul, RS, ago. 2009.

ONCOGUIA. **Portal**. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/>>.

PAGANO, A. S; FIGUEREDO, G. P. Gramaticalização da dor em português e espanhol – Uma abordagem comparada com subsídios da linguística de *corpus* e da Linguística Sistêmico-Funcional. In: Viana, V; Tagnin, S. E. O. (Orgs.) **Corpora de Ensino em Língua Estrangeira**. São Paulo, HUB editora, 2011.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.) **Humanização e cuidados paliativos**. 3 ed; Loyola, São Paulo, 2004.

PRADO, E. **Estrutura da Informação**. 3. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1989.

QUEIROZ, A. H. de *et al*. Reflexões sobre as representações sociais da AIDS e do câncer e as interações entre pacientes, famílias e profissionais da saúde, **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC, n.37, p. 105 – 119, abril 2005.

REY, F. L. G. As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. **Periódicos eletrônicos em Psicologia – Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 2, Brasília, jun. 2010.

REZNIKOVA, T. I.; OSMOLOVSKAYA, A. A.; RAKHILINA, V. Ye. Verbs of pain in the light of grammar of constructions. **Journal Automatic Documentation and Mathematical Linguistic**, v. 42, n. 2, pp. 115-128, Apr. 2008.

RODRIGUES. D. L. **A política sob o julgamento de Eliane Cantanhêde**: uma investigação da assinatura valorativa. 2012. 124 f. Dissertação (Mestrado em Letras)- Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

SCOTT, M. **Programa Word Smith Tools**. Versão 5.0. Oxford University Press, 2008.

SILVA, G. de F. **Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer.** Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. PUCCAMP, 164f, 2008.

SILVA, N. R. da. **O gênero entrevista pingue-pongue:** reenunciação, enquadramento e valoração do discurso do outro. São Carlos: Pedro e João Editores, 2009.

SUSSEX, R. The language of pain in applied linguistics: Review article of Chryssoula Lascaratou's *The language of pain* (Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins, 2007). **Australian Review of Applied Linguistics** 32 (1), 6.1–6.14; 2009.

THOMPSON, G. **Introducing Functional Grammar.** 2nd ed. London: Arnold, 2004.

TICKS, L.K. **(Re)construção de concepções, práticas pedagógicas e identidades por professoras de inglês pré e em serviço.** Santa Maria: UFSM, 2008. Tese (Doutorado em Letras), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

TORRES, W. C. O adolescente com câncer: o morrer. **Temas em Psicologia,** Ribeirão Preto, v.2, p. 151-157, 1994.

VANNUCHI, C. (2006). **A entrevista pingue-pongue no jornalismo de revista.** Entrevista concedida via *e-mail* em 12 set. 2006.

VERAS, J. M. M F; NERY, I. S. O significado do diagnóstico de câncer do colo uterino para a mulher. **Revista Interdisciplinar Novafapi,** Teresina. v.4, n.4, p.13-18, Out-Nov-Dez. 2011.

VIAN JR., O.; SOUZA, A. A.; ALMEIDA, F. S. D. P. (Org.). **A linguagem da avaliação em língua portuguesa.** Estudos sistêmico-funcionais com base no Sistema de Avaliatividade. São Carlos: Pedro e João Editores, 2010.

SILVEIRA, A. da. **Portais corporativos:** principais aspectos e a ferramenta de comunidade de prática no auxílio para a gestão do conhecimento, (Trabalho de Conclusão de Curso) Curso de Sistema de Informação e Qualidade Total – Centro Universitário Augusto Motta, Rio de Janeiro, 2007.

SOUZA, Anderson A. Gradação: força e foco. In: VIAN JR., O; SOUZA, A. A. de; ALMEIDA, F. S. D. P. **A linguagem de avaliação em língua portuguesa**: Estudos sistêmico-funcionais com base no Sistema de Avaliatividade. São Carlos: Pedro e João Editores, 2010.

WHITE, P. Valoração – A Linguagem da Avaliação e da Perspectiva. **Revista Linguagem em (Dis)curso**, v.4, Tubarão: 2004.

ANEXOS

ANEXO - CORPUS - AS ENTREVISTAS DE ANÁLISE

Entrevista 1 (E#1)

Você poderia se apresentar?

Meu nome é Heloísa Orsolini Albertotti, tenho 29 anos, sou modelo, apresentadora, professora de Yoga e também sou formada em Economia! Nossa, quanta coisa, até me perco! Rsrprs.

Como você descobriu que estava com linfoma? Qual o tipo de linfoma que foi diagnosticado?

Meu diagnóstico foi um longo processo! Eu tive uma trombose e alguns marcadores deram alterados. Depois disso comecei a investigar. Em um dos exames, descobri uma massa de 10cm x 8 cm no pulmão e mediastino e o médico me disse que provavelmente era um linfoma. Meu primeiro pensamento foi: “Mas eu quero ter filhos!” rrsrs... Só que a biópsia não detectou o câncer e fiquei 1 mês tratando como se fosse uma infecção. Depois de mais de 20 dias internada, tive alta. Passadas duas semanas, me senti mal e refiz os exames: a massa tinha voltado a crescer. Fui internada de novo e dessa vez fizeram uma biópsia a céu aberto, maior e mais confiável: com ela, não teria chance de erro! E foi aí que eu descobri o linfoma, no dia 20 de dezembro de 2011. É um linfoma Não-Hodgkin de grandes células b, nos pulmões e mediastino e vários outros lugares (o que é normal no caso de linfoma, já que é no sistema circulatório).

Como você ficou quando recebeu o diagnóstico? O que sentiu?

Como eu já tinha descartado o diagnóstico de linfoma uma vez, eu pensei: “Não acredito! Eu achei que estivesse livre dessa!”. Fiquei brava por todo o tempo que estava sendo tratada de outra coisa. Chorei porque meu cabelo ia cair (e eu achei que estava livre disso!), pensei no sofrimento dos meus pais, do meu marido, dos meus irmãos... Mas em nenhum momento duvidei que ficaria boa, que seria só um período difícil na minha vida e que Deus estava cuidando de mim.

Qual era a sua maior preocupação no momento em que te deram a notícia?

Na primeira vez que pensei que estivesse com linfoma, meu primeiro pensamento foi que eu queria ter filhos. Fiquei preocupada pensando que talvez o tratamento me tornasse infértil, o que o médico me explicou que não aconteceria (por isso hoje eu tomo uma injeção para não ovular e, assim, proteger os ovários). Na segunda vez, quando o diagnóstico foi certo, eu fiquei triste com o cabelo! Por que achei que estava livre disso... E depois fiquei com “preguiça” pensando em todo o tempo que ainda teria que enfrentar de tratamento, por que sempre soube que ficaria boa e que o ruim seria o tratamento.

Quais foram os passos tomados após o recebimento do diagnóstico?

Vários: diversas biópsias (de medula, de liquor), exames, a primeira quimio e o corte de cabelo. Chamei uma pessoa que foi no hospital e já cortou meu cabelo curto, meio chanel, para eu ir acostumando e desapegando do cabelão. O médico disse que era bem menos traumático cair o cabelo mais curto do que cair o cabelo comprido, então... A cabeleireira que cortou o meu cabelo também trabalhava com perucas e já arrumei a minha primeira peruca: também chanel. Eu achei que seria menos traumático quando eu tirasse para tomar banho e dormir. Realmente é, mas eu não resisti e também comprei uma peruca mais comprida. Também uso muito lenço! E em casa fico careca mesmo!

Em que momento do tratamento você se encontra agora?

Estou na metade do tratamento de quimioterapia: serão oito sessões e eu já fiz quatro. Elas são feitas em ciclos de 21 dias. Graças a Deus o tratamento está funcionando: o último PET scan mostrou que sumiu praticamente tudo!

Em sua opinião, qual foi o tratamento mais difícil? Por quê?

Alguns momentos foram os mais difíceis... Acessos venosos são sempre péssimos, principalmente os que não dão certo e os na parte interna do antebraço: dói muito! Um dos piores momentos foi quando tentaram realizar o PIC, que é um acesso pelo qual passa um catéter mais longo e ele fica por mais tempo. É um procedimento feito sem anestesia e que geralmente dura 5 minutos. O meu durou uma hora e meia e não deu certo. Tentaram em 3 lugares diferentes e o catéter não subia, foi horrível. E o pós operatório da biópsia a céu aberto também foi sofrido, passei uns 5 dias vomitando demais por causa do Tramal, fora as dores...

Você teve efeitos colaterais?

Eu tive um efeito colateral umas duas horas depois da primeira quimio: muita tremedeira, como se estivesse com uma febre muito alta, mas a temperatura estava normal. O corpo inteiro tremia muito, depois de alguns minutos começou a dar câimbra por causa do esforço muscular (involuntário). Fora isso, nunca mais! Claro, a queda de cabelo e um pouquinho de enjôo e cansaço nos dias seguintes às quimios.

Como é a sua relação com o seu médico?

Eu confio muito no meu médico. Sempre que tenho qualquer dúvida, ligo ou mando mensagem no celular dele e ele me responde.

Você fez acompanhamento com equipe multiprofissional?

Como eu disse, eu confio muito no meu médico e sempre que tenho dúvidas pergunto para ele. Não consultei uma nutricionista porque já tinha uma boa base nutricional (sempre fiz acompanhamento). No momento, tento me alimentar bem, mas sem restrições, já sofro suficiente rsrsrsr... Também não como tudo que vejo pela frente: equilíbrio. Fui à ginecologista para tirar dúvidas nessa área (fiquei com vergonha de perguntar para o médico!) e foi ótimo. Ela me deu várias dicas importantes. Mas tudo que ela me receitou também passou pelo oncologista. Se ele der ok, eu faço! E ele deu ok para tudo. Não tive acompanhamento psicológico

porque até agora não precisei. Minha mãe é psicóloga e eu converso sempre com um padre amigo da família que é muito sensato. E meu *blog* é minha terapia!

Na sua opinião, o que é mais difícil de enfrentar durante o tratamento e por quê?

Várias coisas são difíceis, dependendo do momento de vida da pessoa. No meu caso, ficar careca é muito chato. Mas não faço disso um drama. Meu tratamento e meu tipo de câncer fazem a imunidade ficar muito baixa. Por isso, não posso ficar em lugares lotados e fechados, além de não poder dar beijo, abraço e aperto de mão em ninguém (exceto meus pais, irmãos e marido). Isso é muito chato, morro de vontade de abraçar as pessoas, mas obedeco as recomendações médicas à risca e por isso meu tratamento tem dado tão certo até agora. Evito comer fora de casa, ir ao cinema, viajar, pegar avião... Também estou sem trabalhar. Mas sei que é por pouco tempo e que vale a pena!

O que foi fundamental e lhe ajudou a enfrentar o câncer?

O apoio da família e dos amigos é mais que fundamental, por isso sou a favor de contar para todo mundo! Também são muito importantes: a autoestima em dia (me maquio todo dia e visto minhas melhores roupas!), o alto astral, o foco em tudo que é positivo e em nada de negativo (evitar estresse e pessimismo), um pouco de exercício (na medida do possível: no meu caso faço yoga e caminhadas leves de 30 minutos umas três vezes por semana)... Acho que sempre ter conhecido meus valores e princípios e sempre ter procurado viver de acordo com eles é muito importante, pois num momento como esse é comum as pessoas enfrentarem muitos arrependimentos e culpas. Outra coisa que ajuda demais é o fato de eu sempre ter sido saudável, praticado exercícios, ter tido uma alimentação saudável e não fumar.

Como está a sua vida hoje? Nos conte sobre seu trabalho e planos para o futuro.

Não estou trabalhando (por causa da imunidade, principalmente). Mas tenho gasto bastante tempo no blog (www.heloisaorsolini.com) e pretendo continuar com ele mesmo depois de ficar boa. Também vou continuar trabalhando como modelo e tenho alguns planos em vista, mas nada concreto.

Que orientações você daria para alguém que está recebendo o diagnóstico de câncer hoje?

A primeira é: mantenha a calma e o pensamento positivo! A medicina avançou muito e o tratamento evoluiu demais. É bem possível que sua visão sobre o câncer seja bem pior do que o que você realmente vai passar. Além disso, mantenha-se muito próximo das pessoas queridas, mantenha a auto-estima (se cuide muito!), foque sempre no positivo, sorria e confie em Deus! Ele está pertinho de você!

Qual a importância da informação durante o tratamento de um câncer?

No meu caso, como eu confio muito no meu médico, procuro não ficar pensando demais no caso. Deixo nas mãos dele. Acho que se eu pesquisar demais vou ver coisas ruins que vão me deixar tensa e preocupada, como já aconteceu. Deixo essa parte nas mãos do meu marido e do meu pai e eu fico aqui, só no pensamento positivo! rrsrsr. Não fico na ignorância, mas tento saber só o básico. Leio livros

sobre alimentação saudável, sobre como ser feliz mesmo com câncer etc... Mas acho muito importante a população em geral ter o máximo de informação possível para se cuidar e, se tiver alguma coisa, conseguir diagnosticar logo. Quanto antes melhor! No meu caso, eu só descobri o linfoma porque fiquei indo atrás e não sosseguei enquanto não descobri o que eu tinha!

Como você acredita que o trabalho do Oncoguia ajuda os pacientes? Te ajudou/ajuda de alguma forma?

As informações sobre o câncer geralmente são subdivididas e “perdidas”. A gente acaba encontrando um pouquinho em cada lugar, é muito difícil. Acho importante ter um lugar que agregue tudo, facilita muito nossa vida! É muito importante também a confiança na informação e o Oncoguia é bom por isso, vemos que é uma coisa séria e bem estruturada.

Mais alguma coisa que você gostaria de nos contar?

Uma coisa que eu tenho percebido é que muita gente não conta para os outros que está com câncer e eu sou muito a favor de contar. Primeiro porque ninguém tem que ter vergonha por ter câncer. Isso é absurdo! Segundo porque receber o apoio das pessoas e trocar experiências é muito importante e ajuda demais no tratamento. Então, aqui vai meu recado: saia por aí espalhando! Rsrtrs... Assim a gente forma uma corrente de força e de energia! Outro recadinho: eu tenho feito algumas campanhas de arrecadação de fundos para ONGs e instituições carentes no blog. No momento é o leilão de uma camiseta do Rogério Ceni, do SPFC, toda autografada pelos jogadores do time. A renda vai ser 100% revertida para caridade. Quem quiser ajudar, as informações estão no canto superior direito do blog (www.heloisaorsolini.com).

Entrevista 2 (E#2)

Você poderia se apresentar?

Meu nome é Néelson Buis Sonntag, sou solteiro, 28 anos, moro em Canoas – Rio Grande do Sul, formado em 2008 em Ciência da Computação, sempre cultivei bons hábitos tanto alimentares quanto corporais. Praticava esportes regularmente (Vôlei e Corridas) e em setembro de 2008 me deparei com algo chamado Linfoma Não-Hodgkin.

Como foi que você descobriu que estava com câncer?

Como descobri a doença não serve de exemplo, julgo que no meu caso, tive sorte e também muita coragem para correr atrás do diagnóstico. A doença foi descoberta em julho, quando relacionei alguns sintomas que estavam ocorrendo comigo e depois disso fui pesquisar mais sobre o assunto, e logo me deparei com o meu diagnóstico definitivo. Alguns dos principais sintomas eram: sudorese noturna sem febre, tosse seca sem secreção, falta de ar, síndrome da via cava superior (pescoço apresentava muito inchaço, e aparentava ser um linfonodo).

Como você ficou quando recebeu o diagnóstico? O que sentiu? Qual era a sua maior preocupação neste momento?

Quando me deparei com a confirmação de minhas suspeitas, me senti desamparado, sentimento que não durou muito graças as minhas pesquisas sobre possíveis tratamentos e altas chances de cura. Minha principal preocupação era não fazer minha família sofrer com isso, queria abraçar tudo sozinho.

O que aconteceu depois disso? Você já começou o tratamento?

Logo após iniciamos diversas internações na rede pública. O tratamento só foi realmente começar em dezembro de 2008, pois antes disso foram vários exames para identificar o tipo de Linfoma que possuo.

Em sua opinião, qual é o tratamento mais difícil? Por quê?

Não acredito em tratamento mais ou menos difícil, acredito em paciente mais ou menos resistente ao mesmo. Todos os protocolos de quimioterapia são agressivos e dessa maneira cada organismo reage de maneira distinta.

Você teve efeitos colaterais? Qual o pior?

Tive poucos efeitos colaterais, mas dentre estes posso dizer que as dores de cabeça foram as piores.

Como foi a relação com o seu médico?

Sempre tive um ótimo relacionamento com todas as equipes médicas pelas quais passei, acredito que quando existe um diálogo franco entre as partes, tudo funciona muito bem.

Com que outro profissional você se relacionou? Você fez acompanhamento psicológico? E com nutricionista?

Sim ambos, pois, onde me trato, no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, faz parte do programa, ter acompanhamento de vários profissionais para orientação tanto do paciente como do familiar.

Você está em tratamento ou já finalizou?

Ainda me encontro atualmente realizando o ciclo B1 de HyperCVAD.

Como está a sua vida hoje?

É possível resumir tudo em uma só palavra: diferente, tudo passa por uma constante adaptação e a criação de hábitos simples, mas essenciais para quem tem essa enfermidade.

Que orientações você daria para alguém que está recebendo o diagnóstico de câncer hoje?

Para todos aqueles que descobrem a doença, lhes peço o máximo de calma e dedicação em entender do que se trata, sofremos um grande descaso por parte da população em buscar informação, acredito que conhecendo o problema a solução se torna mais fácil.

Mais alguma coisa? Qual a importância da informação durante o tratamento de um câncer? Você buscou se informar? De que maneira?

Como mencionei na questão anterior, a informação é primordial em qualquer situação. Eu busco constantemente informação da mídia e de fontes seguras na internet.

Como você conheceu o Oncoguia? Você tem alguma sugestão a nos dar?

Descobri o Oncoguia através de uma indicação, pois possuo um blog (<http://nelsoncontraocancer.blogspot.com>), onde busco acima de tudo informar às pessoas que assim como eu possuem a doença.

Entrevista 3 (E#3)

Você poderia se apresentar?

Meu nome é Francisco Garcia de Araujo Filho, tenho cinquenta e nove (59) anos, sou casado, militar da reserva remunerada, tenho dois lindos filhos (um homem e uma princesa), era até pouco tempo atrás um atleta em potencial (sem o exagero), quando, de repente, o câncer, silencioso e inesperado como acontece com todo mundo.

Sr. Francisco, como foi que você descobriu que estava com câncer? Qual é o seu diagnóstico?

Começou com um incômodo na altura do fígado que no decorrer dos dias não aliviava. Por sugestão de um médico (meu genro) fui fazer uma ultrassonografia do fígado e aí apareceram dois nódulos. Imediatamente (moro numa cidade do interior do Rio Grande do Norte), fui procurar um gastroenterologista muito conceituado em Natal/RN, que me afirmou serem, aqueles nódulos do fígado, provavelmente provenientes de outro lugar. Solicitou alguns exames, um deles o antígeno carcinoembriogênico, com valor 586, disse-me que eu já havia descoberto na Internet (com o resultado do exame). Havia uma lesão. Onde? Com o exame de colonoscopia descobriu-se que estava localizada no retosigmóide. Foi marcada a cirurgia, realizada com sucesso. Mas os nódulos do fígado continuavam lá. E aumentaram de quantidade. De dois para quatro. Como eu havia feito a cirurgia recentemente esperou-se um mês para iniciar a quimioterapia. No dia de iniciar a quimio foi feita uma tomografia dos pulmões e lá estavam eles (nódulos) espalhados pelo mediastino e pulmões. E agora?

Como você ficou quando recebeu o diagnóstico?

Por ter descoberto por mim mesmo, o choque já não foi tão grande. Mesmo assim, não é fácil pra ninguém saber uma notícia que é, na maioria das vezes, devastadora.

O que sentiu?

Havia calma em mim, nunca baixou aquele desespero, mas eu sei que se eu tivesse tido um sonho, e ao acordar tivesse descoberto que fora apenas um sonho, mesmo assim, eu nunca mais seria a mesma pessoa. Tamanho é o impacto que qualquer um sentiria se estivesse no meu lugar. Tento conviver com a certeza de que estou morrendo, mas estou lutando. Há um monte de quimioterapia a ser feita (fiz apenas a primeira sessão internado num hospital por 3 dias) e daqui a mais 3 dias recomeço a segunda sessão e eu vou à luta. No que vai dar? Não sei. Mas prometo que conto tudo, em detalhes, depois.

Qual era a sua maior preocupação neste momento?

Eu tenho uma bela família. A minha primeira preocupação recaiu sobre todos aqueles que me amam como minha querida mãe, mulher, filhos, netos, irmãos e outros menos votados. O que sentiriam? Incrível, o suporte que todos me deram. Às vezes, eu até acho que não estou tão severamente doente. Tanto que todos eles me passam de fé, força, amor. Eu sou um bobalhão, velho, chorão, emotivo. Porque acho que ainda teria algumas coisas a fazer e parece que não vai dar tempo é que me emociono como uma criança boba, que no fundo no fundo eu acho que sou. Nessas coisas "a fazer" gostaria muito de poder jogar bola com meu neto, Thales. Mas ele só tem 3 anos...

O que aconteceu depois disso? Você já começou o tratamento?

Como expliquei anteriormente já comecei o tratamento, com quimioterapia.

Em sua opinião, qual é o tratamento mais difícil? Por quê?

A hospitalização e a quimioterapia. O primeiro pelo mal-estar que me causa o ambiente hospitalar e a quimio pelos sintomas que acarreta.

Você teve efeitos colaterais? Qual o pior?

Tive sim. Apesar de ter sido preparado (com remédios) para receber a quimioterapia, mesmo assim o mal-estar geral no organismo, cansaço, etc, deixam-me "pra baixo".

Como era a relação com o seu médico?

Sempre boa, franca da minha parte, muito disciplinado para cumprir as determinações médicas que forem prescritas.

Com que outro profissional você se relacionou? Você fez acompanhamento psicológico? E com nutricionista?

Só com o meu genro, que é pediatra e tem sido um bom conselheiro. Não fiz acompanhamento psicológico. Quanto à nutrição, minha nora que é nutricionista tem me dado orientações importantes.

Você está em tratamento ou já finalizou?

Estou apenas na fase inicial do tratamento quimioterápico. Serão seis sessões.

Como está a sua vida hoje?

Há dias de força, fé. Outros, estou para baixo, deprimido (se não chega a tanto, pelo menos meio triste). Afinal eu sou um ser humano, como todos os defeitos inerentes e que podem parecer difíceis de entender para muitos, mas que é fácil pra mim.

Que sugestões/orientações você daria para alguém que está recebendo o diagnóstico de câncer hoje?

Orientações seriam impossíveis de dar. Mas sugestão eu seria capaz de arriscar. Uma boa reflexão da sua vida poderia ser feita e se todas as coisas que você fez pelo menos a metade (entre elas, amar os animais) fizeram de você um ser humano amado por aqueles que te rodeavam, é porque a sua vida valeu mesmo à pena ter sido vivida.

Mais alguma coisa?

Acho que este desabafo me fez hoje, quem sabe, um ser humano melhor. Obrigado.

Qual a importância da informação durante o tratamento de um câncer? Você buscou se informar? De que maneira?

Importantíssima. É assim que gostaria que fizessem comigo. Todas as informações, quaisquer que sejam elas, para o bem ou para o mal. Não gosto de ser tratado como um inutilizado. Procurei me informar de tudo, principalmente na Internet. Também com os médicos que me cercavam. Quando eu achava que seria forte demais para que todos soubessem de uma só vez, eu falava em doses homeopáticas, sem jogar sujo, sem sonegar a verdade.

Como você conheceu o Oncoguia? Você tem alguma sugestão a nos dar?

Procurando como seria o tratamento por quimioterapia no Google. Cheguei ao site e daí comecei a desenvolver os conhecimentos que a Oncoguia poderia me proporcionar e que eu estava procurando. Um pobre marquês como eu não poderia dar sugestão para quem tem todas as informações e respostas, que eu estava buscando. Com tamanha doença, e por não saber o tamanho da revolução que esta mesma doença está causando no meu corpo, resta-me, com todas as forças que eu ainda tenho, dizer-lhes, muito obrigado, do fundo da minha alma.

Entrevista 4 (E#4)**Você poderia se apresentar?**

Meu nome é Rogério de Sousa Oliveira, sou casado, tenho uma filha de 5 anos, sou advogado, moro em São Bernardo do Campo.

Como foi que você descobriu que estava com câncer?

Em meados de agosto passei a sentir cansaço nas pernas e os pés ficaram adormecidos. Procurei minha médica que solicitou uma tomografia da coluna. O laudo apontou infiltrações e lesões ilíticas e recomendou um estudo mais

aprofundado da bacia. Realizei ressonância magnética da bacia e o laudo apontou o mesmo resultado. A médica encaminhou-me para os especialistas. Procurei uma oncologista com os exames ela encaminhou-me para um hematologista. Após uma bateria de exames clínicos e de imagem e após a realização da biopsia o diagnóstico foi fechado em 21 de novembro de 2011.

Como você ficou quando recebeu o diagnóstico?

Num primeiro momento bastante abalado e sem chão. Por saber que era um câncer, e ainda, sem cura.

O que sentiu?

Medo.

Qual era a sua maior preocupação neste momento?

Minha família.

O que aconteceu depois disso?

Com o apoio incondicional da minha esposa e sua fé passei a encarar o problema de forma mais saudável.

Você já começou o tratamento?

Iniciei o tratamento em 23 de dezembro de 2011. Realizei 6 ciclos de quimioterapia e 15 sessões de radioterapia. Dia 16 de julho de 2012 realizei o autotransplante.

Em sua opinião, qual é o tratamento mais difícil? Por quê?

A fase da internação para o autotransplante. Por conta do isolamento e da quimioterapia muito agressiva.

Você teve efeitos colaterais? Qual o pior?

Graças a Deus posso dizer que não tive. No início o uso da talidomida causou-me constipação que foi perfeitamente controlada.

Como foi a relação com o seu médico?

De total confiança.

Com que outro profissional você se relacionou?

Ortopodista, radiologista, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta.

Você fez acompanhamento psicológico?

Particpei de um grupo no A.C.Camargo por 3 semanas.

E com nutricionista?

Apenas no início do tratamento.

Você está em tratamento ou já finalizou?

Conclui uma etapa. Como meu médico diz "estou de folga" até a próxima consulta (25/09) para saber qual o próximo passo.

Como está a sua vida hoje? Nos conte sobre seu trabalho e planos para o futuro.

A vida mudou um pouco em decorrência de algumas limitações causadas pela doença. Não tenho mais a mesma disposição de antes. A doença nos causa um pouco de fadiga. Estou trabalhando de casa me preparando para voltar ao escritório. Tenho trabalhado bastante na divulgação e conscientização do mieloma múltiplo. Tenho conseguido bons resultados. Criei um blog, consegui algumas matérias em jornais da região e a participação num programa de rádio de uma emissora católica. Os planos ... continuar exercendo a advocacia em prol da defesa dos consumidores na área da saúde pública e privada e incrementar minhas ações no projeto focado ao mieloma múltiplo.

Que orientações você daria para alguém que está recebendo o diagnóstico de câncer hoje?

Procure tratar com um médico que lhe transmita total confiança e nunca perca a fé. "A fé ri das impossibilidades."

Qual a importância da informação durante o tratamento de um câncer?

Estando bem informado o paciente tem condições de argumentar e questionar o profissional que está lhe assistindo.

Você buscou se informar?

Muito.

De que maneira?

Buscando na internet sites confiáveis sobre a moléstia.

Como você conheceu o Oncoguia?

Consultando na internet.

Você tem alguma sugestão a nos dar?

Que seja realizado ao menos uma vez por ano o evento que está sendo preparado em parceria com a Abrale e a IMF sobre o mieloma múltiplo.

Entrevista 5 (E#5)

Você poderia se apresentar?

Tenho 49 anos, sou auxiliar administrativa. Gosto de viajar, amo mar, flores e fotografia.

Como você descobriu que estava com câncer?

Todo ano faço exame: mamografia, ultrassom, papanicolau e ultravaginal. Em setembro 2010 os exames deram tudo normal e em setembro 2011 a médica achou um nódulo. Dia 04/11/11 após tomografia, magnificação e biopsia deu positivo.

Como você ficou quando recebeu o diagnóstico? O que sentiu?

Entre na sala da médica e a mesma abriu o resultado na minha frente, positivo. Dai para frente só conseguia ouvir: carcinoma lobular, MASTECTOMIA RADICAL... Chorei, chorei. Por uma hora fiquei fora do ar, se caísse um milhão ou um avião na minha frente não ia fazer diferença nenhuma.

Qual era a sua maior preocupação no momento em que te deram a notícia?

Como contar para a família.

Quais foram os passos tomados após o recebimento do diagnóstico?

Após sair do estado de choque, comecei a ligar para algumas amigas, depois fui ao plano de saúde marcar os exames, em 3 dias já tinha feito todos .

Em que momento do tratamento você se encontra agora? Quais tratamentos você já realizou?

Em 18/11/11 fiz mastectomia, dia 01/12/11 tirei os linfonodos (total de 12). Em 26/12/11 fiz a primeira de quatro sessões da quimioterapia vermelha. Hoje 21/03/12 fiz a primeira de quatro sessões da quimioterapia taxotere e no dia 26/03 começo a radioterapia. Vão ser 28 sessões. Também estou fazendo a reconstrução da mama, já sai com um extensor, já coloquei 420 ml de soro, como tenho uma mama média vou ter que colocar mais 180 ml. Mas agora vou ter que parar, só posso voltar após o termino da radio. Creio que até setembro devo colocar a prótese definitiva, e após 6 meses fazer o mamilo.

Em sua opinião, qual foi o tratamento mais difícil? Por quê?

A quimioterapia vermelha. Deixa a auto-estima em baixa, perder o cabelo foi muito difícil, não me reconheço quando olho no espelho. Efeitos colaterais são fortes e maltratam nosso corpo, mente e alma.

Você teve efeitos colaterais?

Tive poucos, porém fortes: fraqueza, o cheiro café (que eu amo, e tive que parar de tomar) me deixava enjoada, intestino preso (quase morria, fazia um coquetel de mamão, farinha de linhaça, ameixa e suco de laranja e tomava em jejum, mas não adiantava).

Como é a sua relação com o seu médico?

Faço muitas perguntas à médica, que está sempre disposta a responder. A médica que eu mais gosto é a cirurgiã plástica, desde o início ela foi bem clara, me mostrou

fotos de como eu ficaria, e as varias técnicas que existe para reconstrução.

Você fez acompanhamento com equipe multiprofissional? (psicóloga, nutricionista, etc)

Nutricionista e a psicóloga agora por causa do cabelo. Não tive problema com o seio, mas o cabelo eu pirei! risos.

Em sua opinião, o que é mais difícil de enfrentar durante o tratamento e por quê?

No meu caso especifico foi à perda do cabelo, tinha o maior xodó, sempre fui elogiada, minhas amigas tinham inveja. De repente eu saio de uma loira charmosa para uma careca horrível, foi traumatizante. Pior é as pessoas chegarem para você, sabem que esta careca e te perguntam do cabelo e ainda falam que é passageiro. É passageiro porque não é com elas!! Tinha vontade de gritar e falar um palavrão bem grande, hoje já está melhor, estou mais educadinha, risos.

O que foi fundamental e lhe ajudou a enfrentar o câncer?

A princípio foi um amor, mas depois de 2 meses ele foi embora e ai este amor fez estragos maiores que a própria doença.

Como está a sua vida hoje? Conte-nos sobre seu trabalho e planos para o futuro.

Ainda estou de licença médica e vou ficar até junho, minha quimio e radio terminam juntas. Volto ao trabalho em primeiro de julho, espero que ainda tenha a minha vaga garantida. Futuro é uma palavra muito distante, pois eu vivo o hoje, um dia por vez, não existe mais futuro no meu dicionário. No meu dicionário é o hoje, o presente, amanhã, amanhã é muito longe, quando ele chegar a gente vive.

Que orientações você daria para alguém que está recebendo o diagnóstico de câncer hoje?

Sinceramente, é muito difícil dar orientações, mas acho que a pessoa precisa digerir o diagnóstico, se tiver vontade de chorar, chore com muita vontade, gritar, grite bem alto. Extravasa tudo e depois comece a tomar as providências necessárias. É preciso tomar conta da doença antes que ela tome conta de você. Jamais deixar a doença te dominar, você precisa estar à frente dela.

Qual a importância da informação durante o tratamento de um câncer?

Quando recebi o diagnóstico comecei a pesquisar como “louca” na internet e percebi que tinha tantas informações contraditórias que acabei desistindo.

Você buscou se informar? De que maneira?

A melhor informação é você ter um médico que esteja disposto a responder suas dúvidas, deixar as coisas bem claras, eu sou assim preto no branco. Falei para minha médica seja sincera, sem rodeios, seja clara e objetiva. Toda consulta levava meu caderninho com no mínimo 10 perguntas, risos. No final da consulta ela já estava me cobrando por pergunta. Creio que todo paciente independente da doença tem o direito de saber qual é a sua doença, o que pode ocorrer, quais as conseqüências do tratamento.

Mais alguma coisa que você gostaria de nos contar?

Não podemos deixar de lutar.

Entrevista 6 (E#6)

Você poderia se apresentar?

Everaldo Vieira do Nascimento, brasileiro, paranaense, 25 anos, casado, tenho uma filha de 2 anos e sou Auxiliar de Contabilidade.

Como você descobriu que estava com Glioblastoma Multiforme?

Tinha muitas crises convulsivas, mas tratei por quase 9 anos de disritmia, pois meu médico me dizia que eu portava esta doença.

Qual foi sua reação ao descobrir o diagnóstico?

Verdadeiramente fiquei aliviado em realmente descobrir o que tinha, estava muito preparado para cirurgia e tratamento mesmo sabendo poderia não voltar da cirurgia, mas tinha uma certeza dentro do meu coração que me tranquilizava e fazia eu tranquilizar minha família.

Qual foi sua maior preocupação neste momento?

Minha maior preocupação foi com minha família em especial com minha mãe.

Quais foram os passos tomados após o recebimento do diagnóstico?

Primeiramente cirurgia seguindo de radioterapia e quimioterapia na veia.

Em que momento do tratamento você se encontra agora?

Atualmente estou fazendo quimioterapia oral com a talidomida.

Quais tratamentos você já realizou?

34 sessões de radioterapia e 4 sessões de quimioterapia.

Em sua opinião, qual foi o tratamento mais difícil?

Sem sombra de dúvida a quimioterapia, pois as 4 seções que fiz me abalaram fisicamente muito mais que a radioterapia. A quimioterapia queimava minha veia,

eram 3 ou 4 gostas de soro para 1 do medicamento, fora o enjôo e vômito que me causou.

Você realizou seu tratamento pelo SUS ou plano de saúde?

Everaldo Nascimento - Realizei o tratamento pelo SUS.

Você teve efeitos colaterais?

Sim tenho vários, e sempre aparece algo novo relacionado aos tratamentos que já fiz e faço.

Como foi a relação com o seu médico?

Sempre pedi aos meus médicos franqueza, independente dos resultados, assim me sinto melhor e acredito que isso é ser ético com os pacientes. Até o momento eles tem sido franco.

Com que outro profissional você se relacionou?

Neuro, cirurgião e oncologista.

Você fez acompanhamento com equipe multiprofissional?

Faço acompanhamento com psicóloga.

Durante o tratamento do câncer, o que foi mais difícil de enfrentar?

A falta de conhecimento do caso no início, pois quando você descobre, é tudo novo e você não tem informação sobre a doença.

O que foi fundamental e lhe ajudou a enfrentar o câncer?

Primeiramente a fé em Deus, pensamento positivo sempre, família e os amigos.

Como está a sua vida hoje?

Atualmente estou fazendo tratamento com a talidomida, estou afastado do trabalho há sete meses e nesse período não estou recebendo nem da empresa e nem da Previdência Social, pois venho tendo algo como se fosse apagão, mas é bem rápido, pretendo terminar as disciplinas que faltam e concluir meu curso de Administração de Empresas, posteriormente montar meu próprio negócio, mas tenho um motivo que me realiza todos os dias que é minha filha de 2 anos.

Que orientações você daria para alguém que está recebendo o diagnóstico de câncer hoje?

Ter fé independente da religião, e acreditar que tudo é possível. Procurar sempre ter pessoas boas por perto que te façam sentir bem e feliz.

Qual a importância da informação durante o tratamento de um câncer

A informação é extremamente importante, pois assim o paciente tem direcionamento do que será aquele período a passar e o que se deve fazer.

Você buscou se informar? De que maneira?

Com profissionais da área, em sites seguros.

Como você conheceu o Oncoguia?

Conhecia via site.

Você tem alguma sugestão para nos dar?

Continuem sempre dando este auxílio às pessoas portadoras de câncer, pois para mim isso é muito importante.

Mais alguma coisa que você gostaria de contar?

A ciência atualmente esta muito avançada, mas a fé em Deus que é o medico dos médicos surpreende os que atuam na medicina.

Entrevista 7 (E#7)

Você poderia se apresentar?

Sou Ana Maria Bianchini, 44 anos, Enfermeira pós- graduada em Gestão dos Serviços de Enfermagem. Hoje busco aperfeiçoamento na área de Oncologia, especialmente clínica e voltada mais para a terceira idade. Também dedico parte do meu dia ao meu bem estar físico e emocional, sempre buscando uma ligação com a mente, corpo e alma. Gosto de estar com a minha família, meus amigos e também meus amigos de caminhada, que encontrei ao longo da doença e que hoje fazem parte da minha total recuperação.

Como você descobriu que estava com câncer?

Foi em dezembro de 2009, através do auto exame, sendo que o tumor era no mamilo, não foi difícil detectá-lo já que houve a retração do mesmo, então, fiz o exame de mamografia e ecografia para confirmação do diagnóstico.

Como você ficou quando recebeu o diagnóstico? O que sentiu?

Pensei que fosse morrer naquela noite, tive a sensação de estar andando em nuvens, não acreditava que aquilo estava acontecendo comigo, tive vontade de gritar, de chorar, de fugir de mim mesma! Vi minha vida se esvaindo entre meus dedos e eu não podia voltar atrás, mas como por um passe de mágica ouvi uma voz no fundo da minha mente que disse: você não pode voltar atrás mas pode fazer a diferença, foi então que me enchi de esperança e resolvi brigar pela minha saúde, pela minha vida, percebi que minha fé estava sendo testada e coloquei em prática tudo o que meus pais haviam me ensinado: "A Deus nada é impossível".

Qual era a sua maior preocupação no momento em que te deram a notícia?

Minha maior preocupação foi de como dar aquela notícia aos meus familiares (já que sou a irmã caçula de 17 irmãos) e amigos, sem que eles sofressem mais do que o necessário, pois quando damos uma notícia dessas para as pessoas que amamos, temos que transmitir autoconfiança, esperança e fé... Mas no meu caso, tendo um conhecimento científico prévio em função da profissão, somente a fé e a certeza de que Deus estava comigo, a certeza de ser amada é que me dava forças para lutar e obter a cura.

Quais foram os passos tomados após o recebimento do diagnóstico?

Procurei a Unidade Básica de Saúde, na minha cidade, que me encaminhou para o Serviço de Referência em Oncologia, por sorte, também na minha cidade. Em apenas uma semana já me encontrava diante do que então eu chamo hoje de “meu amigo”, o médico clínico do serviço oncológico que depois de sua avaliação junto com a equipe interdisciplinar determinaram o meu tratamento.

Em que momento do tratamento você se encontra agora? Quais tratamentos você já realizou?

Meu plano de tratamento foi traçado da seguinte forma: 4 aplicações de quimioterapia EV, mastectomia radical com esvaziamento axilar, mais 16 aplicações de quimioterapia e por fim 25 aplicações de radioterapia. Hoje estou na fase de manutenção, faço uso de tamoxifeno 20mg ao dia.

Em sua opinião, qual foi o tratamento mais difícil? Por quê?

As aplicações de quimioterapia, pelo medo dos efeitos colaterais.

Você teve efeitos colaterais?

Tive sim, mas posso considerá-los de grau mínimo, foram apenas umas náuseas na primeira aplicação e depois só tive alguns eventos colaterais tópicos, de pele tipo urticária.

Como é a sua relação com o seu médico?

De amizade e respeito. A nossa relação é aberta ao diálogo, mas tenho sempre em mente que o especialista no assunto é ele e que se eu hoje estou curada, parte disso devo a dedicação dele e é claro a outra a minha .

Você fez acompanhamento com equipe multiprofissional? (psicóloga, nutricionista, etc)

Sim, no início do tratamento.

Na sua opinião, o que é mais difícil de enfrentar durante o tratamento e por quê?

O preconceito. As pessoas te olham como um sinal da sua incompetência, incapaz de cuidar da sua saúde e por isso você não merece a cura.

O que foi fundamental e lhe ajudou a enfrentar o câncer?

O carinho e o amor da família e amigos, o acolhimento recebido da equipe de profissionais do Serviço de Oncologia, desde o porteiro até a equipe médica, todos sem distinção.

Como está a sua vida hoje? Nos conte sobre seu trabalho e planos para o futuro.

Hoje estou curada e me sinto assim, agradecida a Deus por mais esta oportunidade de aprendizado, pois foi a partir dela que tomei algumas atitudes e mudei a minha vida, sou totalmente independente, ainda em licença saúde, mas ao retomar as minhas atividades vou me dedicar ainda mais as pessoas que são abandonadas ao receberem o diagnóstico de uma doença com o estigma de morte, abandonadas no sentido de carinho, amor, compreensão e sobre tudo respeito, incluindo aqui os profissionais de saúde que em sua maioria tem por hábito menosprezar o sentimento do seu cliente/paciente.

Que orientações você daria para alguém que está recebendo o diagnóstico de câncer hoje?

Aceite a doença e tire dela o que for de bom para você. Busque apoio nas pessoas que te amam e estes nem sempre serão os nossos familiares e amigos, muitas vezes até então completamente desconhecidos! Confie e questione sempre a equipe de profissionais que irão ajudá-lo e, por último, cultive a sua fé, acredite em você e acredite sobretudo que há um Ser Superior, independente do nome que você der, Ele jamais te abandonara e que a vida é feita de momentos e este é só mais um.

Qual a importância da informação durante o tratamento de um câncer? Você buscou de informar?

Informação é fundamental. Busquei me informar de várias formas: livros, internet, pessoas que já tinha passado por isso... Mas o que fez a diferença foi a equipe

médica, que com carinho e conhecimento me apresentaram as facetas desta doença e seu potencial de destruição, bem como as formas de cura.

Como você conheceu o Oncoguia? Você tem alguma sugestão a nos dar?

Depois de muitas buscas e totais frustrações na internet, me foi apresentado o Oncoguia através do meu médico, aonde encontrei pessoas que estavam passando pelo mesmo problema, foi então que percebi que não era a única, que se outras pessoas tinham obtido a cura eu também conseguiria. Não tenho sugestões, a não ser agradecer e pedir que continuem fazendo este trabalho que mesmo a distância nos traz alento ao nosso sofrimento

Mais alguma coisa que você gostaria de nos contar?

Apenas um desabafo. Como sabemos, ao adoecermos a lei nos ampara com algumas “regalias” que você não as teria caso não adoecesse, um caso típico é o saque do fundo de garantia, quanta ignorância no coração das pessoas quando falamos em dinheiro e outros bens materiais, foi difícil fazer valer a lei e receber os meus direitos! Foi no site do Oncoguia que descobri argumentos que embasaram a minha discussão a cerca de todos eles e hoje estou particularmente “brigando” pelo direito de reconstituir a mama retirada. Diante disso, só tenho agradecer e me colocar a disposição para qualquer coisa que eu possa contribuir.

Entrevista 8 (E#8)

Você poderia se apresentar?

Carin Cristine Ottoni, 31 anos, solteira, professora de educação infantil e de música, sem filhos, gosto de nadar, cantar, tocar, rir, abraçar, estudar, fotografar, viajar... Em tratamento para Linfoma de Hodgkin Clássico, Esclerose Nodular, estadio II B.

Como foi que você descobriu que estava com câncer?

Descobri o linfoma devido a gânglios que surgiram no meu pescoço, depois de passar por uma situação estressante, mas que não regrediram. O diagnóstico demorou porque eu negligenciei, e embora tenha me consultado com 3 médicas (clínica geral, endocrinologista e hematologista), quando cheguei ao cirurgião de cabeça e pescoço, as coisas se atrapalharam. Devido a um atraso de mais de 2 horas no atendimento médico e faltando ainda 6 pessoas para serem atendidas antes de mim, sem lugar na sala de espera, desisti da consulta (as consultas foram agendadas de 5 em 5 minutos). Como na ocasião não havia outro especialista no meu convênio, deixei o tempo passar, e depois de 6 meses é que me consultei com outro cirurgião, o qual foi super profissional e atencioso comigo. Eu tinha um TCC para entregar e resolvi me concentrar nele, não foi muito produtivo... Mas enfim, depois de entregar a monografia eu marquei uma consulta com outro cirurgião de

cabeça e pescoço para investigar o que acontecia comigo. O dr. Cláudio Roberto A. de Andrade foi muito objetivo, me pediu exames e com esses resultados marcou a biópsia do linfonodo.

Como você ficou quando recebeu o diagnóstico? O que sentiu? Qual era a sua maior preocupação neste momento?

Quando finalmente recebi o diagnóstico fiquei bem, pois já estava preparada para isso, na fase de investigação pesquisei muito na internet e também em livros, então eu mesma já havia identificado as possibilidades. Lógico que me senti triste, com medo de sofrer, de fazer as pessoas sofrerem por mim, e tinha uma pontinha de esperança de que não fosse nada grave. Não queria com isso gerar angústias, aflições. Mas encontrei um cirurgião de cabeça e pescoço que me disse a frase certa no momento certo, que mudou minha perspectiva sobre a doença e seu tratamento: *“linfoma é um ‘cancerzinho’ que a gente cura com quimioterapia”*. A partir daí as coisas começaram a melhorar, e fui encontrando a coragem que desconhecia em mim. Na verdade, quando li o resultado da imuno-histoquímica, que dizia “Linfoma de Hodgkin Clássico, Esclerose Nodular”, fiquei feliz. Feliz por ser um dos tipos mais curáveis de linfomas, que são tipos de câncer que respondem muito bem aos tratamentos existentes atualmente. Fiquei feliz por saber que eu tinha grandes chances de não apenas sobreviver, mas de ter qualidade de vida durante e após o tratamento.

O que aconteceu depois disso? Você já começou o tratamento?

Sim, agora estou acabando o tratamento, já estou no 7º dos 8 ciclos de quimioterapia ABVD, cada ciclo tem 2 sessões com intervalos de 2 semanas, totalizando 16 aplicações da medicação.

Em sua opinião, qual é o tratamento mais difícil? Por quê?

O difícil é começar a tratar, enfrentar o próprio medo e agir. Em relação aos tratamentos, só posso falar da quimioterapia, pois ainda não fiz nenhum outro. A palavra quimioterapia assusta mais do que o procedimento e seus efeitos colaterais.

Você teve efeitos colaterais? Qual o pior?

Sinto enjoos com a quimioterapia, mas não tenho do que me queixar, eles passam depressa e nunca tive dor ou qualquer outro incômodo, me sinto bem. Minha imunidade também se manteve estável até agora.

Como é a relação com o seu médico?

A relação é amigável e franca. O Dr. Renato Centrone (hematologista) sempre me explica tudo o que pergunto e o que não pergunto também, estou preparada para o que for preciso, inclusive para mudar de tratamento, caso esse não faça o efeito

desejado. Na 1ª consulta ele puxou minhas orelhas pela negligência, mas sempre me incentivou muito, e tive uma grande empatia com ele, que além de médico é guitarrista - mas ainda não o ouvi tocar.

Com que outro profissional você se relacionou? Você fez acompanhamento psicológico? E com nutricionista?

Não fiz acompanhamento psicológico, sei que é importante, mas ainda não fiz. Nutricionista eu procurei logo após a biópsia, mas não continuei, meu médico me deu algumas orientações diferentes do que a nutricionista havia indicado, então não continuei, mas pretendo voltar. Faço acompanhamento com estomatologista, que é um dentista especializado nas afecções da mucosa oral. Nunca tive nenhuma reação, mas prevenção é sempre bem-vinda. Tenho 3 dentistas na família, então sempre ouvi que a boca é a porta de entrada para diversas infecções, e por isso, ao ler sobre a mucosite, corri para marcar uma consulta com o dr. João Carlos Bacurau, que é meu vizinho, amigo e estomatologista.

Você está em tratamento ou já finalizou?

Estou terminando a quimioterapia, depois vou refazer os exames (tomografias e PET-CT) e fazer a radioterapia. Mas pela cintilografia realizada agora em abril, provavelmente não há mais linfoma, apenas tecido residual, como uma cicatriz, pois não foi detectado nenhum acúmulo da concentração do radioindicador em nenhuma parte do corpo.

Como está a sua vida hoje?

Hoje estou de licença no trabalho, pois as crianças de 4 a 6 anos têm muitas viroses, e não podemos facilitar em época de baixa imunidade. Mas continuo regendo o Coral das Casas André Luiz e, na medida do possível cantando no Coral Cultura Inglesa. No mais é vida normal, me sinto tão bem disposta quanto antes. Além disso estou fazendo cursos à distância na área da educação e revisando minhas próprias lembranças, arquivos e fazendo planos, a fim de melhorar meu dia-a-dia quando o tratamento acabar. Tenho o blog Encontrando Dr. Hodgkin, que me ajuda a desabafar e a repetir menos minhas “descobertas” sobre os linfomas para as pessoas que estão à minha volta, e ao mesmo tempo faz com que eu conheça outras pessoas que passam por situações parecidas, cada uma no seu momento, mas sempre umas dando apoio às outras, tal qual acontece nas comunidades virtuais e no Messenger.

Que orientações você daria para alguém que está recebendo o diagnóstico de câncer hoje?

Que não se apavore, pois existem tratamentos capazes de nos curar. Que não negligenciem os primeiros sintomas, e nem acreditem quando disserem que não é

nada sem fazer exames complementares. Nós sabemos quando algo não vai bem conosco, então precisamos descobrir a causa para tratar e voltar a ter saúde. E que a pessoa procure todos os seus direitos, pois eles foram conquistados por quem passou pelos mesmos caminhos antes. Exemplos: gratuidade dos transportes públicos, isenção de rodízio de carros em São Paulo, acesso à medicamentos e exames, apoio em ONGs, prioridade de atendimento no comércio, etc.

Mais alguma coisa?

Antes de iniciar o tratamento oncológico, que os pacientes passem por uma consulta odontológica, a fim de fazer uma revisão, limpeza e se necessário, tratar os dentes, pois com os tratamentos de quimio e radioterapia, algumas coisas ficam mais complicadas e a saúde bucal é primordial para a manutenção da saúde total. E a maioria dos médicos não fazem essa recomendação, que em alguns casos é fundamental para o bem-estar do paciente. Aqui no oncoguia há artigos interessantes sobre isso, que todos deveriam ler e seguir as orientações.

Qual a importância da informação durante o tratamento de um câncer? Você buscou se informar? De que maneira?

Para mim, a informação durante o tratamento foi fundamental, fez toda a diferença. Antes de me informar eu achava que os tratamentos para câncer faziam mais mal do que bem. Que para extirpar a doença, eles debilitavam demais as pessoas, e isso não é mais assim. A medicina e todas as áreas da saúde estão em constante evolução e aprimoramento, garantindo cada vez mais a qualidade de vida durante e após os tratamentos, curando as pessoas, não mais apenas amenizando suas dores.

Como você conheceu o Oncoguia? Você tem alguma sugestão a nos dar?

Conheci o Oncoguia nas minhas pesquisas sobre linfomas na internet. Sugestão não, tenho apenas que parabenizá-los pelo excelente trabalho de divulgação de informações que fazem, desmistificando o câncer e apoiando quem passa pelas doenças.

Entrevista 9 (E#9)

Você poderia se apresentar?

Meu nome é Márcia, tenho 51 anos, sou casada, tenho um filho de 21 anos, moro em Itapetininga/SP. Sou Bacharel em Direito e atualmente trabalho como Executiva de Contas em uma empresa na minha cidade. Sou uma pessoa muito ativa, adoro estar com a família e amigos, gosto muito de viajar, adoro animais e meu hobby é cozinhar.

Como você descobriu que estava com câncer?

Sou uma pessoa muito clarinha e tenho muitas pintas. Mas tinha uma nas costas que começou a crescer e a mudar de cor e de forma. E meu marido sempre me falando para procurar um médico. Então, numa viagem a trabalho a São Paulo, fui procurar um dermatologista. Ele examinou e me disse que queria tirar a pinta naquele mesmo dia. Assim, fui ao evento e retornei à noite ao consultório para a microcirurgia. Depois de 15 dias voltei para saber o diagnóstico. Era um Melanoma (Câncer de Pele Maligno).

Como você ficou quando recebeu o diagnóstico? O que sentiu?

Realmente fiquei sem ação, sem chão, parecia que o mundo estava desabando na minha cabeça. Não podia acreditar que aquilo estava acontecendo comigo. Eu...uma pessoa sonhadora, cheia de planos, cheia de vida! Foi um dos piores dias da minha vida. Essa notícia afetou não só o meu lado emocional e o de toda a minha família, mas também fiquei hipertensa.

Qual era a sua maior preocupação no momento em que te deram a notícia?

Quando você recebe uma notícia dessas você pensa nas pessoas que você mais ama. Pensei no meu filho. Como iria dar a notícia para ele. Nesse momento, resolvi lutar com todas as minhas forças e muita fé em Deus, pois queria viver.

Quais foram os passos tomados após o recebimento do diagnóstico?

Após o diagnóstico fui encaminhada imediatamente pelo próprio dermatologista, para um professor dele, que com seu olho clínico descobriu que eu não tinha só um melanoma, aquele da biópsia, mas tinha mais um, constatado por biópsia na minha primeira cirurgia. Como um dos melanomas já estava profundo afetou dois dos meus linfonodos sentinelas, assim, em menos de um mês realizei mais uma cirurgia para a retirada de todos os outros (esvaziamento axilar). Depois de passada essa fase de cirurgias, comecei a ficar mais estável e voltei a trabalhar. Por três anos fiquei tranquila fazendo controles a cada três meses. No ano passado, num desses controles o médico do ultrassom detectou três nódulos no meu fígado. Voltei ao meu Oncologista da Cutânea que pediu uma ressonância e foi constatado que era uma metástase do melanoma no fígado. Dessa vez, meu mundo desabou realmente. Eu estava sozinha quando recebi a notícia. Foi horrível, triste, foi doído demais! Nesse momento fui encaminhada a um Oncologista Clínico para novos exames, biópsia, e escolha de um novo tratamento.

Em que momento do tratamento você se encontra agora? Quais tratamentos você já realizou?

Atualmente estou me tratando no Hospital São José (Beneficência Portuguesa), com o Dr. Rafael Aron Schmerling e estou participando de uma Pesquisa Clínica da Roche com o medicamento Zelboraf (Vemurafenibe), e temos tido ótimos resultados. Já participei de outra pesquisa clínica no mesmo Hospital e com o mesmo médico,

com o medicamento Ipilimumab e também nos deu bons resultados. Assim que soube da metástase no fígado, realizei sessões de Bioquimioterapia no antigo Hospital onde me tratava.

Em sua opinião, qual foi o tratamento mais difícil? Por quê?

Foi a Bioquimioterapia. Porque eu ficava internada em UTI de cinco a seis dias tomando muitos medicamentos e tinha muitos efeitos colaterais. Comecei a perder cabelo, tinha muita retenção de líquido, náuseas, diarreia, entre muitos outros. Embora eu tivesse apoio de tantas pessoas queridas, foi muito sofrido e por mais de uma vez eu pensei que fosse morrer naquela UTI. Foi muito sofrido e eu muitas vezes me pergunto como aguentei tudo aquilo e só tem uma resposta na minha cabeça: Deus, fé.

Você teve efeitos colaterais?

Muitos. Como disse acima, perdi cabelo, tive náuseas, muitas dores, diarreia, não podia ver comida e ficava assim por dias, mesmo depois de estar em casa. Tive Colite Ulcerativa e fiquei com algumas sequelas de tratamentos, mas que convivo bem com elas. Com o tratamento atual, o efeito colateral, em mim, é a artrite. E trato a dor com cortisona. Porém é bem mais tranquilo, além de ser via oral (significa que não tem furos, injeções, etc.) é feito em casa e eu passo no médico a cada 28 dias para exames e controles. E me mantenho em contato com ele através do Biper todas as vezes que preciso, 24 horas por dia. Fico muito segura com este sistema. Sei que meu médico está ali para quando eu precisar e nas minhas piores horas.

Como é a sua relação com o seu médico?

Excelente. Eu digo sempre para as pessoas que meu médico é meu “Anjo da Guarda”. Sem toda a sua sabedoria, inteligência, experiência e principalmente o seu apoio eu não estaria como estou hoje, ótima!

Na sua opinião, o que é mais difícil de enfrentar durante o tratamento e por quê?

É muito difícil enfrentar dores e eu passei e ainda passo por muitas.

O que foi fundamental e lhe ajudou a enfrentar o câncer?

Fundamental é o apoio da minha família e dos meus amigos sempre juntos comigo nessa luta diária, nessa batalha que parece não ter fim. O amor dessas pessoas faz toda a diferença no meu tratamento e na minha vida. Fundamental no tratamento indiscutivelmente é a minha fé, minha vontade de viver e principalmente uma pessoa que me dá todo apoio espiritual possível que é o Sr. Miki Sanji, um sábio, que vive na sua simplicidade para ajudar as pessoas. Ele me dá força, coragem e me ajuda a me equilibrar emocionalmente para continuar a batalha. Ele faz toda a diferença na minha vida e no meu tratamento.

Como está a sua vida hoje? Nos conte sobre seu trabalho e planos para o futuro.

Eu ainda estou em tratamento e vivo cada dia como se fosse único. Voltei a trabalhar há pouco tempo, o que me fez um bem enorme. Ficar com a cabeça ocupada é uma ótima terapia. E fazer essa terapia num lugar agradável, cheio de gente boa, uma equipe toda que se preocupa, reza, chora, torce e dá risada com você é muito gratificante. Ainda não dá para fazer planos a longo prazo pois estou em tratamento, mas tenho muitos!

Que orientações você daria para alguém que está recebendo o diagnóstico de câncer hoje?

Os tratamentos estão muito avançados. Eu mesma estou fazendo um que ainda vai entrar no mercado, mas que promete ser um sucesso, e já está sendo. Meu câncer diminuiu 50% em dois meses de tratamento. Ter fé e acreditar que vai vencer essa batalha.

Qual a importância da informação durante o tratamento de um câncer?

Me prometi que ia ser a mais leiga possível, mas acabei lendo um livro. É importante saber sobre o câncer, por fontes seguras, pois existem momentos difíceis durante o tratamento onde tudo passa pela sua cabeça, principalmente o assunto morrer. Estando bem informado pode te ajudar nas respostas e afastar pensamentos ruins.

Você buscou se informar? De que maneira?

Sempre busquei me informar, através do meu médico.

Como você acredita que o trabalho do Oncoguia ajuda os pacientes? Te ajudou/ajuda de alguma forma?

O Oncoguia me ajuda com informações importantíssimas que eu não teria acesso, nem ideia da existência e nem saberia onde buscar. Traz além de ajuda, conscientização através de campanhas, entrevistas, etc. Indico a pacientes com câncer ou não.

Maio é o Mês da Conscientização sobre Câncer de Pele. Você poderia deixar um recado de conscientização para os nossos leitores?

Não importa o seu biotipo, seu tom de pele. O mais importante é a PREVENÇÃO. E hoje eu estou aqui para falar da importância da prevenção. Usem protetor solar, até dentro de casa. Até naquele dia chuvoso que você acha que não vai acontecer nada. Excesso de sol causa Câncer de Pele. E Câncer de Pele significa sofrimento, dor, desequilíbrio emocional, desmorona uma família. Não é exagero da minha parte. Isso é fato. Isso aconteceu comigo. Não se exponham ao sol nos piores horários. Usem chapéu, roupas com proteção. E nunca se esqueçam do seu “melhor amigo” quando se expuser ao sol: o “Protetor Solar”.

Entrevista 10 (E#10)**Você poderia se apresentar?**

Meu nome é Reinaldo, tenho 41 anos e sou vendedor. Gosto muito de assistir documentários e ir à igreja. Também gosto de estar com minha família (esposa e filhos).

Como você descobriu que estava com câncer?

Eu fui fazer uma cirurgia de hérnia hignal e coincidiu da médica marcar a cirurgia bem no dia que eu ia fazer uma colonoscopia. Então eu disse a ela que neste dia eu tinha este exame e La me disse para cancelarmos a cirurgia de hérnia e verificar o que daria na colonoscopia.

Como você ficou sabendo do diagnóstico? O que sentiu?

Quando levei o exame ela me informou que eu estava com câncer. Fiquei sem chão.

Qual era a sua maior preocupação no momento em que te deram a notícia?

Que eu iria morrer. Então a médica me disse que isso se tratava com correção cirúrgica.

Quais foram os passos tomados após o recebimento do diagnóstico?

Primeiro foi a cirurgia, depois da recuperação cirurgia fui encaminhado para o oncologia para avaliação da biópsia do tecido retirado.

Em que momento do tratamento você se encontra agora? Quais tratamentos você já realizou?

Eu já fiz a quimioterapia – que durou 6 meses – e agora faço acompanhamento com o oncologia.

Em sua opinião, qual foi o tratamento mais difícil?

Sem dúvida foi a quimioterapia, pois a quimio machuca muito o nosso corpo. E o nosso lado emocional também é muito afetado, nos deprime demais.

Você teve efeitos colaterais?

Sim, muito enjojo, náusea, má digestão, flatulência e prisão de ventre, ressecamento, etc.

Você fez acompanhamento com equipe multiprofissional?

Sim com psicólogo.

Na sua opinião, o que mais difícil de enfrentar durante o tratamento e por quê?

Os efeitos colaterais, pois ele mexe com todo o funcionamento do corpo.

Como está a sua vida hoje? Nos conte sobre seu trabalho e planos para o futuro.

Hoje eu consegui superar a pior fase, com a ajuda de minha família (minha esposa e meu filho, que tem 18 anos). Ainda estou em tratamento como eu disse, exames periódicos durante 5 anos. Já se passou 1 ano e meio e eu fico só um pouco preocupado que quando eu iniciei meu tratamento eu estava desempregado, hoje eu recebo benefício que provavelmente irá ser negado no próximo mês de julho e em um exame admissional o médico irá olhar meu corte na barriga e rá pedir exame de saúde.

Que orientações você daria para alguém que está recebendo o diagnóstico de câncer hoje?

Eu diria que hoje, com o avanço da medicina, há todo um preparo antes das quimios e que encare com coragem. Saiba que, embora a quimioterapia machuque nosso corpo, temos que ter ela como aliada para combater as células ruins. Também busque apoio na família e amigos.

Você buscou se informar? De que maneira?

Com os médicos e pela internet.

Mais alguma coisa que você gostaria de nos contar?

É sempre importante procurara orientação médica a qualquer sinal de sangramento pelas fezes e outras regiões. Algumas doenças não têm sintomas, mas têm sinais. No meu caso não tinha sintomas, mas a perda de sangue foi um sinal; e logo procurei um médico.