



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO – PSICOLOGIA

**SUBJETIVIDADE E DOENÇAS CRÔNICAS:
OS DESAFIOS DA EMERGÊNCIA DO SUJEITO**

CAMILA PINHEIRO POZZER

BRASÍLIA

JUNHO/2008

CAMILA PINHEIRO POZZER

**SUBJETIVIDADE E DOENÇAS CRÔNICAS:
OS DESAFIOS DA EMERGÊNCIA DO SUJEITO**

Monografia apresentada como requisito
para conclusão do curso de Psicologia do
UniCEUB - Centro Universitário de
Brasília. Professor-Orientador: Prof. Dr.
Fernando González Rey.

BRASÍLIA, JUNHO/2008



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO – PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Fernando González Rey

Valéria Mori

Cynthia Ciarallo

A Menção Final obtida foi:

BRASÍLIA, JUNHO/2008

Dedico esta monografia às pessoas abaixo cujo *sentido subjetivo* é central na *configuração subjetiva* da minha *saúde* e por quem tenho imenso amor e admiração:

A minha mãe, Vera Pinheiro, que sempre confiou em minha capacidade de produção intelectual e é meu principal exemplo de superação de obstáculos, uma mulher que é *sujeito* de sua existência;

Ao meu irmão, Guilherme Pozzer, que me instiga o exercício do pensamento crítico sobre a vida e ensina-me a importância de *ressignificar as experiências* para não temer o desconhecido;

Ao meu pai, Nereu Pozzer (In Memoriam) que, de onde estiver, sei que olha por mim, abençoa meu caminho e me protege daquilo que não vejo.

Sinto-me profundamente honrada por vocês fazerem parte da minha *subjetividade social e individual!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por colocar em minha vida todas as pessoas a seguir, por quem tenho gratidão pelas relevantes lições que aprendi com cada uma delas:

A minha mãe, Vera, luz que ilumina diariamente o meu trajeto e torna mais feliz o meu cotidiano, obrigada por toda dedicação a mim e por tolerar minhas intempéries ao longo da minha graduação. Agradeço por me acalmar nos momentos difíceis da construção desta monografia e por me incentivar com palavras otimistas durante a confecção deste trabalho. Obrigada também por ter feito a revisão ortográfica desta monografia.

Ao meu irmão, Gui, que me proporciona divertidíssimas brincadeiras em momentos de lazer, obrigada pelas conversas prazerosas sobre História. Agradeço também por me mostrar diferentes pontos de vista sobre as pessoas e por me fazer progredir no desenvolvimento de explicações consistentes dentro da Psicologia.

Ao meu pai, Nereu (In Memoriam), que motivou meu interesse inicial pelo estudo da saúde e que, através da sua experiência da doença vivenciada, incitou-me a refletir sobre esse processo, obrigada pelos mimos durante nossa convivência.

A minha tia Zoé, que veio do Rio Grande do Sul para assistir minha apresentação oral desta monografia, obrigada pelo apoio dado neste último mês de edificação deste trabalho, e também agradeço pelo chimarrão durante o processo da escrita em diversas madrugadas.

A Gael, Henrique e Catarina, sujeitos participantes desta pesquisa, obrigada por compartilharem comigo suas histórias de vida e por permitirem a ocorrência deste trabalho.

Ao meu professor-orientador, Dr. Fernando González Rey, meu ídolo e por quem tenho forte estima, agradeço por me levantar dos tombos que tive ao longo desta monografia e por não desistir de crer que eu era capaz de colaborar positivamente com o trabalho que realiza.

A minha querida professora, Valéria Mori, que é muito carinhosa comigo, agradeço pelos elogios a cada encontro desta monografia e por acreditar na continuidade futura desta minha atuação na área de pesquisa em saúde.

A minha adorada supervisora de estágio, Morgana Queiroz, que afetuosamente respeitou minhas ansiedades durante minha atuação na área de Psicologia Hospitalar e deu suporte às minhas angústias na prática do hospital, obrigada por apoiar a minha criatividade durante o estágio e agradeço também por me estimular na elaboração de diferentes formas de trabalhar com as crianças no hospital.

Todos os citados aqui estão guardados em meu coração, pois contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional! Muitíssimo obrigada!!!

“Eu sou. Não me defino, pois ainda sou aprendiz de mim mesma.
Eu quero. Estou determinada a vencer o que está no meu caminho.
Eu decido. Construo o meu destino, sou gestora da minha vida.
Não há arrogância nisso.

Há vontade de tomar a vida nas mãos e de fazer o melhor pelos meus dias.
Há responsabilidade de assumir os erros cometidos e de me refazer, se for preciso.

Há compromisso com a felicidade feita das minhas escolhas.

Há generosa compreensão com os meus desacertos,
sem deixar esquecidas as soluções criativas necessárias.

Há, sobretudo, propósito de me manter persistente.

Nem os maus-tratos, tampouco as dores retiraram de mim a vontade de viver,
pois, apesar dos calos, das marcas e das perdas,
persisto na busca do que é a minha meta,
reconstruindo objetivos sempre que se tornarem inatingíveis.

Então, invento, crio e renovo.”

(Vera Pinheiro – Parto de Mim, 2005, e <http://blog.verapinho.net>)

RESUMO

Esta monografia apresenta como tema o processo saúde-doença na organização da configuração subjetiva e da representação social das doenças crônicas. E tem como problema de pesquisa os sentidos subjetivos e as representações sociais configurados no câncer e na hipertensão. Mas, para compreendê-los, expõe-se o objetivo geral de analisar os processos subjetivos de indivíduos portadores de doenças crônicas. O presente trabalho fundamenta-se na Teoria da Subjetividade desenvolvida por González Rey e suas principais categorias: subjetividade, subjetividade social, subjetividade individual, sujeito, sentido subjetivo e configuração subjetiva. Assim como na Teoria das Representações Sociais articulada com a Teoria da Subjetividade. Em seguida, discursa-se a respeito da saúde, através de uma reflexão crítica sobre o positivismo e o modelo biomédico reducionista da doença, que enxerga uma relação linear de causa direta e efeito sintomático. Ao contrário dessa perspectiva, neste trabalho defende-se a noção de doença como um processo complexo que se organiza subjetivamente e propõe-se um olhar mais amplo sobre a saúde como um sistema de configuração multidimensional articulada com a subjetividade. A metodologia empregada nesta pesquisa baseia-se na Epistemologia Qualitativa desenvolvida por González Rey, em que se sustenta o conhecimento como uma produção construtiva-interpretativa, de caráter interativo e legitimado pela qualidade da expressão única do indivíduo. Essa proposta epistemológica permite novas zonas de sentido, possibilitando a construção de informações ao longo do processo de comunicação nesta pesquisa. Na construção de informação pretende-se dar visibilidade à maneira como se constituem as configurações subjetivas das doenças, por meio de três estudos de casos: um sujeito com câncer e dois sujeitos com hipertensão. Nela, enfatiza-se a emergência do sujeito ativo na ressignificação do adoecimento, identificam-se alguns indicadores dos sentidos subjetivos organizados nas diferentes configurações subjetivas das doenças crônicas nos participantes desta pesquisa, os quais tiveram posicionamentos diferentes frente à doença, e vê-se a forma como esta é associada nas representações sociais. Por fim, realizam-se algumas considerações sobre os casos interpretados, em que se pode observar a singularidade do processo saúde-doença na história de vida de cada sujeito. Portanto, não se pretende chegar a resultados universalizantes, mas, sim, quer-se abrir novas zonas de inteligibilidade acerca da saúde, campo este que engloba a subjetividade e as representações sociais nela permeada.

Palavras-chaves: subjetividade, representações sociais, saúde.

ABSTRACT

This final project presents as main subject the health-illness process in the organization of the subjective configuration and the social representation from the chronic illnesses. It has as research theme the configured subjective senses in the cancer and the hypertension. But, to understand them, the general purpose is shown to analyze the subjective processes of individuals carrying chronic illnesses. This project is based on the Theory of the Subjectivity developed by González Rey and its main categories: subjectivity, social subjectivity, individual subjectivity, subject, subjective senses and subjective configuration. As well as the Theory of the Social Representation articulated with the Theory of the Subjectivity. After that, the focus is regarding of the health, through a critical reflection about positivism and the biomedical model that reduces the illness process that exposes a linear relation of direct cause and symptomatic effect. In contrast of this perspective, this project defends illness notion as a complex process that subjectively organizes itself and considers a wider look about the health as a multidimensional configuration system that is articulated with the subjectivity. The methodology used in this research is based on the Qualitative Epistemology developed by González Rey that supports the knowledge as a constructive-interpretative production, with interactive and legitimated character by the quality of the individual's single expression. This epistemological purpose allows new zones of senses, becoming true the construction of information throughout the process of communication exposed in this research. This construction of information intends to show the way how those subjective configurations of the illnesses are formed, using as example three cases: a person with cancer and another two with hypertension. In it, it is emphasized the emergency activity subject to get a new meaning of the illnesses, it is identified some points of subjective senses organized in different subjective configurations of the chronic illnesses in the participants of this research, which have had different positions with the illness, and also it is shown how it is associated in the social representations. Finally, some arguments are exposed concerning those cases, in which is possible to see the singularity health-illness process in each person's life history. Therefore, it is not intended to achieve general results but to reveal new perspectives concerning the health, a field of study that embraces the subjectivity and the social representations.

Key-words: subjectivity, social representations, health.

SUMÁRIO

Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Epígrafe	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Introdução	11
Capítulo 1 - A Teoria da Subjetividade	14
1.1 Subjetividade	14
1.2 Subjetividade Social	17
1.3 Subjetividade Individual	19
1.4 Sujeito	22
1.5 Sentido Subjetivo	24
1.6 Configuração Subjetiva	27
1.7 Teoria da Subjetividade e Teoria da Representação Social	29
Capítulo 2 - O Processo Saúde-Doença	34
2.1 Câncer	34
2.2 Hipertensão	38
2.3 A Exclusão da Subjetividade no Modelo Biomédico	39
2.4 A Saúde e a Doença como Produções Subjetivas	46
Capítulo 3 - Metodologia de Pesquisa	50
3.1 Epistemologia Qualitativa	50
3.2 Cenário de Pesquisa	64
3.3 Instrumentos de Pesquisa	70
3.4 Dinâmica Conversacional	72
3.5 Complemento de Frases	74
3.6. Sujeitos de Pesquisa	76

Capítulo 4 - Construção de Informação	77
4.1 Construções Elaboradas a partir das Informações de Gael	77
4.1.1 O Impacto do Diagnóstico de Câncer	78
4.1.2 O Posicionamento frente à Cirurgia	82
4.1.3 Os Processos Subjetivos diante da Hospitalização	86
4.1.4 Intervenção do Psicólogo na Iminência da Cirurgia	88
4.1.5 A Família no Processo da Doença	93
4.1.6 A Ressignificação de Valores	99
4.1.7 Representação Social do Câncer	105
4.1.8 Câncer: um Engajamento pelos Interesses na Vida	108
4.2 Construções Elaboradas a partir das Informações de Henrique	110
4.2.1 A Dor da Perda	111
4.2.2 O Oculto Sofrimento na Felicidade Aparente do Casamento	115
4.2.3 A Paternidade Padededora no Imaginário Paradisiáco	126
4.2.4 A Família como Fonte de Desprazer	133
4.2.5 Uma Vida Voltada para os Outros	135
4.2.6 A Conquista do Trabalho	137
4.2.7 A Incerteza do Futuro	140
4.3 Construções Elaboradas a partir das Informações de Catarina	141
4.3.1 Os Estudos como Lição para a Vida	142
4.3.2 A Busca do Sujeito para Além da Questão do Gênero	144
4.3.3 O Trabalho como Fonte de Prazer	145
4.3.4 A Centralidade da Família	148
4.3.5 Reflexões a partir do Lugar de Sujeito do Envelhecimento	151
4.3.6 O Olhar Atento sobre a Saúde	152
4.3.7 A Rigidez Limitante do Sujeito	156
4.3.8 As Perdas na Família Capazes de Estagnar o Sujeito	158
4.3.9 Representação Social da Hipertensão	165
4.3.10 O Grupo de Idosos Hipertensos como uma Rede Social	169
4.3.11 A Perspectiva Pessoal com Foco nos Outros Indivíduos	172

Considerações Finais	174
5.1 Considerações sobre Gael	174
5.2 Considerações sobre Henrique	179
5.3 Considerações sobre Catarina	181
5.4 Pontos Convergentes no Estudo dos Casos de Hipertensão	182
5.5 O Estudo Inesgotável do Processo Saúde-Doença	183
Referências Bibliográficas	186
Apêndices	191
Apêndice A – Carta Convite	191
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	193
Apêndice C – Complemento de Frases	195

A presente monografia fundamenta-se na Teoria da Subjetividade desenvolvida por González Rey e suas principais categorias: subjetividade, subjetividade social, subjetividade individual, sujeito, sentido subjetivo e configuração subjetiva, como um meio de dar visibilidade ao fenômeno da saúde e da doença. Assim como na Teoria das Representações Sociais articulada com a Teoria da Subjetividade.

Discute-se neste trabalho o tema do processo saúde-doença na organização da configuração subjetiva e da representação social das doenças crônicas. E tem como problema de pesquisa os sentidos subjetivos e as representações sociais configurados no câncer e na hipertensão. Mas, para compreendê-los, tem-se o objetivo geral de analisar os processos subjetivos de indivíduos portadores de doenças crônicas.

Para se chegar a essa apreciação, apresentam-se os seguintes objetivos específicos: (a) mostrar os processos saúde e doença como produção subjetiva; (b) discorrer sobre a emergência do sujeito para contribuir com a resignificação do adoecimento; (c) tecer uma reflexão crítica sobre o positivismo e o modelo biomédico da doença; (d) identificar alguns indicadores dos sentidos subjetivos organizados nas diferentes configurações subjetivas do câncer e da hipertensão nos participantes da pesquisa; (e) apresentar diversas representações sociais associadas ao câncer e à hipertensão.

Justifica-se o tema escolhido, pois ele abre espaço para a construção de uma pesquisa que abrange formas diferenciadas sobre o estudo da saúde e do adoecimento, em um momento no qual a saúde tem sido um conceito que, diversas vezes na literatura da área, é limitado à problemática da doença (González Rey, 1997).

Além disso, a investigação da saúde é pouco desenvolvida em termos de organização subjetiva e é mais enfatizada a partir da patologia, com base em uma visão organicista, que exclui o sujeito de seu processo crônico (González Rey, 2004a).

Por esse motivo, debate-se a respeito da saúde, através de uma reflexão crítica sobre essa visão do modelo biomédico que reduz o indivíduo a sua doença (González Rey, 2005a) e pretende-se mostrar a importância de se combater esse modelo mecanicista para que haja o resgate do sujeito no processo saúde-doença.

Portanto, nesta pesquisa, a análise da saúde dá-se com foco na pessoa e não na doença, pois as questões da saúde e da doença são tratadas, neste trabalho, em seus aspectos subjetivos como uma tentativa de se compreender as diferentes formas com as quais a pessoa organiza sua doença em sua história de vida (González Rey, 2007).

Nesse olhar para a subjetividade, o processo saúde-doença é entendido de maneira complexa, histórica, contextualizada, inseparável do seu desenvolvimento cultural e é compreendido como um sistema que se organiza tanto no individual quanto no social (González Rey, 2004a).

Destarte, entende-se que o processo saúde-doença é um sistema de configuração multidimensional organizado em uma produção de sentido e de significados (González Rey, 1997).

Contudo, percebe-se que o olhar biologizante do modelo biomédico sobre a doença ainda é predominante nas pesquisas na área da saúde, nas quais se vê que as pessoas são desqualificadas devido à doença e são postas à margem desse processo, a partir do momento em que a enfermidade é naturalizada (Spink, 2006). Desse modo, a emergência do sujeito faz-se imprescindível para opor-se a essa concepção sobre a doença.

Com essa naturalização da doença, a dimensão social e subjetiva foram aspectos descartados do estudo do processo saúde-doença. Entretanto, as doenças crônicas não são fenômenos isolados, pois elas estão inseridas em uma época histórico-cultural, que apresentam diversas formas construídas socialmente para se visualizar o processo de adoecimento (Nascimento-Schulze, 1997).

Assim, ressalta-se que é muito importante discorrer sobre o processo saúde-doença para além da doença crônica, através do estudo da configuração subjetiva desse processo, bem como o impacto das representações sociais nessa configuração.

Para isso, nesta monografia, dá-se visibilidade ao processo saúde-doença, partindo-se de uma investigação de pesquisa orientada pela Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (2005a), pois essa proposta epistemológica possibilita gerar novas zonas de sentido sobre o processo saúde-doença.

Nesta pesquisa de base epistemológica qualitativa, o conhecimento é visto como uma produção construtivo-interpretativa, desenvolvido dentro de uma perspectiva histórico-cultural, em que o conhecimento apresenta um caráter singular, interativo, dialógico, legitimado pelas expressões únicas dos sujeitos de pesquisa (González Rey, 2005a).

Dessa maneira, através do estudo de dois casos de pessoas com hipertensão e um caso de um indivíduo portador de câncer, investiga-se as construções de sentido subjetivo e as configurações subjetivas que se organizaram na vivência dessas doenças crônicas, e que tiveram ligação com as representações sociais a elas vinculadas.

Por conseguinte, na construção de informação enfatiza-se a emergência do sujeito ativo na ressignificação da doença e enxerga-se, na vida dos três participantes desta pesquisa, a maneira como se constituem as configurações subjetivas das suas doenças crônicas, identificando-se alguns indicadores dos sentidos subjetivos organizados no processo saúde-doença deles.

Por fim, realizam-se algumas considerações sobre os casos, em que se pode observar a singularidade do processo saúde-doença na história de vida de cada sujeito, sendo que, com essas considerações, não se quer esgotar o tema aqui proposto, mas, sim, gerar novas zonas de inteligibilidade sobre o assunto.

Capítulo 1 - A Teoria da Subjetividade

Esta monografia tem como aporte teórico central a Teoria da Subjetividade desenvolvida por González Rey em suas diversas obras, que serão mostradas ao longo desta pesquisa e, para melhor compreensão dessa teoria, algumas categorias serão explicadas: subjetividade, subjetividade social, subjetividade individual, sujeito, sentido subjetivo e configuração subjetiva.

Essas categorias são utilizadas para dar visibilidade à produção da teoria, pois possibilitam uma organização sistemática desta. Elas não são fixas nem universalizantes e, opondo-se a isso, elas estão permanentemente movimentando-se com a construção da teoria, a qual é um modelo sistêmico (González Rey, 2005a).

1.1 Subjetividade

González Rey (2007) mostra que, no percurso da Psicologia orientada pelo pensamento filosófico ocidental, o termo subjetividade apresentou-se como algo pertencente à pessoa, de natureza interna a ela, com uma conotação metafísica e racionalista, como um fenômeno individual intrapsíquico, que faz parte da essência de um indivíduo. E, vista dessa maneira, a subjetividade é concebida como passiva e linear (Martínez, 2005).

Além disso, também se observa que a subjetividade entendida dessa forma reducionista é influenciada pela ciência positivista (Neubern, 2004), ciência esta que acredita ser capaz de entender a subjetividade a partir de categorias universais apriorísticas, fracionadas e inflexíveis (González Rey, 2005a).

Entretanto, González Rey (2003) critica essa representação da subjetividade, mostrada no parágrafo anterior, como um fenômeno individual, interno, intrapsíquico, universalizante, que faz parte da essência de uma pessoa. Esse autor supera as concepções de subjetividade

que ainda apresentam a dicotomia interno-externo, afetivo-cognitivo, subjetivo-objetivo, inconsciente-consciente, dentro-fora e individual-social em que o subjetivo é compreendido como algo particular, pessoal e essencialista (González Rey, 2005a).

Moscovici (1978) também critica a noção separatista entre interior-exterior, racional-irracional e González Rey (2003) mostra uma subjetividade que não se refere ao intrapsíquico nem à idéia mecânica de algo que vem de fora para dentro e que é internalizado pelo indivíduo, como pressupõe uma representação essencialista da psique, pois para ele “a subjetividade não é algo que aparece somente no nível individual, mas que a própria cultura dentro da qual se constitui o sujeito individual, e da qual é também constituinte, representa um sistema subjetivo, gerador de subjetividade.” (González Rey, 2003, p. 78).

Com esse novo olhar sobre a subjetividade, vê-se que González Rey (2004b) ultrapassa a idéia de subjetividade como um fenômeno individual, uma vez que a subjetividade também integra o cultural e o social, sem se reduzir a nenhuma dessas partes (Neubern, 2004), pois a subjetividade possui um caráter autogerador que não se subjeta aos fatores que a originaram (González Rey, 2003).

Nessa perspectiva, a subjetividade apresenta uma natureza complexa e um caráter sócio-histórico em que a subjetividade não está centrada numa psique individual. Ao contrário disso, González Rey (2004b) cita que “a subjetividade permite uma reconstrução não só da psique individual, como também das várias formas de produção psíquica, próprias dos cenários sociais em que vive o homem, assim também como da própria cultura.” (p. 125).

Vê-se, então, que o individual e o social são interdependentes, haja vista que “a subjetividade é um sistema complexo que tem dois espaços de constituição permanente e inter-relacionada: o individual e o social, que se constituem de forma recíproca e, ao mesmo tempo, cada um está constituído pelo outro.” (González Rey, 2004b, p. 141).

Ao abandonar a dicotomia entre o social e o individual (Spink, 2006), essa nova concepção de subjetividade sobrepuja as idéias sobre o indivíduo como produto do seu meio social ou como resultado de suas características psicológicas. Isso também mostra que os processos sociais não são externos aos indivíduos, pois o social é um momento de subjetivação do indivíduo (González Rey, 2003).

Portanto, observa-se que González Rey (2003) rompe com a representação naturalizada da psique como uma entidade estática, universalizante e individualizada, e contribui para uma nova representação da subjetividade conceituada como “produção de uma qualidade nova da psique humana nas condições da cultura” (González Rey, 2006, p. 07), em que a subjetividade não se limita a esses espaços sociais nem ao próprio indivíduo que atua neles (Martínez, 2005).

Nessa concepção, a subjetividade é um sistema aberto cuja qualidade é definida através de múltiplas configurações¹ que não se repetem em nenhuma pessoa, pois são únicas em cada indivíduo (González Rey, 2004a).

A subjetividade é um sistema de produção de significados e de sentidos subjetivos que têm um caráter histórico-cultural, um sistema cuja dimensão é dialética e dialógica, além de sistêmica, plurideterminada e complexa, que se apóia na categoria de sentido subjetivo (González Rey, 2003), ou seja, a subjetividade é um processo que não se define somente pela sua expressão racional, mas, também por sua expressão simbólico-emocional, que se caracteriza nas diversas áreas e espaços da vida da pessoa (González Rey, 2007).

A subjetividade é “um sistema multideterminado, contraditório, diferenciado e em constante desenvolvimento, que se expressa, simultaneamente, em dois níveis diferentes de constituição: a subjetividade individual e a social.” (González Rey, 2004a, p.78), ou seja, a subjetividade é um processo que apresenta uma relação complexa com a história de vida do

¹ “Sendo as configurações unidades dinâmicas que expressam o sentido subjetivo das diferentes formas de atividade e de relação do sujeito” (González Rey, 2004a, p. 79). Esta categoria será melhor explicada em outro tópico, mais adiante nesta monografia.

sujeito em sua relação com os momentos sociais que o constituem e por ele são constituídos (González Rey, 2003).

Nessa expressão da subjetividade pelos sentidos subjetivos² na ação do indivíduo e do espaço social, observa-se que a subjetividade informa, tanto sobre a subjetividade individual quanto sobre a subjetividade social, em diferentes espaços sociais (González Rey, 2005a).

Esses espaços sociais nos quais as pessoas atuam relacionam-se com a subjetividade de maneira que eles estão carregados de subjetividade social que se propagam pelas produções emocionais e simbólicas partilhadas nessa relação do indivíduo com esses espaços sociais (González Rey, 2005a).

1.2 Subjetividade Social

Após o que já foi exposto no tópico anterior desta monografia, é possível compreender o individual e o social como momentos simultâneos de produção de sentidos e de significados dentro do mesmo espaço subjetivo que integra, de várias maneiras, a subjetividade social e o sujeito (González Rey, 2003) e, em cada indivíduo concreto, a subjetividade social se constitui de distintas formas (González Rey, 2004a).

Isso quer dizer que, na relação entre o social e o indivíduo, ambos constituem um ao outro em um processo permanente, ou seja, a subjetividade social não é mera reprodução dos diversos espaços sociais, mas, sim, uma produção simbólica com sentidos subjetivos que caracterizam a vida dos indivíduos que atuam em diversos espaços sociais (González Rey, 2003).

Assim, González Rey (2007) declara que a subjetividade social “representa a organização subjetiva dos diversos espaços sociais.” (p. 146) e é um processo “que toma

² Os sentidos subjetivos são “a unidade do emocional e do simbólico sobre uma definição produzida pela cultura (...) unidade na qual um aspecto evoca o outro, sem se converter em sua causa.” (González Rey, 2007, p.136). Esta categoria será melhor explicada em outro tópico mais adiante desta monografia.

forma, invariavelmente, nos sistemas de ações e relações entre indivíduos em um espaço social.” (González Rey, 2007, p. 147).

Portanto, a subjetividade social “é o resultado de processos de significação e sentido que caracterizam todos os cenários de constituição da vida social, e que delimitam e sustentam os espaços sociais em que vivem os indivíduos.” (González Rey, 2003, p. 205 e 206).

A subjetividade social é um sistema de configurações subjetivas, individuais ou grupais, articuladas em diversos níveis da vida social e que apresentam complexas relações (González Rey, 2004b). A partir desse conceito, percebe-se que a subjetividade social não é universalizante e, muito menos, estática.

Ao contrário disso, a subjetividade social é o “complexo sistema da configuração subjetiva dos diferentes espaços da vida social que, em sua expressão, se articulam estreitamente entre si, definindo complexas configurações subjetivas na organização social.” (González Rey, 2003, p. 203).

Dessa maneira, vê-se que a Teoria da Subjetividade retoma o subjetivo nos fenômenos sociais. Por isso, para compreender o indivíduo em sua forma complexa, também é preciso ter um olhar sobre os espaços da subjetividade social em que ele atua (González Rey, 2004a).

A subjetividade social existe em diversos cenários, dentre eles, a comunidade, a instituição, a família, os grupos etc. E nessas várias formas da subjetividade social estão constituídos processos políticos, demográficos, econômicos etc (González Rey, 2004a).

Além disso, a subjetividade social se apresenta de várias maneiras, por exemplo, nas representações sociais, nos valores dominantes na sociedade, nas crenças, nos mitos, nos padrões existentes para se comunicar dentro de determinados espaços sociais (González Rey, 2004a).

Então, para atingir uma compreensão abrangente do indivíduo, o psicólogo com enfoque histórico-cultural tentará relacionar, de modo maleável e não com visão determinista a priori, os pressupostos da sociedade (por exemplo, as organizações socioeconômicas) que podem estar presentes na vida particular da pessoa, nas suas tomadas de decisões e nas atividades concretas do indivíduo, e de que forma o social está vinculado às condições de vida do homem e com sua maneira de viver (González Rey, 2003).

A partir desse olhar para a subjetividade social, o psicólogo precisa estar atento às configurações relevantes para o contexto do indivíduo (por exemplo, culturais, processos institucionais, políticas públicas etc), ou seja, o psicólogo não fará descrições mecânicas de eventos situacionais da vida do sujeito, mas, sim, compreenderá a época sócio-histórica e os fatores sociais relacionados à subjetividade social que podem estar envolvidos nas questões expostas pela pessoa no atual momento de sua vida e que também fazem parte de sua subjetividade individual.

1.3 Subjetividade Individual

Os processos da subjetividade individual são um momento dos processos da subjetividade social, no qual a subjetividade individual se constitui de forma histórica na vida de cada pessoa concreta (González Rey, 2004a), uma vez que na formação da subjetividade individual estão os espaços sociais constituídos historicamente, a partir de uma subjetividade social que precede “a organização do sujeito psicológico concreto, que aparece em sua ontogenia como um momento de um cenário social constituído no curso de sua própria história.” (González Rey, 2003, p. 205).

Destarte, entende-se subjetividade individual e social como “momentos diferentes de um mesmo sistema. Ambas as instâncias da subjetividade são sistemas processuais em

desenvolvimento permanente que se expressam através dos sujeitos concretos que se posicionam ativamente no curso desse desenvolvimento.” (González Rey, 2004b, p. 145).

Com essa noção, percebe-se que a subjetividade individual é permeada pela subjetividade social, em que uma constitui a outra, pois a subjetividade individual está articulada com as relações sociais (González Rey, 2003) de maneira que “a subjetividade individual mostra os processos de subjetivação associados à experiência social do sujeito concreto, assim como as formas de organização desta experiência por meio do curso da história do sujeito.” (p. 241).

Dessa forma, compreende-se subjetividade individual como formas de uma organização subjetiva da pessoa concreta que apresenta, dentro de uma cultura, uma história única desse indivíduo e que é constituída pelas relações pessoais dele (González Rey, 2003), em que essa história pessoal não se repete em nenhum sujeito concreto e é justamente nessa singularidade da experiência vivenciada que se encontra o limite entre a subjetividade individual e a subjetividade social (González Rey, 2004b).

Nessa concepção, o processo de subjetividade individual mantém com a subjetividade social uma relação tensa que constitui a complexidade da subjetividade do homem (González Rey, 2004b), uma vez que, na tensão entre o indivíduo e a sociedade, os espaços sociais “geram formas de subjetivação que se concretizam nas diferentes atividades compartilhadas pelos sujeitos e que passam a ser, com sentidos subjetivos distintos, parte da subjetividade individual de quem compartilha esses espaços.” (González Rey, 2005a, p. 24 e 25).

Por conseguinte, a subjetividade individual é vista como processos “de organização da subjetividade que ocorrem nas histórias diferenciadas dos sujeitos individuais.” (González Rey, 2004b, p. 141) e é integrada pela personalidade e pelo sujeito (González Rey, 2003), em que um constitui o outro.

Compreende-se personalidade como “sistema subjetivo auto-organizador da experiência histórica do sujeito concreto” (González Rey, 2003, p. 241). Isso significa que a personalidade é um sistema auto-regulado e orientado “para novas configurações dinâmicas que acompanham os diferentes momentos da ação do sujeito.” (González Rey, 2004a, p. 80). Vê-se que essa concepção rompe com o conceito de personalidade como algo intrapsíquico e causalista.

Observa-se que essa noção ultrapassa a idéia de personalidade em termos de uma determinação estrutural que é universalizante e invariável, pois (González Rey, 2004a) representa a personalidade como um sistema aberto e dinâmico que se expressa de forma “diferenciada pela ação do sujeito em contextos sociais específicos nos quais vive (...) é um momento concreto de sentido, constitutivo da ação do sujeito.” (p. 77).

Nota-se que a compreensão da personalidade supera a divisão dicotômica e mecanicista entre o interno e o externo, haja vista que González Rey (2004a) aponta um conceito de personalidade como fonte “diferenciada de expressão da subjetividade social em cada sujeito individual concreto.” (p. 79).

González Rey (2004a) explica que a personalidade é um sistema vivo que se define “por um conjunto de mecanismos, formações, subsistemas e funções que, organizado em distintos níveis nos diferentes indivíduos, representa potencialmente um conjunto de alternativas simultâneas que, comprometido com os mencionados recursos psicológicos, está na base dos mais diversos comportamentos humanos.” (p. 65).

A personalidade é uma organização sistêmica, diferenciada e contraditória, que constitui o indivíduo e, simultaneamente, é constituída por ele, sendo que ela pode dificultar ou facilitar as estratégias assumidas pela pessoa frente a ocasiões da vida, mas não substitui o elemento ativo desse processo que é o sujeito que decide pelas alternativas pessoais que assume (González Rey, 2004a).

A personalidade é “um sistema subjetivo que serve de base a um sistema múltiplo (...) de alternativas simultâneas de comportamento, que se expressaram de uma ou outra forma a partir dos posicionamentos do sujeito em face das condições atuais de suas ações.” (González Rey, 2004a, p. 126).

Com essa definição, pode-se dizer que os sentidos subjetivos das situações experienciadas pelo sujeito são influenciados pela personalidade com seus recursos subjetivos disponíveis e também pelo conjunto de alternativas que o sujeito constrói em suas ações (González Rey, 2004a).

1.4 Sujeito

O sujeito ativo é produtor de suas experiências e não mero reproduzidor delas, pois ele as constrói e, constantemente, faz reflexões sobre as experiências que passa e promove significações a elas (González Rey, 2005a). Essa visão sobre o sujeito é fortalecida por Turato (2003), pois ele também considera o sujeito como um ser que pensa a respeito das situações vividas e que é atuante sobre diferentes contextos.

Sobre isso González Rey (2007) expõe que o sujeito pensa sobre questões de sua vida que são consideradas significativas por ele e nesse pensar o sujeito reafirma-se.

Observa-se que essa noção de sujeito rejeita a idéia de que o homem é produto de suas experiências, uma vez que ele, como sujeito de sua vida, de suas posições e ações concretas, age ativamente sobre as experiências que vivencia e constrói uma visão a respeito de sua complexa realidade ao pensar sobre suas múltiplas vivências, o que evidencia a capacidade de elaboração intelectual do sujeito (González Rey, 2005a).

Por meio dessa capacidade ideativa que o sujeito apresenta, ele faz opções alternativas, que são expressões autênticas do sujeito, dentro de um espaço simbólico

predominante, e defende seu próprio espaço singular, apesar das pressões simbólicas que sofre (González Rey, 2005a).

Desse modo, observa-se que o sujeito possui um caráter revolucionário, pois está, incessantemente, em tensão com os discursos sociais dominantes (González Rey, 2005a), em relação aos quais o sujeito sustenta essa maneira autêntica de se envolver com o social, pois, em diferentes espaços sociais, o sujeito gera seu próprio espaço (González Rey, 2004a).

A subjetividade social limita a expressão do indivíduo, reduzindo as opções deste, mas o sujeito é capaz de gerar alternativas que vão além dos princípios estabelecidos pela subjetividade social e ele cria um espaço singular de subjetivação em suas ações próprias, assumindo posições criativas que se desenvolvem diferentemente dos espaços sociais da subjetividade social, o que gera uma tensão com esta (González Rey, 2007).

Isso quer dizer que as atividades do sujeito promovem uma tensão entre a subjetividade individual e a subjetividade social, explicadas anteriormente em outros tópicos desta monografia.

Vale ressaltar aqui que esta categoria sujeito não é estática nem universalizante, pois muitos indivíduos subordinam-se à subjetividade social e, dessa maneira, a pessoa não se coloca como sujeito diante desse processo (González Rey, 2007).

Assim, González Rey (2004b) considera o sujeito “como aquele indivíduo ou grupo que legitima seu valor, que é capaz de gerar ações singulares e que mantém sua identidade através dos vários espaços de contradições e confrontações que necessariamente caracterizam a vida social.” (p. 153). Essa visão sobre o sujeito é corroborada por Touraine (2006), pois ele também evidencia que o sujeito é singular e procura ser agente de sua própria existência.

Diante das contradições entre o indivíduo e o seu momento social, o sujeito apresenta uma postura ativa ao produzir alternativas para se relacionar com seu espaço social, isto é, o sujeito produz novos momentos de subjetivação em diversas situações que enfrenta na

subjetividade social (González Rey, 2004a). Destarte, percebe-se que a condição de sujeito se expressa na tensão do ambiente institucional com a ação do indivíduo (González Rey, 2004b).

Touraine (2006) aponta que o sujeito não se reduz ao social nem ao cultural, mas esclarece que o sujeito é reconhecido a partir de seu posicionamento ativo frente a esses contextos, nos quais o sujeito busca ser o autor de sua própria vida.

A capacidade de realizar uma apreciação sobre a própria vida mostra o posicionamento deliberativo do sujeito, em que ele assume a responsabilidade pelas considerações que faz, o que denota a autodeterminação dele (González Rey, 2005a), já que é o sujeito quem determina o seu modo de relação com a vida e também se responsabiliza por seus atos (González Rey, 2004a).

Então, pode-se aludir que o indivíduo atua como sujeito pela maneira como se envolve em uma atividade, de forma a tomar uma posição crítica e ter um ponto de visto próprio ao decidir sobre sua ação, no decorrer da qual serão gerados novos espaços de subjetivação (González Rey, 2007).

Após tudo o que já foi mencionado depois desta explanação, observa-se o que González Rey (2007) diz sobre “o se tornar sujeito significa expressar na ação configurações subjetivas singulares, tomar decisões, assumir a responsabilidade individual pela ação” (p. 144), em que o sujeito apresenta uma capacidade singular de gerar novos sentidos subjetivos sobre as atividades concretas (González Rey, 2005a).

1.5 Sentido Subjetivo

O desenvolvimento do estudo da subjetividade por González Rey teve como suporte a categoria “sentido” trazida por Vigotsky, pois este autor conceitua sentido como a integração entre o cognitivo e o afetivo (González Rey, 2003).

No entanto, González Rey (2003) usa a categoria sentido subjetivo e a define como uma “unidade inseparável dos processos simbólicos e as emoções num mesmo sistema, no qual a presença de um desses elementos evoca o outro, sem que seja absorvido pelo outro” (p. 127).

González Rey (2004a) define sentido subjetivo como “a integração inseparável do emocional e do simbólico dentro de ambientes culturalmente estabelecidos que implicam relacionamentos e atividades do indivíduo (...) os processos simbólicos e emocionais, que constituem os sentidos subjetivos, evocam-se, reciprocamente, em um relacionamento recursivo.” (p. 85). O sentido subjetivo é a unidade inseparável do simbólico e do emocional, em que um evoca o outro, sem ser determinado por este (González Rey, 2002).

Os sentidos subjetivos são produções singulares do sujeito na sua relação com o mundo e expressam-se numa unidade do emocional e do simbólico (González Rey, 2003). Sendo assim, não são universalizantes, pois dependem da experiência singular do indivíduo, o que envolve a história de vida dele, o contexto atual em que ele vive e também a sua cultura (González Rey, 2003).

O sentido subjetivo representa uma maneira de subjetivar a realidade e é alimentado pela experiência vivida, mas essa experiência é singular, conforme os sentidos subjetivos envolvidos no processo de subjetivação de uma atividade (González Rey, 2006).

Isso quer dizer que o sentido subjetivo se expressa, permanentemente, na processualidade da ação do homem e seus diferentes sistemas de relações, como também a organização da vida social (González Rey, 2007).

González Rey (2007) afirma que “os sentidos subjetivos sempre se organizam sobre espaços simbolicamente existentes e significam, justamente, a possibilidade diferenciada da ação humana dentro de tais espaços.” (p. 136).

Nos processos de subjetivação, não somente atuam os sentidos subjetivos no contexto de uma ação presente, mas também os sentidos subjetivos configurados na história do indivíduo (González Rey, 2007).

Além disso, o sentido subjetivo está envolvido, simultaneamente, com a subjetividade individual e social, pois ele está presente, tanto nas atividades do indivíduo quanto nas relações deste com os diferentes espaços sociais que interage (González Rey, 2005a).

González Rey (2005a) aponta que os sentidos subjetivos não são lineares às representações do indivíduo, eles aparecem de forma contraditória a estas, ele não está na fala direta do indivíduo, mas, sim, ocorre de forma dispersiva nesta.

O sentido subjetivo não surge na manifestação intencional e racional da pessoa, ele não é passível de ser significado conscientemente por ela, já que o sentido subjetivo não aparece em uma expressão pontual e explícita da pessoa, mas é possível reconhecê-lo quando o indivíduo se expressa de maneira criativa e livre sobre algum assunto (González Rey, 2005a).

Destarte, percebe-se que o sentido subjetivo transcende o conteúdo visível na linguagem verbal e comportamental, e vai aparecer na maneira como está organizada a expressão do sujeito e nas hipóteses da qualidade dela (González Rey, 2004a).

O sentido subjetivo está envolvido com a história de vida da pessoa e também com o contexto por ela vivenciado. Todavia, os sentidos subjetivos, presentes nas múltiplas maneiras de expressão da subjetividade na ação concreta da pessoa, estão para além desse contexto vivido pelo indivíduo (González Rey, 2005a).

Isso quer dizer que os sentidos subjetivos estão além da situação sobre a qual a pessoa apresenta uma representação consciente, pois estão relacionados com outros espaços sociais que adquirem significação com esse momento do indivíduo (González Rey, 2005a).

Cabe enfatizar aqui que no contexto em que está organizado um sentido subjetivo, novos sentidos subjetivos são produzidos e estes são capazes de alterar o valor subjetivo desse contexto, mudando os sentidos subjetivos que estavam presentes no início da situação (González Rey, 2007).

Explicando com outras palavras, os sentidos subjetivos de uma experiência nunca se limitam ao espaço simbólico nem real dela, pois eles também se integram a outros sentidos subjetivos gerados em outros momentos da história de vida da pessoa e com eles se entrelaçam (González Rey, 2005a).

O sentido subjetivo é construído, aparece de maneira indireta na qualidade daquilo que a pessoa expressa, seja pela palavra, seja pelo tom de voz, por meio de movimentos corporais, através do choro, do sorriso ou até mesmo no olhar, ou seja, o sentido subjetivo é elaborado indiretamente, a partir dos diversos tipos de expressão do indivíduo, em diferentes momentos da manifestação deste (González Rey, 2005a).

Os sentidos subjetivos dos indivíduos são fontes para compreender os sentidos subjetivos produzidos socialmente (González Rey, 2005a). Dessa maneira, observa-se que há um rompimento com a idéia de que uma experiência é subjetivada de fora para dentro do indivíduo ou vice-versa, pois “o sentido subjetivo de qualquer ação humana não é um processo linear (...) é um processo complexo que implica, simultaneamente, o interior e o exterior no sentido subjetivo da ação.” (González Rey, 2005a, p. 85).

1.6 Configuração Subjetiva

Os sentidos subjetivos aparecem como sendo resultantes das configurações subjetivas (González Rey, 2004a) em um processo contraditório e gerador.

Configuração subjetiva é uma complexa representação do real como uma maneira de compreendê-lo (González Rey, 2005a). Esta categoria permite entender a forma como as experiências do indivíduo são subjetivadas na personalidade (González Rey, 2004a).

Configuração subjetiva é uma rede complexa de sentidos subjetivos organizados em relação a uma ação do homem (González Rey, 2006). É uma rede dinâmica de sentidos subjetivos de várias experiências e que se organiza sobre uma ação (González Rey, 2003). É “a integração de elementos de sentido, que emergem ante o desenvolvimento de uma atividade em diferentes áreas da vida, denominamos configurações subjetivas.” (González Rey, 2003, p. 127).

As configurações subjetivas e os sentidos subjetivos entrelaçam-se, promovendo uma tensão que gera modificações um ao outro (González Rey, 2007). Essa noção tem como consequência uma rede subjetiva diferenciada e singular, que compreende os aspectos organizativos dos sentidos subjetivos, e que não tem um funcionamento causal, determinista nem linear (González Rey, 2007).

Isso quer dizer que as configurações subjetivas não são causas dos comportamentos do indivíduo, mas, sim, que elas são vias de sentidos subjetivos para a ação da pessoa, em um processo no qual são gerados novos sentidos subjetivos que também integram outras configurações subjetivas que se tornam dominantes no processo de subjetivação da atividade realizada pelo indivíduo (González Rey, 2007).

Dessa forma, vê-se que as configurações subjetivas desenvolvem-se através de múltiplos sentidos subjetivos produzidos pelo sujeito em suas ações, pois “as configurações subjetivas do sujeito participam na ação pelos sentidos subjetivos e, nessa condição, são parte da emergência de novos sentidos subjetivos que podem chegar a modificar as próprias configurações do sujeito implicado nessa atividade.” (González Rey, 2007, p. 159).

A maneira como o sujeito se organiza subjetivamente é expressa pelas configurações subjetivas, as quais não são isoladas entre si. Ao contrário disso, elas são complexos sistemas que integram sentidos subjetivos em uma rede, na qual uma configuração subjetiva pode ser o sentido subjetivo de outra configuração subjetiva (González Rey, 2007).

Uma rede complexa e dinâmica de sentidos subjetivos organizados define as configurações subjetivas caracterizadas em diferentes momentos da vida da pessoa na tensão entre sua história de vida e o presente, ao longo de suas experiências vividas (González Rey, 2003).

A configuração subjetiva organiza-se “pela integração de estados dinâmicos diversos, que aparecem constituídos de maneira diferenciada na história do sujeito (...) as configurações estão constituídas, historicamente, pelo tipo de emoção e de processos simbólicos que caracterizam os relacionamentos do sujeito com diferentes atividades.” (González Rey, 2004a, p. 77).

Portanto, a configuração subjetiva se constitui de múltiplos sentidos subjetivos na história de vida do indivíduo e nos contextos vividos por ele (González Rey, 2005a), em que a configuração subjetiva se exprime como um sistema aberto que apresenta uma sensibilidade às circunstâncias do dia-a-dia sobre as quais o indivíduo atua (González Rey, 2004a).

1.7 Teoria da Subjetividade e Teoria das Representações Sociais

González Rey (2006) mostra que a Teoria das Representações Sociais iniciou o estudo da subjetividade a partir do social, sendo que representação social é uma organização simbólica em que se desenvolvem as relações sociais de um grupo, comunidade ou instituição, bem como suas diversas práticas, e isso representa uma produção subjetiva que envolve a segurança e a identidade das pessoas dentro de um grupo, uma vez que essa

produção de conhecimento constitui aquilo que é conhecido como realidade e que preserva a subjetividade.

González Rey (2006) denota que, a partir da Teoria das Representações Sociais, o social deixou de ser visto como algo externo à pessoa em suas práticas sociais, e ressaltou também que há uma construção social da realidade, que tem um caráter subjetivo dessa realidade social, o que mostra que a realidade social é produzida por processos subjetivos.

Porém, vale ressaltar aqui que a subjetividade não é o reflexo dessa realidade, mas, sim, uma produção do homem, que envolve o sentido subjetivo e o simbólico. Com isso, é possível vincular representações sociais e os processos subjetivos individuais e sociais, integrando a Psicologia social e a Psicologia da saúde, promovendo uma interface o simbólico e os aspectos subjetivos da doença crônica. A representação social é uma produção subjetiva complexa constituída de maneira simultânea na subjetividade social e na subjetividade individual (González Rey, 2006).

González Rey (2007) afirma que “a representação social é sempre organizada em um espaço de práticas simbólicas compartilhadas que estão envolvidas com sistemas de sentidos subjetivos.” (p. 147), em que as representações sociais configuram-se, tanto no indivíduo quanto nos espaços sociais.

Spink (1993) mostra que a Teoria das Representações Sociais permite gerar uma compreensão sobre os processos de subjetivação do social. As representações sociais são elementos carregados de sentidos subjetivos e não são reflexos da realidade. Elas podem aparecer na fala do indivíduo e nas crenças dominantes dentro de um espaço social (González Rey, 2005a).

Jodelet (2001) expõe que as representações sociais são ativadas no social e agem sobre este, sendo que as representações sociais estão presentes nos discursos, nas imagens, nas condutas.

Moscovici (2003, p. 209) define representação social como um “modelo recorrente e compreensivo de imagens, crenças e comportamentos simbólicos”. Este autor explica que as representações sociais apresentam três aspectos importantes para a compreensão dessa categoria: “elas possuem um aspecto impessoal, no sentido de pertencer a todos; elas são a representação de outros, pertencentes a outras pessoas ou a outro grupo; e elas são uma representação pessoal, percebida afetivamente como pertencente ao ego.” (Moscovici, 2003, p. 211).

As representações sociais são conjuntos dinâmicos que possibilitam apreender o mundo concreto, em que elas circulam no cotidiano do homem por meio da comunicação, dos gestos, das opiniões, das condutas, das imagens, dos valores etc (Moscovici, 1978) e menciona que “a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.” (p. 26).

Inclui-se a Teoria das Representações Sociais como uma maneira de compreender a ação da pessoa portadora de doença crônica diante desse problema de saúde, pois essas representações podem complementar o estudo dos diferentes processos subjetivos com relação ao adoecimento.

As representações sociais estão ligadas à realidade histórica e social (Herzlich, 2005), o que permite uma articulação entre uma patologia e uma determinada época, possibilitando pensar sobre as concepções de saúde e de doença constituídas em fenômenos macrossociais dinâmicos, a partir de configurações que mudam de sentido ao longo do tempo.

Assim, ressalta-se a importância da categoria representações sociais no estudo da saúde e da doença, a partir de uma visão que privilegia o discurso sobre a doença e sobre a saúde como dependente de uma construção humana (Herzlich, 2005). Dessa maneira, observa-se que o processo saúde-doença também está comprometido com as representações de um momento histórico (González Rey, 2003).

Moscovici (2003) aponta que as representações sociais são uma forma de comunicar e adquirir um conhecimento que é socialmente compartilhado e que essas representações sociais têm o objetivo de dar um significado para o mundo.

É preciso considerar as produções subjetivas da pessoa sobre a doença e como o indivíduo suporta a carga simbólica do diagnóstico de uma doença crônica. Além disso, é preciso pensar sobre como ele vivencia as recomendações médicas que são impostas e como lida com os chamados fatores de risco, pois essa é uma questão que trata de uma dimensão sociocultural dominante nas práticas associadas à saúde e que deve ser levada em conta ao estudar a construção social de uma doença crônica.

No caso da hipertensão, o fato de ela aparecer de maneira “quieta”, sem sintoma para ser visto pelo indivíduo, envolve-se com a representação social que associa a hipertensão à noção de que ela não mata, o que pode ter a implicação de o indivíduo não aderir ao tratamento necessário (Machado & Car, 2007).

O processo de subjetivação do diagnóstico de uma doença como o câncer é muito complexo. Além disso, esse processo está envolvido com a representação social do câncer associada à estigmatização, à morte e ao sofrimento (Nascimento-Schulze, 1997).

Os familiares da pessoa, muitas vezes, preferem que o diagnóstico de câncer não seja exposto para ela, isto é, para que não seja dita a palavra “câncer”, pois algumas pessoas não gostam de pronunciar essa palavra, referindo-se a ela como “aquela doença”, atribuindo, como dito anteriormente, à idéia de morte e sofrimento, incorporando para si a noção de ser um paciente estigmatizado, relacionando o tumor maligno como uma doença fatal (Cyrillo & Pazotto in Baracat (org.), 2000).

Observa-se que, ao passar pela experiência do câncer, alguns indivíduos podem vivenciar uma ameaça à continuidade de sua existência, trazendo uma noção de limite da vida. Isso evidencia o estigma do câncer de que a história da pessoa terminou e que a doença

levará a um imenso sofrimento (Bruscatto, Benedetti & Lopes (orgs.), 2004), ou seja, o câncer assume uma representação de morte e deixa o indivíduo à margem de seu papel ativo, passando a ser alheio de sua doença, passivo em relação a ela (Áries, 2003).

A partir do exposto, percebe-se que é importante considerar as representações sociais sobre o câncer para a compreensão desse processo de adoecimento, pois o estudo das representações sociais de pacientes portadores de câncer concebe a maneira como a pessoa vivencia o câncer, já que muitos indivíduos têm esses mitos sobre essa doença e associam o diagnóstico a uma condenação de morte mesmo, além de desesperança, sofrimento e dor (Oliveira e Faria, 1998).

Já outros indivíduos “batem na madeira” para retirar a possibilidade de ter a doença quando esta é pronunciada por alguém. Além disso, diversas pessoas acreditam que a causa do câncer são problemas emocionais como tristezas ao longo da vida, perda de um parente, estresse (Oliveira e Faria, 1998).

Essa ligação com a morte, já que o câncer é visto como sinônimo de morte ou ainda a idéia associada ao câncer de que ele vem de fora do indivíduo, externo a ele, e de que é uma doença traiçoeira, avassaladora, perigosa, difícil, assustadora, contra a qual muitas estratégias de tratamento são ineficazes (Kowács & Carvalho in Nascimento-Schulze, 1997) é rechaçada nesta pesquisa, uma vez que é preciso desvincular o câncer da idéia de morte para pensar sob a perspectiva de vida.

Além disso, respeitar os valores culturais e as crenças das pessoas portadoras de câncer em relação à própria doença requer não desqualificar o discurso delas sobre seus processos de adoecimento, como é feito por alguns médicos.

Às vezes, a própria equipe de saúde enxerga a pessoa portadora de câncer como um paciente terminal, termo este que está caindo em desuso, porém, quando utilizado por esses profissionais, coloca esse rótulo como estigma do indivíduo, e traz como significado

expectativas da sociedade, da família e da própria equipe de saúde, além de direcionar maneiras de atuar e de se relacionar com a pessoa com câncer (Kowács e Carvalho in Nascimento-Schulze, 1997), o que pode ser exemplificado pela expectativa de que não há mais nada para se fazer, ou seja, não há cura e a pessoa morrerá em breve, então as intervenções dos médicos são interrompidas e a pessoa é encaminhada para casa.

Portanto, vê-se que essas são algumas representações sociais do câncer associadas à realidade social e cultural da pessoa portadora de câncer.

Capítulo 2 - O Processo Saúde-Doença

Pretende-se contextualizar o entendimento da saúde e da doença, a partir do estudo de pessoas que apresentam câncer e hipertensão. Vale enfatizar que essas doenças ainda são intrigantes para a Medicina em sua etiologia.

Observa-se que esse saber médico não consegue explicá-las baseando-se unicamente em uma visão organicista da doença. Por isso, quer-se apresentar aqui também uma perspectiva mais abrangente dessas duas doenças crônicas.

2.1 Câncer

O câncer é um problema de saúde pública, é uma doença crônica responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito do mundo, sendo que morrem anualmente mais de 7 milhões de pessoas em função dessa doença, de acordo com o INCA - Instituto Nacional de Câncer (2006). Estima-se que, neste ano de 2008, tenha quase 232 mil novos casos de câncer no Brasil (INCA, 2008).

O câncer é um tumor maligno ou neoplasia maligna que pode começar com qualquer célula do corpo do homem, sendo que essa célula perde o controle e começa a crescer sem parar. Além disso, existem diversos tipos de cânceres (Oliveira e Faria, 1998).

Segundo o INCA (2006), as células normais do organismo se dividem, amadurecem, morrem e se renovam a cada ciclo, porém uma célula danificada (danos nos genes, mutações) se divide de maneira descontrolada, produzindo novas células anormais e estas se tornam cada vez mais anormais, gerando células cancerosas que formam uma massa de tecido chamada tumor maligno ou câncer devido a uma falha no sistema de reparo imunológico do organismo ao tentar destruir as células anormais, e esse tumor se dissemina através das metástases, pois as células cancerosas do tumor espalham-se para diferentes partes do corpo (INCA, 2006).

O organismo de uma pessoa portadora de câncer tem dificuldade de reconhecer o tumor maligno como um agente agressor e por isso não ativa os mecanismos de defesa para combatê-lo, permitindo que a célula cresça e se espalhe, destruindo células normais (Oliveira e Faria, 1998).

No início, o câncer não dá sinais nem apresenta sintomas, pois o organismo não detecta que ele está crescendo, mas, apesar disso, é preciso fazer os exames necessários assim que há a desconfiança de ser um câncer para que o tratamento ocorra o mais cedo possível, ainda no princípio do crescimento das células (Oliveira e Faria, 1998).

De acordo com o INCA (2006), esse tratamento do câncer é baseado no diagnóstico médico e a partir deste serão realizados os procedimentos laboratoriais necessários. Esse tratamento visa não só a cura do câncer, mas também a qualidade de vida da pessoa, apesar de saber-se que as principais modalidades de tratamento (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e manipulação hormonal) ainda são invasivas e possuem fortes efeitos colaterais como náuseas, vômitos, perda de cabelo, cansaço, diarreia, dor no corpo, dentre outros, conforme Oliveira e Faria (1998).

Esse tratamento apóia-se em uma equipe multiprofissional, de abordagem composta por diversas áreas do conhecimento (Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Psiquiatria etc). Esse trabalho multiprofissional deverá contemplar além do tratamento, também a reabilitação e os cuidados paliativos das pessoas portadora de câncer (INCA, 2006).

Aqui se evidencia o trabalho do psicólogo dentro de uma equipe multiprofissional no tratamento de uma pessoa com câncer como sendo muito importante, pois ele promove um espaço de acolhimento que pode favorecer um processo de reformulação das expectativas da pessoa frente à nova realidade, auxiliando também a família na vivência desse momento (Bruscatto, Benedetti & Lopes (orgs.), 2004).

Além do tratamento tradicional do câncer por meio da quimioterapia e da radioterapia, existem também os tratamentos alternativos, não comprovados cientificamente, mas que têm uma grande amplitude no Brasil (Oliveira e Faria, 1998).

Esses tratamentos são feitos com ervas, dietas, chás, florais, energização e outros, que não comprovam a eficácia desse método para o câncer em termos biomédicos, mas que, apesar disso, também são muito utilizados pelas pessoas nessa condição de adoecimento (Oliveira e Faria, 1998).

Talvez isso ocorra porque nesses tratamentos alternativos os indivíduos têm um espaço para falar sobre o sofrimento que estão vivenciando e são ouvidos pelos profissionais, ao contrário do tratamento realizado pela Medicina cartesiana, que trata a pessoa doente como mais um número estatístico, relacionando-se de maneira distante, formal e impessoal (Cyrillo & Pazotto in Baracat (org.), 2000).

O INCA (2006) mostra que a ocorrência de uma doença diz sobre o modo de vida das pessoas, sobre as condições sociais, ambientais, econômicas, dentre outros, e apresenta fatores de risco que podem estar relacionados ao desenvolvimento da doença.

No entanto, conhecer esses fatores de risco não implica entender os motivos pelos quais algumas pessoas adoecem e outras, não. Sabe-se que o câncer está relacionado a uma multiplicidade de causas que ainda precisam ser investigadas por meio de pesquisas interdisciplinares (INCA, 2006).

O Instituto Nacional do Câncer (2006) aponta que o efeito combinado dos seguintes fatores atrelado a uma exposição simultânea e duradoura ao longo da vida em relação a esses fatores pode afetar as funções dos tecidos do corpo humano e influenciar o desenvolvimento do câncer: contaminação pelo vírus de hepatite B e C, alimentação com excesso de açúcares e gorduras de origem animal, obesidade, ausência de prática regular de atividade física, substâncias aditivas (abuso de álcool e de tabaco), relações sexuais sem proteção (infecções transmitidas sexualmente), agentes ambientais (tabagismo passivo, combustíveis sólidos, poluição do ar, exposição sem proteção à radiação ultravioleta), características biológicas, condições socioeconômicas e fatores associados ao modo de vida (hábitos).

Entretanto, a pessoa portadora de câncer deve ser vista não somente a partir desses fatores de risco para a doença, mas também através de sua história singular de vida, suas condições socioculturais, anseios e expectativas, por meio de uma abordagem psicossocial com foco no indivíduo e que prioriza a qualidade de vida da pessoa e não apenas o controle do câncer (Instituto Nacional de Câncer, 2006).

Além disso, outra idéia associada aos fatores de risco é a de que eles são efeitos do estilo de vida da pessoa. Todavia, a maneira como as pessoas compreendem os fatores de risco para a saúde está relacionada ao contexto sociocultural em que ela está inserida, levando em consideração os diferentes espaços sociais (González Rey, 2004a).

Portanto, essa idéia de causas externas e de falta de controle é combatida veementemente na presente monografia, tendo em vista o posicionamento adotado de visão de

saúde que se baseia na idéia de postura ativa do sujeito frente aos chamados fatores de risco e que será explicitada ao longo desta discussão.

2.2 Hipertensão

A hipertensão é uma doença crônica que apresenta índices de mortalidade elevados. É uma doença cuja origem é multifatorial e caracteriza-se pelo aumento da pressão arterial. Uma pessoa pode ser considerada hipertensa se apresentar uma pressão igual maior ou igual a 14 por 9 (SBC, 2006). A hipertensão é um grave problema de saúde pública no Brasil e responsabiliza-se por 40% das mortes de acidente vascular (Santos & Lima, 2008).

Ela não se expressa pelo sintoma e por isso é considerada “perversa e silenciosa” e isso dificulta a percepção das pessoas sobre saber se apresentam ou não esta doença (Toledo, Rodrigues & Chiesa).

A hipertensão é um fator de risco para o acidente vascular cerebral, infarto, ataque cardíaco e doenças renais, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2006).

A SBC (2006) aponta que os fatores de risco da hipertensão são: o consumo elevado de álcool, o sedentarismo, o excesso de consumo de sal e o excesso de massa corporal, fatores esses que, combinados, aumentam o risco de se ter hipertensão. Tortora (2002) mostra que o tabagismo, o colesterol e fatores genéticos também contribuem para a incidência da hipertensão.

A hipertensão e o câncer são doenças crônicas difíceis de serem explicadas pelo modelo biomédico e por isso é preciso ter um olhar para outros fatores, que não só o biológico, como o social para se compreender essas duas doenças (Toledo, Rodrigues & Chiesa).

Entretanto, ressalta-se nesta monografia a importância de se considerar o papel ativo do sujeito no controle de sua pressão, levando-se em conta os seus processos subjetivos e a dimensão social da doença (González Rey, 2004a).

Portanto, para se compreender o processo saúde-doença da hipertensão e do câncer é necessário, antes, discorrer sobre modelos teóricos que auxiliarão a discussão desse tema, uma vez que pensar sobre os conceitos de doença e de saúde requer admitir um ponto de vista, a partir do qual se dará visibilidade a essas definições.

Para isso, a seguir, serão abordados paradigmas que enfocam o processo saúde-doença que são relevantes ao entendimento da maneira como se chegou até o contexto atual proposto nesta monografia.

2.3 A Exclusão da Subjetividade no Modelo Biomédico

O paradigma mecanicista domina a Medicina ocidental com sua percepção sobre doença e saúde, porém, antes de chegar a esse ponto, é necessário compreender a história, através da qual se chegou a esse paradigma.

Hipócrates considerava saúde como o estado de harmonia entre o meio ambiente e instâncias internas da pessoa, sendo que, para ele, a manutenção da saúde dependia do equilíbrio existente entre ambos. Além disso, ele acreditava que o que ocorria na mente influenciava o corpo (Queiroz, 1986).

Ao contrário de Hipócrates, Descartes, no século XVII, baseou-se em um modelo dicotômico e mecanicista de pensamento (mente e corpo separados) que influenciou a Medicina e a partir desse pensamento essa ciência tomou para si a idéia de que para se conhecer o todo de um organismo é preciso estudar as partes dele (Queiroz, 1986).

Essa proposição acarretou a perda da visão do homem como um todo e um afastamento entre o paciente e o médico, pois o médico dirigiu-se para a intervenção

tecnológica da doença e o paciente tornou-se um objeto de manipulação desse profissional, o qual acredita ser descartável os sentimentos do paciente em relação a sua própria doença (Camargo Júnior, 1992).

Então, pode-se dizer que o médico que toma essa atitude acredita que o papel do indivíduo frente à doença é secundário e coloca em segundo plano o sofrimento da pessoa diante da enfermidade, pois o concebe irrelevante. Vê-se que assumir essa postura é reduzir o homem a sua doença e isso não pode ficar incólume nesta monografia, a partir das discussões que serão tratadas nesta pesquisa.

Descartes representa esse paradigma reducionista da Medicina ocidental que acredita haver uma única causa para a doença ou uma cadeia causal direta na ocorrência da enfermidade (Nascimento-Schulze, 1997), sobre a qual se faz uma pesquisa de base positivista, com foco na doença e não na pessoa.

Esse tipo de pesquisa mecanicista, empirista não considera os aspectos subjetivos, simbólicos e sociais para a compreensão da saúde e da doença (González Rey, 2005a) e não consegue explicar doenças crônicas como a hipertensão nem o câncer, as quais serão discutidas nesta monografia.

Apesar disso, o modelo biomédico crê que o surgimento de uma doença está ligado à disfunção dos órgãos do corpo e alicerça essa visão com base na relação existente entre a Medicina e a Biologia, vendo o corpo como uma máquina que apresenta um defeito (a doença) que precisa ser extirpado (Gadamer, 2006).

Nessa perspectiva, verifica-se que esse modelo apresenta um caráter materialista da doença, pois a caracteriza como um conjunto de sintomas patológicos descritivos, o que mostra a visão mecanicista de causalidade externa ao homem, que naturaliza a doença e oculta os aspectos sociais relacionados à sua organização, não dando valor a essa dimensão social (Gadamer, 2006).

González Rey (2004a) mostra que a Medicina ocidental não deu o devido valor à dimensão social da saúde nem à dimensão subjetiva desta, pois os aspectos orgânicos receberam muito mais ênfase e atenção nas pesquisas realizadas por médicos e, desse modo, percebe-se que os processos sociais foram colocados à margem do processo de doença.

Dessa maneira, observa-se que a doença é compreendida, pelo modelo biomédico, unicamente como um distúrbio biológico, sem levar em conta o seu contexto sociocultural, ou seja, a doença deixa de ser entendida, por exemplo, em sua ligação com as condições de vida e de trabalho do homem em um determinado contexto socioeconômico cultural, tal como a influência dos processos de industrialização e de urbanização no surgimento de algumas doenças (Queiroz, 1986).

De acordo com a investigação descritiva do modelo biomédico, a doença caracteriza-se por sintomas e sinais, e apresenta uma resposta específica linear de causa e efeito para a explicação da doença, classificando-a em critérios de observação e intervenção (Othmer e Othmer, 2003).

Para isso, o médico investiga os sintomas e classifica as queixas da pessoa baseando-se, a priori, em uma patologia subjacente, estudando o corpo humano em partes, em diversos sistemas fisiológicos interdependentes, mas que são estudados separadamente (Othmer e Othmer, 2003).

O paradigma mecanicista do modelo biomédico enxerga a doença e a saúde do homem em uma relação mecânica entre as partes do organismo dele, como já dito anteriormente, e por mais que pesquisas na área de saúde como as de González Rey (2004a) mostrem exatamente o oposto disso, ainda assim existe a predominância daquele modelo cristalizado frente à saúde e que mantém o *status quo* social da Medicina: uma Medicina mecanicista reprodutora de um conhecimento causalista sobre a doença.

Destarte, vê-se que a sociedade capitalista apresenta o modelo biomédico dominante, pois esse modo de enxergar o funcionamento da saúde do homem está orientado para a manutenção dessa organização socioeconômica, o que mostra os valores culturais e históricos dentro desse sistema (González Rey, 2004a).

Percebe-se que esses valores influenciam o trabalho na área de saúde em instituições como o hospital em que o saber médico tradicional impera na atuação com os pacientes internados.

Isso deixa claro que a organização política da sociedade capitalista garante os mecanismos necessários para o desenvolvimento do *status quo* dominante desse modelo biomédico, uma vez que esse modelo que predomina nas instituições de saúde evidencia as formas de organização social e econômica do sistema socioeconômico capitalista (González Rey, 2004a).

Observa-se que a organização da sociedade e suas expressões políticas interferem no sistema de saúde, por isso é necessário articular melhor o social no campo da saúde, pois esta expressa o funcionamento da sociedade (González Rey, 2004a).

Essa organização social e econômica da sociedade mostra as condições em que o homem vive, e evidencia o seu modo de vida, e este é muito importante para o estudo da saúde, não somente para descrever indicadores das condições de vida, mas também para falar sobre o papel do homem como sujeito do seu modo de vida em relação aos fatores sociais e culturais (González Rey, 2004a).

No estilo de viver da pessoa estão presentes fatores subjetivos e nesses hábitos de vida dela a cultura repercute sua organização também, o que mostra que os processos de subjetivação do homem sobre sua saúde estão associados às formas de organização social e isso faz parte da subjetividade social, uma vez que instituições sociais como a família, a

escola, o local de trabalho relacionam-se de maneira complexa com a saúde do homem (González Rey, 2004a).

Com base no exposto até aqui, percebe-se, nesta monografia, a defesa da noção de saúde como tendo também uma natureza social, sim, pois a saúde é um relevante indicador do funcionamento social, ou seja, das instituições sociais, dos grupos, mas enfatiza-se que essa ligação entre saúde e sociedade é complexa e precisa ser melhor divulgada em pesquisas interdisciplinares (González Rey, 2004a).

Ao naturalizar a doença, o modelo biomédico oculta os indicadores sociais existentes no estudo da saúde e esconde a história de produção dos objetos de pesquisa, pois os ensinamentos biomédicos pressupõem a descoberta de algo preexistente e não uma invenção do processo de conhecimento da ciência (Camargo Júnior, 1992). Por isso, ao longo desta monografia, pretende-se combater vigorosamente essa noção da doença naturalizada.

Spink (2006) também critica essa naturalização, pois declara que tornar algo natural é transformá-lo em dado do real. Porém, Spink (2006) explica que esse algo não existe por si só, pois ele é construído socialmente.

Então, contextualizando esse ensinamento para o tema da presente monografia, isso significa que a doença não é um fenômeno natural, como quer impor o modelo biomédico, mas, sim, a enfermidade é um processo socialmente construído. Além disso, percebe-se que essa desnaturalização da doença rompe com a perspectiva biologizante da biomedicina.

Essa visão da doença como algo natural é equivocada, pois não leva em conta a influência exercida pela cultura e pela sociedade na dimensão do que é considerado natural, legitimando uma causa natural da doença em função de Medicina dita científica e objetivista (Queiroz, 1986). Conseqüentemente, a subjetividade da pessoa é concebida como não-científica e é deixada de lado pelo médico, o que é uma postura veementemente criticada nesta monografia.

Enfatiza-se que o modelo biomédico, contestado nesta monografia, precisa reconhecer o cultural, o social e o subjetivo em seu campo de atuação, pois essas dimensões relacionam-se intimamente com o processo saúde-doença.

Diferentemente dessa Medicina positivista que enxerga o homem como um objeto natural de conhecimento, o presente trabalho expõe esse homem em seus aspectos subjetivos, que incluem o emocional e o simbólico, bem como o social de forma complexa, não-linear, para apreender questões sobre o processo saúde-doença a que se propõe estudar esta pesquisa.

Um argumento que sustenta essa última afirmação da autora do presente trabalho baseia-se na idéia de que o conhecimento está interligado com o contexto social em que está inserido e que esse mesmo conhecimento não é imparcial (Queiroz, 1986).

Apesar disso, a Medicina ocidental positivista insiste em ver o conhecimento como linear e capaz de ser desvendado objetivamente a partir da natureza. Dessa maneira, o modelo biomédico comete o grave erro de acreditar que o objeto de conhecimento não está influenciado pela maneira como o homem o enxerga.

A perspectiva biologizante do modelo biomédico enxerga a doença como uma coisa, uma categoria reificada, ou seja, como um objeto concreto sem significado social e que se expressa por sintomas, manifestados no organismo, que precisam ser retirados do tecido orgânico do homem, através de uma cirurgia ou de um remédio, o que contribui para uma “farmacologização” cujo foco é a doença e não o sofrimento psíquico do homem (Camargo Júnior, 1992).

Justifica-se a dominância na atualidade dessa Medicina chamada científica, pois ela serve ao capitalismo econômico e tecnológico vigente na sociedade ocidental e que funciona dentro desse sistema, subjulgando-se aos interesses da indústria farmacêutica em uma comunidade industrial com esse modo de produção, reduzindo a saúde e a doença ao biológico (Queiroz, 1986).

Essa concepção biomédica considera o homem ignorante sobre sua saúde, pois ele não detém o conhecimento especializado do saber médico sobre a doença e, por isso, o médico acredita saber a maneira certa como a pessoa deve se comportar frente à doença (Camargo Júnior, 1992).

No entanto, pensar dessa forma é um equívoco absurdo, pois nega a existência do indivíduo como sujeito do seu processo saúde-doença e, lamentavelmente, mostra um desejo de poder do médico, qual seja o de almejar ter uma verdade absoluta sobre a doença.

E é um erro desconsiderar os saberes da pessoa sobre a própria doença, pelo fato de que esses outros tipos de conhecimentos sobre ela não estão nos moldes da “ciência médica” e incorrer nesse erro, acusando esses outros saberes de não-científicos, infelizmente, faz parte do discurso médico organicista e cientificista.

Em função disso, sugere-se que os médicos tenham um olhar mais amplo, para além da Medicina tradicional, sem desqualificar os outros saberes, sem desvalorizar o que existe fora dela.

Também se propõe que os médicos tenham, ao contrário de certezas absolutas, questionamentos que contribuam para o desenvolvimento de uma Medicina crítica consigo mesma e com sua história, pois isso é imprescindível à produção de conhecimento.

Contudo, para que isso ocorra, é necessário que os médicos tenham uma visão crítica da prática médica, ocupando-se menos da tentativa de sustentar a Medicina como ciência, envolvendo-se mais com outros tipos de saberes sobre o processo saúde-doença e tendo um olhar mais expressivo para a maneira como se relacionam com os seus pacientes.

Justifica-se a crítica acima, pois esse modelo da biomedicina enxerga no homem apenas a doença com os sintomas que apresenta, dando ênfase à anormalidade biofisiológica e, a partir dessa visão, o tratamento com o paciente é exclusivamente dirigido à doença, pois a relação do médico se dá com a doença e não com o paciente (Ramos, 1994).

A Organização Mundial da Saúde entende saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2001). Com essa definição, observa-se que a saúde ainda é vista de maneira contínua e linear.

Entretanto, a presente autora desta monografia opõe-se a essa noção, pois neste trabalho adota-se a perspectiva da Teoria da Subjetividade sobre o tema da saúde, em que fica claro o processo saúde-doença como sendo irregular.

Ao contrário da visão limitante da biomedicina, a proposta defendida nesta monografia é a de que a compreensão de saúde inclui significados sociais, emoções e símbolos.

Essa proposta reconhece o valor dos processos subjetivos na produção da doença, nos quais a produção da experiência subjetiva da doença não é definida de forma linear por uma influência externa, mas, sim, é uma produção do próprio sistema (González Rey, 2004a).

2.4 A Saúde e a Doença como Produções Subjetivas

González Rey (2004a) aduz a relevância de se considerar a dimensão subjetiva da saúde, pois “a subjetividade participa dos processos de saúde e de doença, abordando em sua estreita inter-relação a integração da subjetividade social e individual nas diversas manifestações do processo saúde-doença.” (p. 121). Isso significa que na configuração do processo saúde-doença estão presentes os processos subjetivos individuais e sociais explicados em tópicos anteriores desta monografia.

Observa-se que os aspectos subjetivos relacionados ao processo saúde-doença estão atrelados à idéia de subjetividade social e subjetividade individual, em que uma está constituída na outra e são momentos diferentes do mesmo sistema processual plurideterminado, ambas produzindo um conjunto de sentidos subjetivos sobre a saúde e sobre a doença (González Rey, 1997).

González Rey (1997) também aponta ser importante observar os aspectos sociais da saúde, pois ela abarca um processo histórico e social, uma vez que suas manifestações alteram-se de maneira qualitativa, a partir do desenvolvimento da humanidade, com a cultura e com a sociedade, sendo que essa relação entre saúde e sociedade é complexa e envolve, dentre outras, as maneiras de funcionar dos grupos e das instituições sociais, uma vez que a saúde também expressa o funcionamento do social (González Rey, 2004a).

Isso mostra que os processos sociais têm implicações subjetivas no processo de saúde, pois as configurações subjetivas da subjetividade social estão presentes nas configurações subjetivas do processo saúde-doença.

Nesta monografia, considera-se o processo saúde-doença como um processo vivo que apresenta um caráter sistêmico, processual, ativo, dinâmico, descontínuo, multidimensional, contraditório, irregular, diferenciado, complexo, qualitativo, histórico e singular em cada sujeito (González Rey, 2004a).

Desse processo participam diversos fatores climáticos, sociais, genéticos, subjetivos, culturais, geográficos, somato-funcionais, congênitos etc (González Rey, 1997), ou seja, o processo saúde-doença é plurideterminado, de maneira que esses diversos elementos configuram-se, diferentemente, em cada sujeito, desenvolvendo o processo de saúde ou de doença (González Rey, 2004a).

Observa-se que as configurações desses elementos em cada organismo poderão definir nele os estados de doença ou saúde, mas ressalta-se que esses diferentes fatores listados acima estão envolvidos no desenvolvimento do processo saúde-doença, não de forma direta, linear, de causa e efeito (González Rey, 2004a). Inversamente a isso, eles se relacionam entre si e com o indivíduo de forma irregular, modificando-se de maneira sistêmica (González Rey, 2004a).

Destarte, pode-se aludir que a saúde e a doença organizam-se em configurações subjetivas dinâmicas (González Rey, 2004a), que integram funcionalmente o organismo completo em termos de processo e não como um produto de fatores externos (González Rey, 1997).

Essa perspectiva da subjetividade possibilita um conceito de saúde em termos de sistema organismo humano, considerando saúde como um processo que mostra a qualidade desse sistema cuja organização é complexa e que se relaciona aos elementos sociais, subjetivos e biológicos, citados antes (González Rey, 1997).

Com esse ponto de vista, observa-se que a doença é um processo definido anteriormente ao aparecimento de sintomas e que não tem fórmula universal, mesmo que uma doença seja similar à outra, pois o seu caráter histórico e singular mostra que não é possível padronizá-la (González Rey, 1997).

Assim, nota-se que a saúde não é simplesmente ausência de sintomas, pelo contrário, essa idéia de que o sintoma é o que faz a diferença entre a doença e a saúde precisa ser superada, pois, como já se explicou antes, a saúde abrange um funcionamento integral do organismo que mobiliza recursos para diminuir a vulnerabilidade dele aos processos que podem causar uma doença (González Rey, 2004a).

González Rey (2005a) alega que “é importante para a saúde humana a capacidade de produzir novos sentidos subjetivos.” (p. 27). Esse autor mostra que a capacidade de produzir novos campos de sentidos subjetivos permite outras construções de configurações subjetivas no processo da saúde, uma vez que esta apresenta um incessante desenvolvimento, em que a pessoa participa ativamente, isto é, o indivíduo é sujeito do seu processo de saúde, no qual é capaz de gerar alternativas para barrar as ameaças a sua saúde (González Rey, 2004a).

Isso significa que, como sujeito de sua saúde, o indivíduo gerará sentidos subjetivos alternativos frente à doença. Todavia, a configuração subjetiva da doença tornar-se-á

dominante pela impossibilidade de o indivíduo produzir novos sentidos subjetivos diante de uma condição que ameaça a saúde dele (González Rey, 2007).

Dessa forma, a saúde é um funcionamento integral que utiliza múltiplos recursos, os quais se desenvolvem permanentemente, para que o organismo fique menos vulnerável aos processos geradores da doença (González Rey, 2004a).

A doença é uma configuração subjetiva de diversos sentidos subjetivos entrelaçados à história de vida do indivíduo, ao atual contexto da vida dele e à cultura na qual a pessoa está inserida (González Rey, 2005a). E, na produção de novos sentidos subjetivos sobre a doença, as configurações subjetivas associadas à enfermidade modificar-se-ão.

As configurações subjetivas da doença são organizadas em cada indivíduo de forma complexa e apresentam um caráter histórico singular. Por isso, não são passíveis de padronização (González Rey, 1997).

Entretanto, essa geração de novos sentidos subjetivos sobre a doença somente ocorrerá quando o indivíduo se tornar sujeito do seu processo de adoecimento, o que pressupõe um reposicionamento do indivíduo frente à doença para haver o desenvolvimento de sua saúde (González Rey, 2007).

Isso evidencia que a emergência do sujeito diante da doença requer que o indivíduo se posicione de maneira ativa e reflexiva sobre esse processo para que haja a possibilidade de recuperação de sua saúde.

Essa emergência do sujeito no processo da doença permitirá que o indivíduo avalie sua condição, seu estado, e facilitará a produção de novos espaços de subjetivação que permitirão a produção de novos sentidos subjetivos associados à doença.

Então, o psicólogo com enfoque histórico-cultural tentará compreender como o indivíduo organiza subjetivamente a experiência da doença, sem que esse profissional construa uma relação direta de causa e efeito, pois, ao basear-se na perspectiva da Teoria da

Subjetividade, esse psicólogo procurará entender a experiência da doença a partir de uma lógica configuracional, isto é, ele enxergará o processo saúde-doença com a atenção voltada para as configurações subjetivas da vida da pessoa.

Portanto, observa-se que González Rey (2004a) considera saúde não como uma representação estática, padronizada e coisificada, mas, sim, como processos de configuração multidimensional complexo do funcionamento do organismo do homem, no qual a subjetividade está envolvida, sendo que a saúde não representa uma qualidade definida na natureza humana.

Assim, González Rey (2004a) concebe que a saúde define-se na desintegração e integração de múltiplos e dinâmicos processos gerados em diferentes níveis de constituição individual, e que é afetada por diversos elementos que fazem parte da ecologia natural e social nas quais o indivíduo está inserido.

Capítulo 3 - Metodologia de Pesquisa

3.1 Epistemologia Qualitativa

A pesquisa desta monografia parte de uma compreensão da subjetividade como um sistema complexo que se expressa por meio de sentidos subjetivos que possibilitam conhecer a maneira pela qual o ser humano é afetado pelas diferentes e variadas condições objetivas de sua vida (González Rey, 2005a).

A partir desse pressuposto, utiliza-se, nesta monografia, um método dentro da pesquisa qualitativa (no caso, a Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey, 2005a) para estudar essa subjetividade pluridimensional e diferenciada sobre a qual se falou anteriormente, por meio de categorias que permitam conhecer as formas de organização de

um indivíduo sem reduzi-lo a elas, mas que auxiliem no entendimento dos processos subjetivos, através de um trabalho qualitativo das informações dos participantes da pesquisa.

A pesquisa qualitativa tenta entender os fenômenos dos homens em termos dos sentidos que eles atribuem aos eventos que experienciam. Essa metodologia permite estudar a maneira como eles compreendem subjetivamente suas vidas e o mundo, estudando as pessoas em ambientes que não sejam experimentais. (Pope & Mays, 2005).

Na mesma direção dessa idéia, Minayo (2007) mostra que o método qualitativo possibilita investigar as representações dos indivíduos e pesquisar as opiniões, sentimentos e interpretações que as pessoas dão sobre o que vivem em suas histórias.

Os conceitos acima, de pesquisa qualitativa, são mais gerais para um entendimento inicial sobre o tema, mas abaixo serão apresentados dois preceitos mais refinados do assunto, uma compreensão menos genérica e mais próxima do que será discutido posteriormente pela epistemologia qualitativa.

Os métodos qualitativos têm um caráter “compreensivo-interpretativos” e visam pesquisar os sentidos e os significados das instituições organizadas pelas pessoas, de suas práticas e do comportamento do homem (Chauí, 1995).

Com base nessa perspectiva “compreensivo-interpretativo” e na “atitude clínico-psicológica” de relacionamento interpessoal, Turato (2003) cria uma metodologia qualitativa particular chamada metodologia clínico-qualitativa.

Essa metodologia proposta por Turato (2003) tenta compreender, interpretar e conhecer as relações de significados (psicossocial e psicológica) e de sentidos das pessoas sobre o processo saúde-doença.

Esse método valoriza a escuta da fala do indivíduo, a troca afetiva com este e a observação de elementos não-verbais, por exemplo, a linguagem do corpo durante a

conversação com o sujeito, e também faz um acolhimento da ansiedade e da angústia ligadas à doença e à saúde (Turato, 2003).

Percebe-se que o método clínico-qualitativo dá muita importância ao estudo do binômio saúde-doença por meio dos sentidos que os indivíduos dão a esses processos. Além disso, dá oportunidade para o indivíduo expressar seu sofrimento, acolhendo sua dor, seus sentimentos em relação a essa vivência da doença.

Isso evidencia a relevância que essa proposta atribui aos processos psicológicos no momento do adoecimento e mostra também a postura esperada de um pesquisador da área de saúde, que deve ser sensível às angústias da pessoa e deve ter uma escuta ativa de suas aflições.

Assim, vê-se que essa linha de pesquisa é coerente com a proposta da epistemologia qualitativa que será apresentada nesta pesquisa, a partir de seus pressupostos, que serão expostos ao longo deste capítulo da monografia.

Dentro da metodologia qualitativa no campo da Psicologia, a epistemologia qualitativa surge como uma maneira diferente de produção do conhecimento, pois possibilita uma nova construção de teoria sobre uma realidade que representa a subjetividade, a qual se apresenta de forma multideterminada, histórica, diferenciada, que não segue uma regularidade e que tem capacidade de interagir (González Rey, 2002).

A epistemologia qualitativa sustenta-se em alguns preceitos que serão explicados logo abaixo: o conhecimento é uma produção construtivo-interpretativo, interativo, legitimado pela qualidade da expressão única do indivíduo, que permite novas zonas de sentido e que possibilita a construção de informações ao longo do processo de comunicação na pesquisa dentro do espaço relacional da interação do sujeito e do pesquisador (González Rey, 2005a).

O conhecimento é visto como uma produção construtivo-interpretativa, em que a interpretação é uma construção que dá um sentido ao que o sujeito de pesquisa manifesta (González Rey, 2002).

Essa interpretação é um processo complexo e incessante no qual são construídos vários indicadores durante a investigação para conceder diferentes significados às expressões singulares do sujeito de pesquisa com sua unicidade, em termos de categorias do referencial teórico escolhido (González Rey, 2002).

Para esclarecimento do leitor, cabe agora definir a nomenclatura “indicadores” usada na explicação anterior sobre o conhecimento: os indicadores são “elementos que adquirem significação graças à interpretação do pesquisador, ou seja, sua significação não é acessível de forma direta à experiência, nem aparece em sistemas de correlação (...) o indicador só se constrói sobre a base de informação implícita.” (González Rey, 2002, p. 112).

Os indicadores representam um momento para geração de hipóteses na edificação do conhecimento e são erigidos pela via de informações indiretas e, através de idéias novas do pesquisador, mais indicadores são criados em sua relação com os precedentes (González Rey, 2002).

Eles são construções capazes de gerar um significado pela relação que o pesquisador faz entre um conjunto de elementos que possibilitam criar hipóteses que não têm relação linear com o conteúdo explícito pela pessoa (González Rey, 2002).

A partir dessa explicação, entende-se que a palavra e o indicador não possuem relação direta entre si, pois este é um momento qualitativo dentro do processo da interpretação e não pode ser reduzido à linguagem verbal da fala nem da escrita.

Os indicadores são categorias que facultam o desenvolvimento dos processos complexos na pesquisa da subjetividade, pois eles viabilizam a produção do conhecimento, já que são criados durante o processo de construção do saber e, nesse caminho, um conjunto de

indicadores pode levar ao desenvolvimento de novas categorias dentro de uma teoria (González Rey, 2002).

Além disso, um indicador explica, não descreve, pois a descrição é incapaz de abranger a complexidade da inter-relação pesquisador-sujeito e, para isso, a produção de indicadores é um elemento facilitador dessa interação, haja vista que conduz a hipóteses que podem levar a uma direção mais ampla da produção do conhecimento – as zonas de sentido – (González Rey, 2002).

Isso quer dizer que os indicadores facilitam a geração de zonas de sentido sobre o estudado, o que permite avançar na construção do conhecimento teórico a respeito do problema de pesquisa investigado (González Rey, 2002).

Sobre a terminologia “zonas de sentido”, citada acima, o autor a define como: “Espaços de inteligibilidade que se produzem na pesquisa científica e não esgotam a questão que significam, senão que pelo contrário, abrem a possibilidade de seguir aprofundando um campo de construção teórica.” (González Rey, 2005a, p. 6).

Assim, percebe-se que a epistemologia qualitativa alimenta-se da construção permanente de diferentes momentos teóricos organizados ao longo do processo de produção do conhecimento (González Rey, 2002).

Isso implica uma posição ativa e criativa do pesquisador, uma vez que a lógica configuracional da epistemologia qualitativa o coloca em um papel central na produção da teoria, pois concebe um pesquisador como um indivíduo capacitado para elaborar hipóteses, a partir de um lugar de produtor no processo de construção do saber, já que deve criar suas próprias idéias sobre o estudado de forma a conseguir integrar em uma construção teórica as diversas informações trazidas pelo sujeito de pesquisa para ampliar constantemente os elementos importantes à produção do conhecimento (González Rey, 2002).

As idéias do pesquisador são fundamentais para a produção de conhecimento, pois ele faz reflexões, produz pensamentos e sentidos subjetivos sobre a informação que surge no processo da pesquisa, ou seja, o pesquisador participa ativamente no curso da pesquisa (González Rey, 2005a).

Tanto essa posição do pesquisador quanto a noção de zonas de sentido mostram que a epistemologia qualitativa trabalha com uma lógica da construção e não com a lógica da resposta direta linear usada pela pesquisa tradicional positivista, a qual defende o saber causa-efeito dos fatos estudados para legitimar o conhecimento científico (González Rey, 2002).

A pesquisa tradicional positivista baseia-se no método quantitativo e empirista como principal via para se conhecer os fenômenos e, por isso, valoriza a quantidade de pessoas pesquisadas, preconiza a estatística e utiliza a lógica estímulo-resposta (Turato, 2003).

O positivismo legitima o valor de sua pesquisa pela padronização de instrumentos utilizados nela e pela verificação do conhecimento na realidade, ou seja, pela possibilidade de a teoria ser verificada empiricamente (González Rey, 2005a).

Todavia, a presente autora quer esmiuçar cada um desses pilares, acima citados, e dissipá-los em seus conteúdos, fazendo-o por meio de argumentos que promoverão um rasgo nessa mentalidade caracteristicamente dogmática, cartesiana e reducionista das multiplicidades das formas singulares e complexas de organização subjetiva, para que esses processos tornem-se inteligíveis à luz de uma epistemologia qualitativa que não explica o sujeito por simples operações mecanicistas, dualistas nem por princípios de “verdade científica”, como o faz a metodologia positivista.

Para isso, começa-se com o argumento de que, conforme a epistemologia qualitativa, o conhecimento - entendido como construção do homem - não se legitima por nenhum dos elementos estimados pela pesquisa tradicional positivista (González Rey, 2005a).

Ao contrário desta, o conhecimento legitima-se pela sua capacidade de produzir espaços de compreensão que permitam surgir novas zonas de sentido acerca daquilo que se quer pesquisar e novas zonas de atuação sobre o real para desenvolver outras maneiras de entender, de uma forma mais ampla, o tema abordado na investigação, expandindo-o para novos campos da pesquisa, mas sem a pretensão de findar o assunto (González Rey, 2005a).

A partir disso, pode-se aludir que a teoria é uma ferramenta importante para o processo interpretativo, mas este não se limita a ela, pois o pesquisador, em seu papel ativo na pesquisa, desenvolve idéias particulares, constrói suas próprias hipóteses sem se prender à teoria (González Rey, 2002).

Ela é um sistema de inteligibilidade, é um instrumento que auxilia o pesquisador a dar visibilidade ao objeto de estudo, mas sem a pretensão mecânica de validar os pressupostos teóricos a partir do plano empírico (González Rey, 2002).

Assim, pode-se concluir que a legitimidade de uma teoria não se dá pela verificação, mas, sim, é legítima por gerar inteligibilidade que permite novas práticas e novos conhecimentos.

Como sistema aberto, a teoria integra na pesquisa as idéias do pesquisador e empírico, sendo que entre esses dois momentos inseparáveis há uma permanente tensão que gera inteligibilidade sobre o estudado, pois a teoria confronta-se com a realidade no momento empírico, podendo acontecer de a informação dessa realidade contradizer a teoria e, ante a isso, o pesquisador é responsável por mudá-la (González Rey, 2005a). Vê-se, novamente, o papel criativo importantíssimo do pesquisador que, através de suas reflexões sobre a teoria frente à realidade observada, é convocado a alterá-la.

Já o segundo atributo da epistemologia qualitativa que é o de legitimar a singularidade dentro da produção da ciência (González Rey, 2002). Esse autor menciona que a singularidade de um sujeito é constituída de maneira diferenciada, única e sua qualidade de

expressão é o que legitima a produção científica, pois a informação expressa pelo indivíduo é considerada significativa para o conhecimento científico, independentemente do número de pessoas estudadas, uma vez que essa quantidade é irrelevante na concepção da epistemologia qualitativa (González Rey, 2005a), o que mostra que o estudo de casos é válido e extremamente relevante para os pesquisadores dentro dessa perspectiva.

Observa-se que a epistemologia qualitativa promove uma cisão com a pesquisa de caráter positivista quantitativo, pois esta última universaliza categorias, reifica o objeto de estudo, determina relações causais, faz conclusões absolutas generalizantes e ignora o conhecimento singular e complexo do sujeito tão valorizado pela epistemologia qualitativa.

Ressalta-se que nesta monografia a autora não pretende atingir esses objetivos da perspectiva do modelo positivista, pois eles são limitadores do conhecimento sistêmico e são pontos pelos quais a pesquisadora tem ojeriza por serem reducionistas da organização complexa de um sujeito de pesquisa e, obviamente, incompatíveis com a proposta metodológica por ela defendida neste trabalho de conclusão de curso.

O terceiro conceito da epistemologia qualitativa é o entendimento da pesquisa como um processo dialógico de comunicação (González Rey, 2005a), já que o ser humano comunica-se em diferentes espaços sociais.

Isso implica compreender a comunicação como fonte de produção de conhecimento, pois, através dela, é possível conhecer os sentidos subjetivos, as configurações subjetivas e as representações do participante da pesquisa, uma vez que tais sistemas aparecerão de maneira indireta nas expressões simbólicas das pessoas e estas poderão se tornar sujeitos ativos de seus processos por meio da comunicação (González Rey, 2005a).

Nota-se que esse lugar atribuído pela epistemologia qualitativa à comunicação é contrário ao positivismo, pois este último a enxerga como um problema para a objetividade da

pesquisa, enquanto a epistemologia qualitativa vê no processo de comunicação uma oportunidade de saber sobre a maneira de viver das pessoas.

Outro ponto considerado um problema para o positivismo é a questão das emoções do pesquisador, em que esse paradigma dominante despreza a subjetividade do pesquisador, por considerar que, dentre outros, suas emoções podem destruir a ordem científica de objetividade (Neubern, 2000).

Com essa noção, pode-se dizer que a pesquisa de base positivista atribui às emoções o valor de erro na pesquisa. Em contrapartida, para a pesquisa de base epistemológica qualitativa, a emoção, enquanto um processo subjetivo complexo, desempenha um papel importantíssimo no cenário de pesquisa para a produção do conhecimento.

Isso também faz pensar que uma das funções da pesquisa qualitativa, vista como um campo legítimo de comunicação, é a de gerar um espaço de construção de sentidos subjetivos pelo indivíduo participante da pesquisa, a partir do desdobramento da produção de informação articulada às experiências de vida da pessoa.

Outro princípio prezado pela epistemologia qualitativa é o de que o processo de produção do conhecimento tem um cunho interativo (González Rey, 2002). Trata-se da relação entre o sujeito de pesquisa e pesquisador como condição necessária para se desenvolver a pesquisa, sendo que essa interação é um cenário de pesquisa fundamental para o processo de produção do conhecimento.

Esse caráter interativo não descarta os imprevistos da comunicação, os momentos informais dela, os diálogos abertos enredados pela emoção, e considera-os significativos para a qualidade do conhecimento, aceitando-os como uma importante produção de informação para a teoria (González Rey, 2002).

Essa questão sobre interagir com o sujeito chama a atenção da autora desta monografia, pois ela também enxerga os requisitos acima como facilitadores da pesquisa e não como entrave a esta, conforme vêm os pesquisadores positivistas.

Além disso, percebe-se que a visão interativa cessa a mitificação existente a respeito da neutralidade do pesquisador, pois a participação ativa deste é outorgada por essa nova perspectiva metodológica como um fator relevante para a pesquisa.

Isso significa que as ações, os pensamentos, as fantasias, os desejos, as especulações e os sentimentos sobre o objeto de estudo são reconhecidos como legítimos dentro da produção do conhecimento.

A reflexão do pesquisador, suas percepções e emoções sentidas em relação ao grupo que ele está estudando são elementos presentes durante o trabalho e que interferem na pesquisa (Da Matta, 1978).

Esse autor explica que esses pontos, mostrados acima, fazem parte da dimensão humana da pesquisa, subjetiva, interpretativa, o lado afetivo da pesquisa (os conflitos pessoais e as experiências emocionais) e não apenas a questão metodológica do trabalho (Da Matta, 1978).

Com esse olhar, percebe-se que a posição da presente pesquisadora, embasada pela epistemologia qualitativa utilizada nesta monografia, é coerente com o ponto de vista de Da Matta sobre a atuação do pesquisador.

González Rey³ expôs que o pesquisador deve conseguir gerar um interesse no sujeito de pesquisa para que a pessoa converse abertamente sobre a doença, a rotina do seu modo de vida, seus espaços sociais, situações que lhe geraram conflitos, para que fale sobre seu mundo, sua infância e seu momento atual, suas crenças, valores, memórias, e para dizer coisas que o indivíduo nunca contou a ninguém antes, dentre outros aspectos.

³ Exposição de uma aula no dia 19/5/2007 dentro da disciplina optativa “Psicologia da Saúde” no UniCEUB.

González Rey⁴ explicou que o pesquisador tem que se apaixonar pela pesquisa, envolver-se com a história de vida do sujeito, e interessar-se emocionalmente por ambas. Observa-se que, na busca de informações relevantes para a produção do conhecimento, a epistemologia qualitativa valoriza a aproximação entre o sujeito e o pesquisador como forma de se alcançar um bom trabalho, interagindo de maneira afetiva com o sujeito para se ter êxito na pesquisa.

Essa relação entre o pesquisador e o grupo que ele está investigando é composta de valores, significados e sentimentos do pesquisador e também do grupo pesquisado, incluindo, dentre outras, impressões, sensações, crenças, a bagagem cultural de ambos (Laplantine, 1994).

Esse autor mostra que não é possível separar aquele que observa daquele que é observado, o grupo pesquisado não é isolado, e enfatiza que tudo o que ocorre, tanto com o pesquisador quanto com o grupo, faz parte, sim, do trabalho (Laplantine, 1994). Percebe-se que essa visão também é congruente com a postura da epistemologia qualitativa assumida nesta monografia.

Contudo, a ciência positivista não dá valor à participação do pesquisador em seu envolvimento com o sujeito, mas em oposição a essa regra de não interferir no objeto de estudo da pesquisa, González Rey (2002) ensina que o vínculo entre o sujeito de pesquisa e o pesquisador é uma circunstância *sine qua non* para o sucesso da pesquisa e não é uma falha na cientificidade desta.

Nesse relacionamento com o sujeito de pesquisa, entra a questão da empatia vista por Da Matta (1978) como um ponto muito importante para a pesquisa, pois através dessa capacidade de se vincular ao grupo que se quer estudar, essa habilidade interpessoal abrirá caminho para interações de maior qualidade entre o pesquisador e o grupo.

⁴ Exposição de uma aula no dia 12/5/2007 dentro da disciplina optativa “Psicologia da Saúde” no UniCEUB.

Sobre isso, a autora desta monografia considera que a empatia foi de extrema relevância neste trabalho, pois lhe permitiu compreender melhor as histórias de vida deles e como eles se sentiram com a vivência do adoecimento.

No que se refere a essa interação pesquisador e sujeito pesquisado, Morin (2000) também refusa o positivismo, pois sente uma necessidade maior de comunicação entre o sujeito e o pesquisador para ultrapassar as falsas convicções e essa pseudo-objetividade tão almejada pela pesquisa tradicional positivista.

Esse autor também mostra que quando, na ciência, tentou-se praticar o ideal de separação entre a objetividade do conhecimento e a subjetividade do homem, o saber científico criou diversas alternativas (métodos, teorias) para conhecer diferentes objetivos de pesquisa (Morin, 2000), porém limitou seu campo de visão a tal ponto que chegou à tifo e não mais enxergou a subjetividade humana, o que é o tentame de eliminar o sujeito do processo científico.

A partir disso, a presente autora crê que o pesquisador positivista cessa o movimento de pensar para reflexão do homem complexo em sua ação dinâmica no mundo e caminha ao instrumentalismo de enunciados absolutos que conduzem a uma ciência de várzea repugnada pela pesquisadora desta monografia.

González Rey⁵ explicou que o método científico proposto pelos positivistas baseia-se em um ideal de perfeição, e que se acha eterno, ahistórico e imparcial. Entretanto, é preciso derrubar essa idéia do saber científico perfeito e é necessário combater o pensamento de separação entre o sujeito de pesquisa e o pesquisador, pois se acredita que a ciência é uma produção de um modelo de pensamento, e não apenas medição, experimentação, procedimentos estatísticos e aplicação de diversos instrumentos. Ela é um recorte arbitrário

⁵ Palestra proferida dia 4/10/2007 no Congresso de Iniciação Científica do UniCEUB.

que permite gerar inteligibilidade, e é parcial, sim, uma vez que a ciência é uma produção histórica do homem e que possibilita novas construções.

Assim, pode-se compreender como a ciência positivista instaurou o lugar marginal atribuído à subjetividade, uma vez que excluiu esta, tanto em seu aspecto de fonte para a construção de conhecimento quanto em sua face de objeto de estudo (Neubern, 2001), pois as características da subjetividade de ser contextual, singular, mutável e histórica estremecem o arcabouço teórico sobre o qual se apóia o positivismo (ordem, universal, ahistórico e estático).

Seguindo nesse mesmo caminho de argumentação, Demo (1981) mostra que a ciência é uma interpretação histórica, sim, é uma versão construída sobre um fenômeno e que a produção científica é prejudicada quando um pesquisador envolve-se de tal modo em uma teoria que passa a vê-la como dona da verdade sobre o real.

A autora desta monografia acredita ser inescusável dizer que não aquiesce com esse tipo de pesquisador que se apega ao dogma extremista de um “saber-verdadeiro”, pois ele, possivelmente, pratica uma ciência com um rótulo acrítico de sua própria atuação, o que é um obstáculo ao desenvolvimento de uma pesquisa e um estorvo à teoria por trás dela que se tornará estagnada pela inépcia de idéias obsoletas.

González Rey, na palestra já referida, criticou a visão do objeto de estudo como um simples depositário dos procedimentos do homem e rebateu incisivamente o olhar superior do pesquisador como detentor da verdade única sobre o real, sendo que essa noção elimina a existência do sujeito, pois o silencia e o marginaliza na prática da pesquisa (Neubern, 2004).

A autora desta monografia quer ressaltar que ela também prima por essa posição crítica da qual González Rey e Neubern tomam partido, pois a presente autora rechaça fortemente os pressupostos positivistas de um lugar acima e distante do sujeito estudado.

Sobre a arbitrariedade do pesquisador, González Rey (2005a) evidencia que o conhecimento é uma produção e não uma descoberta linear do real, pois não existe o acesso direto e total da realidade.

Esse autor também mostra que o que há é uma construção de indicadores dentro da organização da informação sobre uma parte do real e não uma comprovação do empírico González Rey (2005a).

Este, por sua vez, não é algo encontrado, mas, sim, é um processo elaborado a partir de um ponto de vista parcial, ou seja, não se tem como conhecer a realidade em seu modo completo, já que ela é multidimensional e infinita, e o empírico não está separado da teoria, pois ele faz parte do processo de produção do conhecimento González Rey (2005a).

Além disso, o pesquisador jamais enxerga de maneira idêntica as reações de uma pessoa que se observam numa dada circunstância em comparação às atitudes que elas teriam se ele não estivesse presente naquele meio, pois o pesquisador modifica a situação da pesquisa, é afetado pelo contexto desta e gera novos momentos a partir de sua compleição (Laplantine, 1994). Assim, compreende-se que o pesquisador pode alterar a maneira como o indivíduo se expressa pelo simples fato de estar ali no local do grupo de pesquisa.

Destarte, pode-se dizer que o posicionamento do pesquisador está imbuído na pesquisa, não é externo aos acontecimentos desta, ou seja, o pesquisador não é neutro nem insensível ao que ocorre na relação com o sujeito de pesquisa, ele não é indiferente aos eventos da pesquisa.

Por conseguinte, o pesquisador interfere, sim, nas condições de produção do seu trabalho, intervém sobre o sujeito de pesquisa e também é mobilizado por este, o que evidencia que o pesquisador não é impassível. Portanto, como se pôde observar, essa relação entre o sujeito participante e o pesquisador é o cenário de pesquisa essencial e importantíssimo à epistemologia qualitativa.

3.2 Cenário de pesquisa

O cenário de pesquisa é um momento facilitador para que a pessoa sinta-se à vontade durante o processo conversacional, envolva-se no diálogo e participe da pesquisa de forma voluntária, mas, para isso ocorrer, é necessário o estabelecimento de uma confiança e de uma boa comunicação que viabilizem o surgimento de informações complexas que poderão ser usadas na construção teórica (González Rey, 2005a).

Percebe-se que, nessa relação de confiança, a pessoa estará inserida em um contexto favorável a sua expressão como sujeito desse processo, pois esse cenário social incitará sua participação.

Pode-se dizer que esse clima social de acolhimento e de abertura para expressões livres, abertas, permitirá que o sujeito atue de maneira ativa na pesquisa, pois estimulará o interesse da pessoa em seu envolvimento durante a pesquisa e possibilitará que ela faça reflexões que contribuirão para gerar sentidos subjetivos (González Rey, 2005a).

Observa-se que esse espaço relacional pode auxiliar a pessoa na forma como ela enfrenta a doença, pois possibilitará que o indivíduo compreenda a maneira como ele participa de sua doença.

É importante ressaltar que não se tem como formar antecipadamente o cenário de pesquisa no que se refere à preparação prévia desse contexto, pois ele é uma operação metodológica que se constitui durante o processo de interação, no momento da comunicação com os sujeitos de pesquisa (González Rey, 2005a).

O cenário de pesquisa não apresenta, obviamente, uma regularidade de ação nem regras fixadas de inter-relação, mas, de antemão, sabe-se que nesse espaço social, deve ser trabalhada a qualidade das informações únicas trazidas pelos sujeitos para que se possam esquadrihar as configurações subjetivas (González Rey, 2005a), isto é, nesse espaço dialógico surgirão elementos indicadores da organização subjetiva das pessoas participantes.

Os sujeitos participantes da pesquisa compartilharão suas informações em seus ambientes naturais, isto é, a pesquisa ocorre em setting natural, não-artificial, pois ela acontece no território próprio do indivíduo, ou seja, fora de laboratórios experimentais (Pope & Mays, 2005).

Prioriza-se na pesquisa qualitativa esse ambiente natural, pois ele se configura por características do indivíduo e pelas relações dele (Turato, 2003), o que facilita o processo da pesquisa.

Após se ter explicado sobre a teoria por trás da constituição de um cenário de pesquisa, agora é preciso mostrar como se deu esse cenário ao longo da pesquisa realizada pela presente autora para que o leitor possa compreender a maneira particular dessa experiência e consiga visualizar, através da prática desta pesquisadora, o motivo pelo qual se disse, anteriormente, que o cenário não tem como ser formulado a priori.

Na primeira parte desta pesquisa, para estudar os sentidos subjetivos do câncer e suas representações sociais, a pesquisadora conversou com um homem que passou pela experiência dessa doença.

Realizou-se, inicialmente, uma explicação sobre esta pesquisa, em que foi apresentado o tema a ser abordado e depois se falou sobre os objetivos deste trabalho.

Em seguida, esclareceram-se as dúvidas do sujeito sobre a participação na pesquisa, por exemplo, a forma como se dariam os encontros com ele, a garantia do anonimato, a utilização do gravador e do instrumento de pesquisa (complemento de frases), dentre outras questões por ele levantadas antes de aceitar participar desta pesquisa.

Por conseguinte, o sujeito aceitou compartilhar com a pesquisadora a história de vida dele e, então, foi-lhe entregue a Carta Convite (consulte o Apêndice A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (veja o Apêndice B), em que o sujeito concordou com sua

participação voluntária nesta pesquisa, sem nenhuma obrigação de permanecer até o fim desta.

Posteriormente, ocorreram quatro encontros com o sujeito de pesquisa, durante os meses de maio e junho de 2007. E, ao longo das conversações, ele começou a falar, dentre outros assuntos, sobre o diagnóstico do câncer, o impacto deste em sua vida, a forma que encontrou para lidar com a enfermidade, como se sentiu ao ter que conviver com ela e a maneira que seu modo de vida foi afetado pela doença.

Já em um segundo momento da pesquisa, para investigar os sentidos subjetivos da hipertensão e as representações sociais associadas a ela, a pesquisadora conversou com pessoas hipertensas pertencentes a um grupo de idosos que se reúnem semanalmente para realizar atividades em conjunto.

Esta segunda parte pesquisa deu-se a partir da visita da pesquisadora a um grupo de idosos hipertensos, sendo que os encontros com eles aconteceram no mês de julho de 2007.

Primeiramente, sobre os procedimentos da pesquisa, os participantes desse grupo ouviram uma explicação a respeito deste trabalho e, nesse momento, ocorreu a apresentação do tema desta monografia. Logo depois, retiraram-se as dúvidas das pessoas sobre a pesquisa e os indivíduos decidiram se queriam participar ou não deste trabalho.

Em seguida, mostraram-lhes a Carta Convite (consulte o Apêndice A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (veja o Apêndice B), em que foram explicadas as condições desta pesquisa, por exemplo, a maneira de apresentar as informações dos participantes.

Somente após isso, foram marcados os dias e os locais das dinâmicas conversacionais e, posteriormente, deu-se início aos encontros propriamente ditos, que aconteceram nas residências dos sujeitos de pesquisa.

Esse segundo momento do trabalho foi facilitado pelo fato de a pesquisadora já conhecer o médico que iniciou o grupo de hipertensos. Ele foi de fundamental importância, pois apresentou para ela os indivíduos desse grupo, os quais se dispuseram a conversar com a pesquisadora sem empecilho algum. Aliás, cabe enfatizar aqui que o acesso da pesquisadora aos participantes hipertensos do grupo de idosos foi fácil, justamente porque o médico fez a conexão dela com os sujeitos.

Como consequência dessa ponte, as pessoas desse grupo contribuíram para a confecção desta pesquisa e foram receptivas em relação ao trabalho da pesquisadora. A partir disso, ocorreram conversas informais, abertas e espontâneas entre esses sujeitos e a pesquisadora.

Depois de conhecer algumas pessoas do grupo de idosos, essa relação foi um ponto que também facultou esta pesquisa, pois permitiu à pesquisadora alcançar outros possíveis sujeitos de pesquisa que não faziam parte desse mesmo grupo, mas eram hipertensos.

Nessa relação com os sujeitos participantes, alguns elementos pertencentes ao processo da pesquisa, por exemplo, a subjetividade da pesquisadora, as impressões pessoais dela, ao longo do contato com os indivíduos, devem ser relatadas aqui, a fim de que o leitor possa visualizar, no exemplo prático que será mostrado abaixo, o modo como os processos subjetivos da pesquisadora não são separados das pessoas que ela está estudando, idéia essa que foi tão discutida anteriormente, durante a explicação dos princípios da epistemologia qualitativa, e que agora poderão ser ilustrados na história da experiência de pesquisa da presente autora desta monografia.

No primeiro dia em que a pesquisadora teve contato com o grupo de idosos hipertensos, ela levou um bloco de anotações e uma caneta para anotar o que precisasse e o que ouviria das pessoas no decorrer daquela tarde.

Essa escrita, durante as atividades dos indivíduos, foi autorizada pelos presidentes do grupo, que não fizeram objeções quanto a isso e também não geraram conflito pelo fato de a pesquisadora ter levado um gravador e tê-lo ligado durante alguns momentos. Isso é um indicador de que essas pessoas estavam abertas ao trabalho que seria feito pela pesquisadora, é um indicador da não-resistência à pesquisa.

Além disso, a pesquisadora notou que os sujeitos de pesquisa também não se intimidaram com o gravador e, aparentemente, não demonstraram receio com o fato de contar experiências pessoais para uma mulher desconhecida, que veio de fora do seu meio social (a pesquisadora), pelo contrário, eles não manifestaram ansiedade por causa disso nem mostraram dificuldade de expor suas histórias de vida para ela, o que evidencia um indicador da formação de um bom cenário de pesquisa.

Na interação com o grupo, muitos indivíduos queriam saber o que a pesquisadora faria lá e perguntaram por que razão ela escrevia no bloco de notas durante as atividades, sendo que, do lugar onde a pesquisadora observava a dinâmica de grupo proposta por uma professora de educação física para se fazer naquele dia, havia pessoas próximas sobre as quais a pesquisadora percebeu, por instantes, que algumas delas tentaram ver o que estava escrito no papel.

Esses questionamentos e ações dos indivíduos são indicadores da curiosidade do grupo sobre o processo da pesquisa e também é um indicador do interesse das pessoas por este trabalho.

Após alguns dias de participação no grupo, muitos indivíduos já sabiam o nome da pesquisadora, apesar de não terem conversado com ela. Por exemplo, a pesquisadora foi apresentada à esposa de um dos presidentes-fundadores do grupo e esta lhe falou: *“Eu já sei quem tu és, vieste observar o que a gente faz no grupo, bem-vinda, então!”*.

E, uma segunda pessoa também a questionou: “*Falta muito pra terminar o trabalho?*”. Já outra lhe disse: “*Boa tarde, Camila! Como anda a pesquisa?*”. Essas expressões mostram um indicador de envolvimento dos integrantes do grupo com a pesquisadora e com a própria pesquisa que estava sendo realizada.

Os sujeitos de pesquisa também indagavam não só a respeito da pesquisa, mas também em relação a diversos aspectos da vida pessoal da pesquisadora. Esse tipo de inquirição é um indicador da demanda do grupo por conhecer a mulher que está por trás do seu trabalho.

O movimento de as pessoas perguntarem sobre a vida particular da pesquisadora, antes de começar a contar suas próprias histórias a ela, é um indicador do pedido de troca de informações e de experiência de vida para que a pesquisadora compartilhasse vivências dela com os sujeitos e também é um indicador do valor dessas informações para eles naquele momento da pesquisa.

Assim, a pesquisadora entendeu que, já que ela queria ouvir as histórias dos sujeitos, então, também deveria estar aberta a compartilhar alguns pontos da vida dela com eles. Entretanto, a presente pesquisadora admite que, inicialmente, sentiu-se desconfortável por ter que responder a tópicos como crença religiosa, casamento, filhos e família, mas compreendeu que esses posicionamentos eram um indicador da importância deles para os sujeitos e, aos poucos, a pesquisadora sentiu-se mais à vontade para se expressar.

Esse foi um momento de tensão que levou a uma reflexão interessante na pesquisa, pois a pesquisadora foi até o grupo para investigar os sujeitos e acabou sendo investigada também por eles.

Esse movimento não foi planejado, o que é um indicador da imprevisibilidade da pesquisa e também é um indicador de que a pesquisa é um processo vivo, dinâmico e fluido, além de ser um indicador da participação ativa dos sujeitos na pesquisa.

Acredita-se que, caso a pesquisadora tivesse optado por não expor sua vida aos sujeitos, talvez o desenvolvimento desta pesquisa fosse dificultado. Entrementes, a postura receptiva da pesquisadora ao compreender e atender os questionamentos cooperou para o vínculo com os sujeitos e favoreceu o diálogo aberto entre eles.

3.3 Instrumentos de Pesquisa

Os instrumentos são “todos os procedimentos encaminhados a estimular a expressão do sujeito estudado, são simplesmente indutores de informação que não definem o sentido final dela.” (González Rey, 2002, p. 79).

Essa expressão do sujeito em um instrumento somente alcançará um sentido dentro de indicadores estabelecidos por outros instrumentos, pois não há uma relação linear entre a resposta do sujeito ao instrumento e o indutor aberto, já que a construção do sujeito ultrapassa o indutor, não apenas responde a ele, mas se expressa de maneira diferenciada por meio do instrumento (González Rey, 2002).

Além de serem “vias de definição de indicadores, que são relacionados pelo pesquisador no processo de construção teórica” (González Rey, 2002, p. 83), os instrumentos também são ferramentas de interação que permitem o diálogo do pesquisador com o sujeito de pesquisa e que devem envolvê-lo emocionalmente para provocar sua expressão aberta (González Rey, 2002).

Isso quer dizer que eles são fontes de informação que estimulam a construção do sujeito, pois instigam a reflexão deste e facilitam a produção sentidos subjetivos no cenário de pesquisa (González Rey, 2005a).

Os instrumentos não são meios de obter respostas pontuais, resultados e conclusões parciais como define a pesquisa tradicional positivista (González Rey, 2005a). Ao contrário dessa conceituação, na epistemologia qualitativa o instrumento é uma via para produzir uma

teia de informação que se constituirá em hipóteses, nas quais os diferentes instrumentos usados na pesquisa entrelaçam-se uns com os outros, sem que haja uma padronização de regras para construí-los (González Rey, 2005a).

E, nas respostas dos sujeitos aos instrumentos, os sentidos subjetivos não são visíveis de forma direta, pois eles somente aparecem de maneira dispersa, necessitando da interpretação do pesquisador para compreendê-los (González Rey, 2005a).

Com isso, observa-se que a epistemologia qualitativa recobra o lugar do pesquisador como sujeito da pesquisa e não como mero aplicador de instrumentos, papel limitador outorgado pelo positivismo.

A presente autora acredita que os pesquisadores positivistas não compreendem que, ao deixar de tomar esse lugar ativo que lhes cabe em suas reflexões e pensamentos, eles se tornam simples reprodutores passivos de instrumentos estáticos e naturalizantes dos sujeitos de pesquisa.

Dessa forma, eles não entendem que assumem um papel ridículo, menosprezador da capacidade intelectual de um pesquisador, e ainda não percebem que o positivismo por eles defendido, além de desqualificar o sujeito de pesquisa, também desqualifica o próprio pesquisador, ou seja, eles mesmos.

Assim, não ter essa noção, é uma cegueira total do discernimento sobre o que eles próprios sustentam e perpetuam, isto é, defendem algo que os marginaliza da pesquisa e nem sabem disso, uma vez que se convertem em pesquisadores vazios de argumentos consistentes.

Ao considerar o instrumento como único recurso legítimo para produzir informação, o empirismo dominante rompe com a atividade criativa do pesquisador, pois exclui a informação que advém das reflexões dele e despersonaliza a informação expressa no instrumento pelo sujeito de pesquisa (González Rey, 2005a), já que ela é produzida pela classificação e descrição das respostas e estas são associadas a categorias a priori e universais

do instrumento, ou seja, ignora a qualidade da informação ao eliminar os sentidos subjetivos daquilo que está sendo estudado (González Rey, 2005a).

Vê-se que, na perspectiva positivista, a informação está subordinada à coisificação do instrumento e não ao pensamento do pesquisador, porém, contrariamente a isso, na epistemologia qualitativa, a informação realiza-se pelo processo construtivo-interpretativo do pesquisador e revela-se pela organização subjetiva expressa no instrumento.

Depois de ter-se contextualizado o conceito de instrumento, agora é necessário explicar sobre os instrumentos específicos que foram usados nesta pesquisa: a dinâmica conversacional e o complemento de frases.

3.4 Dinâmica Conversacional

Para se fazer uma análise dos processos de subjetivação do câncer e da hipertensão, a pesquisadora utilizou a conversação como um modo de produção de conhecimento, pois, a partir do diálogo, buscou levantar hipóteses e fazer interpretações sobre os significados e sobre os sentidos subjetivos acompanhados no processo saúde-doença.

A pesquisa é um processo de comunicação dialógico que possibilita a expressão livre e espontânea do sujeito e que deve facilitar a expressão de sentidos subjetivos (González Rey, 2005a).

A conversação é uma via de informação sobre o estudado em que os sujeitos edificam reflexões sobre suas experiências, uma vez que a comunicação aberta estimula a participação do sujeito nesse processo e o aproxima do pesquisador, integrando as experiências de ambos (González Rey, 2005a).

O diálogo é um processo importantíssimo para a produção de informação, pois abre espaço para a expressão autêntica do sujeito. Ele flui a partir do envolvimento do sujeito participante na comunicação, em que o pesquisador sai do papel de perguntar para se

incorporar a uma dinâmica conversacional dentro de um espaço de produção de sentidos subjetivos (González Rey, 2005a).

Para manter uma conversação com o sujeito de pesquisa e envolvê-lo nesse processo, o pesquisador deve apresentar, dentre outras características, flexibilidade, paciência, criatividade, iniciativa, abertura, deve respeitar as expressões do sujeito, ter uma escuta ativa para fazer um acolhimento das tensões deste, possibilitando que ele fale abertamente sobre o que quiser (González Rey, 2005a).

O pesquisador deve acompanhar com interesse os temas que aparecem no diálogo, com atenção aos detalhes do que é falado, mantendo-se ativo durante a conversação, pois essa postura do pesquisador facilitará a qualidade da relação com o sujeito participante (González Rey, 2005a).

Durante a dinâmica conversacional, o sujeito elabora hipóteses sobre questões de sua vida, refletindo sobre vários temas de sua experiência, ou seja, o diálogo leva o sujeito a momentos pessoais significativos de sua história (González Rey, 2005a).

Para se chegar a esses pontos mais íntimos da vida do participante da pesquisa, é preciso, antes, haver a criação de um vínculo entre o pesquisador e o sujeito, a fim de que este se sinta à vontade e confortável para falar sobre a vivência de algumas ocasiões particulares muito importantes a ele (González Rey, 2005a).

Não há questões estipuladas a priori pelo pesquisador para conversar, pois elas surgem espontaneamente no diálogo, desdobram-se no espaço conversacional de forma autêntica (González Rey, 2005a).

A autora desta monografia posicionou-se de maneira receptiva, informal, simples e acessível durante as conversações com os sujeitos de pesquisa que ela teve oportunidade de se relacionar por alguns dias, deixou-os à vontade nas conversas para que eles compartilhassem suas histórias de vida com ela, e criou-se uma relação de confiança que contribuiu para o

seguimento dos diálogos, sendo que a pesquisadora teve quantidades variadas de conversações com cada sujeito de pesquisa e as conversas também tiveram diferentes durações de tempo.

A dinâmica da pesquisa ocorreu desse modo, pois tanto a quantidade das conversas quanto o tempo de cada uma delas dependeram da disponibilidade dos sujeitos, da rotina diária de vida deles e da qualidade das informações.

Assim, ao se observar essa maneira flexível de fazer a presente pesquisa em sua forma contextualizada e singular, vê-se que ela rompeu com a regra de padronização de procedimentos estipulada pela pesquisa tradicional positivista.

Os diálogos que a presente pesquisadora teve com os sujeitos de pesquisa possibilitaram que ela compreendesse a forma como a subjetividade deles se configurou de maneiras diferentes no processo da doença, e essas conversações permitiram também à pesquisadora entender como as representações sociais estavam relacionadas com a enfermidade, ou seja, o processo conversacional tornou possível a construção de indicadores sobre os sentidos subjetivos da doença, tanto o câncer como a hipertensão.

3.5 Complemento de Frases

O complemento de frases é um instrumento escrito construído pelo pesquisador e que “apresenta indutores curtos a ser preenchidos pela pessoa que o responde. Os indutores são de caráter geral e também podem referir-se a atividades, experiências ou pessoas, sobre as quais queremos que o sujeito se expresse intencionalmente.” (González Rey, 2005a, p. 57).

Com isso, pode-se dizer que as frases incompletas desse instrumento estimulam os sujeitos participantes da pesquisa a escrever sobre seu meio social, suas atividades pessoais e profissionais e também incitam a escrever a respeito de suas experiências vividas, por exemplo, a doença.

As respostas diretas das pessoas, ou seja, aquilo que se vê na linguagem escrita neste instrumento, trata-se das representações sociais organizadas pelos indivíduos em suas interpretações racionais, quando lêem os indutores (González Rey, 2005a).

Entretanto, essas respostas ao complemento de frases abrem caminho para a construção de indicadores que tomarão sentido ao se articularem com as interpretações do pesquisador (González Rey, 2002).

Neste instrumento de completar frases, o conjunto de expressões relacionadas ao mesmo sentido subjetivo constitui um indicador, sendo que este pode ser constituído por diversos elementos, por exemplo, combinações de informações omitidas e indiretas (González Rey, 2002).

Ressalta-se que os indicadores aparecem de maneira gradativa nos instrumentos de pesquisa usados pela epistemologia qualitativa, tanto na dinâmica conversacional quanto no complemento de frases, como também na relação entre esses (González Rey, 2002).

O complemento de frases possibilita a expressão de diferentes sentidos subjetivos em várias áreas da vida do sujeito (González Rey, 2005a). Ele é usado como um meio para se produzir informações, pois, através dele, o pesquisador elabora hipóteses e as integra com indicadores de outros instrumentos (escritos ou não) utilizados na pesquisa, sendo que as interpretações dessas frases podem ser aprofundadas no decurso da pesquisa (González Rey, 2005a).

O complemento de frases apresenta uma quantidade de frases que estão incompletas e que variam em seu número total. O sujeito deve completá-las com o que vier à cabeça (idéias, lembranças etc.) quando olha a frase (consulte o Apêndice C).

Abaixo, um trecho como exemplo:

Farei o possível para conseguir... _____

Com frequência reflito... _____

Esperam que eu... _____

Dedico a maior parte do meu tempo... _____

Sempre que posso... _____

Esse instrumento foi composto, no total, por 69 frases e foi apresentado aos sujeitos de pesquisa após alguns dias de encontro, quando já havia se estabelecido um vínculo. Entregou-se o complemento de frases e, posteriormente, recolheu-o depois de que cada sujeito tivesse terminado de preenchê-lo. Em seguida, a pesquisadora leu-o e destacou algumas frases para falar com os sujeitos.

Este foi outro ponto relevante do complemento de frases utilizado, pois ele foi um facilitador da comunicação dos sujeitos com a autora desta monografia para que eles expressassem as informações com liberdade acerca de suas vidas e sobre o modo de vivenciar a doença, permitindo a visualização de indicadores de sentidos subjetivos para fazer parte das hipóteses sobre os casos estudados.

Dessa maneira, esse instrumento foi usado pela presente pesquisadora como uma via de construção dessas hipóteses, a partir dos indicadores de sentidos subjetivos que surgiram no complemento de frases, e que também estavam entrelaçados com os que apareceram na dinâmica conversacional.

3.6 Sujeitos de pesquisa

Os sujeitos de pesquisa são divididos por área de estudo nesta pesquisa:

Ao estudar os processos subjetivos do câncer e suas representações sociais, a pesquisadora conheceu em maio de 2007, um homem portador de câncer, por intermédio de uma amiga comum, que eles tinham, e que estava lançando um livro numa livraria, lugar em que a autora desta monografia conheceu o participante da pesquisa.

Ele é do sexo masculino, tem 54 anos, divorciado, funcionário público de uma universidade, tem Ensino Superior completo, formou-se no curso de Economia, tem uma filha adotiva adolescente, e foi diagnosticado, no ano de 1993, com câncer na Hipófise, chamado Prolactinoma, submeteu-se a vários tratamentos (radioterapia, cromoterapia, dentre outros), e até hoje convive com a doença.

Já para estudar os processos subjetivos da hipertensão e suas representações sociais, a pesquisadora, por intermédio de um médico que iniciou um grupo de idosos hipertensos, conheceu algumas pessoas que se dispuseram a participar desta pesquisa e que serão apresentadas de forma resumida abaixo:

- Henrique tem 79 anos, é aposentado, tem Ensino Fundamental completo, trabalhou como marceneiro, é viúvo e casou-se de novo, tem um casal de filhos do primeiro casamento, mora com a atual esposa, é hipertenso há mais de 20 anos e já teve um infarto;

- Catarina tem 77 anos, é viúva, costureira, completou o Ensino Médio, tem quatro filhos (três homens e uma mulher), mas um dos homens já morreu, é hipertensa desde os 52 anos de idade e já teve arritmia cardíaca severa.

Capítulo 4 - Construção de Informação

4.1 Construções Elaboradas a partir das Informações de Gael

Para estudar os processos subjetivos do câncer, o sujeito participante foi um homem de 54 anos de idade, portador de câncer, cujo nome fictício, para proteger a identidade dele, é Gael. Ele é divorciado, tem uma filha adotiva adolescente e é funcionário público de uma universidade.

Primeiramente, ele ouviu uma explicação sobre esta pesquisa, aceitou compartilhar com a pesquisadora a história de vida dele e, posteriormente, começou a falar sobre o impacto

do câncer em sua vida, a maneira como seu modo de vida foi afetado pela doença, bem como sua qualidade e o sentido dela. Ao ser convidado a participar da pesquisa, ele aceitou fazê-la sem qualquer obrigação de permanecer, podendo parar de conversar com a pesquisadora a qualquer momento.

4.1.1 O Impacto do Diagnóstico de Câncer

Gael foi diagnosticado, em 1993, com câncer na Hipófise chamado Prolactinoma. Ele se submeteu a vários tratamentos, dentre eles, a cromoterapia, a radioterapia e a quimioterapia.

Antes de ser diagnosticado com câncer, Gael teve fortes dores de cabeça todos os dias, durante 20 anos, e isso o fazia tomar remédios para esse sintoma diariamente. Ele fazia exames mais simples, de rotina, e nunca havia sido detectado nada grave.

Comentou que estudou e trabalhou sempre com a dor de cabeça e achava normal ter essas dores, apesar de ter uma preocupação quanto a isso. Seus amigos e familiares diziam que ele tinha enxaqueca e por isso ele considerou que não era necessário ir ao médico para tratar desse problema, acreditava no que as pessoas falavam e assim, dos 19 aos 43 anos, sentiu dores fortíssimas, mas nunca tratou do assunto com o médico, pensou que realmente era “apenas” uma enxaqueca.

Ele disse que o tumor foi crescendo durante 20 anos, desenvolvendo-se na Hipófise e, aos 43 anos de idade, Gael foi diagnosticado com câncer, mas, para saber se era um câncer benigno ou maligno, não havia outra maneira, na época, além de fazer a cirurgia no cérebro para obter essa informação. Assim o fez e descobriu que era um tumor benigno, retirou parte dele e, até hoje, Gael toma medicação para barrar o crescimento do tumor.

Esse momento do diagnóstico da doença é extremamente importante pelo impacto que gera na pessoa e pelos processos que se desdobram depois dessa ocasião. Por exemplo,

quando Gael foi conversar com o médico para saber da descoberta da doença, expressou a ele que se sentia “*ansioso para saber o tinha*”, queria compreender o que estava ocorrendo com seu corpo. E a resposta do médico foi a seguinte: “*Você fique quieto aí com a sua ignorância, espere e eu falarei.*”. Depois disso, Gael ficou calado durante o transcorrer do diagnóstico.

No trecho acima, observa-se o abuso do poder médico que se utiliza do “saber-poder” para constranger o paciente, dando um lugar inferior a ele diante dos conhecimentos médicos, o que é um absurdo.

Além disso, considera-se inadmissível essa postura antiética de exercício do poder absoluto do médico de Gael, pois instaura uma prática excludente do sujeito da doença e que *patologiza* o indivíduo, tornando-o apenas um objeto de investigação subordinado à manipulação de um médico que não enxerga a pessoa como um todo, mas, sim, vê somente um corpo com uma parte desarranjada que precisa ser restaurada.

Com a atitude do médico de Gael, nota-se uma hierarquia de autoridade do saber na relação médico-paciente. No entanto, essa hierarquia do saber deve ser rechaçada com veemência, pois se acredita que o saber da pessoa sobre sua própria doença é tão legítimo quanto o saber médico.

No momento do diagnóstico de Gael, a posição autoritária de seu médico gerou um ambiente hostil no qual ele sentiu dificuldade de se colocar depois do que ouviu, e ficou sem falar mais nada ao médico, já que foi impedido de expressar o que estava sentindo.

Entretantes, a tentativa de Gael de se tornar sujeito desse processo é podada pelo médico que o impede de falar sobre a doença. Essa postura autoritária também pode ser observada quando Gael conta que “*o médico não gostava que perguntasse*”, o que é um indicador da exclusão do sujeito da doença que tenta se colocar em diversos momentos no diálogo, porém, sem sucesso, já que não encontrou espaço para tal posicionamento.

Diferentemente do exemplo visto, na ocasião do diagnóstico de Gael, o psicólogo proporcionará um cenário de respeito e confiança, um ambiente afetivo e acolhedor para que a pessoa participe de maneira ativa nessa circunstância e seja sujeito desse processo.

Assim, o psicólogo romperá com a postura do modelo médico a partir de uma perspectiva teórica e epistemológica que valoriza a livre expressão do sujeito, sem restringi-la. E, com o intuito de executar essa idéia, sugere-se a edificação de um relacionamento de maior qualidade entre médico e paciente para que este seja escutado em suas questões pelo profissional.

Considera-se isso importante, pois os questionamentos de Gael sobre sua doença são indicadores de sua produção subjetiva, que desencadeia reflexões a respeito do adoecer e faz com que ele seja sujeito de sua saúde.

Dessa maneira, o psicólogo abre caminho para expandir o olhar dos médicos, ao ampliar a atuação para além do tratamento da anormalidade biofisiológica e contribuir para que eles enxerguem o sujeito e não o paciente. A pesquisadora espera deixar clara a sua posição de combate à desqualificação da pessoa instituída pela restrição da doença.

Para isso, a autora deste trabalho acredita que o psicólogo precisa gerar oportunidades de mudar essa visão estigmatizada, e desenvolver um trabalho que facilite a relação do médico com o sujeito, um contato não pela doença, mas, sim, pelas diversas possibilidades existentes na dinâmica conversacional, cooperando para que o médico visualize um sujeito ativo, um sujeito que tenta encontrar seu espaço dentro da hospitalização, colocando-se para além da patologia.

A partir da reflexão feita, é possível sugerir o aumento do número de psicólogos nos hospitais para atender à demanda de milhares de pacientes, suas famílias e as equipes de profissionais da saúde, mas, para que isso seja alcançado, é preciso o estabelecimento de

políticas públicas que atendam esta solicitação e que invistam mais na área de Psicologia Hospitalar.

Porém, esse já seria outro tema de monografia e que não faz parte dos objetivos desta pesquisa, apenas se registra a sugestão dada, pois é de extrema importância que se viabilize, pelos meios governamentais, uma promoção de saúde articulada com o contexto social das instituições públicas hospitalares.

Entretanto, é necessário continuar sobre a história de Gael.

Três anos depois de todos os tratamentos realizados, o tumor de Gael voltou a crescer muito, e sobre o momento em que teve, de novo, esse diagnóstico ele conta: “*Receber a notícia de que o tumor havia voltado foi catastrófica para mim, entrei em pânico em pensar em fazer toda uma cirurgia novamente.*”. No entanto, não foi preciso passar pela cirurgia, pois surgiu uma medicação que conseguiu barrar o crescimento do tumor de Gael e de que faz uso até hoje.

Com esse trecho da conversação, percebe-se o forte impacto que a notícia da recidiva do câncer teve para Gael, o que é um indicador de que os sentimentos relacionados à insegurança e ao medo da cirurgia podem ter voltado em Gael, pois foram elementos emocionais que fizeram parte do primeiro momento do processo cirúrgico, ou seja, o retorno da doença configurou-se no sentido subjetivo de angústia, de forte intensidade emocional, pois passaria por toda a ansiedade da cirurgia de novo.

Agora, colocar-se-ão abaixo algumas reflexões da pesquisadora por considerá-las um momento importante da pesquisa e, posteriormente, voltar-se-á a falar sobre o participante da pesquisa.

Quando Gael relatou que viveu mais de 20 anos sentindo dores intensas e conviveu com elas, achando que era algo natural ao seu corpo, a pesquisadora admite ter tido um estranhamento (ao ouvir isso dele) e questionou a si mesma, silenciosamente: “Como é

possível alguém passar tantos anos com algo que muito o incomoda fisicamente (todos os dias, como ele mesmo disse) e não fazer nada para modificar essa situação? E ainda achar isso algo natural, que faz parte da vida dele?”.

Ela não fez esses questionamentos para Gael, pois essas dúvidas faziam parte da história de vida dela, da Camila que tem posições pessoais sobre sentir qualquer incômodo e agir prontamente, ou seja, era algo que fazia parte da pesquisadora, não era uma demanda de Gael, então, ela não falou nada durante a conversa.

Posteriormente, ela pensou sobre aqueles questionamentos e avaliou que, ao fazê-las a si mesma, já estava julgando Gael, mesmo sem ter essa intenção consciente, claro, e, depois de perceber isso levou um susto e pensou: “Ei, o que eu estou fazendo?”.

Ela chegou à conclusão de que estava sendo incoerente com o seu papel de psicóloga, pois acredita que cada pessoa tem sua própria maneira de organizar seus problemas e, principalmente, um tempo próprio para solucioná-los ou optar por não resolvê-los mesmo.

Essas são algumas produções subjetivas da pesquisadora durante a pesquisa, até porque, obviamente, ao longo do trabalho, não é possível separar a Camila psicóloga, da Camila que tem atitudes na vida pessoal, e isso a faz lembrar os ensinamentos de que não há neutralidade do pesquisador e, mais ainda, constatou que aquelas questões levantadas estão relacionadas a experiências da pesquisadora que viveu em outros momentos, mas que participam de forma tácita na configuração de outros sentidos subjetivos.

4.1.2 O Posicionamento frente à Cirurgia

Depois que Gael foi diagnosticado, ele fez exames durante seis meses, dentre eles, tomografia computadorizada, ressonância magnética e outros para saber se ele teria condições físicas de fazer a cirurgia, que era de muito risco, pois a região no cérebro era difícil de

manusear, e o médico informou a Gael que ele teria 2% de chance de sobreviver, o risco de vida era grande, a cirurgia era delicada e poderia ter seqüelas.

O médico explicou que, devido ao tamanho, o tumor já havia pressionado o nervo ótico, e uma das conseqüências do câncer, caso não se submetesse à cirurgia, seria ficar cego e sem os movimentos dos braços e das pernas, pois o tumor estava crescendo e afetaria as regiões do cérebro responsáveis pelas funções motoras e visuais.

Por causa da elevada chance de morrer durante a cirurgia, Gael tentou, antes, outros tratamentos alternativos, que sua esposa (à época de todo o tratamento ainda era casado) lhe disse existir e que, através deles, poderia haver uma regressão do tumor.

Então, Gael se submeteu, durante quatro meses, ao tratamento da cromoterapia (prática que utiliza as cores como forma terapêutica para lidar com as doenças), porém não surtiu efeito algum sobre o tumor dele.

Durante a dinâmica conversacional, ele descreveu minuciosamente a doença (sabia detalhadamente sobre ela), os tratamentos realizados e as conseqüências físicas que teria, caso não se submetesse à cirurgia.

Observou-se que ele optou pela cirurgia, apesar do grande risco de morte, e para a tomada dessa decisão levou em consideração, principalmente, as conseqüências graves por não se submeter à cirurgia, que era a ameaça de que ele mais temia: ficar cego.

Esse foi um ponto muito importante para enfrentar o medo da cirurgia, pois ele disse que, quando estava na enfermaria do hospital, o médico o alertava sobre o que poderia acontecer com ele e perguntava se, ainda assim, gostaria de passar pela cirurgia e Gael *“respondia sempre que queria fazer, porque não ia ficar o resto da vida com uma ameaça, porque se ficasse com o tumor, em poucos meses não teria mais a visão.”*

Além disso, assumir a decisão de fazer a cirurgia, apesar de saber das conseqüências negativas que poderiam advir dessa intervenção, é um indicador de seu posicionamento ativo

diante da doença, uma capacidade de decisão que estabeleceu um caminho vital diante da patologia.

Aqui se evidencia o aspecto da responsabilidade pessoal de Gael perante a cirurgia, um posicionamento que se denota como um indicador da maneira como ele assumiu a doença, enfrentando as conseqüências dela com sua própria decisão.

Também se pode dizer que, nessa capacidade de decisão, Gael elaborou seus temores e inquietações ante a ameaça real de morrer durante o processo cirúrgico, sendo que esse momento, caracterizado por uma tensão, constituiu um sentido subjetivo em que estão configurados sentimentos de medo, insegurança, angústia e a vivência da morte, mas que não se converteram como sentidos subjetivos dominantes durante a experiência do adoecimento.

Com isso, observa-se que a intervenção cirúrgica foi um momento que muito mobilizou Gael, o que é um indicador do medo de passar pela cirurgia e também um indicador de um sentimento de insegurança sobre a sua ocorrência sem prejuízo à vida.

E sobre os acompanhantes de Gael durante a internação no hospital, ele explicou que seus familiares, no caso a esposa e o pai, se revezavam e ficavam um ou, no máximo, dois dias com ele lá. Porém, expressou que *“não conseguia sentir um carinho de ninguém, uma atenção especial... só vinham e dormiam do lado da cama.”*

Com o trecho acima se percebe a ausência da família durante o processo de internação hospitalar, visto que a família de Gael ficou apenas dois dias com ele lá, do total de 20 dias de hospitalização. Ele não teve o acolhimento afetivo/emocional por parte da família quando foi visitá-lo. Foi privado do apoio de que tanto necessitava durante esse período difícil.

Observa-se que, além do sofrimento advindo do grande risco de morrer na cirurgia, Gael também teve de enfrentar a realidade da doença como vivenciada pela família, o que mostrou ter sido um processo difícil, visto que Gael não teve um amparo afetivo para

confortá-lo diante do momento vivido, mas, sim, teve simplesmente a presença física de alguns familiares por poucos dias.

Isso pode indicar uma falta de vínculo estreito familiar e um indicador da ausência de uma rede social sólida, haja vista que Gael passou por uma cirurgia difícil, e após essa intervenção, ele poderia ficar com seqüelas, daí o pós-operatório ser delicado também.

Esse indicador configura-se pelo sentimento referente ao abandono, já que a família não esteve presente durante a maior parte da hospitalização. Além disso, acredita-se que Gael sentiu mais acolhimento por parte de pessoas que não conhecia, por exemplo, a equipe de enfermagem, do que em relação à própria família.

Ainda sobre a falta de um suporte social, Gael disse que alguns familiares que foram visitá-lo, antes da cirurgia, perguntavam como ele estava se sentindo e ele respondia que estava ansioso e, quando ouviam isso, diziam que ele estava “*carente de atenção*”. Gael avaliou essa resposta de seus familiares e chegou a conclusão de que “*parecia que eles não queriam saber verdadeiramente como eu tava me sentindo.*”.

A resposta da família pode ser um indicador de que aqueles familiares não lidaram bem com o adoecimento de Gael, pois apresentaram dificuldades de entender a experiência subjetiva que ele estava vivenciando, sendo que esse indicador do desamparo por parte da família pode ter ocorrido por uma dificuldade em lidar com os questionamentos e com as angústias de Gael que estão atreladas às suas produções subjetivas. Essa dificuldade não se limita à doença, pois foi construída ao longo da história de vida dessas relações interpessoais.

Além disso, aquela mesma resposta da família de Gael foi sentida por ele “*como se não me deixassem ser um humano carente também, né, como se eu fosse totalmente de matéria bruta.*”.

O trecho acima mostra que Gael organizou subjetivamente a posição de sua família em um sentido subjetivo de impossibilidade de sentir necessidade de afeto, o que é um indicador

de que como se deu o relacionamento afetivo entre a família e Gael ao longo de sua história de vida.

A resposta da família permite visualizar também um indicador de despreparo dela em envolver-se com os processos subjetivos de Gael, que se desenrolam a partir da experiência da doença, constituindo um sentido subjetivo configurado em um sentimento de incompreensão, pois Gael não se sentiu compreendido em seu sentimento de ansiedade, gerado pela expectativa da cirurgia na qual estava em jogo sua vida, uma vez que havia pouca chance de ele sobreviver.

O comportamento da família de Gael mobilizou-o a refletir sobre a questão de que eles não queriam ouvi-lo em seu momento de tensão. Os familiares tiveram uma postura de desatenção aos sentimentos de Gael, eles não consideraram a importância de falar sobre a emocionalidade (no caso, a ansiedade) para produções subjetivas frente a esse momento da vida.

No momento da intervenção cirúrgica, denota-se que a rede social da família teve um impacto negativo na subjetividade de Gael, pois seus familiares banalizaram o sentimento de ansiedade dele sobre o processo cirúrgico, tornando-o uma situação mais árdua ainda, desencadeando um sofrimento maior, visto que se sentiu incompreendido.

4.1.3 Os Processos Subjetivos diante da Hospitalização

Gael falou sobre o momento da hospitalização, dos sentimentos de tristeza por ter de ficar internado em uma enfermaria com outras pessoas que também sentiam dor, relatou sua dificuldade de conseguir atendimento pelo seu Plano de Saúde em função do período de carência, e discorreu também acerca da grande ansiedade sentida nos dias de espera pela cirurgia.

Gael contou que, na enfermaria, reparava nas pessoas sentindo dor e acreditava que o seu *“destino era ficar ali naquele leito também”*, e disse que ficou *“muito ansioso esperando a visita do médico pra ele dizer: ‘Seu Gael, vamos fazer a cirurgia.’*

Isso é um indicador do impacto negativo que a hospitalização teve sobre as emoções de Gael e que gerou tensão. E essas expressões também apresentam características do contexto hospitalar que o transformam em um ambiente de muita ansiedade devido a espera e ao contato com outras pessoas doentes.

Depois que Gael foi operado, ficou mais 15 dias no hospital com uma atadura de gesso no rosto (uma máscara) e com uma sonda, além de não poder se mover para não prejudicar o pós-cirúrgico, precisando, portanto, do auxílio de outras pessoas, como os enfermeiros para, por exemplo, tomar banho, e que *“era diferente fazer isso na frente de pessoas que nunca viu na vida, né, e eu sempre fui envergonhado com essa coisa de se expor.”*

No trecho acima, é possível perceber o constrangimento de Gael durante a hospitalização, pois sentiu muita vergonha pela exposição que passou diante de pessoas estranhas ao seu convívio e, dentro da instituição, teve que ser dependente dos profissionais da enfermagem.

Por conta disso, a privacidade de seu corpo foi invadida, o que constituiu um sentido subjetivo em que está configurado um sentimento de constrangimento e de invasão, o que gerou desconforto e sofrimento emocional a ele que é um homem reservado, tímido e com comportamento introvertido, pelo que se percebeu ao longo dos encontros, durante a pesquisa.

Sobre essa questão da hospitalização Gael expressou no complemento de frases: *“Hospital... ir para ele só por muita necessidade.”*. Essa frase é um indicador do impacto da hospitalização, a qual está configurada como uma experiência desagradável.

Em um hospital público, conforme Nascimento-schulze (1997), o paciente depara-se com a falta de privacidade, de conforto e com dificuldades de acomodações, além de enfrentar

constrangimentos como a falta de habilidade interpessoal por parte da equipe de saúde no relacionamento com o paciente.

Em função da rotina e das normas do hospital como horário das refeições, banho na frente de outras pessoas, administração obrigatória de medicamentos, visitas de pessoas em horários restritos, movimentação freqüente de pessoas, rotatividade dos membros da equipe de saúde, dentre outras, proporcionam ao paciente um atendimento, muitas vezes, impessoal e mecânico (Nascimento-schulze, 1997). Percebe-se com isso, que o ambiente hospitalar contribui para a despersonalização e dificulta os relacionamentos sociais de pessoas próximas.

Gael falou que serviu de lição o momento da enfermaria, pois o fez *“aprender que as pessoas que a gente às vezes não dá à mínima, na realidade, são importantíssimas, como no caso dos enfermeiros.”*. E, com essa expressão, observa-se que um elemento da rotina de um ambiente hospitalar (os enfermeiros) configurou-se em novos sentidos subjetivos para Gael.

Pode-se dizer que, a partir dessa experiência com esses profissionais que cuidavam dos pacientes, Gael passou a ter um novo olhar sobre essas pessoas, dando mais importância a elas, e isso é um indicador de que ocorreu uma mudança no sentido subjetivo que os enfermeiros tinham para ele, porque depois da vivência no hospital, passou a dar um novo valor a esses indivíduos.

4.1.4 Intervenção do Psicólogo na Iminência da Cirurgia

Ao pensar sobre a não-escuta da rede social de Gael no contexto hospitalar, a leitura de Chiattonne (2002) é lembrada, quando diz que o psicólogo da área de saúde apresenta uma prática diferenciada, com uma proposta de humanizar o relacionamento com a pessoa portadora de uma doença, preocupando-se com o sofrimento emocional advindo, tanto da doença quanto da hospitalização.

Isso implica atuar dentro do hospital na direção de enxergar o contexto social, os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações envolvidas na organização desse indivíduo hospitalizado, fazendo um acolhimento dos aspectos psíquicos atrelados à doença e à hospitalização, permitindo que a pessoa expresse seus medos, promovendo um diálogo sobre suas vivências, observando atitudes, palavras, silêncios e gestos do indivíduo (Chiattonne, 2002).

A partir disso, fica evidente que o psicólogo no hospital deve gerar um espaço para que a pessoa se coloque e se posicione, dando lugar às produções de sentidos subjetivos que emergem a partir do adoecer.

O psicólogo deve ser um facilitador desses processos de subjetivação e, durante o diálogo, deve ter uma escuta ativa e um acolhimento da dor do indivíduo, como também de seus medos e de suas dúvidas, estabelecendo uma relação de confiança com ele e uma boa comunicação, deixando-o à vontade para se expressar.

Através da conversação, será promovida uma reflexão da pessoa sobre a forma como ela se coloca em relação ao adoecimento para que consiga produzir alternativas referentes aos sentidos subjetivos que se constituem sobre a experiência da doença, ou seja, o psicólogo criará possibilidades para que o indivíduo expresse seus questionamentos e sentimentos em relação ao adoecer, estimulando a produção de novos sentidos subjetivos relacionados à configuração subjetiva da doença.

Devido ao que já foi exposto até agora sobre o papel do psicólogo no contexto hospitalar, enfatiza-se a relevância desse profissional dentro de uma equipe multidisciplinar para dar suporte emocional às pessoas que estão no hospital, não só ao paciente, mas também aos seus familiares e à equipe de saúde no auxílio a atravessar o período determinado pelo processo de doença e hospitalização.

O fato de Gael não ter encontrado espaço para falar nem com a própria família nem com o seu médico foi uma situação que comoveu a pesquisadora e por ela ter ficado tão tocada com tudo isso, insiste agora em desenvolver ainda mais esse tema.

A partir do relato de Gael, a pesquisadora pensou sobre as formas de atuação do psicólogo em indivíduos que passarão por alguma cirurgia e também em como um trabalho terapêutico com Gael no contexto hospitalar sobre a iminência da cirurgia teria contribuído para o enfrentamento do processo cirúrgico.

Propõe-se desenvolver uma ação reflexiva sobre as contribuições da dinâmica conversacional e do complemento de frases para pessoas que participarão de uma cirurgia em um hospital. Para tanto, é preciso promover um atendimento psicológico no contexto hospitalar a indivíduos que farão uma cirurgia e que apresentam demandas psicológicas.

Vê-se que para facilitar o processo de elaboração dos sentimentos no contexto da cirurgia dentro de ambiente hospitalar é possível utilizar o recurso terapêutico da dinâmica conversacional e o complemento de frases como estratégias de inteligibilidade do momento da cirurgia pelo paciente, pois poderão facilitar a compreensão da pessoa sobre a cirurgia e também poderá viabilizar a aceitação do indivíduo para a realização dessa intervenção.

Para isso, o suporte da ação do psicólogo é baseado nos conhecimentos da Psicologia da Saúde no referencial epistemológico e teórico da Teoria da Subjetividade. E, a partir desse saber, considera-se a peculiaridade do impacto que a cirurgia pode gerar, tanto no indivíduo que fará a cirurgia quanto para a família dele. Além disso, o trabalho do psicólogo poderá facilitar a relação entre o médico e o paciente, contribuindo de forma a mediar o contato entre ambos.

Essa atuação do psicólogo pode facilitar o trabalho dos médicos que realizam as cirurgias, pois o indivíduo poderá entrar mais calmo no centro cirúrgico e não resistir tanto

aos procedimentos solicitados pela equipe de saúde, e poderá ajudar na aproximação entre a equipe de saúde e a pessoa, promovendo maior comunicação entre eles.

Como se pode observar no caso de Gael, o médico desconsiderou os aspectos emocionais, enxergando apenas a doença dele, mas o psicólogo deve olhar a pessoa como um ser dinâmico, integrado, vendo-o de maneira holística, enquanto sujeito único, e considerar, dentre outros, fatores sociais envolvidos nos processos subjetivos do adoecimento.

Assim, uma das maneiras de dar visibilidade a esse modo de perceber o indivíduo e sua organização subjetiva é através da dinâmica conversacional como um recurso facilitador do processo cirúrgico para pessoas que serão submetidas a procedimentos médicos, uma vez que permitirá a expressão de emoções, por meio da conversação sobre a situação da cirurgia, em um cenário acolhedor, que seja uma ponte para a criação de recursos subjetivos que auxiliem o indivíduo na compreensão da circunstância vivenciada.

Essa dinâmica conversacional, como estratégia utilizada para o enfrentamento do processo cirúrgico, poderá facilitar a vivência da cirurgia com o intuito de que esta não venha a ser uma experiência traumática para a pessoa.

Com isso, a ação do psicólogo pretenderá minimizar os possíveis efeitos subjetivos negativos relativos à cirurgia, por exemplo, as emoções patogênicas que bloqueiam o surgimento de novos sentidos subjetivos sobre a experiência vivida e prejudicam a passagem pelo processo cirúrgico.

Também é possível objetivar uma atuação voltada ao fortalecimento da autoconfiança da pessoa para passar pela cirurgia, rompendo com a representação social desta como algo ruim, para que o indivíduo passe pelo processo cirúrgico de uma maneira mais tranquila, em uma tentativa de facilitar a elaboração desse acontecimento de forma mais calma e lidar melhor com a situação, tornando-a mais suportável.

Isso não significa que o trabalho do psicólogo impedirá que a pessoa atravesse a cirurgia de maneira difícil – vale lembrar: não é essa a pretensão e não se tem esse poder! – mas, sim, poderá auxiliar a passagem desse momento.

Preparar a pessoa nessa circunstância significa dar assistência psicológica, um apoio emocional que possibilite a compreensão desse evento, permitindo que ela expresse suas angústias e seus medos, compartilhe seus sentimentos e organize subjetivamente essa experiência.

Para tanto, o psicólogo deve estar atento não só às palavras ditas pelo indivíduo, mas também reparar nas atitudes, nos silêncios e nos gestos, tendo em vista que o sentido subjetivo não aparece de forma direta no discurso do sujeito, mas, sim, nas entrelinhas da fala e em outros elementos não-verbais.

A pesquisadora acredita que trabalhar as emoções que surgem durante o diálogo, as fantasias e as crenças que o indivíduo tem em relação à cirurgia é uma maneira de vivenciar com a pessoa o processo cirúrgico antes da ocorrência deste, sem que isso aconteça de forma abrupta, pois, durante a dinâmica conversacional, os sentidos subjetivos irão se organizar frente ao processo cirúrgico que ainda não se realizou na prática, o que pode favorecer a melhora da qualidade dessa experiência, pois estabelece um contato com a cirurgia antes de sua efetivação e permite a participação ativa do sujeito frente a essa situação.

Falar sobre o que ocorrerá durante a cirurgia, explicar como é o centro cirúrgico, dialogar sobre as dúvidas que a pessoa tem, vinculadas às conseqüências da intervenção médica e cirúrgica, trabalhar as questões referentes à hospitalização, refletir sobre os problemas que a pessoa considera existir nessa circunstância, esclarecer pontos sobre o enfrentamento dessa ocasião, expressar o que sente com a proximidade da cirurgia, informar sobre os procedimentos a que se submeterá, dizer sobre as expectativas concernentes à cirurgia são alguns indicadores levantados pela pesquisadora e que podem estar relacionados

com a ansiedade de Gael sobre o processo cirúrgico, em que elementos simbólicos e emocionais são constituídos nessa vivência como aspectos relevantes na configuração subjetiva do processo cirúrgico.

4.1.5 A Família no Processo da Doença

Quando Gael quis falar sobre questões referentes ao câncer, a família dele, além de não ter dado a chance de ele falar sobre a cirurgia, também não abriu espaço para ele se expressar sobre a doença, como se observa a seguir: *“Tentei conversar com o pai e com minha esposa, mas eles falavam ‘deixa isso pra lá, não fala mais nisso’, então não me era permitido falar sobre o assunto.”*

O trecho acima evidencia que o fato de a família não condescender em falar com Gael sobre o câncer é um indicador de que a doença tem um sentido subjetivo de tabu social, mostrando que o câncer é uma doença de grande impacto social e individual.

E esse tabu social também é um indicador de como o imaginário social do câncer está muito arraigado neste não-pronunciamento, o que aponta o poder das representações sociais na influência da reação das pessoas frente à doença.

Neste estudo de caso, percebe-se que o câncer é uma doença sobre a qual não se pode exprimir. Essa proibição é um indicador de que a doença é considerada como algo que deve ser evitado, pois talvez esteja associada à crença de que, se falar da doença, poderá atraí-la para outras pessoas do convívio do indivíduo.

Essa restrição que determina o não se pronunciar sobre a enfermidade é um indicador da associação da doença a fortes crenças de que falar sobre ela trará algo ruim, o que significa, talvez, que as pessoas da família de Gael acreditem que, não falando da doença, evitarão a proximidade com ela.

O interdito a qualquer contato verbal com a doença também é um indicador de que a família, talvez, possa sentir medo do câncer, medo esse que tem muito a ver com a representação social da “doença que traz sofrimento” ou até mesmo vergonha de existir um caso desses na família em função das repercussões sociais que podem ser desencadeadas pela doença.

A não-admissão da família sobre Gael compartilhar a experiência do câncer foi sentida por ele *“como se tivesse que agüentar aquilo como ser uma pessoa mais forte, mas nem sempre a gente é forte.”*.

O trecho acima mostra que Gael organizou subjetivamente a ação de sua família em um sentido subjetivo de não consentir que ele sofra, o que é um indicador de que há sentidos subjetivos associados ao lugar do homem na subjetividade social, este vinculado à representação social de que “homem não sofre”, o que remete a questão do gênero masculino unido à idéia de viripotente.

Contudo, ao reconhecer que não consegue ser forte em todos os momentos da vida, Gael se insurgiu contra o valor cultural da condição de homem que não sofre e não quis ocupar esse papel, o que é um indicador de que ele foi sujeito desse processo e indica que a produção subjetiva de Gael não foi coibida, apesar de ele fazer parte de um sistema de relacionamento social (sua família) que tentou desestimular a expressão sobre a enfermidade.

Vê-se que essa privação imposta pela família está vinculada à representação social da doença em que se pôde perceber a recusa de Gael frente ao posicionamento de seu meio social, o que indica a tentativa de Gael de assumir seu papel de sujeito, ao conceber como legítimo o seu direito de sofrer e o seu direito de desejar falar, sim, sobre a doença com outras pessoas.

Além disso, essa vontade de falar é um indicador de que Gael admite a presença da doença em sua vida e a assume, diferentemente de sua família, sem fugir dela, encarando-a de frente.

No entanto, foi repreendido pelo seu grupo social devido a esse comportamento, pois, quando tentava infringir a regra de seu grupo, tinha como conseqüência sanções sociais, por exemplo, a desqualificação de seu discurso (“*Tu fica falando como um carente.*”) e a censura da família ao violá-la (“*Não fala mais sobre isso, Gael.*”), o que evidencia que Gael passou por uma reprovação social ao mencionar a doença com pessoas mais próximas (no caso, a esposa e o pai), que foram hostis quando ele quis se colocar perante o assunto, como se observa nos trechos citados, não aceitando que ele falasse sobre o câncer.

Com essa reação de sua família, Gael sentiu-se constrangido por querer falar da doença, e esse sentimento em relação à sua rede social é um indicador da falta de apoio em um momento tão importante de sua vida. Assim, passa a ter cautela sobre com quem falar sobre essa experiência, o que é um indicador da falta de um espaço de confiança para compartilhar sua vivência.

Dizer a Gael para ele não falar sobre a doença e ainda rotulá-lo de carente é um indicador da tentativa de subalternizar Gael em seu processo da doença e também é um indicador da desqualificação das emoções que ele estava vivenciando naquele momento. Essa postura da família reafirma o ponto de vista do médico que não se importa com o indivíduo em sua totalidade nem com os aspectos subjetivos da doença.

Por tudo isso, Gael relatou que, muitas vezes, quando sentiu desejo de se expressar sobre a experiência da doença, mas não encontrou espaço, então ele “*deixava muito aquilo no interior, guardado lá, e foi difícil não poder falar algumas vezes, isso me fez sofrer um pouco.*”.

Do relato acima se depreende o indicador da importância de se construir um espaço para que a pessoa coloque suas questões, possa discorrer sobre elas de forma espontânea, à vontade, e mostra, ainda, a dificuldade sentida por Gael não ter essa oportunidade de se expressar, o que o fez, muitas vezes, não falar com as pessoas sobre o câncer e, por sua vez, sofreu com isso, o que confirma a relevância de um suporte emocional perante a vivência de adoecimento.

Haja vista que para Gael “*parecia que ia tá alugando uma pessoa pra falar sobre o meu problema*”, caso ele insistisse em dialogar a respeito do adoecimento, pode-se aludir que essa impressão dele é um indicador de que Gael configurou subjetivamente a sua livre expressão (o falar sobre a sua própria doença) em um sentido subjetivo de estorvo, como sendo um peso para sua família, se fizesse isso.

Observa-se que o relacionamento familiar gerou danos a Gael ao embargar a conversação sobre a doença, pois não dar liberdade a Gael para que expressasse abertamente o que estava sentindo em relação à sua enfermidade culminou em uma configuração subjetiva da família geradora de mal-estar, tendo em vista que configurou um sentimento, em Gael, de não ser apoiado por eles, já que não lhe era permitido falar sobre o câncer.

Essa hipótese é confirmada pelo complemento de frases no qual Gael expressou: “*Lamento... às vezes não ter sido compreendido.*”. Essa frase é um indicador sentidos subjetivos da família que não entendeu a importância de ele falar sobre a doença, o que leva Gael a organizar subjetivamente essa experiência em um sentimento de incompreensão e de frustração de um desejo não-realizado.

Por conta disso, Gael procurou não falar sobre a doença algumas vezes, mas disse que é difícil fazer isso como se pode observar no seguinte relato: “*Isso é uma coisa complicada, porque sinto vontade de falar sobre o assunto, mas é uma coisa também que eu tô procurando esquecer, mas esquecer completamente, claro, nunca vai acontecer.*”.

Vê-se com o trecho acima que a configuração subjetiva do câncer, no caso de Gael, incorpora sentidos subjetivos contraditórios, pois, por um lado, quer falar sobre a enfermidade, mas, por outro, sente vontade de esquecê-la. São desejos que ocorrem simultaneamente, porém, dependendo do contexto no qual Gael está inserido, o sentido subjetivo de expressar ou de esquecer dominará a configuração subjetiva em um momento ou outro ao longo do processo da doença, em circunstâncias diferentes.

Isso é um indicador da subjetividade como sendo muito mais complexa do que se imagina e também é um indicador de como os processos subjetivos são contraditórios mesmo (González Rey, 2004a).

Tentar esquecer a doença e tudo o que a ela esteja relacionado mantém a estagnação do sentido subjetivo constituído na época do adoecimento, já que evitar o assunto não permite a produção de sentidos subjetivos novos, que são importantíssimos para a saúde.

Contudo, a partir das informações de Gael é possível entender como se constituíram os sentidos subjetivos referentes ao querer esquecer a doença com base em sua história de vida e em suas relações sociais da família, com as quais passou conflitos interpessoais que lhe trouxeram dificuldades durante o processo da doença, mas esses problemas não ocorreram somente durante o momento da enfermidade, foram constituídos ao longo da história de Gael com sua rede social.

Buscar olvidar a doença é um indicador de que Gael quer evitar tomar contato com os conflitos gerados em torno dela, que desencadearam sofrimento nele na época em que adoeceu, por exemplo, os conflitos nas relações sociais em família, que lhe geraram danos. Entrementes, permanecer nessa procura por não lembrar impede o desenvolvimento pessoal de Gael.

No entanto, por meio da conversação sobre a doença ou qualquer outro tema gerador de conflito, novos sentidos subjetivos começam a se constituir no que se refere a esses momentos (González Rey, 2004a).

Este estudo de caso rompe com a representação social sobre doenças crônicas de que a família é um esteio para o enfrentamento da doença, pois isso não ocorreu no caso dele. Vê-se que a família não amenizou suas emoções negativas durante o processo de adoecimento, mas, sim, intensificou-as.

A família constituiu-se em um sentido subjetivo referente à consternação. Observa-se que, no caso de Gael, a família é um indicador de ponto de conflito e não um “porto seguro”, haja vista que a postura de sua rede social foi configurada em sentidos subjetivos fonte de sofrimento para Gael.

Essa hipótese acima é confirmada pelo que Gael disse sobre o momento posterior da experiência da doença, pois ele afirmou que, passado todo o processo de adoecimento, a cirurgia e o tratamento, *“a parte emocional foi a mais afetada do que a física porque a física teve um tratamento e pronto, mas a emocional continuou e até hoje não sinto permissão de falar sobre isso com as pessoas do meu convívio.”*

Esse relato de Gael mostra que suas questões emocionais sobre a doença foram desconsideradas por sua família, passaram despercebidas por ela, e tudo o que envolvia a sua singularidade foi posto de lado por seu pai e sua esposa, como sendo algo secundário naquele momento e até hoje.

O comentário de Gael é um indicador de que seu sofrimento não estava ligado à doença em si mesma, ao físico – como se vê nas representações sociais de doenças crônicas – mas, sim, configurou-se em desdobramentos emocionais e simbólicos decorrentes de uma teia de produções subjetivas que envolvem outros espaços além do adoecimento, por exemplo, o relacionamento social (González Rey, 2006b).

4.1.6 A Ressignificação de Valores

Gael mencionou que a maior lição da doença foi ver que a vida é mais simples: *“Passei a dar maior valor para coisas mais simples, passei a ver as pessoas, a solidariedade, mas, antes, eu tinha uma ganância sem tamanho pelo dinheiro, queria sempre adquirir mais coisas (casas, carros) e que perderam valor depois do meu problema.”*.

Observa-se que a enfermidade de Gael contribuiu para a produção de novos sentidos subjetivos relativos à própria vida, por exemplo, a solidariedade, e o dinheiro passou a ter menos importância em relação a pequenas coisas da vida que começou a apreciar melhor e a ter um sentido subjetivo especial para ele, o que é um indicador da ressignificação de valores que tinha sobre a vida.

Outro trecho da conversação, que também chamou a atenção da pesquisadora, é o seguinte: *“Hoje eu sinto mais a vida, eu queria muito era ter e agora eu to na fase do ser, então eu vivo cada instante que a vida se apresenta pra mim.”*.

Este relato indica que o cotidiano de Gael estava organizado por uma prática compartilhada por outras pessoas, qual seja de viver uma vida correndo contra o tempo e ganhar dinheiro pelo fim em si mesmo, mas esse modo de viver foi modificado com a experiência da doença.

Antes de adoecer, Gael achava que *“a vida era nascer, viver e morrer e pronto”*, mas depois começou a observar mais ao seu redor as pessoas com deficiências físicas e concluiu que *“a vida tem um significado maior e tudo tem uma razão de acontecer.”*.

Nesses trechos, evidencia-se que Gael não enxerga a doença como uma fatalidade em sua vida, mas, sim, há uma representação da enfermidade em sua vida pessoal, que é um indicador da produção de novos sentidos subjetivos que facilitam a passagem pelo adoecimento e possibilitam visualizar a vida sob outros ângulos, ressignificando-a.

Assim, para Gael, a doença não foi considerada como algo ruim que aconteceu na vida dele, apesar do impacto que ela gerou em sua subjetividade. Pelo contrário, ele se posicionou de forma reflexiva diante da doença e fez dela uma circunstância de desenvolvimento que, em relação à sua vida, oportunizou a formação de novos sentidos subjetivos.

A posição de buscar um aprendizado também é visto no complemento de frases em que ele expressa: “Eu gosto... *de dar e receber amor; de tirar lições do que a vida está sempre nos ensinando.*”; “Eu... *sempre buscando aprender as lições da vida.*”; “Penso... *que os outros poderiam ser menos gananciosos.*”.

Essa última frase foi colocada junto das outras duas, que expressam sobre lição, pois ela é um indicador do aprendizado de que Gael fala durante a dinâmica conversacional, uma mudança qualitativa de deixar de lado a ganância e pensar nas pessoas. E nessas duas frases acima, verifica-se o pensamento altruísta visto também em outras frases, de ajudar as próximas gerações.

A resignificação de valores foi vivenciada durante o processo da doença, a qual adquiriu um novo sentido subjetivo relacionado ao aprendizado que ela gerou para ele, o que mostra que a patologia não trouxe só angústia para a vida dele, mas também trouxe proveitos para o desenvolvimento pessoal de Gael, que passou *"a dar outro valor para a vida e a enxergar outras coisas que não via antes à volta"*.

Isso ultrapassa a representação social dominante da doença crônica associada a sofrimento, pois os sentidos subjetivos relacionados com o adoecer dependem da história de vida de cada sujeito, de sua produção subjetiva, do seu contexto social que, articulados em uma teia de configurações subjetivas do processo do adoecimento, geram novos sentidos subjetivos atrelados a outros aspectos da vida (González Rey, 2006b).

Constata-se que a experiência de estar doente possibilitou a Gael processos de subjetivação orientados a um novo olhar sobre a própria vida e sobre as pessoas, pois ele

passou a dar mais importância para coisas simples do cotidiano em detrimento das coisas materiais.

Isso é um indicador de que ocorreu uma mudança no sentido subjetivo que a vida tinha para ele, pois, provavelmente, antes de adoecer, a satisfação de Gael estava aliada aos bens-materiais, ao consumismo, mas, depois da vivência da doença, passou a ter outros valores, deixando de lado a aquisição exacerbada de bens materiais, e não mais enxergando os indivíduos por suas posses.

Observa-se que a experiência da doença promove, em diversas pessoas, uma reavaliação do que se tornou a vida até esse momento, outras fazem uma revisão de conceitos, valores, atitudes, posturas, dinâmica familiar, social, utilizando essa circunstância de adoecimento como uma oportunidade de reorganizar diferentes aspectos de sua vida, por exemplo, a partir dessa situação, encontrar uma nova possibilidade de se relacionar com as pessoas (Bruscato, Benedetti & Lopes (orgs.), 2004).

Nota-se que os sentidos subjetivos configurados na representação social do cotidiano de Gael, antes da doença, preponderavam um modo de vida que o impedia de observar as coisas mais simples do dia-a-dia. Entretanto, a partir da experiência do adoecimento, Gael ficou mais sensibilizado a um cotidiano que antes ele não vislumbrava, indicando que se configuraram novos sentidos subjetivos.

O modo de vida de Gael, antes da doença, é um indicador de que sua vida estava centrada no consumismo, pois a aquisição de bens materiais mostrava-se como uma boa condição de estado perante a opinião dos outros indivíduos, que o classificavam como alguém que tinha ganhos econômicos, e essa situação lhe conferia privilégios, prestígio e um elevado nível hierárquico diante de um grupo social por possuir uma boa posição dentro da estratificação social, o que lhe garantia um status de ser considerado, pelos outros, como uma

pessoa bem-sucedida na vida, isto é, o poder econômico conquistado por Gael definia o seu valor nos espaços sociais em que estava inserido.

Isso é um indicador da representação social do cotidiano nas relações interpessoais da sociedade do consumo, a qual apresenta um sistema de práticas e valores que desenvolve e cultua um indivíduo objetualizado.

Percebe-se que a referência de mundo para Gael foi alterada e passou a inscrever-se na relação com outras pessoas, começando a doar-se para elas, ou seja, alguns fundamentos dele foram modificados, deixando de buscar incessantemente os bens materiais, um objetivo comum na sociedade ocidental capitalista, que se alimenta do consumo desmedido e sem consciência.

No complemento de frases também se pode ver o lugar secundário que se tomou a aquisição de bens materiais para Gael, quando ele expressou: “O tempo mais feliz... *é quando faço realmente as coisas que gosto*”; “A felicidade... *é um estado de espírito*”; “Diariamente me esforço... *para ter um crescimento de meu interior e também viver em harmonia com tudo o que me cerca*”. Essas frases são indicadores do crescimento pessoal de Gael, um desenvolvimento no qual a sua felicidade está configurada subjetivamente ao ser e não ao ter.

Também é possível observar no complemento de frases a doação mencionada: “Minhas aspirações... *são voltadas para as pessoas.*”; “Meu maior prazer... *é auxiliar pessoas.*”; “Farei o possível... *para conseguir sempre ajudar os menos favorecidos na vida; o meu objetivo principal de vida.*”; “Me deprimos... *quando não consigo alguma maneira de ajudar aos outros.*”; “Sempre que posso... *ajudo as pessoas que convivem comigo; ter esperança de dias ainda melhores.*”; “Me esforço... *para oferecer aos outros o melhor de mim.*”.

Todas essas frases são indicadores da mudança de sentido subjetivo da vida, voltado agora mais para pessoas do que para coisas, o que é um indicador da alteração do valor

atribuído às coisas e aos indivíduos, pois, os objetivos de Gael estão configurados para o outro e não para os objetos e, em sua vida, as pessoas passaram a ter mais importância que os bens materiais.

No que tange esse assunto, González Rey (2006b) fala que a representação social que orienta o modo de viver o cotidiano tem responsabilidade na realidade social como resultado de uma subjetividade dominante que subordina as pessoas e contribui para eliminar outras maneiras de sentir e vivenciar a realidade da vida.

Isso significa que a representação social do câncer configurou-se também por sentidos subjetivos constituídos no cotidiano de Gael, uma vez que seus valores e objetivos de vida, dentro de sua rotina, inseridos na realidade social da qual faz parte, foram resignificados.

No caso de Gael, ter assumido um novo modo de vida é um indicador de sua capacidade de adotar decisões que geram conflitos com os sentidos subjetivos dominantes na representação social do cotidiano.

Além disso, alterar esse modo de vida também é um indicador do surgimento, após a doença, de insatisfação com a forma como estava vivendo e, perante isso, Gael propôs alternativas de subjetivação, gerando o desenvolvimento de novos sentidos subjetivos.

Observa-se que Gael foi capaz de gerar novos sentidos subjetivos que levaram a configurações subjetivas alternativas e estas, por sua vez, facilitaram o desenvolvimento dele como pessoa. Além disso, Gael passou a se relacionar diferentemente com sua própria vida, sob um aspecto divergente do cotidiano, avaliando o lugar dele em seu estar no mundo.

Sobre as novas produções subjetivas da experiência da doença, Gael contou que, antes de ficar doente, ele pensava demais no futuro e acabava não vivendo o presente, conforme expressou: *“Antes, o futuro parece que estava junto de mim, então, uma coisa que eu digo sempre agora: viver o presente...”*.

Esse trecho mostra o modo como Gael vivia o hoje, constituído em um sentido subjetivo em relação ao futuro, colocando o presente com foco naquilo que ainda não ocorreu, isto é, sua produção subjetiva estava voltada para o futuro, pois ele vivenciava o seu presente como condição de seu futuro, levando-o, possivelmente, a não desfrutar do presente.

Porém, com a experiência da doença, um novo sentido subjetivo foi configurado, que é o de perceber o momento presente, sentindo-o, aproveitando-o mais e investindo suas energias naquilo que vive atualmente e não naquilo que ainda está por vir.

Viu-se essa questão da temporalidade também no complemento de frases: “Meu futuro... *estou tentando construí-lo no presente.*”; “Minha vida futura... *são os meus planos de hoje.*”.

Essas duas frases são indicadores de que, diferentemente de antes da doença, em que o foco da vida de Gael estava em direção ao futuro, sem observar o presente, pode-se ver, agora, pelo complemento de frases, que houve uma mudança qualitativa, pois o futuro está constituído subjetivamente no momento presente, com foco naquilo que pode fazer hoje; e o presente não mais se organiza a partir do futuro, mas, sim, é configurado na atualidade.

Gael relatou também que, antes de adoecer, ele levava uma vida acelerada, “*tudo era pra ontem*”, pensava que o dia deveria ter muito mais horas, mas, depois da doença, passou a “*olhar a vida com mais calma e não correr tanto.*”.

Percebe-se a mudança do sentido subjetivo do tempo, que é um indicador que faz parte da representação social da doença, que é associada à morte, a qual provoca uma interrupção do tempo futuro.

Essa corrida contra tempo também apareceu no complemento de frases: “*Algumas vezes... me apressei na vida.*”; “*Meu maior problema... é querer que as coisas aconteçam mais rapidamente do que o tempo normal.*”; “*Meu principal problema... é às vezes não ter a calma necessária para esperar as coisas acontecerem.*”.

Essas frases são indicadores do modo de vida de Gael em relação ao cotidiano e indica que está em processo de mudança, pois lamenta não ter a paciência necessária, mas ainda objetiva agilidade em tudo que faz.

4.1.7 Representação Social do Câncer

Na dinâmica conversacional, Gael expressou sobre a causa de sua doença: *“Esse problema que eu tive surge em decorrência de problemas emocionais nas pessoas.”*

Observa-se, na referência à etiologia da enfermidade, um indicador da influência de um elemento construído pela representação social do câncer que relaciona o surgimento dessa doença a emoções, pois Gael configurou subjetivamente a causalidade de seu tumor a sua ligação com as emoções, justificando essa crença por meio de um argumento fisiológico de que *“essa glândula Hipófise é a que controla as emoções, então, ela fica muito abalada e começa uma reprodução exagerada”*.

Esse raciocínio de Gael também é um indicador de uma visão reducionista da complexidade que é o processo da doença crônica, ponto de vista esse influenciado pelo modelo biomédico organicista, unicausal na base de explicação sobre a enfermidade (Queiroz, 1986).

A associação com a morte foi vista em outra ocasião, quando Gael comentou que, ao se deparar conversando com pessoas sobre o futuro, achava inútil pensar a respeito disso, pois achava que dali seis meses não existiria mais.

Isso é um indicador de que a morte foi sentida como estando próxima, sendo que esse sentido subjetivo da morte é um elemento da representação social do câncer, assim como a questão da temporalidade, comentada anteriormente, também é uma influência do imaginário social sobre o câncer, em que a doença rompe com o tempo futuro, ou seja, essas associações

ocorrem por influência das representações sociais do câncer nas crenças e nos discursos sobre a doença, carregados com a idéia de perda.

Desse modo, as representações sociais hegemônicas sobre essa doença, vinculadas à morte, excluem o indivíduo como um ser vivente no mundo e o concebem como um “não vir a ser” a partir da influência desse simbólico associado.

Gael disse que tinha momentos em que chegava ao “*fundo do poço e me sentia deprimido*”, e pensava que não sobreviveria ao câncer. Porém, simultaneamente a esse momento, ele percebia que estava se alimentando, trabalhando, estudando e vivendo plenamente suas atividades diárias, e que, quando lembrava desses afazeres da rotina que estavam “*normais*”, então começava a pensar que venceria a doença e continuaria a viver.

Com isso, observa-se que sentidos subjetivos diferentes entraram em tensão, indo a orientações opostas, pois se viu que, no processo de subjetivação individual da doença, a representação social dominante de atrelar o câncer à morte pôde gerar, por um lado, um efeito destrutivo como o sentimento de depressão, um mal-estar que teve forte impacto em Gael num primeiro momento.

Gael comentou que nos momentos em que se sentiu depressivo por causa do câncer, ele acreditava que seria melhor morrer para não sofrer as possíveis conseqüências negativas, por exemplo, ficar cego: “*Até seria melhor que uma força divina me chamasse antes disso mesmo*”. Percebe-se que nessa colocação de Gael há um indicador do sentido subjetivo da morte configurado na evitação do sofrimento que poderia advir com a cegueira.

Aqui, mais uma vez, Gael surpreende a pesquisadora, pois se trata de um caso peculiar sobre os sentidos subjetivos da morte. Encontra-se no trecho acima um indicador da morte organizada subjetivamente como algo bom naquele momento de tensão, já que a morte traria alívio e com isso, novamente, Gael rompe com a representação social da morte relacionada a um sentimento de medo, angústia.

Pelo relato de Gael, pode-se dizer também que morrer traria menos sofrimento a ele do que se ficasse cego. E observa-se que não foi o câncer associado à morte, como se vê na representação social da doença, mas, sim, os efeitos físicos que a doença poderia lhe trazer.

Gael transpôs o sentimento de depressão, que é congruente com o sentido subjetivo de aproximação da morte e incerteza do futuro, para dirigir-se à produção de representações alternativas, por exemplo, sua visão otimista, frente à dominante já explicada.

Também se nota que o movimento da depressão para o otimismo é um indicador de Gael como sujeito que se posiciona frente a seus estados emocionais, convertendo os estados afetivos em recursos subjetivos que facilitam atravessar a situação da doença de maneira positiva.

Isso significa que a organização subjetiva de Gael ligada ao otimismo permitiu que ele encontrasse alternativas para superar a ocasião da doença, o que é um indicador do sentido subjetivo configurado no reconhecimento de suas emoções que se desdobram em uma atitude positiva para enfrentar o câncer.

É importante ressaltar que, diferentemente de muitos estudos de caso sobre o câncer, o sentido subjetivo da morte não foi dominante na configuração subjetiva da doença na vida de Gael. E a pesquisadora achou relevante destacar essa informação justamente por ser um ponto que deixa claro o caráter singular da configuração subjetiva da doença como um momento em que se organizam sentidos subjetivos particulares (González Rey, 2006a).

Concernente a essa questão, González Rey (2006a) argumenta que a doença configura-se em diversos sentidos subjetivos em cada indivíduo de forma diferente, dependendo de suas múltiplas alternativas subjetivas e de sua articulação com os vários espaços sociais nos quais está inserido.

4.1.8 Câncer: um Engajamento pelos Interesses na Vida

A recuperação demonstrada por Gael na capacidade de ter uma nova perspectiva sobre a doença, aliada ao surgimento de novas emoções e expressões simbólicas, expressa um sentido subjetivo que gerou novas escolhas frente à situação de adoecimento (González Rey, 2006a), organizando-se em possibilidades do dia-a-dia, ou seja, naquilo que ele era capaz de fazer, apesar de estar com câncer, o que é um indicador da manutenção de seus interesses pela profissão e por suas ações no cotidiano.

Isso mostra que Gael não se desmobilizou socialmente e que a doença não era o centro de sua vida, ou seja, houve a transcendência da doença e ele manteve seus interesses na vida, o que evidencia que ele foi sujeito de sua enfermidade, não rompendo com uma área de sua vida pessoal (como o trabalho) que é relevante nos sentidos subjetivos que a constituem.

O trabalho foi um tema de destaque no complemento de frases: “O trabalho... *é muito importante para mim; deve sempre ser feito com dedicação e carinho.*”; “Amo... *o meu trabalho e quem me ama; a vida como ela é.*”; “Dedico a maior parte do meu tempo... *ao meu trabalho e a quem amo.*”; “A profissão... *todos precisamos ter uma.*”.

Essas frases indicam que o trabalho está configurado subjetivamente como fonte de prazer e que é um sentido subjetivo relevante na configuração subjetiva da vida de Gael para a manutenção de sua saúde, indicando que o trabalho é uma alternativa positiva para se restabelecer o processo de saúde em Gael.

Assim, pode-se aduzir que a doença de Gael aparece como um indicador não-impeditivo da vida social dele, já que continuou a estudar e a trabalhar, mantendo relações nesses espaços sociais, o que foi de extrema relevância para atuar como sujeito de sua própria saúde.

E a não-ruptura com essas duas atividades fundamentais de seu cotidiano foi importante também para um movimento não-vitimado em relação à doença, o que quebra com a representação social do câncer que atrela uma pessoa doente a uma vida enclausurada.

Vê-se que Gael rompeu com o papel de “doente retirado passivo” para ocupar o seu lugar de sujeito que participa como agente de diversas atividades sociais. E, nessa participação ativa, Gael opõe-se à representação social do câncer que reporta a pessoa a um rótulo de doente inválido.

Vale ressaltar aqui a extrema relevância de se impugnar essa concepção naturalizada sobre o indivíduo portador de uma doença crônica para que haja a promoção de sua saúde, através da criação de novos sentidos subjetivos (González Rey, 2006a).

Infere-se que permanecer com tal engajamento pela vida em sua rotina significa romper com a representação social dominante do câncer ligada ao término de tudo e também é um indicador de que a doença não foi organizada subjetivamente como um limitador da vida ou incapacitante de funções e atividades, pelo contrário, constituíram-se sentidos subjetivos com foco na vida e não na morte.

Isso também é corroborado pelo complemento de frases em que Gael escreveu: “Vida... *vale acreditar.*”; “Meus estudos... *sempre mais; eu quero continuar futuramente.*”; “Luto... *para conseguir meus objetivos.*”.

Essas frases são indicadores de que, apesar de ter passado pelo câncer, ainda assim, ele tem crença na vida e não na morte, pois faz planos de continuidade futura e batalha para alcançar seus desejos, o que é um indicador de Gael como um sujeito agente de suas ações na vida.

4.2 Construções Elaboradas a partir das Informações de Henrique

A pesquisadora conheceu Henrique (nome fictício para proteger a identidade desse sujeito de pesquisa) em um grupo de terceira idade chamado “Mexe Coração”. Ele foi apresentado à pesquisadora por intermédio de Catarina, uma ex-integrante desse grupo que também participou desta pesquisa.

Nesse grupo as pessoas se reúnem semanalmente para fazer diversas atividades voltadas para o idoso, por exemplo, palestras sobre saúde, exercícios físicos, dinâmicas lúdicas em grupo e artes cênicas. Nesse grupo, Henrique realiza atividades intelectuais, físicas e sociais, o que proporciona uma vida mais ativa para ele.

O diálogo com Henrique iniciou com uma explicação sobre a pesquisa e o motivo pelo qual a pesquisadora estava lá no grupo. Ele aceitou participar e perguntou se a esposa dele também poderia. A pesquisadora respondeu que sim, desde que fosse uma decisão da própria Samara (nome fictício da atual esposa dele).

Henrique mostrou entusiasmo para participar da pesquisa depois que lhe foi explicado sobre o que tratava, e disse que ficaria contente em dar o seu relato. No total, a pesquisadora teve três encontros com Henrique e, em todos, ele foi muito receptivo a ela. Isso é um indicador de que o vínculo entre a pesquisadora e o sujeito de pesquisa foi estabelecido, o que facilitou a dinâmica conversacional.

A partir da conversação e do complemento de frases, criaram-se algumas zonas de sentido sobre as quais se elaboraram as construções interpretativas da presente pesquisadora e essas zonas de sentido agrupadas apresentam-se como um modelo teórico sobre os sentidos subjetivos de Henrique, sendo que um modelo teórico é “um sistema que se desenvolve a partir da tensão permanente entre o momento empírico e a produção intelectual do pesquisador, mas que se constitui de significações produzidas não evidentes nos fatos” (González Rey, 2005a, p. 119).

Assim, as zonas de sentido construídas foram denominadas da seguinte maneira: A dor da perda; O oculto sofrimento na felicidade aparente do casamento; A paternidade padecedora no imaginário paradisíaco; A família como fonte de desprazer; Uma vida voltada para os outros; A conquista do trabalho; A incerteza do futuro.

4.2.1 A Dor da Perda

Henrique mora em frente ao local onde o grupo se reúne, então, ele e a pesquisadora saíram do grupo e foram para o apartamento onde reside. Chegando lá, ele começou a falar sobre sua história de vida e o diálogo teve início e, em alguns momentos dessa conversação, Henrique chorou ao lembrar de fatos e pessoas importantes em sua vida.

Esse sujeito de pesquisa é um marceneiro aposentado que tem 79 anos de idade, Ensino Fundamental completo, é hipertenso há mais de 20 anos, foi casado durante 58 anos, mas, há dois, sua primeira esposa, Júlia (nome fictício), faleceu com câncer aos 75 anos, sendo que, durante o período de adoecimento dela, Henrique teve um infarto do coração. Júlia era costureira e tinha 17 anos quando casou com Henrique e ele, menos de 20.

Eles tiveram dois filhos cujos nomes fictícios são: Laís (professora, casada e com filhos) e Tadeu (músico, casado e com filhos) e, hoje, Henrique está recém-casado novamente, desde janeiro de 2007, com sua atual esposa chamada Samara (nome fictício).

Sobre o momento do diagnóstico de câncer em Júlia, Henrique contou: *“Quando a minha primeira esposa ficou doente (...) começou a sentir uma dor no estômago e eu a levei em um especialista (...) um outro médico que a atendeu primeiro, antes do doutor Mauro (...) mas ele não quis me dizer o que ela tinha.”*

Percebe-se que essa postura do médico de não deixar Henrique saber sobre a doença de Júlia é um indicador da tentativa de despersonalização de Henrique. Essa despersonalização é referente ao papel de objeto concedido pelo médico a Henrique, já que o

médico excluiu a condição de sujeito de Henrique, no momento em que negou a este a possibilidade de conhecer a doença de Júlia.

Dessa forma, observa-se uma tensão entre o autoritarismo do médico e a posição individual de Henrique, que tenta ser sujeito nesse momento do diagnóstico de Júlia, mas não encontra espaço para isso.

Nota-se que esse tema foi amplamente discutido no estudo de caso de Gael e novamente verificou-se o surgimento desse assunto aqui no caso de Henrique, o que reforça a importância de combater fortemente essa conduta excludente do sujeito dentro do modelo biomédico de atuação.

Sobre o que sentiu ao ver sua esposa doente, Henrique expressou durante a conversação: *“Eu fiquei bastante aborrecido, bastante triste de ver aquela pessoa amada sofrendo, porque a gente era casado há 58 anos, uma vida, né, 58 anos... eu ia pro hospital, lá pra fora, quando a minha primeira esposa baixava lá internada pra tratar dela.”*. Aqui se observa que a construção dessa expressão com o uso de elementos afetivos representa um indicador do sentido subjetivo de Júlia para Henrique pela emocionalidade presente na frase.

No trecho da dinâmica conversacional, a seguir, Henrique relaciona sua pressão e seu infarto com o adoecimento de Júlia: *“Eu fiquei assim nervoso com a minha esposa doente como estava, ela faleceu por causa do câncer que teve, (...) e por causa do sofrimento que eu tava em casa com a minha primeira esposa doente subiu demais a minha pressão e tive infarto, então meu infarto aconteceu em função da doença da minha esposa que faleceu.”*.

Nessa afirmação, vê-se que Henrique organizou subjetivamente a experiência do infarto a partir do adoecimento de sua primeira esposa. E um elemento que define esse trecho como um indicador de sentido subjetivo é a emoção que apareceu na expressão de Henrique e que se produziu durante a dinâmica conversacional, uma vez que, diante de um assunto tão

difícil para Henrique como a perda de sua primeira esposa, o adoecimento de Júlia converteu-se em um sentido subjetivo caracterizado pela emocionalidade presente nessa experiência.

Pode-se compreender o impacto psicológico do adoecimento da esposa, o choque e o sofrimento em função disso, já que a experiência da doença de Júlia converteu-se em sentidos subjetivos integrados com os momentos bons que Henrique viveu ao longo da vida com Júlia.

Nota-se que o adoecimento da esposa de Henrique foi um fato muito difícil de lidar e gerou-lhe grande sofrimento, a tal ponto que ele não gosta de lembrar desse momento de sua vida.

No entanto, evitar esse assunto doloroso impede a produção de novos sentidos subjetivos sobre aquele momento, havendo, por conseguinte, uma estagnação desses sentidos subjetivos, o que prejudica a saúde de Henrique, pois, dessa forma, sua produção subjetiva fica limitada ao sofrimento que teve no passado.

No complemento de frases, evidencia-se a dor de Henrique sobre a morte da esposa: “Fracasso... *foi quando perdi a minha primeira esposa.*”. Nessa frase há um indutor indireto em que novamente apareceu Júlia e, sendo o fracasso uma vivência intensa, isso contribui para a hipótese sobre o adoecimento da primeira esposa ainda mobilizar um forte sentimento de tristeza em Henrique. Também há nessa frase um indicador da autocobrança de Henrique pela perda de Júlia, o que expressa um sentimento de culpa, que é um indicador da rigidez de Henrique.

Percebe-se que o adoecimento de Júlia foi uma mudança vital experienciada por Henrique com grande intensidade emocional, mas esse fato não teve um sentido estressante por si só, apesar de ter sido um acontecimento muito relevante na alteração do transcurso da vida de Henrique, mas não pela constatação externa e objetiva do fato, e, sim, pelo sentido subjetivo que adquiriu posteriormente para ele, pois o adoecimento de Júlia adquiriu um valor individual na subjetividade de Henrique.

O casamento com Júlia aparece em várias frases do complemento, como exemplo: “O casamento... *quando casei no primeiro casamento eu não tinha 20 anos de idade, tive que pedir licença, autorização para minha mãe, eu adorava a minha esposa, ela costurava, começamos a vida juntos, nós dois pobres, tenho a aliança dela guardada até hoje, guardei tudo, o primeiro casamento a gente nunca esquece.*”.

Essa frase informa sobre a felicidade de seu casamento passado a que já havia feito alusão anteriormente. Ela expressa o valor do primeiro casamento, o qual participa dos sentidos subjetivos mais significativos da vida presente de Henrique.

Essa frase é um indicador da afetividade relacionada ao casamento passado, algo central na vida atual de Henrique, sendo que no sentido subjetivo do casamento estão a esposa, o trabalho e os filhos. Entretanto, nota-se que não aparece o atual casamento nessa frase do complemento.

Em outro momento do complemento de frases, Henrique também expressou: “O tempo mais feliz... *é ainda viver e ter tido o primeiro casamento, apesar de Júlia ter sido muito ciumenta, mas éramos amigos também, saíamos para bailes, ela me ajudava em tudo, inclusive no meu trabalho.*”; “Algumas vezes... *foram dias muito alegres com a minha primeira esposa, ela conversava comigo, mas, às vezes, brigava comigo também.*”.

Nessas frases há um elemento que é um indicador de que o casamento atual com Samara não parece ser tão feliz quanto o casamento anterior com Júlia, pelo fato de Henrique colocar o seu momento mais feliz no casamento passado.

Além disso, associar o tempo mais feliz ao primeiro casamento também é um indicador dos conflitos presentes no atual casamento e que serão mostrados mais adiante, ao longo desta construção de informação.

Ao entrelaçar os indicadores de sentidos subjetivos das frases “O tempo mais feliz...” e “Fracasso...”, que foram citadas anteriormente, apresentam-se outros indicadores da

incapacidade de Henrique de reestruturar novos campos de ação, pois se percebe que ele continua fixado ao sentido subjetivo de seu casamento com Júlia, apesar de já ter se casado de novo com outra mulher.

Essa incapacidade para reestruturar o seu campo de ação também é um indicador do determinismo externo de Henrique, que será apresentado depois nesta construção de informação.

Na técnica sobre as três maiores tristezas de sua vida, Henrique expressa que uma delas é: “*A morte da minha primeira esposa Júlia.*”. Aqui se observa que há um indicador da dificuldade de reconstrução subjetiva do mundo pessoal de Henrique.

Apesar de já ter se casado novamente, Henrique ainda está muito ligado ao sofrimento que vivenciou com a morte de Júlia, embora relate sua felicidade presente com Samara, como será visto no próximo tópico desta construção de informação.

Contudo, uma possibilidade de superação do sofrimento de Henrique por causa da morte de Júlia é haver o surgimento de novos recursos subjetivos para que ele se posicione diferentemente em relação a essa vivência.

Assim, vê-se que suas principais vivências ainda estão ligadas a uma circunstância sobre a qual ele não tem como atuar em sua vida presente, e isso lhe gera uma tensão.

A partir disso, percebe-se que o passado de Henrique é um indicador que participa na configuração subjetiva de sua hipertensão, uma vez que seu passado está ativo na organização da subjetividade atual de Henrique, em que o lugar atribuído a esse passado tem muito valor no momento atual de sua vida.

4.2.2 O Oculto Sofrimento na Felicidade Aparente do Casamento

Em outros momentos da dinâmica conversacional, Henrique falou sobre sua vida atual com Samara: “*Eu fui muito bem apoiado pela família da Samara, nós tivemos um casamento*

entre família mesmo, os filhos dela fizeram nosso casamento, ela comunicou todos eles que a gente ia casar e eles aceitaram com todo prazer.”. Aqui há um indicador do valor da família de Samara para Henrique, pois a considera importante na mudança de sua vida conjugal.

Nota-se que, quando se referiu ao casamento atual, ele citou somente os filhos de Samara e não os seus próprios. Essa falta chamou a atenção da pesquisadora na forma como ele se expressou sobre o apoio dos filhos de sua atual esposa, não aparecendo, nesse primeiro momento, o apoio por parte dos filhos dele.

Henrique também relatou que considera Samara uma pessoa boa, que o ajuda muito, pois se preocupa com ele e lhe dá carinho. E sobre sua atual esposa, ele disse: *“Eu sou feliz com Samara, parece que a gente já viveu tantos anos juntos assim, quer dizer, parece que somos casados há muito tempo, mas nós só estamos casados há... não faz um ano ainda.”*. Nesse trecho da dinâmica conversacional há um indicador do valor de Samara na vida de Henrique e um indicador da afetividade relacionada a ela.

Em outro momento, ele continua falando bem de sua relação com Samara como mostra durante a conversação: *“Tudo dá certinho com ela, felizmente, e faz sete meses que a gente tá casado, ela me ajuda e eu ajudo ela, nós dois temos uma amizade boa e assim eu vivo aposentado, muito bem com a Samara.”*.

Nessas informações há um indicador da importância do amor, do afeto na vida de Henrique, em que a esposa atual dele aparece como um indicador de apoio e segurança, como um esteio da organização subjetiva dele, uma vez que ele encontra nela amor e aceitação.

E Henrique também cita Samara na técnica sobre as coisas que lhe agradam, em que ele escreve que uma delas é: *“Viver em paz com minha atual companheira.”*. Além disso, na outra técnica, sobre os projetos futuros, Henrique escreveu que um deles é: *“Construir uma família com Samara, porque ela me faz muito feliz.”*. Nessas frases, mais uma vez, há um

indicador da importância de Samara para Henrique e também há um indicador do prazer existente na qualidade desse relacionamento.

No complemento de frases, Henrique expressa: “Amo... *minha vida e minha atual esposa, amo mesmo.*”. Essa frase é um forte indutor afetivo e nela Henrique concentra-se em sua relação íntima com sua atual esposa.

Entretanto, nota-se que não aparecem os filhos nessa frase que tem muitas implicações emocionais, o que é mais um indicador de conflito com eles e que será apresentado mais adiante nesta construção de informação, mas esses filhos apareceram de diversas outras maneiras ao longo do complemento de frases e da dinâmica conversacional, como será visto posteriormente.

Durante o diálogo, Henrique afirmou: “*O que mantém a minha pressão estável é o remédio que eu tenho e o bem-estar que tenho com a minha companheira Samara.*”. Aqui há um indicador não só do valor da esposa, mas também evidencia um indicador da maneira como Henrique enxerga a doença, conforme o modelo biomédico, pois ele percebe que a sua hipertensão pode ser controlada pelo remédio indicado pelo médico.

Observa-se que essa visão de Henrique é influenciada pela representação social da hipertensão de que essa doença não mata, ou seja, ela não é percebida como um risco à vida do indivíduo (Machado & Car, 2007).

Vê-se que Henrique associou o controle de sua pressão à tomada do medicamento e, ao fazer isso, ele reproduziu em sua fala o discurso hegemônico biomédico, o que é um indicador de que o conhecimento sobre a sua doença também é influenciado pela construção social da hipertensão (Machado & Car, 2007).

Além disso, ao falar sobre seu infarto, Henrique associou-o à causa da morte de seu pai, como expressa no seguinte trecho da conversação: “*Ele faleceu do mesmo infarto que eu senti e morreu aos trinta e poucos anos de vida. Meu pai estava bem do coração, mas fumava*

demais, um atrás do outro. E eu, com toda essa minha idade, nunca botei um cigarro na boca e não boto nem cachaça, nunca bebi e nunca fumei, mas, mesmo assim, tive o infarto.”.

Com essas afirmações, observa-se que Henrique associa seu infarto à hereditariedade, em virtude do infarto de seu pai e também se vê que Henrique atribui à causa do infarto de seu pai ao vício do cigarro.

Evidencia-se, novamente, a influência da construção social do processo saúde-doença e a visão de Henrique, mais uma vez, relacionada ao modelo biológico de explicação do infarto, haja vista que Henrique excluiu o subjetivo da compreensão do infarto de seu pai.

Todavia, é possível entender esse pensamento de Henrique, uma vez que as instituições de saúde mostram que o tabagismo está dentre os fatores de risco da hipertensão assim como o consumo álcool, hábitos de alimentação inadequada (excesso de sal na comida), o sedentarismo, a obesidade, o estresse, etc., isto é, a hipertensão é uma doença multicausal, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2006).

Ainda se observa que a atual esposa aparece também em vários momentos do complemento de frases: *“Sofro... não tenho sofrido agora, porque estou bem acompanhado no momento, a Samara é uma esposa e uma mãe que eu tenho, ela é a minha medalha de ouro, além disso, os filhos e os netos dela me admiram.”*; *“A felicidade... é estar junto da minha atual esposa, sou feliz e também sou apreciado pela família dela.”*.

Nessas duas frases percebe-se que o relacionamento com Samara está integrado como sentido subjetivo à felicidade familiar, ao reconhecimento e ao afeto, sendo esses elementos fontes de emoções para Henrique.

Essas frases também trazem indicadores de sentidos subjetivos que corroboram a relevância de Samara no momento atual da vida de Henrique, mas também mostram indicadores do determinismo externo dele, pois há um indicador da importância dada por Henrique para a apreciação e admiração dos filhos de Samara.

Entretanto, esse grande valor dado ao conceito que a família de Samara tem sobre Henrique pode levá-lo a uma emocionalidade patológica, a partir do momento em que ele não encontra esse reconhecimento esperado.

Além disso, nessas duas frases, há um indicador da necessidade de Henrique de ser reconhecido pela família de Samara. Contudo, ele não encontra esse lugar tão almejado, devido à rivalidade que a filha de Samara tem com ele e que será apresentada mais para frente nesta construção de informações.

Na técnica de expressão sobre as coisas que agradam Henrique em suas atividades atuais, ele escreveu: “*Me agrada ver que eu agrado as pessoas.*”. Aqui há um indicador do determinismo externo de Henrique.

Esse determinismo externo ocorre quando o indivíduo estabelece uma dependência de seus comportamentos com base em uma avaliação externa, isto é, o indivíduo deseja que as outras pessoas o reconheçam, valorizem e aprovem, o que demonstra que a opinião alheia é muito importante para ele (González Rey, 2004a).

O fato de Henrique gostar de as pessoas o apreciarem é um indicador do determinismo externo expresso por sua sensibilidade à valorização atribuída pelos outros, sendo que esse determinismo externo gera uma emoção patológica em Henrique, pois os valores que os outros atribuem a ele representam uma situação de baixo controle para ele. Além disso, essa sensibilidade de Henrique aos outros é um elemento de sua vulnerabilidade ao distresse.

O distresse é o tipo de “emoção com conseqüências que são prejudiciais ao funcionamento somático ou às configurações subjetivas da personalidade e que não são acompanhadas, necessariamente, por vivências negativas do sujeito” (González Rey, 2004a, p. 93-94), sendo que o distresse não é produzido por eventos externos, mesmo que estes pareçam ser muito traumáticos, pois é o próprio indivíduo quem tem um papel ativo no aparecimento do distresse.

A partir da frase de Henrique citada no final da página anterior, vê-se que ele acredita ser boa a sensação de agradar as pessoas, ou seja, ele não percebe essa vivência como algo negativo, mas, sim, como algo que lhe faz bem.

Todavia, essa sensibilidade em relação aos valores dos outros lhe gera uma emoção patológica (distresse) sobre a qual ele não tem consciência. Além disso, querer obter uma valorização positiva dos outros é uma expressão do sentido subjetivo da pressão social por ele sentida. E esse determinismo externo é um indicador da propensão que Henrique apresenta para gerar distresse.

Henrique tem uma necessidade de ser valorizado, de se sentir querido e aprovado pela família de Samara, o que leva ao indicador de uma falta de apoio social dentro de sua própria família.

Esse apoio social é definido por Gatchel, Baum and Krantz (1989, p. 54, citados em González Rey, 2004a, p. 98) como o “sentimento que uma pessoa tem de ser atendida e valorizada por outros e de pertencer a um determinado grupo social.”.

As necessidades de um indivíduo representam permanentes estados de tensão e não são reconhecidas pela pessoa. Essas necessidades são resultantes das emoções experienciadas pela pessoa no decurso de suas expressões no cotidiano, sendo que essas emoções são produtos da qualidade da interação das diversas circunstâncias sociais em que o indivíduo se expressa em diferentes momentos de sua vida no dia-a-dia (González Rey, 2004a).

A emoção apresenta um caráter relacional e constitui-se entre o subjetivo, o psicofisiológico e o social, pois ela é “um fenômeno configuracional aberto, impossível de ser reduzido, em sua constituição, a nenhum dos sistemas que, de forma simultânea, participam de sua determinação.” (González Rey, 2004a, p. 85).

A emoção é constitutiva da subjetividade e representa um momento da qualidade do relacionamento entre o meio e a pessoa. Assim, pode-se dizer que “as emoções são fenômenos complexos que abrangem múltiplas dimensões” (Neubern, 2000, p. 161).

Ainda na técnica de expressão sobre as coisas que agradam Henrique em suas atividades atuais, ele também escreveu: “*Me agrada também as pessoas me respeitarem, gosto que elas me respeitem, gosto que elas me recebem bem nos lugares.*”.

Essa informação apresenta um indicador do sentido subjetivo que expressa a necessidade de Henrique de ser reconhecido, ou seja, ser respeitado está na base de seu reconhecimento social, uma vez que ser respeitado é um elemento central desse reconhecimento social.

Além disso, o valor moral explícito de respeito é um indicador da tentativa de Henrique de conquistar seu espaço como sujeito, pois ele deseja respeito e compreensão, mas não encontra espaço em sua família, como será visto mais adiante no próximo tópico dessa construção de informações.

Nessa frase em que Henrique expressa gostar de ser respeitado também há um indicador de que ele tem uma forte necessidade afetiva em relação às outras pessoas, haja vista que ele se mostra muito propenso aos outros.

E, integrando-se essa frase citada anteriormente ao valor do afeto na vida pessoal de Henrique, pode-se construir um indicador sobre o reconhecimento pessoal e a consideração do afeto como sentidos subjetivos que aparecem de diferentes maneiras na expressão simbólica dele e constituem a configuração subjetiva de sua hipertensão.

Ao mostrar que gosta de ser apreciado pelas outras pessoas, Henrique expressa conteúdos como ser reconhecido e querido, os quais são considerados indicadores de sentidos subjetivos que participam da configuração subjetiva de sua hipertensão. Esses dois elementos

aparecem em um indutor indireto (técnica de expressão sobre as coisas que agradam Henrique em suas atividades atuais) em relação ao conteúdo expresso.

Contudo, percebe-se uma contradição entre o que Henrique falou durante a conversação e o que ele escreveu no complemento de frases sobre a família de Samara, pois escreveu que os filhos dela sentem admiração e apreciação por ele.

Todavia, em um momento do diálogo, Henrique contou: *“E tem também uma filha da Samara que não me aceita, ela não queria sair daqui do apartamento da mãe dela para eu não poder vir morar aqui, ela não gosta de mim, porque acha que, por causa de mim, ela teve que sair daqui, ela não compreende isso.”*.

Apesar de ser uma frase direta sobre a filha de Samara, nela aparece uma emocionalidade que é um elemento de sentido subjetivo do espaço social do casamento presente, ou seja, esse conflito com a filha de Samara é um elemento de sentido subjetivo do casamento atual e que gera uma tensão em Henrique por este não ser aceito, o que lhe propicia um sofrimento, haja vista que a aceitação é um elemento considerado importante para Henrique, como será mostrado depois nesta construção de informações.

Esse trecho da conversação sobre a filha de Samara contém uma informação muito significativa, pois a relação de Henrique com essa enteada é um indicador das dificuldades existentes dentro do atual casamento no que se refere à família de Samara.

E tanto pela emoção expressada ao falar dessa enteada quanto pela contradição observada ao se referir a ela, pode-se dizer que há um indicador da sensibilidade de Henrique em relação aos valores negativos que a filha de Samara atribui a ele e que lhe gera uma tensão.

Henrique também relatou que sua própria filha Laís não concorda com esse matrimônio, como expressou durante a conversação: *“Eu tenho uma filha que é hoje professora e ela me incomodou muito e até hoje me incomoda porque não aceita meu*

casamento com Samara (...) a minha filha tem aquela coisa da mãe dela, sabe, ela não queria que ninguém nem nenhuma outra mulher tomasse o lugar da mãe dela e por isso ela não vem aqui no apartamento onde moro com Samara.”.

Nesse trecho, vê-se que essa não-aceitação do casamento com Samara por parte de Laís é mais uma dificuldade enfrentada por Henrique ao assumir esse novo relacionamento. Aqui também se observa uma contradição com o que ele expressou no início na dinâmica conversacional, quando relatou que havia feito “*um casamento entre família mesmo*”. Porém, agora, nota-se que não ocorreu dessa maneira como contou anteriormente, haja vista que Laís também não é a favor dessa união, da mesma forma que a filha de Samara se opôs.

Assim, percebe-se que essas duas pessoas são obstáculos ao atual casamento de Henrique e lhe geram fortes emoções, devido a essas desavenças, pois – como se observou antes – há um indicador de que a aceitação da família tem grande valor para Henrique, entretanto, vê-se, neste momento, que ele não encontra esse espaço e sofre com essa dissensão.

Henrique também falou das ofensas de sua filha, que o atacou com palavras duras sobre o fato de ele ter uma segunda esposa, como afirmou: “*Meu relacionamento com minha filha foi bravo, ela não aceita meu casamento, Laís só me dizia assim no início da minha relação com Samara: ‘Eu fiz um trato com a minha mãe antes de falecer que tu não ia colocar outra mulher aqui no lugar dela pra dentro de casa e, se tu tentar, nós vamos nos estragar pra sempre, porque eu não aceito, eu te mato se tu chegar a botar aqui outra mulher, eu acabo com a tua vida em seguida, porque eu não quero outra pessoa dentro da minha casa, a casa da minha mãe, que é o lugar da minha mãe.’*”. Nota-se que ouvir tudo isso da própria filha foi muito difícil para Henrique, gerou-lhe sofrimento intenso que mobilizou sentimento de tristeza com toda essa situação do casamento.

E ele também cita sua filha na técnica sobre as três maiores tristezas de sua vida, na qual ele escreveu que uma delas é: “*A minha própria filha Laís não gostar de mim por causa da minha atual esposa Samara.*”. Além disso, a filha apareceu, novamente, no complemento de frases em que Henrique expressou: “*Com frequência reflito... sobre a minha filha, Laís, que não aceita meu casamento atual.*”.

Com essas frases, percebe-se que o relacionamento com Laís dentro do sistema do atual casamento de Henrique é um momento de ruptura deste matrimônio, em que surgem contrastes, pois Henrique tem um posicionamento sobre o casamento que é diferente do interesse de sua filha e isso gera um conflito entre ambos.

No entanto, continuar a viver com Samara, apesar das dissidências presentes nesse relacionamento, é um indicador muito significativo do núcleo de sentido subjetivo que está envolvido na forma como Henrique assume esse casamento diante da filha dele, que não o aceita, e perante a filha de Samara, que também é contra esse matrimônio.

Observa-se que, devido a esses confrontos acirrados com a filha de Samara e com Laís, por meio de discussões acentuadas dentro do sistema familiar de Henrique, ele não consegue desfrutar plenamente o seu atual casamento, pois tanto Laís quanto a filha de Samara limitam Henrique em sua iniciativa de permanecer casado com sua atual esposa, e isso é gerador de distresse nele, o que contribui para a sua hipertensão.

Vê-se que essas brigas familiares que se intensificaram a partir da união de Henrique com Samara apresentam um indicador de que o casamento com ela, apesar de ser considerado feliz por ele, é gerador de profundos conflitos, pois se percebe que o casamento atual converteu-se em um indicador de emoções patológicas, o que o tornou um elemento relevante na configuração subjetiva da hipertensão de Henrique.

Nota-se que Henrique tem passado por fortes conflitos dentro do casamento atual em função de Laís e da filha de Samara, pois os atritos com elas apresentam elementos que,

relacionados entre si, constituem uma configuração subjetiva que gera um impacto na emocionalidade de Henrique, incitando emoções patológicas que prejudicam a saúde dele.

Além disso, pode-se aludir que Henrique apresenta um baixo controle sobre suas queixas, pois estas dependem de ações dos outros e não dele para que as situações das quais ele reclama sejam resolvidas, por exemplo, a aceitação de seu casamento atual pela filha de Samara e por Laís não depende das ações dele, já que não está no âmbito do que ele possa fazer para alterar essa visão delas.

Dessa forma, percebe-se que a grande importância dada por Henrique aos fatos alheios à vontade dele é um indicador do marco valorativo externo que o afeta muito e que é uma fonte de distresse para ele, e que participa da configuração subjetiva da hipertensão de Henrique.

Ao entrelaçar o que foi exposto até o momento sobre o sujeito de pesquisa com as definições teóricas já explicitadas, é possível tecer a hipótese de que na configuração subjetiva da hipertensão de Henrique há um predomínio do determinismo externo (exigências externas) e do passado como referências pessoais dele.

Esses são alguns indicadores do processo de despersonalização de Henrique, uma vez que ele dá muita importância à valorização positiva dos outros e apresenta uma sensibilidade a estes, os quais podem lhe gerar muitas frustrações, deixando Henrique ainda mais vulnerável ao distresse.

Esses dois indicadores citados, predominantes na configuração subjetiva da hipertensão de Henrique, têm um importante papel para que ele não consiga transcender a significação subjetiva do seu casamento com Júlia, apesar de estar casado com Samara e se sentir bem com ela atualmente.

Após as explicações dadas até aqui, pode-se aduzir que as hipóteses tecidas contribuíram para a compreensão de como se deu a construção da configuração subjetiva da

hipertensão de Henrique e pôde-se entender como o distresse se organizou de maneira singular na história de vida desse sujeito de pesquisa.

4.2.3 A Paternidade Padedora no Imaginário Paradisíaco

Durante a dinâmica conversacional, Henrique relacionou sua hipertensão com sua família, como expressou: *“A minha pressão aumenta quando eu fico nervoso, quando eu me agito, quando eu começo a pensar aqui, ali, tu sabe como é, né, aí tem os filhos da gente também, né, e quando eu começo a pensar nos filhos da gente, né, (...) a gente começa a pensar nos problemas dos nossos filhos, (...) nos problemas da família da gente.”*

Nessas afirmações, observa-se a representação social da hipertensão, que relaciona essa doença ao “nervosismo”, no momento em que Henrique associa a elevação dos níveis pressóricos às situações consideradas por ele estressantes e decorrentes de sua família.

Assim, pode-se aduzir que Henrique vê a sua hipertensão como um processo que se organiza a partir da identificação de seus filhos como geradores de sentimentos de angústia (“nervoso”). E, na expressão dele, revelam-se as dificuldades do dia-a-dia advindas das questões familiares dentro de um contexto que tem um impacto na emocionalidade de Henrique.

Nesse trecho acima, há um indicador do lugar da família no sentido subjetivo da hipertensão de Henrique, pois esse sistema familiar, como um espaço de dificuldades, remete-lhe a sentidos subjetivos que marcam o caráter conflituoso de seu momento atual e que estão entrelaçados aos sentidos subjetivos da hipertensão.

Percebe-se que há um indicador do sentido subjetivo da família e de seu significado, pois a família aparece como uma das coisas mais importantes do mundo de Henrique e que se converte em sentidos subjetivos relevantes na configuração subjetiva de sua hipertensão.

Já em outro momento da conversação, Henrique continuou falando sobre Laís: “*O meu relacionamento com a minha filha, eu nunca pude me acertar bem com ela, eu converso com ela e tal, mas não passa disso (...) ela sempre me incomodou, sempre me agitava demais e a minha pressão subia, ela queria uma coisa e queria outra e outra e saía fora dos limites e eu tinha que brigar com ela (...) e esses problemas, que sempre tive com ela, também têm relação com a minha pressão, os atritos, sabe, me deixavam muito nervoso.*”.

Nesse trecho, Henrique mostra os conflitos em sua vida em termos de suas conseqüências, por exemplo, o aumento de sua pressão, e não apenas na existência presente da briga com Laís. Além disso, percebe-se que essa relação está permeada por um sentido subjetivo que gera uma tensão e um sentimento de tristeza em Henrique.

Entretanto, o sistema familiar não se reduz à expressão intencional de Henrique quando fala diretamente sobre seus problemas com Laís, pois a relação dele com sua filha é muito mais complexa do que aquilo que ele consegue expressar na fala, ou seja, os aspectos relevantes do sistema de relacionamento de Henrique com sua filha e que lhe provocam tensão não podem ser reduzidos a conceitos explícitos na linguagem.

O sentido subjetivo de Laís e seu valor na produção de emoções patológicas em Henrique são expressos em vários instrumentos: na dinâmica conversacional, no complemento de frases e em outras técnicas de expressão utilizadas.

E o fato de o conflito com Laís aparecer, de forma direta e indireta, de diversas maneiras e em diferentes momentos ao longo desta pesquisa é um indicador de que essa relação é um elemento de sentido subjetivo presente na hipertensão de Henrique. E, como já se observou antes, esse relacionamento com Laís também se converteu em um elemento a mais sobre o significado da vida afetiva de Henrique com Samara.

Além de ter falado e escrito sobre Laís muitas vezes, em vários outros momentos da pesquisa Henrique também expressou sobre seu filho Tadeu: “*O meu outro filho, ele trabalha*

com música e, às vezes, as coisas não funcionam bem não, apesar de que a esposa dele é professora, mas só com o ordenado de professora não dá para viver, né, e, às vezes, pagam serviço de música para meu filho tocar, mas essa profissão, sabe como é, né.”.

Nesse trecho acima, há um indicador do sentido subjetivo do modo de vida profissional de Tadeu para Henrique e que mobiliza um sentimento de insatisfação neste último.

Esse descontentamento com o estilo de vida ocupacional de Tadeu por meio da música é uma produção subjetiva de Henrique e não de seu filho, pois este não demonstra para Henrique desagrado algum com sua carreira.

E, em diferentes momentos do complemento de frases, Henrique citou Tadeu, como é possível visualizar a seguir: *“Meu principal problema... a verdade nua e crua da minha vida, o meu filho que tem 41 anos de idade e não tem emprego fixo, ele vive só da música, mas a música não sustenta ele direito, quando ele era jovem, ele era muito malandro.”.*

Nessa frase há um indicador de que Henrique centraliza-se nas dificuldades financeiras de seu filho, o que pode indicar um novo sentido subjetivo na configuração subjetiva de seus conflitos atuais com Tadeu.

Já na técnica sobre os maiores desejos de Henrique, ele expressou: *“Quero ver meu filho bem de trabalho, bem de vida também, sem faltar trabalho para ele.”.* E, corroborando essa aspiração, Henrique escreveu no complemento de frases: *“Desejo... ver meu filho, Tadeu, bem na vida, ele puxou ao avô dele que também era músico.”.* E, na técnica sobre as aspirações que Henrique quer alcançar, ele citou: *“Ver os meus dois filhos bem encaminhados, porque isso me dá muita satisfação.”.*

E, em outro momento do complemento de frases, ele expressou: *“Meu maior desejo... é ver meu filho melhor, isso é o que realmente gostaria, já ajudei ele, dei oportunidade para*

ele, dei uma caminhonete para ele ir estudar à noite e ainda dava cinco cruzeiros para ele colocar a gasolina, mas ele usava com mulheres e não estudou.”.

Em todas essas frases acima há um indicador de que o sistema de propósitos de Henrique não está em seus próprios objetivos, mas, sim, estão ligados a seu filho. E, nessas frases, também há indicadores de motivações pobres e voltadas somente para o aspecto da família na vida de Henrique. Assim, com essa perspectiva restrita de projetos, Henrique torna-se mais vulnerável ao distresse, o que contribui para a configuração subjetiva de sua hipertensão.

Além disso, nessas frases há um indicador de que na vida presente de Henrique existem poucas realizações próprias e, dessa maneira, ele se volta para uma grande preocupação com a vida futura de seu filho, o que também é um indicador do sentido subjetivo do futuro para Henrique, como será visto em outro tópico posterior desta construção de informações.

Ainda no complemento de frases, Henrique expressou sobre Tadeu: “Minha preocupação principal... *é meu filho, porque a música não sustenta ele financeiramente, mas eu quero ver ele melhorar.”.*

Nessa informação há um indicador do valor dos afetos íntimos na vida de Henrique. E são as emoções resultantes desse sentido subjetivo do filho para Henrique que lhe provocam tensões capazes de prejudicá-lo e alterar sua pressão, o que culmina na configuração subjetiva de sua hipertensão.

Essa dificuldade de Henrique em lidar com as preocupações geradas é um indicador de sua impossibilidade de lidar com aquilo que o afeta, e isso produz emoções negativas que se convertem na hipertensão dele.

Observa-se que Tadeu não aparece somente em indutores diretos, mas também em indutores indiretos, em que Henrique se centraliza no filho, o que constitui um indicador do sentido subjetivo de Tadeu na configuração subjetiva da hipertensão de Henrique.

A referência ao filho nos vários contextos de expressão e em momentos que apresentam sentidos subjetivos diferentes, torna-se mais um indicador do valor dele como sentido subjetivo presente de diversas maneiras na configuração subjetiva da hipertensão de Henrique.

Pode-se compreender o conflito de Henrique com seu filho, pois tudo o que Henrique conquistou na vida foi conseguido com bastante trabalho e com muito esforço, e sempre batalhou para sobreviver em uma realidade de vida difícil e simples.

Contudo, ele não enxerga essa dedicação em seu filho, porque, apesar de o trabalho como músico não sustentar a família de Tadeu, ele não procura outro emprego e ainda sobrevive com o dinheiro de Henrique até hoje, aos 41 anos de idade, e todo mês pede ajuda econômica a seu pai, o que gera um forte incômodo em Henrique, incitando emoções patológicas que estão envolvidas na configuração subjetiva de sua hipertensão.

Entretanto, apesar dos conflitos existentes entre Henrique e seus filhos, ele ainda afirmou que como são seus filhos, não desiste deles, porque, conforme suas palavras: *“Filho é filho, né?”*. E, embora tenha expressado muitas reclamações sobre Laís e Tadeu, surgiu no complemento de frases as seguintes expressões: *“Os filhos... são uma dádiva que Deus deu pra gente.”*; *“Meu maior prazer... é estar junto da minha família.”*; *“Dedico a maior parte do meu tempo... com a minha família.”*; *“Luto... para conservar a minha família.”*; *“Minha principal ambição... viver bem com as pessoas que convivo.”*

Nesse bloco de frases do complemento citadas acima, as expressões afetivas quanto à família são positivas. Todavia, na análise qualitativa dessa unidade selecionada há um paradoxo, pois existe uma incongruência entre essas frases que expressam uma positividade

em relação aos filhos e os elementos resultantes das interpretações da presente pesquisadora, tendo em vista que aquelas frases indicam uma intenção de Henrique, uma vontade que ele tem de que os conteúdos expressos nelas aconteçam.

No entanto, com base em tudo o que já foi exposto até o momento nesta construção de informação, percebe-se que aqueles conteúdos não são uma realidade concreta existente nas relações de Henrique, pois se constata que há um conflito entre o desenvolvimento de algo que se quer alcançar (no caso de Henrique, uma boa relação com seus filhos e com a filha de Samara) e o que de fato existe nesse relacionamento familiar.

Na frase “Os filhos... *são uma dádiva que Deus deu pra gente.*” há um indicador da tentativa de Henrique de controlar a emocionalidade gerada por sentidos subjetivos que escapam de seu controle, por exemplo, sentimentos negativos como raiva e tristeza em relação aos próprios filhos.

Esses sentimentos negativos referentes à Laís, a Tadeu e à filha de Samara não aparecem de forma direta na expressão da linguagem de Henrique, mas se pode aludir que estão ligados indiretamente à expressão paradoxal acima citada, uma vez que assumir abertamente um sentimento ruim sobre os próprios filhos é muito difícil, pois é um posicionamento que sofre a pressão simbólica da sociedade, a qual apresenta um imaginário social carregado de valores morais sobre a paternidade, em que a representação social de pai é associada a um pai que deve amar seus filhos incondicionalmente.

Essa construção da presente pesquisadora sobre os aspectos contraditórios de Henrique sobre seus filhos é também uma cisão com a representação social de ideal de homem racional, pois Henrique é tomado por emoções intensas e paradoxais que mobilizam suas ações frente à Laís, a Tadeu e à filha de Samara. Além do mais, percebe-se que esse ideal social da paternidade entra em oposição ao pai imperfeito que é de fato, aliás, imperfeito e, simultaneamente, autêntico.

Ao entrelaçar os conflitos de Henrique com seus filhos e com a filha de Samara à frase de que eles são presentes concedidos pelo divino na vida dele, há um indicador da tensão entre Henrique e as figuras simbólicas que se produzem no discurso social, pois essa tensão entre o pai que se afirma em seu espaço e a subjetividade social que o pressiona, gera em Henrique emoções paradoxais em relação aos seus filhos, e que termina por expressar uma frase aceita socialmente, que não lhe gerará retaliações sociais, pois essa confrontação com os valores sociais dominantes não é explícita diretamente por Henrique, já que o faz de forma velada, e essa contradição não é reconhecida conscientemente por Henrique.

Assim, percebe-se um movimento de emoções contraditórias em relação à Laís, a Tadeu e à filha de Samara para uma valorização posterior desses, vista naquele último bloco de frases unidas sobre a família, nas quais há um indicador do sentido subjetivo associado aos afetos mais íntimos de Henrique e com os quais ele está passando momentos de tensão e de contradição, pois naquelas frases há um indicador de estados emocionais paradoxais sobre os filhos e que expressam uma relação ambivalente com eles.

Vê-se que o aspecto imaginário da sociedade sobre a concepção de atuar como pai está presente no sistema particular da relação de Henrique com seus filhos, pois há uma oposição entre as crenças assumidas por Henrique sobre Laís e Tadeu e a vivência por ele experimentada nesse relacionamento com as dificuldades interpessoais que se apresentam dentro do contexto familiar, o que mostra que a subjetividade é contraditória (González Rey, 2004a) e que o sujeito pode odiar e amar concomitantemente (Martínez, 2005).

Desse modo, pode-se considerar a família como um elemento importante na configuração subjetiva de sua hipertensão, em que tanto Laís e Tadeu quanto a filha de Samara constituem um forte sentido subjetivo que marca a organização da configuração subjetiva da hipertensão de Henrique.

Portanto, observa-se que nos diferentes instrumentos utilizados nesta pesquisa aparecem indicadores referentes ao valor da família para Henrique, que atribui uma significação a sua família como um apoio, fonte de prazer, mas, ao mesmo tempo, também aparece uma contradição, pois essa mesma família é geradora de tensão em Henrique.

4.2.4 A Família como Fonte de Desprazer

Ao longo das conversações e por meio do complemento de frases, percebe-se que a família é, simultaneamente, fonte de prazer e de sofrimento, sendo que, atualmente ela tem representado para Henrique mais como uma fonte de desprazer, pois, no presente, ela não atua como um sistema de apoio social dele, mas, sim, como um permanente estressor, o qual depende da configuração individual na subjetividade de Henrique. E, como se constatou anteriormente, esse funcionamento familiar acarreta um sério estado de tensão em Henrique, pois a configuração subjetiva de sua família propicia o distresse que se expressa na hipertensão de Henrique.

Essa visão da família como fonte de sofrimento quebra com a representação social da família como suporte. E, levando-se em conta a qualidade do relacionamento familiar de Henrique, podem-se construir alguns elementos que sustentam o indicador da falta de apoio social de Henrique e do mau funcionamento desse sistema, tais como Henrique não sentir o afeto de sua filha Laís, não sentir receptividade em suas opiniões pelo seu filho Tadeu e também não se sentir respeitado pela filha de Samara em sua decisão de estar casado com a mãe dela. Esse conjunto de elementos relacionados ao sistema de relação familiar de Henrique facilita o distresse dele.

O distresse de Henrique tem uma natureza sistêmica multicausal, pois participam de sua gênese os seguintes sistemas de interação importantes para Henrique: a família, o casamento atual e o trabalho, em que este último será visto em outro tópico, mais a frente

desta construção de informação, mas, desde já, cabe ressaltá-lo neste ponto das hipóteses da pesquisadora.

Os indicadores desenvolvidos sobre a família permitem identificar algumas hipóteses sobre os núcleos de sentido subjetivo que aparecem na expressão de Henrique:

a) um núcleo de sentido subjetivo em relação à configuração subjetiva da família, no qual há indicadores de intensos afetos sobre Laís, sobre Tadeu, e também sobre a filha de Samara, em que a família aparece não só como fonte de prazer, mas também como fonte de sofrimento;

b) um núcleo de sentido subjetivo que se refere ao atual casamento, o qual é produtor de emoções e processos simbólicos responsáveis pela organização da configuração subjetiva da hipertensão, em que tal configuração é alimentada pela qualidade das relações familiares que envolvem o casamento de Henrique com Samara;

c) um núcleo de sentido subjetivo em relação à configuração subjetiva da família, no qual há indicadores da falta de apoio, respeito e aceitação, tendo um importante valor na produção de sentidos subjetivos sobre a hipertensão.

Desse modo, esses núcleos de sentidos subjetivos e suas configurações foram elaborados tanto a partir da dinâmica conversacional quanto do complemento de frases, e constituíram-se em hipóteses que organizaram o conhecimento sobre a configuração subjetiva da hipertensão.

Vê-se na conversação e no complemento de frases, que a família é citada por Henrique nos três tempos (presente, passado e futuro), o que é um indicador do seu forte sentido subjetivo para ele.

Quando Henrique se refere à família, esta aparece, em alguns momentos, carregada de sentidos subjetivos associados a emoções negativas, e esses sentidos subjetivos configurados

ao redor da família estimulam sentimentos como mágoa, insatisfação, tristeza, descontentamento e solidão, os quais são fonte de distresse.

Pode-se ver, de diferentes formas nos instrumentos, a menção de Henrique ao relacionamento com os filhos. Essa diversidade de maneiras de construir sobre os filhos é um indicador do forte sentido subjetivo deles na vida de Henrique, pois diante de indutores indiretos, em várias frases apareceram os filhos, por exemplo: “Detesto... *discussão e mentira*.”. Com essa frase pode-se dizer que o fato de Henrique odiar discussões e mentiras é um indicador de que essas questões estão presentes na sua relação familiar.

A pesquisadora quis mostrar que os conflitos vivenciados por Henrique em sua família são elementos que tomaram forma na configuração subjetiva da hipertensão em diferentes sentidos subjetivos, e essa configuração esteve, a todo o momento, associada à história de vida de Henrique, ao contexto atual de vida dele e à cultura em que ele se desenvolveu.

Observa-se que a hipertensão de Henrique não tem uma causa etiológica única, pois sua hipertensão não está associada a um conflito concreto nem a uma etapa particular da vida de Henrique, pois o desenvolvimento dessa doença é complexo e multicausal.

O casamento, a família e o trabalho são áreas essenciais à vida de Henrique, mas também lhe geram conflitos. E esses três aspectos são motivações essenciais para Henrique assim como as atividades solidárias que ele realiza, tema esse que será apresentado no próximo tópico desta construção de informações.

4.2.5 Uma Vida Voltada para os Outros

Um ponto relevante na maneira como Henrique se organiza subjetivamente é a sua necessidade de ajudar os outros, como expressou no complemento de frases: “Acredito que minhas melhores atitudes... *são de ajudar ao próximo, ajudar pessoas que merecem, ajudei muitos jovens com minha profissão, porque eu ensinei eles*.”.

Vê-se que esse foco nos outros é um indicador do referencial social presente de forma constante na vida de Henrique. Nessa informação aparece um sentido subjetivo fortemente associado a um lugar assumido por Henrique, no qual ele se situa em um espaço de trabalho orientado para os outros, constituído em sua história pessoal.

Henrique escreveu no complemento de frases: “Não posso... *servir ao próximo como eu gostaria, não posso dar um prato de comida para muita gente, porque não tenho condições, mas eu ajudo um senhor dando comida a ele de vez em quando e também dou comida para algumas crianças.*”.

Observa-se que esse grande interesse em fazer um trabalho em prol das outras pessoas mais necessitadas (carentes) é uma fonte de distresse, pois nesse querer ajudar os outros há um indicador de que Henrique quer ficar bem com muitas demandas externas e esse compromisso com os outros acaba por gerar uma constante pressão no dia-a-dia dele.

A partir dessa frase acima, também se pode aludir que essa ação voltada para os outros é motivada pelo ser útil, o qual aparece associado a demandas da sociedade, a condições de sobrevivência de algumas pessoas, sobre as quais Henrique realiza ações em direção ao que é necessário para elas.

Já em outro momento do complemento de frases, Henrique expressou: “Me deprimos quando... *vejo injustiça sendo feita para uma pessoa, isso me deixa abatido, não gosto, sou muito sentimental.*”.

E na técnica sobre algumas das coisas de que não gosta, uma delas é: “*Ver pessoas passando fome, sendo maltratadas e injustiçadas; ver um filho brigando com a própria mãe; que as pessoas judiem, sacrifiquem um idoso.*”. Aqui há um indicador da valorização externa de Henrique que o afeta, pois não é possível controlar o fato de os outros indivíduos serem injustos com as pessoas.

Esse sentimento de tristeza por causa das condições de vida das outras pessoas é um indicador de sentido subjetivo, possivelmente, ligado aos sacrifícios que Henrique passou ao longo de sua vida para sobreviver.

Ainda sobre esse sentimento de tristeza relacionado à baixa condição social das pessoas pobres, Henrique expressou: “Lamento... *ver a miséria das outras pessoas, é triste ver pessoas catando lixo para comer, enquanto eu estou aqui sentado em uma mesa.*”. Nessa afirmação há um indicador da grande preocupação de Henrique com o sofrimento das outras pessoas, e isso lhe gera muita tensão.

Esse movimento para os outros, que predomina em Henrique, tem um papel relevante na configuração subjetiva de sua hipertensão, pois, nesta última, há uma pobreza de interesses voltados para si próprio, e um deslocamento de seus desejos em prol de outras pessoas, o que lhe gera uma emoção patológica que prejudica sua saúde.

4.2.6 A Conquista do Trabalho

Henrique perdeu o pai quando tinha dez anos de idade e quem o cuidou junto de seus quatro irmãos foi sua mãe, que era lavadeira e morava no campo, mas, em função da morte do pai, ele teve de ir morar na cidade para conseguir sobreviver, pois passou muita dificuldade financeira depois que o pai morreu.

Ele relatou que atravessou muito sacrifício na vida para conseguir se sustentar e ajudar em casa. Por isso, começou a trabalhar como marceneiro, aprendeu a profissão e ganhou dinheiro com esse ofício.

Na conversação, Henrique disse: “*Com onze anos de idade, eu comecei a trabalhar em uma marcenaria, a trabalhar, a aprender uma profissão e daí pra frente eu comecei a trabalhar moço e tal (...) foi daí que começou com muita luta de trabalho (...) passei muito trabalho pra viver, pra começar a minha vida (...) então, olha a minha vida não foi fácil, viu,*

no começo da minha vida, tá e depois trabalhei, trabalhei de marceneiro, aprendi a profissão e trabalhei muito tempo empregado até aprender a profissão bem.”.

Nesse trecho há um indicador do forte impacto emocional no ingresso na vida profissional, a qual apresentou dificuldades no início, mas, em sua posição como sujeito, Henrique se esforçou para superar esses obstáculos. E o sentido subjetivo ligado ao esforço que teve de ter na vida resultou na realização profissional de Henrique.

Corroborando isso, Henrique expressou seu amor pelo trabalho, no complemento de frases: *“O trabalho... gosto de trabalhar, sei trabalhar, gosto de fazer as coisas bem feitas.”*; *“Eu gosto muito... de trabalhar na minha profissão, eu sou feliz com ela.”*; *“Meu trabalho... é o que eu gosto, é a profissão que gosto mesmo, meu trabalho é o prazer da minha vida, Deus me deu o meu trabalho para eu aprender e quem tem profissão não morre de fome.”*; *“A profissão... é algo sagrado que Deus me deu.”*.

Nessas frases há um indicador do valor do trabalho para Henrique, apresentando grande interesse em seu trabalho, que é considerado uma atividade gratificante, sendo que a importância que o trabalho representa é um indicador do sentido subjetivo deste para Henrique.

O assunto trabalho aparece com frequência tanto na conversação quanto no complemento de frases, em diferentes momentos desses instrumentos e de diversas formas, por exemplo, durante a dinâmica conversacional, Henrique relaciona sua hipertensão ao trabalho como mostra o trecho abaixo:

“A minha pressão é alta por causa da vida que eu tinha, eu era marceneiro e eu vivia só na base do trabalho para conseguir adquirir as coisas que eu tenho hoje, viu. Então eu trabalhava o dia inteiro e, muitas vezes, continuava trabalhando até de noite mais tarde, toda a noite, para adquirir as coisas que hoje, graças a Deus, eu tenho.”.

Em outro momento da conversação, continuou a falar sobre o trabalho e a sua hipertensão: *“O meu trabalho teve influência na minha hipertensão porque eu fui cansando, sabe, fui ficando com a mente cansada. (...) A minha pressão subiu por cansaço da vida que eu tinha, porque eu trabalhava noite e dia. A minha vida foi bastante sacrificada de trabalho.”*.

Percebe-se que o núcleo de sentido subjetivo a que essas expressões estão relacionadas é a vida profissional, o que permite abrir um indicador para a construção do sentido subjetivo do trabalho, qual seja o de ser influenciado por uma posição moral, isto é, essa frase é um indicador de que a configuração subjetiva do trabalho envolve elementos de realização pessoal e elementos morais.

A configuração subjetiva do trabalho é alimentada por outros sentidos subjetivos importantes como o prazer pela profissão e a realização pessoal, como visto nas duas frases acima, em que há um indicador de que a profissão é uma configuração central na vida de Henrique, pois apresenta um sentido subjetivo de realização pessoal dele.

Nessas informações sobre o trabalho, observa-se uma entrega total de Henrique, pois se vê o interesse dele pela vida profissional e esse compromisso com o trabalho é um indicador de que essa atividade apresenta um forte sentido subjetivo para ele.

Nota-se que as afirmações sobre gostar de trabalhar não se dão por uma determinação ideológica de Henrique, mas, sim, em função dos problemas que enfrentou na vida e que enfrentará caso não tenha um trabalho.

Além disso, também há um indicador de que Henrique não realiza a atividade do trabalho pela execução dessa tarefa, mas, sim, pelo resultado que esta proporcionará, e isso é um indicador do determinismo externo, da valorização externa que receberá.

Com as expressões observadas anteriormente, pode-se dizer que há um indicador de que Henrique organiza subjetivamente sua hipertensão a partir do trabalho, uma vez que ele estabelece os motivos que podem ter causado sua hipertensão.

Isso é um indicador de que Henrique fez uma reflexão sobre a etiologia da sua doença, e é também um indicador de que ele formulou uma construção pessoal dessa experiência que envolve a configuração subjetiva de sua hipertensão.

4.2.7 A Incerteza do Futuro

Na técnica sobre pensar em como será o futuro, Henrique escreveu: *“Penso que nesse mundo haverá muita desgraça: muita fome, maldade e injustiça; Tem pessoas más que não merecem estar nesse mundo, porque só querem o bem para eles mesmos; Daqui a dez anos acho que a minha vida não vai mais existir e se eu viver até lá, acho que estarei de muleta, mas eu vivo a vida presente até onde Deus quiser.”*.

E, no complemento de frases, ele expressou: *“Minha vida futura... nessa minha idade, o que eu posso te dizer? Que futuro eu vou ter mais? Já fiz tudo o que eu queria.”*. Essas informações indicam uma insegurança, uma indefinição em relação ao futuro e essa incerteza é um indicador da configuração subjetiva da hipertensão de Henrique.

Além disso, evidencia-se que Henrique não planeja mais seu futuro, há um indicador de que ele não constrói projetos pessoais futuros que podem organizar sua vida presente, e com isso ele experimenta tensões que definem o estado de distresse, pois essa perda do sistema de objetivos é uma fonte de distresse para Henrique.

Também se percebe que Henrique não encontra realizações na vida que ainda lhe resta, o que é um indicador de um sentimento de término de sua vida, pois ele não tem mais expectativa de realizar planos e, nesse ponto, há um indicador da associação entre a velhice e a morte, idéia essa que é compartilhada socialmente.

Em outro momento do complemento de frases, Henrique expressou: “No futuro... *acho que haverá desmando e muita morte, vejo que não terá quem mande, o presidente não mandará, eu sou a favor do exército, sou muito a favor do policiamento misto, civil e militar.*”.

Essa informação indica uma impossibilidade de conceber o desenvolvimento de um futuro melhor, e essa ruptura gera em Henrique emoções envolvidas na configuração subjetiva da hipertensão dele.

4.3 Construções Elaboradas a partir das Informações de Catarina

A pesquisadora conheceu Catarina (nome fictício para proteger a identidade dessa pessoa) por intermédio de um médico que trabalhou com ela em um grupo de terceira idade que ela fundou e no qual os idosos participam, semanalmente, de atividades variadas: aulas expositivas sobre diversos temas que eles escolhem, danças, brincadeiras, viagens etc.

Ocorreram quatro encontros com Catarina no apartamento onde ela mora e, inicialmente, explicou-se a pesquisa para ela, retiraram-se as dúvidas que surgiram e depois começou o diálogo sobre a história de vida dela.

Catarina mostrou-se muito disposta a compartilhar sua vida com a pesquisadora e o vínculo entre elas foi facilitado devido ao amigo em comum que têm: o médico que foi intermediário do contato entre Catarina e a pesquisadora, o que contribuiu para a conversação fluir posteriormente.

Catarina tem 77 anos de vida, é viúva, tem três filhos do sexo masculino (Vicente, Eduardo e Matheus, com as respectivas idades de 57, 52 e 46 anos) e uma filha, Rafaela, de 41 anos de idade, porém Matheus morreu recentemente. Vicente ainda mora com Catarina e Eduardo reside em uma cidade próxima.

Catarina estudou e tem o Ensino Médio completo e também trabalhou como costureira e professora primária. Ela é hipertensa desde os 52 anos de idade, portanto, há 25 anos convive com a doença. E, quando tinha 72 anos de idade, ela teve uma intensa arritmia cardíaca, momento esse em que quase morreu.

Baseando-se nas interpretações da pesquisadora ao analisar as expressões de Catarina nos instrumentos utilizados nesta pesquisa, criaram-se alguns núcleos de sentido sobre os quais se elaboraram as construções da pesquisadora.

4.3.1 Os Estudos como Lição para a Vida

Na infância, Catarina morava com sua família no campo, eles tinham muitas dificuldades para sobreviver. Entretanto, aos dez anos de idade ela decidiu que queria estudar, mas, para isso, era necessário morar na cidade e assim o fez. Foi para a cidade, morou na casa de uma família amiga de seus pais, que continuaram no campo, e ela conseguiu estudar até completar o Ensino Médio. Posteriormente, casou-se, teve seus quatro filhos e trabalhou ao mesmo tempo.

Sobre vir morar na cidade sem a sua família, Catarina comentou: *“Passar por aquela experiência na minha infância foi uma lição de vida para mim, porque eu cresci com isso e aprendi a viver (...) essa experiência, pra mim, foi uma escola da vida mesmo, eu fui me encontrando e entendendo o que é ser responsável e fui fazendo a minha vida por conta própria, porque eu tomei a decisão sozinha e assim eu me tornei independente, soube fazer minhas coisas, soube tomar minhas decisões, então, a partir daí, eu fui me sentindo uma pessoa exclusivamente responsável por mim mesma, pelas minhas ações.”*

Nesse trecho acima há um indicador de Catarina como sujeito de sua própria vida, pois ela apresentou uma postura ativa frente às condições de sua vida na época de sua infância e a transformou de acordo com seus próprios ideais de estudar, apesar das dificuldades

enfrentadas a partir da decisão tomada, que, entretanto, não a impediram de seguir em frente com a concretização de seu desejo.

Vê-se que ela não renunciou ao seu projeto de estudar e sair de casa, o que é um indicador da autodeterminação de Catarina naquele momento de sua vida, pois mostra uma orientação própria no caminho escolhido para sua vida, independentemente do que o pai queria para a vida dela e do que exigia de Catarina. Essa atuação de Catarina perante sua vida, por meio de critérios próprios, é um indicador de sua condição de sujeito.

Assim, considera-se que a ida de Catarina para a cidade foi um movimento em benefício profissional e pessoal dela mesma para concretizar seu sonho de estudar e, com isso, sustenta-se o indicador de que, frente a essa situação, ela atuou como sujeito de sua vida.

O significado da decisão assumida por Catarina de sair de casa foi central na vida dela. Ela sentia necessidade de sair de casa e de conquistar seu estudo na cidade, pois a vida no campo estava permeada por um sentido subjetivo que gerava insatisfação em Catarina.

Observa-se que na frase “Meus estudos... *proporcionaram-me muitos conhecimentos e orientaram-me.*” há um indicador do sentido subjetivo do estudo para Catarina pela forma como ela se envolve na elaboração do conhecimento para sua vida, pois este tem um grande valor na construção de suas experiências pessoais e também representa algo muito gratificante na vida dela, pois lhe abriu portas para uma vida independente como mulher.

E, durante a dinâmica conversacional, Catarina disse ter “*boas lembranças da escola e bons sentimentos sobre aquela época*”. Nessa expressão há um indicador do sentido subjetivo do conhecimento para Catarina, de seu interesse em aprender e da afetividade dela relacionada à vida escolar, o que mostra a significação dos estudos para ela, pois indica uma emocionalidade positiva associada a essa atividade, por meio da felicidade sentida no ambiente escolar.

4.3.2 A Busca do Sujeito para Além da Questão do Gênero

Catarina se assumiu como sujeito ao se posicionar frente a seu pai, como se vê na seguinte expressão: “*a partir do momento que eu saí de casa, eu sou responsável por mim e pelas minhas escolhas*”. Nota-se que ela se responsabiliza por suas escolhas. Nessa frase também há um indicador da forte elaboração pessoal sobre as posições escolhidas para sua vida.

Catarina se impôs em relação ao seu pai, que não queria que ela saísse de casa por acreditar que “*mulher tem que cuidar da casa e só sair depois que casar*”. Nesse trecho, em que Catarina fala sobre a visão de seu pai sobre a mulher, há um indicador do sentido subjetivo associado à construção do gênero feminino na cultura familiar, na qual a mulher deve assumir deveres do lar, o que a coloca em um lugar orientado para os outros, ou seja, naquela frase acima há indicadores dos sentidos subjetivos associados ao papel da mulher na subjetividade social dentro relacionamento familiar de Catarina.

Observa-se que Catarina foi educada segundo os valores morais de seu pai, na época em que ela era criança. Entretanto, os valores de Catarina entraram em oposição aos valores de seu pai, no que se refere aquilo que é esperado para uma mulher “*dona-de-casa*”, pois o ideal de mulher para seu pai era diferente do de Catarina.

Os valores culturais, que se configuraram na subjetividade social das pessoas que moravam no campo, aparecem como elementos de sentidos subjetivos da questão do gênero feminino no momento da infância de Catarina e esta, por sua vez, queria viver diferentemente da maneira como as mulheres do campo viviam naquela época, pois ela almejava estudar e trabalhar na cidade.

Nota-se, então, que Catarina rebelou-se contra os valores culturais da condição de mulher do campo, pois percebeu que não era o lugar que queria ocupar, por isso ela batalhou

para conquistar um novo espaço almejado em sua vida e foi morar na cidade, onde terminou seus estudos e casou-se, posteriormente.

No entanto, Catarina disse que passou por momentos difíceis na cidade: *“Foi muito difícil a vida na cidade sem a orientação dos meus pais, mas eu consegui me encontrar, troquei idéias com colegas minhas que estavam numa situação semelhante e aprendi muita coisa sozinha também na escola da vida mesmo.”*.

Nesse relato há um indicador da posição de Catarina como sujeito em seu esforço para vencer as dificuldades impostas pela nova realidade, o que influenciou valores que marcaram a vida dela, sendo essa capacidade ativa de Catarina parte de uma configuração subjetiva que integra o trabalho e a família, como será visto posteriormente nesta construção de informações.

4.3.3 O Trabalho como Fonte de Prazer

Catarina é costureira autônoma há 47 anos e atua até hoje nessa área de moda, mas já foi funcionária na área de serviço social em uma instituição durante 22 anos, dando cursos sobre confecção de vestimentas e também já trabalhou em lojas de roupas.

Catarina expressou no complemento de frases: *“O trabalho... para mim sempre foi necessário e importante.”*; *“Meu trabalho... sempre me senti feliz.”*; *“A profissão... para mim foi uma grande oportunidade que tive na minha vida e com ela eu proporcionei profissão para outros.”*.

O núcleo de sentido subjetivo a que estão relacionadas essas frases é vida profissional, o que possibilita abrir um indicador sobre a construção do sentido subjetivo do trabalho, pois Catarina mantém-se ativa em sua profissão até hoje, apesar de estar aposentada.

Percebe-se, nessas frases, um indicador do forte interesse de Catarina pelo trabalho que realiza, entregando-se a ele com paixão e afinco. E esse compromisso com o seu ofício é um indicador de que esta atividade tem um forte sentido subjetivo para Catarina.

A configuração subjetiva do trabalho envolve um elemento, não só de realização profissional, mas também de realização pessoal para Catarina, pois, naquelas frases, há um indicador dos sentidos subjetivos essenciais para ela que são seus interesses pela sua profissão e por aprender cada vez mais.

Assim, observa-se que o trabalho representa uma configuração subjetiva central na vida de Catarina e também atua como fonte de uma emocionalidade positiva que contribui para a saúde dela.

A configuração subjetiva do trabalho é fomentada por outros sentidos subjetivos relevantes como o prazer que nele está envolvido, o interesse por aprender novos conhecimentos e a necessidade de Catarina ter o reconhecimento social pela profissão, pois, durante a conversação, ela expressou: “*Gosto de ser reconhecida pelo que faço.*”, o que é mais um indicador de que a profissão é uma configuração subjetiva muito importante na vida dela. E, nesse trecho, também há um indicador da necessidade de Catarina ter sucesso nas tarefas que realiza para adquirir uma valorização social.

Percebe-se que há, nesse relato, um indicador do determinismo externo (González Rey, 2004a) de Catarina, em que ela atribui uma grande importância aos valores dos outros sobre ela, o que lhe pode gerar o distresse (González Rey, 2004a), que está associado à configuração subjetiva de sua hipertensão, pois esse reconhecimento é um importante elemento para o surgimento de emoções patológicas. Além disso, nota-se que esse referencial social, presente em Catarina, é um indicador que também surgiu no estudo de caso de Henrique, visto anteriormente.

Esse último indicador citado é corroborado pela seguinte expressão de Catarina: *“Eu já fui homenageada como idosa no grupo de terceira idade, quer dizer: eu fui lembrada pelo meu trabalho e isso é muito agradável, certamente eu sou vista como uma pessoa que se dedica a alguma coisa, né.”*.

Nesse trecho há um indicador da importância que Catarina dá ao reconhecimento social. Nele aparece um indicador do determinismo externo de Catarina em sua opinião sobre o que as outras pessoas pensam sobre ela, pois isso tem muito valor para Catarina, o que lhe gera uma tensão que está envolvida na configuração subjetiva de sua hipertensão.

Nessa afirmação anterior há um indicador da dependência das opiniões alheias por parte de Catarina, pois esse trecho evidencia a grande importância que as outras pessoas têm para ela, o que pode levá-la a sofrer nessas relações, no momento em que esses sistemas de relacionamentos desenvolvem estados emocionais que se convertem em fontes de distresse, sendo que esse determinismo externo de Catarina lhe provoca uma vivência negativa, pois representa uma situação de baixo controle para ela.

Contudo, acrescentando à visão positiva sobre o trabalho, expressa anteriormente, observa-se um novo indicador em outro momento da dinâmica conversacional, conforme Catarina comentou: *“Eu trabalhei a vida inteira, desde meus 20 anos de idade, adoro minha profissão, gosto tanto que faço até hoje (...) mas eu tinha muito trabalho, eu ficava nervosa, agitada por causa do trabalho.”*.

Nessa expressão há um indicador do valor do trabalho para Catarina e também há um indicador do trabalho como fonte de prazer. Entretanto, aparece um novo indicador que não se teve oportunidade de explorar mais profundamente, mas que abre um leque para uma nova hipótese que surge dentro da configuração subjetiva da hipertensão de Catarina e que a presente pesquisadora ainda não havia pensado para esse estudo de caso: trata-se da nova hipótese de o trabalho ser não apenas fonte de prazer, mas também fonte de sofrimento.

Um autor que discorreu sobre isso é Dejours (2004), pois ele estudou a relação do indivíduo no trabalho e como esse binômio está envolvido no processo saúde-doença, mostrando que o trabalho pode ser gerador de sofrimento para a pessoa.

A pesquisadora embasa essa recente hipótese a partir da forma como Catarina organizou o trabalho em termos de tensão na sua última expressão sobre esse assunto, o que pode estar envolvido com a configuração subjetiva da hipertensão dela.

Todavia, é preciso mais subsídios para seguir em frente com essa hipótese incipiente, o que mostra o quanto a pesquisa é aberta e continua por diferentes caminhos nas interpretações do pesquisador (González Rey, 2005a).

4.3.4 A Centralidade da Família

O assunto família apareceu com frequência no complemento de frases, em diferentes momentos desse instrumento de pesquisa e em indutores indiretos e diretos: “Amo... *minha família.*”; “O lar... *é o ambiente feliz para encontro da família.*”; “Os filhos... *são a presença de um grande amor.*”.

Na técnica sobre as coisas que agradam Catarina, a família também apareceu: “*É encontrar-me sempre rodeada de familiares e amigos em grupos e ambientes com um lindo dia de sol.*”.

Além disso, a família surge, novamente, na técnica sobre as três maiores alegrias da vida de Catarina, que foram: “*Meu casamento; nascimento dos meus filhos; formatura de dois netos.*”.

Vê-se que no bloco de frases acima há indicadores do núcleo de sentido subjetivo sobre a família, pois se observa que em todas essas frases há um indicador do valor desse sistema familiar que é muito significativo para Catarina, ou seja, essas frases do complemento

são indicadores de que a família é um núcleo de sentido subjetivo importante na configuração subjetiva de Catarina, uma vez que mobiliza fortes emoções.

Essas frases apresentam um indicador do sentido subjetivo da família para Catarina. Nelas há um núcleo de sentido subjetivo em relação à família, em que apresenta profundos afetos em relação aos filhos. Catarina referiu-se a eles em diferentes momentos de expressão, o que é um indicador do valor deles como um importante sentido subjetivo presente na vida dela.

Portanto, nota-se que a família é um dos aspectos mais relevantes de seu mundo e que podem se converter em sentidos subjetivos relevantes na configuração subjetiva da hipertensão dela.

Também se observa uma preocupação com a vida de sua filha, pois ela gostaria de vê-la independente financeiramente: *“Minha preocupação principal... com minha filha, porque ela casou, tem três meninas, o casamento durou 15 anos com muita dificuldade, não existia união, daí ela se separou, depois já ficou sem emprego e teve dificuldades financeiras e continua tendo, porque agora ela tá sem emprego de novo.”*.

Nessa frase há um indicador das tensões derivadas do sentido subjetivo da filha Rafaela para Catarina, que estão envolvidas na configuração subjetiva de sua hipertensão. E, nessa mesma frase, há um indicador do impedimento de Catarina ao lidar com a preocupação que a afeta, e isso produz emoções negativas que se convertem na hipertensão dela.

Esse indicador também apareceu na dinâmica conversacional em que Catarina falou: *“Tenho alguns problemas que eu me preocupo com a minha filha que tava fora e agora voltou, mas voltou com dificuldade, fica mudando de cidade (...) é esse ritmo da dificuldade que a gente passa na família e também a dificuldade financeira (...) e essa situação da minha filha me preocupa, porque eu acompanho, eu ajudo ela, eu participo o possível, é a rotina assim, né, e isso me deixa muito preocupada mesmo.”*.

Com essas informações, vê-se que há o indicador das emoções negativas geradas a partir do sentido subjetivo da filha para Catarina e que prejudicam a saúde desta, relacionando-se à configuração subjetiva de sua hipertensão.

Nas frases a seguir, nota-se que as ambições de Catarina estão vinculadas à felicidade de seus filhos e netos, como expressou: “Minha principal ambição... *é ver meus netos formados.*”; “Meu maior desejo... *é ver todos os meus netos com um futuro feliz e próspero.*”; “Eu gosto muito... *de conviver com meus filhos e meus netos.*”; “Minhas aspirações são... *ver meus filhos e netos realizados no futuro.*”; “Meu maior prazer... *foi com o nascimento dos meus filhos e depois com o nascimento dos meus netos.*”. E, na técnica sobre os maiores desejos de Catarina, novamente, surge a família: “*Ter sempre junto a mim ou próximo os meus familiares: filhos, netos e ter meus amigos sinceros em reuniões alegres.*”.

Nessas frases há indicadores das motivações de Catarina restritas à família, pois não há metas que não estejam ligadas à família. Também se percebe que em todas essas frases Catarina não planeja seu futuro para além da família, o que é um indicador de sua incapacidade de ampliar seus interesses na vida.

Vale ressaltar que esse indicador também apareceu no caso de Henrique, como se viu anteriormente. Assim, com esse sistema de projetos limitados, Catarina também fica mais vulnerável ao distresse, o que contribui para a configuração subjetiva de sua hipertensão.

Nessas frases, citadas anteriormente, em que Catarina expressa seus desejos, aspirações e gostos, vê-se que ela se refere sempre ao mesmo campo de atuação, no caso, a família, e nessas expressões há um indicador da incapacidade de Catarina para manter objetivos próprios na etapa da vida em que se encontra.

Isso pode gerar-lhe uma emocionalidade negativa associada à configuração subjetiva da hipertensão dela, mas que não está expressa diretamente na linguagem de Catarina, em momentos diferentes dos instrumentos de pesquisa.

4.3.5 Reflexões a partir do Lugar de Sujeito do Envelhecimento

Catarina expressou durante a conversação: *“Eu acho que, se hoje, a educação dos filhos fosse um pouquinho mais enérgica com as crianças, eu acho que assim não aconteceria as coisas que a gente vê na televisão sobre morte de pais pelos filhos e jovens que não respeitam os idosos.”*.

Nessa expressão há um indicador dos valores morais de Catarina sobre os jovens, os quais são avaliados negativamente por ela. Também se vê um indicador de que, para Catarina, atualmente, há um enfraquecimento do valor da família na educação dos jovens, uma vez que há um indicador de que, para Catarina, a família deixou de ser um referencial moral para os jovens.

Esses valores morais sobre os jovens não aparecem na dimensão intencional de Catarina, mas, sim, aparecem implícitos em juízos que ela assume sobre eles. Esses valores passam pela capacidade crítica de Catarina em relação às outras pessoas, em que Catarina tece suas próprias construções a respeito dos jovens.

Por outro lado, ela atribui aos jovens um sentido valorativo de caráter moral que não depende dela mesmo, pois ela não tem controle sobre as ações dos jovens e isso lhe gera uma tensão que está envolvida na configuração subjetiva da hipertensão dela.

E no seguinte trecho há a confirmação dos indicadores acima: *“Antigamente, a gente sentia um respeito pelos pais, mas hoje em dia tudo é muito fácil para os jovens, na verdade, ninguém mais respeita os mais velhos, eles fazem o que bem entendem sem se preocupar em dar satisfação aos pais, não escutam os pais nem os idosos.”*. Nessa expressão, vê-se uma avaliação negativa do jovem, nos dias de hoje, desenvolvida a partir de valores morais que criticam os comportamentos dos jovens.

Nesse relato aparecem os valores morais de Catarina comprometidos com a percepção que ela tem dos jovens e observa-se a capacidade de Catarina de refletir sobre as ações dos jovens em relação a um idoso.

Um núcleo de sentido subjetivo que se destaca nessas informações é a posição pessoal de Catarina diante da velhice, que está ligada à representação social do idoso associado à sabedoria e respeito. Observa-se que Catarina deseja que os jovens a respeitem em seu lugar de idosa.

Nesses dois trechos referidos antes, há um indicador da posição ativa de Catarina em relação às circunstâncias que observa na vida e que se integra também como um indicador da capacidade ideativa própria de Catarina com um funcionamento intelectual carregado de sentidos subjetivos.

O posicionamento crítico de Catarina é um indicador de que ela é sujeito de seu envelhecimento, ela não se subordina aos jovens e essa posição ativa de manter uma produção intelectual perante estes jovens marca o sentido subjetivo de envelhecer para Catarina e rompe com a representação social do idoso associada à passividade e aceitação. E também se observa que Catarina quebra com a representação social estereotipada da velhice como um momento de estagnação produtiva do pensamento intelectual.

Pelo contrário, naqueles trechos, evidencia-se a capacidade crítica de Catarina, seu fluxo de pensamentos que adquirem significados perante as diferentes formas de relações familiares existentes.

4.3.6 O Olhar Atento sobre a Saúde

O tema saúde surgiu em diversos momentos do complemento de frases em indutores indiretos, o que indica um sentido subjetivo relacionado a esse assunto: “A leitura... *gosto de ler: crônicas, livros e comentários referentes à saúde.*”; “Meu futuro... *espero ser com mais*

saúde, paz e amor no coração.”; “Meu maior problema... é a minha saúde, o problema é a saúde, agora mesmo eu tive que fazer controle de pressão arterial, a minha saúde é uma saúde bastante difícil porque eu sou hipertensa e já tive arritmia cardíaca.”; “Com frequência sinto... a minha pressão arterial descontrolada.”; “Me esforço... para ter uma boa qualidade de vida com saúde.”; “Necessito... ter saúde para acompanhar o desenvolvimento de meus netos.”; “Minha vida futura... viver com saúde.”.

Nessas frases se observa que Catarina organiza subjetivamente a sua saúde como uma preocupação constante, como um problema presente e também em termos de desejo de algo que não tem, mas que almeja avidamente, e isso pode gerar-lhe uma tensão que está envolvida na configuração subjetiva de sua hipertensão.

Além disso, o tópico saúde apareceu também durante a dinâmica conversacional: *“Peço a Deus que me dê saúde para vencer na linha reta saudável e não ficar com dificuldade, dependente de outras pessoas... eu quero que Deus me dê saúde assim como eu to aqui andando, fazendo o que eu quero e o que eu gosto, me determinando, não dependendo das pessoas.”.*

Nesse relato Catarina expressa sua independência na terceira idade, em que aparece um indicador do valor da autonomia para Catarina e de sua posição como sujeito de sua vida. Percebe-se que a degradação física de seu corpo gera-lhe temor em relação a sua capacidade de gerir sozinha a sua vida, o que é um aspecto muito importante para ela.

E observa-se que o medo de não mais conseguir controlar seu corpo, um corpo que deixará de atender às vontades dela, é um indicador do temor pela impotência, o que também é um indicador da rejeição à dependência de outras pessoas.

Esse indicador é sustentado por Maia, Londero and Henz (2008), pois eles mostram que há uma representação da velhice pensada pela lógica de uma carência, ou seja, pelo

referencial daquilo que se enfraquece no corpo, o qual precisa de cuidados, portanto, uma velhice que estaria configurada pelo corpo impotente.

E em outro momento da conversação, Catarina expressou: *“Eu não quero que me papariquem nem que fiquem ao meu redor achando que eu sou velha, eu tenho idade, sim, eu sou idosa, claro, eu tenho 77 anos de vida, né, mas eu não sou uma pessoa que dependo, que preciso que alguém esteja do meu lado fazendo as coisas para mim, eu não preciso disso.”*.

Nessas informações há um indicador de que Catarina tem ojeriza à representação social do idoso como alguém dependente de outras pessoas. E nesse trecho há também um indicador de que a idéia de dependência mobiliza emoções negativas em Catarina, tendo em vista que a sua autonomia tem muito valor para ela, como observado anteriormente.

No último trecho da conversação citado há também um indicador da posição ativa de Catarina como sujeito de seu envelhecimento, em que apresenta uma capacidade crítica sobre o envelhecer.

Vê-se que o temor de Catarina sobre a dependência no envelhecimento, algo que não lhe agrada, é um indicador de sua independência nessa fase da vida, o que, por sua vez, é um indicador de sua capacidade de tomar decisões próprias nesse momento. Assim, pode-se aludir que são as emoções resultantes desse sentido subjetivo da dependência na terceira idade é que provocam temor em Catarina.

Durante a conversação, Catarina também falou: *“Se eu fosse uma idosa que me entregasse e ficasse dependendo dos outros, daí eu falaria: ‘Ai, vai buscar meu remedinho pra mim que eu to me sentindo ruim. Ai, vai chamar o doutor.’. Não, eu não faço isso. (...) Não é porque eu sou hipertensa que eu vou ficar em casa para não me alterar, capaz, não senhora.”*.

Nessa expressão há um indicador de Catarina como sujeito de sua doença. Observa-se que ela não se vitima em função da hipertensão, pelo contrário, ela assume uma posição ativa

de capacidade de atuar independentemente da doença e das pessoas. Vê-se que a hipertensão não impede Catarina de frequentar diferentes espaços sociais, por exemplo, o trabalho e o grupo de idosos.

Nos dois últimos trechos da dinâmica conversacional, mostrados anteriormente, percebe-se que há um indicador do sentido subjetivo do idoso para Catarina em uma posição pessoal de reflexão sobre a vivência da terceira idade, mantendo uma postura ativa em sua produção intelectual a respeito desse momento de sua vida. Vê-se que Catarina é sujeito de seu envelhecimento, ela não se subordina à velhice, e a assume ativamente, o que marca o sentido subjetivo de envelhecer para ela.

Em outro momento da conversação, Catarina disse: *“A saúde saudável é a gente que tem obrigação de manter. Eu leio bastante, eu pesquiso bastante sobre hipertensão, colunas no jornal sobre saúde, eu tenho coleção de artigos também, eu leio os folders que me dão sobre hipertensão lá no grupo.”*. Nesse trecho há um indicador do envolvimento de Catarina sobre a saúde em uma postura ativa de abertura ao conhecimento sobre a sua doença.

Na ocasião seguinte do diálogo, Catarina afirmou: *“Não resolve nada as pessoas dizerem assim: ‘Ai, eu sou hipertenso e por isso não vou fazer tal coisa’. Eu acho que as pessoas têm que fazer as coisas dentro do seu limite, se eu acho que posso fazer tal coisa, então eu vou lá e faço. Eu sei o que eu posso e o que eu não posso.”*.

Nessas informações há um indicador da postura ativa de Catarina frente à hipertensão, pois apesar dos limites impostos pela doença, não se vitima por causa da hipertensão, muito pelo contrário, ela tem consciência de suas limitações e as assume frontalmente, e vê-se que a doença não é um impeditivo das aspirações de Catarina. Dessa maneira, nota-se que ela é sujeito de seu processo de adoecimento.

Na técnica sobre os maiores temores na vida, Catarina expressou: *“Que Deus me proteja para não ter enfermidade que possa tornar-me inútil e dar sofrimento aos meus*

familiares e amigos.”. Nessa frase há um indicador do medo de Catarina de perder a sua independência, a qual tem muito valor para ela, e também aparece o medo de ter restrições que façam sofrer seu meio social, e isso é um indicador de Catarina voltada, novamente, para os outros, pois ela se preocupa que o sofrimento dela não deve gerar sofrimento para as outras pessoas com quem tem vínculos, ou seja, há um indicador de que a doença deve ser responsabilidade de Catarina e não dos outros.

O trecho a seguir confirma esses indicadores citados, como falou Catarina no diálogo: *“Eu tenho que ter cuidado em me manter saudável para que a pressão não suba e para que eu não tenha mais a arritmia para os outros que estão ao meu redor não sofrerem.”*. Nessa informação, novamente, há um indicador de Catarina com foco nos outros e não nela. Observa-se que a manutenção da saúde, para ela, adquire um significado dentro de um sistema em relação às outras pessoas e não por si mesma.

Além disso, Catarina comentou: *“É óbvio que eu sei que sou hipertensa, logo sei também que eu tenho que tomar o meu remédio direitinho e se eu não procurar me cuidar, ninguém vai me corrigir. Se a gente não procura ter saúde, ninguém vai dar pra gente. Quando a gente sente qualquer problema, a gente tem que procurar recursos e não esperar que alguém venha dizer para a gente: ‘Tu necessita.’”*.

Nessa expressão há um indicador da influência do modelo biomédico que pauta a hipertensão como sendo passível de controle pela via da medicação. E também há um indicador de Catarina como sujeito de sua saúde, em que aparece sua postura ativa.

4.3.7 A Rigidez Limitante do Sujeito

No complemento de frases Catarina escreveu: *“Sinto dificuldade... eu não sinto assim uma dificuldade porque eu faço as coisas de forma tão firme, organizo tudo, eu sou muito organizada na maneira de ser, de trabalhar e de conviver também.”*.

Nessa frase há um indicador da rigidez de Catarina como forma de se organizar subjetivamente, em que se percebe que ela não aceita a desorganização, coisas malfeitas, desordem. Dessa maneira, também há um indicador de que essas situações são estressores para Catarina, pois lhe geram tensão.

Na dinâmica conversacional esse indicador também surgiu na seguinte expressão de Catarina: *“Eu sou muito correta, eu sou uma pessoa muito enérgica, eu me considero assim... eu quero tudo na hora, no momento, quero fazer tudo, se eu determino hoje para fazer uma coisa, daí durante o dia eu tenho que realizar aquilo. Eu tenho um traçado do dia, né, então eu tenho que fazer durante o dia o traçado do que eu planejei, mas lógico, às vezes, acontece algum imprevisto e daí não é feito, mas daí eu marco para que no outro dia aquilo seja a primeira coisa a ser feita.”*.

Nesse trecho acima, novamente, aparece o indicador da inflexibilidade de Catarina em suas ações do dia-a-dia. E manter-se nessa posição inexorável indica que as situações sobre as quais ela não tem controle são estressores para Catarina e geram-lhe uma tensão que está relacionada à configuração subjetiva de sua hipertensão aliada à característica do perfeccionismo que ela apresenta.

Na frase a seguir, Catarina expressou: *“Diariamente me esforço... para que eu consiga ser mais e mais.”*. Aqui se nota que há um indicador da exigência de Catarina consigo mesma e um indicador da austeridade dela, o que lhe gera uma pressão para não errar.

Essa pressão sofrida por Catarina se expressa nela por meio de seu perfeccionismo e de sua busca por aprovação. E essa perfeição que significa não cometer erros é um peso emocional para Catarina, que expressa em um sentido subjetivo associado à configuração subjetiva de sua hipertensão.

Observa-se que a frase “Na escola... *sempre fui aplicada e pontual com meus deveres.*” apresenta um indicador da rigidez com que Catarina organizou seus estudos e do compromisso rigoroso que ela tinha com a escola.

Já nas frases sobre o aborrecimento de Catarina com a falsidade das outras pessoas (“Me incomodam... *as pessoas falsas e mentirosas.*” e “Detesto... *falsidade e mentira.*”) há um indicador da sensibilidade de Catarina em relação aos valores negativos dos outros indivíduos, o que é um indicador do determinismo externo dela.

Vê-se também, nessas frases acima, a expressão do juízo severo de Catarina sobre a moralidade das outras pessoas, o que é um indicador dos elevados valores morais exigidos por ela e que dificultam a sua convivência com os outros.

Por tudo o que já foi exposto até agora, pode-se aduzir que a severidade de Catarina é um indicador da rigidez dela, o que é um dos elementos da configuração subjetiva de sua hipertensão.

Além disso, essa rigidez exacerbada pode dificultar e limitar Catarina em seus relacionamentos com as outras pessoas dentro de um sistema pautado, freqüentemente, pela desordem, e isso pode ser um estressor para Catarina como uma fonte de tensão permanente, que se converte na configuração subjetiva da hipertensão dela. Todavia, nota-se que Catarina, conscientemente, não percebe, como uma dificuldade a sua maneira de atuar inflexível.

4.3.8 As Perdas na Família Capazes de Estagnar o Sujeito

Na dinâmica conversacional Catarina afirmou: “*A minha pressão se agravou mesmo quando entrou a crise da doença na minha família (...) então, eu acho que a doença na família contribuiu para a minha hipertensão, porque a gente passou por muita dificuldade, né, porque tem que controlar, tem que acompanhar (...) então, a minha vida foi andando sempre com dificuldades, com problemas de saúde na família.*”. Nessas afirmações há um

indicador de que Catarina vê a sua hipertensão como um processo que se organizou subjetivamente a partir do adoecimento de seus familiares.

Durante o diálogo, Catarina comentou: *“Os meus pais faleceram em 1963, eu tinha 44 anos, e nesse período eu tinha filhos pequenos, eu cuidei dos meus pais, abandonei minha casa e dois filhos meus em outra cidade, meu marido trabalhava lá, era gerente de empresa e eu vim para cá cuidar dos meus pais que moravam aqui e eu fiquei quase um ano inteiro com eles, e eu ia momentos lá em casa quando dava e todo esse período que eu fiquei longe de casa também é um motivo, para mim, de ter acontecido esse problema da minha pressão ficar alta.”*. Aqui se nota um indicador de que Catarina vê a sua hipertensão como um processo que também se organizou a partir das dificuldades sofridas pelo afastamento da família com a doença de seus pais.

Na conversação, Catarina relatou: *“Eu perdi minha mãe, ela sofreu um derrame e faleceu com 59 anos e nesse tempo que a mamãe estava doente, perdi meu pai nesse percurso, o papai sofreu um infarto e faleceu, ele tinha 62 anos. Então, no mesmo ano, em 1963, eu perdi os meus dois pais e acompanhei todo o período de enfermidade deles, aquele foi um período muito difícil para mim, de muita preocupação e, a partir disso, a minha pressão aumentava de momentos, a cada dia eu tinha alguma coisa emocional, porque cuidar de uma pessoa enferma e controlar e preocupar com a família e ter a responsabilidade da casa entre duas cidades não é fácil.”*.

Nesse trecho, assim como visto no tópico “A centralidade da família”, também há um indicador do valor da família para Catarina, evidenciado pela dedicação aos seus pais, em um gesto de doação de si mesma, em um momento que eles precisavam de cuidados constantes, já que seus quatro irmãos (três homens e uma outra mulher) não ocuparam o papel de cuidador, naquela época.

Dessa forma, Catarina deixou sua própria vida de lado, como mãe e profissional, para conseguir ajudar seus pais, o que mais uma vez é um indicador de que os outros estão em primeiro lugar em sua vida.

Em seguida, Catarina disse sobre o falecimento de seu marido: *“Eu conheci o meu marido, meu único namorado, eu namorei e casei, namoramos dois anos, eu casei com 17 anos (...) foi um choque para mim a morte do meu marido em 1995 por causa de um câncer no rim, foi muito difícil para mim a morte dele, ele fez uma cirurgia, mas teve metástase e agravou-se, foi muito ruim, porque nós íamos fazer 50 anos de casados, já tínhamos 47 anos juntos, ele tinha 69 anos de idade e eu tinha 65, quando ele teve, (...) e quando ele morreu foi a pior época da minha vida, porque aí eu me senti completamente desorientada.”*.

Nesse relato há um indicador do valor do marido de Catarina para ela como alguém que dava um sentido a vida dela e indica que ele era um companheiro que a auxiliava em tudo na vida e que ocupava um lugar central em sua subjetividade.

Posteriormente, Catarina comentou sobre a hospitalização de seu marido: *“Quando ele adoeceu, eu preferi me afastar do trabalho para cuidar dele e fiquei com ele no hospital, ele ficou 40 dias hospitalizado e, nesse período, a minha pressão ia lá em cima, eu tinha que ficar controlando sempre (...) nesse período, eu já sabia que eu era hipertensa, inclusive o médico que acompanhou o caso do meu marido disse pra mim: ‘Mas tu não pode ficar aqui no hospital acompanhando teu marido por causa da tua hipertensão.’. E eu respondi: ‘Mas não ficar aqui não resolve o meu problema da hipertensão, tanto faz ficar aqui como em casa ela continua.’”*.

Com essas informações, observa-se, novamente, que Catarina abdica de si mesma em prol de outra pessoa, agora, em função de seu marido, apesar de ter quatro filhos que também poderiam fazer o papel de cuidador, naquele momento.

Entretanto, ela, mais uma vez, coloca seus projetos em segundo plano ao parar de trabalhar para, exclusivamente, cuidar de seu marido, assim como o fez quando os pais dela adoeceram.

Além disso, nesse mesmo trecho anterior há um indicador de que Catarina tenta encontrar seu espaço como sujeito quando se impõe frente ao médico, o qual, por sua vez, tenta impedi-la de vivenciar o processo de adoecimento de seu marido, limitando-a devido à hipertensão, reduzindo-a a sua doença, pois ele não dá valor à importância que tem para ela o fato de acompanhar seu marido durante a hospitalização, o que, naquele momento, era de extrema relevância para ela poder fazer isso pelo seu companheiro de uma vida inteira, ou seja, ela queria participar de maneira ativa naquela circunstância, ao lado dele até sua morte.

Depois, Catarina relatou sobre a morte repentina de seu filho Matheus: *“E, cinco anos depois da morte de meu marido, eu perdi um filho em 2001. Ele tinha 46 anos, saiu para uma festa, lá caiu na rua, desmaiou e foi para o pronto atendimento do hospital, ficou três dias hospitalizado, teve aneurisma, entrou em coma e não voltou mais (...) tentaram fazer uma cirurgia, mas não havia possibilidade, porque o cérebro não respondia (...) e, lá no hospital, minha pressão subiu, aí, sim, minha pressão se agravou mesmo, mas eu disse para me deixarem apoiar o meu filho.”*

Nesse relato, vê-se, novamente, a tentativa de Catarina de encontrar seu lugar de sujeito frente à condição de seu filho no processo de hospitalização, ela luta para não ser excluída desse momento por causa de sua hipertensão.

Após essa expressão, Catarina falou: *“Depois que meu filho morreu, daí eu fui para Porto Alegre, ficar um tempo com meu outro filho, Eduardo, para que eu não ficasse só dentro de casa. Eles faziam o possível para eu reagir, eles me procuraram e vinham, me distraíam, tentavam conviver mais comigo, não me deixavam sozinha, me levavam para o*

shopping, mas fazer tudo isso para mim nunca apagou a minha lembrança, nunca apagou a imagem do meu filho Matheus.”.

Nessas informações há um indicador de que os familiares de Catarina tentaram anulá-la em sua dor, não queriam deixar que ela vivenciasse o sofrimento diante de tudo o que passou com a morte rápida de seu filho, eles tentaram ocupá-la com outras atividades para que ela não pensasse no que aconteceu, acreditando que, dessa maneira, ela não mais sofreria, ou seja, a forma como a família de Catarina lidou com a morte de Matheus foi por meio da realização de diversas atividades em grupo.

Entretanto, a morte de seu filho não era passível de ser ignorada pelo fato de participar de novas atividades com a família. Assim, percebe-se que Catarina almejava um espaço para se colocar em sua dor e falar sobre a morte de Matheus, pois isso era mais importante para ela naquele momento do que realizar várias atividades, como uma tentativa de ressignificar a morte de Matheus.

Logo em seguida, Catarina disse: *“Não foi fácil, eu tive um período muito difícil, porque, além de ficar sem meu marido, que tomava conta de tudo, daí, depois, tive a perda do outro filho, foi horrível (...) o caso desse meu filho que faleceu eu nunca esqueci, não é fácil (...) enfim, a morte do meu filho e do meu marido foi muito difícil, não houve muito tempo se comparar com a dos meus pais.”.*

Com essas afirmações, percebe-se que há um indicador de que as perdas familiares ainda mobilizam sentimentos como tristeza em Catarina, o que lhe gera emoções negativas que fazem parte de sua configuração subjetiva da hipertensão.

Esse indicador citado acima é fortalecido pela frase *“Sofro... por ter perdido pessoas que amei: pai, mãe, marido e filho.”*, na qual também há o indicador de que a perda dos entes familiares gera um mal-estar em Catarina, produzindo emoções negativas, pois esses sentidos

subjetivos que se configuraram sobre a perda de íntimas relações afetivas dentro da família evocam tristeza para Catarina.

No complemento de frases, Catarina escreveu: “Luto... *é o luto de sentimento, o luto é um grande sentimento pra gente, a gente tem que procurar reagir no momento, é o rotativo da vida: a gente nasce, cresce, vive enquanto Deus permite e morre, aí quando a gente morre vem o sentimento familiar, mas na verdade a gente não precisava ter a morte, não aquele fato da pessoa ficar doente e sofrer e de repente morre, além do doente sofrer, a família sofre também.*”. Nessa frase há um indicador de que Catarina ainda está muito presa às perdas afetivas que teve na vida e isso a faz sofrer, gerando-lhe uma constante tensão, que alimenta a configuração subjetiva da hipertensão dela.

Na frase a seguir, que Catarina escreveu, “O passado... *não gosto muito de recordar.*” há um indicador de que o passado não traz boas lembranças para ela devido, possivelmente, às perdas familiares que teve, pois esse passado converteu-se em um indicador das dificuldades enfrentadas nas relações familiares, por exemplo, com a morte de seus familiares.

Nessa frase acima também há um indicador do valor do passado como um relevante sentido subjetivo presente na sua vida atual cujo núcleo é a família. Além disso, não querer lembrar dessa época sofrida promove uma estagnação dos sentidos subjetivos de Catarina, impossibilitando a produção de novos sentidos subjetivos sobre as experiências dolorosas vividas, impedindo o seu desenvolvimento.

Em outro momento da dinâmica conversacional, o indicador citado anteriormente também aparece na seguinte expressão de Catarina: “*Não gosto muito de recordar o passado porque o que passou, passou, foi a vida que a gente teve, sofreu, passou trabalho, mas eu gostaria de, a partir daquele momento, viver o presente, porque eu não gosto de recordar o passado pelo sofrimento de perdas de pessoas da minha família que eu perdi, foram períodos difíceis para mim, todos, tanto os dos meus pais quanto do meu marido e do meu filho, então,*

eu só tenho saudades deles, mas eu não quero lembrar o tempo que já passou e que a gente sofreu, porque eu sofri, esse é o caso, a pessoa tá bem, fica doente como aconteceu com meus pais, fica doente, sofre e morre. Meu marido tava bem, ele era uma pessoa saudável e de repente ficou daquele jeito e acabou morrendo, a gente sofrendo e ele também. O meu filho era uma pessoa festeira, gostava de tudo, saía pra festa e acabou no final que entrou em coma, quer dizer, são coisas que já passou e que eu prefiro não falar sobre isso.”.

Com essas informações, pode-se aludir que o não querer lembrar da dor da perda nem das situações sofridas durante o adoecimento dos familiares faz que os sentidos subjetivos de Catarina tornem-se estáticos, não mais havendo produção subjetiva que se desenvolva a partir daquelas experiências, pois ela ficou estagnada nas emoções negativas sentidas naquela época e isso prejudica a saúde de Catarina, pois alimenta a configuração subjetiva de sua hipertensão, impedindo-a de gerar novos recursos subjetivos que a auxiliem a lidar melhor com tudo o que vivenciou no passado.

O sentido subjetivo que se constitui na forma como Catarina lembra do adoecimento de seus pais, da morte de seu marido e de seu filho evoca um sentimento de tristeza e sofrimento, em que tais sentimentos até hoje lhe geram mal-estar, pois esses acontecimentos ainda geram grande sofrimento para Catarina e o fato de manter esses mesmos sentidos subjetivos em relação à morte de seus afetos mais íntimos impede a criação de novas alternativas para lidar com aquelas experiências de perdas, pois, dessa maneira, sua produção subjetiva limita-se ao sofrimento do passado.

Até hoje ela sofre quando lembra daqueles momentos de angústia com a morte de seus familiares. Essas mortes são fatos que ainda não conseguiu superar, mas que tenta fazê-lo por meio da fé.

Diante das perdas sofridas na família, Catarina se apegou ao esteio da fé, conforme disse: *“Eu agüento tudo o que passei por causa da força que Deus dá pra gente agüentar e*

tem até aquele dito de ‘Deus faz conforme o peso que a pessoa agüenta’. É nisso que acredito.”.

Nessa expressão há um indicador do sentido subjetivo da fé para Catarina, e nele se produz a esperança de que é possível dar conta dessa realidade dolorosa. Esse sentido subjetivo da fé estimula Catarina a superar as perdas familiares que teve ao longo da vida, em que aparece um indicador do sentido subjetivo de Deus para Catarina como um apoio na hora do sofrimento, que a auxilia a suportar a ausência das pessoas amadas e que a fortalece para enfrentar a vida sem elas.

Observa-se que na frase “Eu... *considero-me uma pessoa que, apesar das perdas, conseguiu vencer.*” há um indicador de Catarina como sujeito de suas vivências em uma tentativa de superar os momentos difíceis por meio de alternativas para lidar com eles. Para isso é preciso mobilizar recursos subjetivos e posicionar-se de maneira ativa frente às perdas, gerando novos sentidos subjetivos diante da experiência vivida.

Nas seguintes frases do complemento “O tempo mais feliz... *foi quando eu soube que ia ser mãe.*” e “Sinto... *saudades da infância de meus filhos.*” Catarina expressa que o tempo mais feliz foi o seu passado com a família.

Nessas frases acima aparece um indicador de que o momento atual de sua vida é percebido como não tão feliz quanto aquele passado, pois coloca os momentos mais felizes naquilo que já aconteceu anteriormente e que não faz parte do tempo presente.

4.3.9 Representação Social da Hipertensão

Durante a dinâmica conversacional Catarina falou: “*Eu considero que a minha hipertensão é emocional, tem também um fundo emocional e qualquer tensão nervosa, aí a minha pressão sobe, mas eu não sinto alteração nenhuma por baixar a pressão, porque a minha pressão é emocional (...) a hipertensão é devido ao sistema nervoso da pessoa, daí a*

pressão arterial dela altera também e isso já foi comprovado com o meu cardiologista que a minha pressão é emocional (...) basta a pessoa estar nervosa, ansiosa, qualquer choque, qualquer notícia, e eu tenho isso comigo, eu sou assim, qualquer notícia que me dá, daí a minha pressão sobe, por exemplo, como aconteceu no dia do acidente do avião da TAM em São Paulo, nessa semana.”.

Com essas afirmações, observa-se que Catarina faz uma relação direta, linear entre o aumento de sua pressão e uma situação do ambiente que ela considera estressante. Dessa forma, há um indicador da representação social da hipertensão associada somente ao emocional, ao “nervoso”.

Vê-se que, para legitimar isso, Catarina utiliza um argumento pela autoridade do saber médico que naturaliza a doença. Nesse momento, nota-se a influência do modelo biomédico sobre a maneira como Catarina organiza o processo da doença.

Percebe-se que essa maneira como ela enxerga a ocorrência de sua hipertensão está ligada a uma construção social sobre o estresse, pois Catarina vê sua doença como um processo que se organiza a partir de eventos externos considerados por ela como estressantes.

Entretanto, vale ressaltar que nenhum evento do ambiente é um estressor por si mesmo (González Rey, 2004a), conforme acredita Catarina, uma vez que o sujeito tem um papel ativo sobre suas emoções frente às situações que vivencia.

Nota-se que essa associação da hipertensão a situações consideradas estressantes também foi encontrada no estudo de caso de Henrique, conforme se viu na construção de informações anterior.

Na conversação, Catarina mostrou sua visão sobre a hipertensão: *“Eu vejo que a minha hipertensão é traiçoeira, porque quando estou preocupada eu sei que a minha pressão sobe ou pode subir num repente e quando eu vou medir, ela realmente tá alta. Mas, às vezes, eu passava bem, não sentia nada, eu tava normal, bem tranqüila, conversando com a minha*

turma, participando de festas, aí eu vou medir a pressão numa farmácia mesmo e daí ela tá super alta, mas eu tava tranqüila e fui medir e ela tava 16 por oito, então é por isso que eu acho ela traiçoeira, porque quando eu não to com dor de cabeça, to sem sintoma nenhum, não sentia nada, aí eu vou medir e ela tá alta.”.

Nesse relato há um indicador de que Catarina personifica sua hipertensão, atribuindo características do homem à doença. E, nesse mesmo trecho do parágrafo anterior, observa-se a influência do modelo biomédico na forma como Catarina organiza o processo da saúde como ausência de sintomas. Esse modelo é dominante desde o século XIX (Capra, 1993) e consiste em uma relação direta entre doença e sintoma.

Também se percebe, nessa fala anterior de Catarina, a influência da representação social da hipertensão que associa essa doença à sensação de uma alteração física (Machado & Car, 2007).

Durante o diálogo, Catarina relacionou a sua hipertensão à alimentação: *“No meu caso, a alimentação não é a causa da minha hipertensão, porque eu controlo bem, eu como muita fruta, legumes, o sal é bem pouquinho, e carne eu to comendo muito pouco, não como gordura, eu não tenho colesterol alto, não tenho triglicéridios, não sou diabética, meus exames são ótimos e faço exames periodicamente e eu sou magrinha, a minha alimentação é bem controlada, e eu não tenho o hábito de fumar e também não bebo nada (...) eu levo a vida assim bastante controlada, porque eu que sou hipertensa tenho que ter esses cuidados com a minha alimentação.”.*

Nessa expressão há um indicador da influência da representação social sobre as causas da hipertensão para Catarina, pois os fatores citados por ela são muito divulgados na mídia impressa e televisual no que se refere à saúde e também são enfatizados pelos médicos e nutricionistas como sendo centrais na hipertensão.

Vê-se que as informações desse trecho anterior mostram a importância do hábito alimentar para Catarina no controle da sua hipertensão, pois ela atribui um grande valor a esse quesito como forma de cuidar sua saúde. Além disso, observa-se que essa associação do controle da pressão à alimentação que regula e ao remédio que toma também foi encontrada no caso de Henrique.

Percebe-se que na fala de Catarina ela reproduz as prescrições dos especialistas da área de saúde ao associar o controle da pressão a uma dieta hipogordurosa e ao não consumo de bebida alcoólica nem de tabaco em consonância com as informações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2006) sobre os fatores de risco da hipertensão.

Contudo, na técnica sobre as coisas de que Catarina não gosta, ela também escreveu: *“Outra coisa que me desagrada muito é ter que viver metodicamente controlando minha alimentação, limitando qualquer coisa que eu tenha vontade de comer.”*

Na dinâmica conversacional, Catarina sustenta essa frase: *“A gente se priva de muita coisa pra se manter e a partir do momento que fiquei sabendo que eu era hipertensa, aí eu passei a limitar minha alimentação que, antes disso, era normal, antes eu comia de tudo, sempre gostei muito de comer muito churrasco e muita carne frita.”*

Nota-se, com essas informações do parágrafo anterior, que após o diagnóstico da hipertensão, a alimentação passou a ter um novo sentido subjetivo na vida de Catarina e esta começou a ter maior cuidado com a alimentação.

Observa-se que o sentido subjetivo do hábito alimentar saudável está envolvido em termos de obrigação e não de um desejo. E vê-se que a alimentação organiza-se para Catarina como uma restrição imposta pela sua doença, e não como um anseio próprio dela.

Catarina também relacionou a alimentação e a prática de exercícios físicos à qualidade de vida: *“A qualidade de vida que eu considero que eu tenho significa para mim a pessoa cuidar de si própria, cuidar da alimentação (...) eu considero que qualidade de vida da gente*

é cuidar da alimentação, a maneira de tu agir, de tu ser, o teu cuidado com procurar sair, caminhar, se divertir, fazer ginástica, natação, hidrogenástica, caminhar bastante, porque a caminhada é muito importante para quem tem pressão alta (...) a qualidade de vida nossa é a gente que tem que proporcionar isso a nós mesmos. Não resolve nada uma pessoa ficar sentada o dia inteiro em frente a uma televisão e ficar sem se movimentar, porque vai acontecer que essa pessoa vai arrumar triglicérideos, vai arrumar colesterol ruim, então são coisas que se a gente não proporcionar, ninguém proporciona para nós.”.

Nessas afirmações há um indicador de Catarina como sujeito de sua qualidade de vida, pois ela se responsabiliza pela qualidade de vida que possui e esta se organiza a partir de hábitos esportivos, alimentares e sociais para Catarina.

Aqui aparece, novamente, a influência da representação social na construção da idéia sobre o que é ter uma boa qualidade de vida. E observa-se o importante valor atribuído a esses três quesitos na vida dela.

Ainda sobre a prática de exercícios físicos, Catarina afirmou: *“Eu faço diariamente a minha caminhada e a ginástica, porque o esporte aumenta a minha qualidade de vida (...) o hipertenso precisa do exercício por causa da enfermidade, os idosos hipertensos devem fazer bastante esporte, principalmente a caminhada, que é recomendado pelo médico.”.*

Nessa informação há um indicador da relevância do hábito esportivo para Catarina como forma de lidar com sua hipertensão. Essa noção da importância de fazer uma atividade física é influenciada pela divulgação dos fatores de risco da doença, dentre eles, o sedentarismo.

4.3.10 O Grupo de Idosos Hipertensos como uma Rede Social

Catarina é coordenadora em um grupo de terceira idade que reúne idosos hipertensos e profissionais da área de saúde, como ela disse: *“A gente tem conversas com a psicóloga sobre*

a nossa parte emocional e assistimos palestras de psicólogos. Nós temos também nutricionista, cardiologista, psiquiatra, dentista, enfermeira e todos eles dão palestras para nós do grupo de idosos para que os hipertensos tenham informações.”.

Nessa expressão há um indicador do trabalho interdisciplinar que é realizado no grupo e que é de extrema relevância na atenção à saúde, pois em uma equipe como essa existe a colaboração complementar de diferentes áreas do conhecimento, que atuam de forma interdependente e que integram uma linguagem construída para os participantes do grupo, ampliando seus referenciais com uma posição compreensiva dos integrantes (Bruscatto, Benedetti & Lopes (orgs.), 2004).

Catarina explicou sobre algumas das atividades realizadas no grupo: *“Nós fazemos danças, trabalhos a mão, fazemos bordados, tricô, crochê, daí a gente ensina as pessoas que não sabem e trocamos conhecimentos, idéias, experiências, porque, enquanto a gente faz a atividade, a gente conversa sobre a vida também e isso contribui para a manutenção da nossa saúde”.* Aqui se nota que há um indicador do envolvimento das atividades em grupo como um recurso que viabiliza a produção de novos sentidos subjetivos sobre a saúde.

Sobre esse grupo Catarina comentou: *“Eu comecei a freqüentar o grupo de idosos quando meu marido faleceu e me tornei participante dele. Esse grupo foi me fortalecendo, eu fui me envolvendo com isso aí, mudando a rotina de vida, saindo, me movimentando, vendo as coisas como é que é, eu ouvia palestras, trocava idéias com as pessoas e tem alunos da área de saúde que dão aula para a gente também, eles mostram o que é importante para o idoso, a gente fala sobre a hipertensão, ouvimos a opinião de cada participante.”.*

Nessa expressão aparece o valor do grupo de idosos para Catarina. Há um indicador de que esse grupo ocupa o lugar de suporte social na vida de Catarina, ajudando-a em suas questões sobre o processo saúde-doença e promovendo um aprendizado a ela.

Ainda se observa um indicador de que Catarina encontrou nesse grupo um espaço para colocar suas questões referentes ao sofrimento com as perdas familiares que teve na vida. E também aparece um indicador de que esse grupo é um recurso para a produção de novos sentidos subjetivos diante da dor vivenciada.

Posteriormente, Catarina falou sobre um novo grupo de idosos: *“Eu fui convidada a fundar um outro grupo de idosos que agora eu estou participando e que faz muito bem para a minha saúde, para a minha vida. Além disso, essa convivência no grupo é muito bom também porque a gente faz muitas amizades. Enfim, para manter a minha saúde e a minha pressão adequada, pra mim, é fundamental ter a convivência com as pessoas do grupo de terceira idade.”*.

Nessas informações há um indicador do engajamento de Catarina no grupo, multiplicando-o para outros espaços sociais em que pode atuar. Além disso, há um outro indicador de que esse grupo é também um instrumento para a produção de novos sentidos subjetivos frente à hipertensão.

Outro trecho que fortalece esse último indicador citado anteriormente é o seguinte: *“O contato social do grupo é uma parte que flui mais no tratamento da hipertensão, o convívio com o grupo é o medicamento da pessoa para ela tratar a hipertensão. Então, para conservar a saúde é preciso manter o convívio social. Mas a gente também precisa tomar o remédio, sim, mas se a gente não conviver num meio que encontra com pessoas e não procurar falar com elas pra ter aquele contato, eu acho que sem isso o medicamento não resolve nada para os hipertensos sem o contato social.”*.

Nessas afirmações há um indicador da relevância do grupo de terceira idade na vida de Catarina e observa-se que ela vê a hipertensão como um processo que também se organiza a partir da falta do contato social, que é tão importante para ela.

4.3.11 A Perspectiva Pessoal com Foco nos Outros Indivíduos

Aos 52 anos de idade, com o diagnóstico de que era hipertensa, Catarina produziu novos sentidos subjetivos que a envolveram em novas atividades centradas em um trabalho em prol dos outros. Com essas atividades voluntárias, ela desenvolveu novos interesses como a solidariedade.

Posteriormente, Catarina participou de um grupo de idosos hipertensos e fundou outro grupo depois. Assim, percebe-se que a hipertensão de Catarina faz parte de um sistema de sentidos subjetivos associados a novas práticas sociais e também a novos espaços sociais.

Em indutores indiretos no complemento de frases, Catarina escreveu: “Gostaria... *que o povo fosse mais humano para termos um mundo melhor, sem guerra.*” e “Considero que posso... *dar a mão a quem me solicitar.*”. Nessas frases, observa-se um indicador da visão solidária de Catarina com as outras pessoas.

Esse indicador também apareceu na técnica sobre imaginar como será a vida daqui dez anos, em que Catarina comentou: “*Serão 87 anos e, portanto, serei uma idosa saudável, alegre, sempre que puder ajudarei ao meu próximo, continuarei fazendo as minhas caminhadas, dançando, participando em reuniões sociais e trabalharei para ajudar os menos favorecidos.*”. Essas frases são mais um indicador da perspectiva de Catarina com foco para os outros e não para si.

Observa-se que, na seguinte frase do complemento, Catarina expressou sua perspectiva voltada para outros: “Acredito que minhas melhores atitudes... *foi auxiliar os idosos e continuo nessa missão.*”.

Nessa frase acima há um indicador da necessidade de Catarina se sentir útil, em que essa utilidade indica um sentido subjetivo presente nas ações de Catarina associadas, por exemplo, às demandas do grupo de idosos, com quem ela tem um forte compromisso.

Esse indicador é confirmado durante o diálogo pela expressão a seguir: *“É muito bom, para mim, trabalhar com grupo de idosos, porque a gente tá sofrendo, mas tem gente que sofre muito mais que nós e a gente tem que ajudar essas pessoas com palavras.”*.

Nesse trecho anterior há um indicador de Catarina com foco para as outras pessoas, em que ela organiza subjetivamente sua dor como sendo menos importante diante do sofrimento de outros indivíduos, pois a dor dela apresenta-se com um referencial a partir dos outros. Com isso, percebe-se que esse olhar sempre voltado para terceiros está envolvido na configuração subjetiva de sua hipertensão.

Em muitos momentos do diálogo Catarina falou sobre suas ações solidárias: *“Quando programam alguma coisa que me convidam para participar, seja em qualquer situação, e que eu possa ajudar, daí eu me sinto muito feliz (...) e quantas vezes eu ajudo uma pessoa a atravessar a rua, quantas vezes eu faço isso de ta uma pessoa parada e eu vejo que ela tá com dificuldade, tanto faz idoso como jovem, daí eu ajudo a atravessar a rua, dou o braço para ela.”*. Aqui se nota que há um indicador do valor da solidariedade para Catarina, o que é muito relevante nas práticas cotidianas dela.

Em outro momento do complemento de frases Catarina expressou sua visão de mundo com foco para as outras pessoas: *“Penso que os outros... deveriam ter mais compreensão, mais amor no coração e trabalhar para que o mundo seja melhor.”*.

Esse olhar foi mantido pela dinâmica conversacional em que ela disse: *“Eu acho que ajudar as pessoas é muito bom para mim, eu me sinto muito bem fazendo isso e, muitas vezes, eu deixo alguma coisa para fazer e saio para ajudar alguma pessoa que está precisando de um auxílio.”*. Aqui há um indicador de que as atividades que Catarina realiza para os outros são centrais em sua vida.

Em todas as informações citadas das frases do complemento e também dos trechos da conversação neste tópico da construção de informação deste estudo de caso, observa-se que o

foco de Catarina para as outras pessoas é um permanente referencial social que se apresenta na vida dela e que a coloca em um lugar assumido dentro de um espaço de trabalho direcionado para os outros indivíduos, a partir dos sentidos subjetivos constituídos na história de vida pessoal de Catarina.

Contudo, vê-se que essas ações solidárias são fontes de distresse para Catarina, uma vez que, por trás do compromisso com essa solidariedade, percebe-se que há uma cobrança social que gera uma tensão em Catarina e que está associada à configuração subjetiva da hipertensão dela.

Percebe-se que essa vida em função das outras pessoas também foi encontrada no estudo de caso de Henrique e, nesse ponto, há uma semelhança com os indicadores levantados no caso de Catarina, de acordo com a construção de informações apresentadas para ambos sujeitos de pesquisa.

Considerações Finais

5.1 Considerações sobre Gael

No caso de Gael, observou-se a importância de o psicólogo estar aberto a ouvir as expressões do sujeito sobre o seu processo de adoecimento, por meio de uma escuta ativa e viu-se o quanto é relevante fazer um acolhimento dessas expressões durante o diálogo, abrindo espaço para o sujeito falar de seus medos e de suas dúvidas sobre o seu adoecimento.

Além disso, viu-se que para Gael, não só era importante falar sobre a doença, como também era muito relevante falar sobre a cirurgia em função dessa doença e, nesse momento, observou-se uma complexa produção de sentidos subjetivos na decisão de Gael de se submeter à cirurgia frente aos riscos desta. Notou-se que Gael não encontrou esse espaço de escuta por parte de sua família, pois esta não lhe permitiu falar sobre o câncer.

Desse modo, percebeu-se a importância de falar sobre a doença para que o sujeito expresse suas angústias e possa se colocar frente à doença dentro de um cenário acolhedor que facilite o diálogo, o que mostrou a importância atribuída a esse apoio para a diminuição das angústias de Gael, porém a família dele não deu essa abertura.

Na configuração subjetiva do câncer de Gael apareceu o aspecto da desconsideração dos fatos psicológicos dele no contexto hospitalar, como se pôde ver na despersonalização de Gael, durante a hospitalização e nas consultas que teve com o médico. Isso foi um indicador de que a instituição médica desconsiderou a condição de sujeito de Gael.

Essa exclusão do sujeito dentro do hospital indicou a existência de uma orientação do trabalho nesta área com foco no organismo, naturalizando a enfermidade e ignorando a importância dos aspectos subjetivos da doença, tão importantes para se compreender a saúde e o impacto da doença.

O impacto psicológico inicial que o diagnóstico do câncer teve para Gael converteu-se em um indicador do sentido subjetivo da doença para ele, pois Gael não negou a doença para si mesmo e não se fixou no sofrimento advindo dessa vivência.

Observou-se que ele não ficou se lamentando por causa dela, e também se percebeu que Gael não se assumiu como um doente vitimado, pelo contrário, assumiu-se como sujeito de sua doença.

Dessa maneira, viu-se que foi aberto um novo campo de produção de sentidos subjetivos a partir do câncer, campo esse que permitiu o desenvolvimento de Gael como pessoa.

Na singularidade das expressões de Gael ficou evidente como se configurou sua organização subjetiva, por meio do aprendizado que obteve ao vivenciar a doença, elaborando reflexões e tendo crescimento pessoal com ela, com perspectivas que vão muito além do foco da doença, pois não se restringem a ela.

Percebeu-se a mudança no sentido subjetivo da vida para Gael e suas ressignificações, levando a emoções com foco para a vida diante da realidade da doença, apesar do impacto que ela teve na vida Gael, promovendo diversas alterações de sentidos subjetivos, considerando mais o lado proveitoso do adoecimento, que lhe fez atribuir novos valores a tudo o que envolve sua vida.

Também se visualizou no estudo deste caso, que a configuração subjetiva sobre o câncer levou Gael a valorizar o seu presente e não ter um olhar somente para o futuro, como tinha antes de passar pela vivência do câncer. Com isso, houve um indicador da importância do sentido subjetivo da temporalidade para Gael.

Observou-se uma mudança no modo de vida de Gael, pois ele disse que, antes da cirurgia, corria contra o tempo e vivia em função do futuro, mas agora está voltado mais para o momento presente e passou a enxergar a vida com mais calma, o que evidencia novamente uma modificação em seus sentidos subjetivos.

Por meio do processo dinâmico da fala, no caso de Gael viram-se as representações sociais como processos de subjetivação da doença relacionados ao cotidiano e ao tempo, e conseguiu-se analisar as representações sociais através dos sentidos subjetivos constituídos na configuração subjetiva da doença.

Além disso, viu-se que Gael fez reflexões sobre o câncer e que estavam carregadas de sentidos subjetivos sobre o modo como ele assumiu a doença e que implicaram na forma com que ele planejou sua vida a partir da experiência dessa doença.

Essa análise própria, realizada por Gael sobre a experiência do câncer, apresentou um indicador da abertura de novos espaços de sentidos subjetivos que propiciaram que Gael não fosse anulado pela doença.

Notou-se que Gael pensou sobre o lado bom da experiência do câncer, pois ele pensou no que poderia desfrutar desse momento de sua vida e nisso observou-se a prevalência do pensamento positivo em detrimento ao negativo.

Isso é um indicador de que, para Gael, não interessava o porquê de o câncer ter ocorrido em sua existência, mas, sim, interessava-lhe o para que serviu a doença na sua história de vida.

Com essa visão, Gael percebeu era possível melhorar como pessoa, a partir da experiência do câncer, ou seja, essa doença ajudou-o a se reposicionar como pessoa no mundo e estimulou-o a uma revisão crítica sobre a sua própria vida, o que foi um indicador do caráter ativo de Gael diante do câncer, evidenciando que ele foi sujeito de seu processo de adoecimento.

Gael enxergou o câncer como um momento de aprendizado de vida e isso foi um indicador da integração da doença na vida dele, pois o sentido subjetivo da utilidade do câncer na vida de Gael levou-o a se posicionar de maneira ativa sobre sua própria vida, possibilitando-o a manter o foco na realização de projetos para a vida e não na idéia de fim desta, como se observa na representação social existente sobre o câncer. Notou-se que, diante da doença, as ações de Gael estavam centradas para a vida e não na morte.

Percebeu-se que Gael extrapolou a idéia da finitude do existir, tão arraigada nas concepções do câncer, com planos e objetivos para a vida presente, conseguindo enxergar a doença de uma maneira positiva, o que é um indicador de sua atuação como sujeito de sua própria vida, visto que faz movimentos em favor da vida e não da morte, em que novos sentidos subjetivos estão sendo configurados, possibilitando alternativas em relação à experiência da doença.

Foi possível compreender como se organizou a dinâmica subjetiva do câncer na vida de Gael, e como a representação social do câncer constituiu alguns dos sentidos subjetivos à

medida que influenciaram atitudes e sentimentos de Gael, que se configuraram em uma postura positiva perante a doença.

Com o estudo deste caso, percebeu-se que o modo de vida de Gael alterou-se de forma congruente com o que ele estava vivenciando no adoecimento e as emoções advindas a partir disso, permitindo que ele tirasse lições com a experiência da doença.

Identificaram-se pontos significativos na dinâmica conversacional e no complemento de frases, por exemplo, atribuição de novos valores a coisas, a pessoas e à sua vida, produzindo alternativas para lidar com a enfermidade de maneira a ser no mundo e agir de forma diferente do que se era anteriormente a ela, através de recursos subjetivos geradores de novos sentidos subjetivos frente à doença.

O caso de Gael ensinou também que a maneira como o indivíduo leva a sua vida, e também sua forma de se relacionar com as outras pessoas e com o mundo, organizam-se subjetivamente no modo particular de sentir a doença, pensar sobre ela e reagir a esse momento.

Viu-se como Gael enxerga a si próprio, a vida e as pessoas que estão ao seu redor. Os aspectos subjetivos, tanto individuais quanto sociais, de simplicidade e de ganância, foram reavaliados pelo sujeito, o qual optou por dar mais valor às coisas simples da vida, deixando de lado bens materiais em excesso.

Outra questão importante que se verificou no relato de Gael foi o aspecto subjetivo de estar em transformação, revendo sua forma de pensar, suas atitudes, seu papel, revendo a si próprio e revendo também o mundo em que está inserido.

Fazer tudo isso foi um indicador da capacidade de Gael de gerar novos sentidos subjetivos que foram produzidos em sua vida no momento da doença, possibilitando o surgimento de atitudes diferentes.

Observou-se que os sentidos subjetivos, que se constituíram na vivência do câncer, possibilitaram modificações na organização subjetiva de Gael, em um movimento no qual aparece o sujeito sobrepondo-se à doença, mobilizando-o a um posicionamento ativo em sua vida ao tomar decisões que mudaram o curso de sua história de vida.

5.2 Considerações sobre Henrique

No caso de Henrique percebeu-se muitas contradições entre crenças e valores assumidos por ele, referentes ao ideal de pai e aos relacionamentos que ele tinha com seus filhos. Henrique apresentou uma grande sensibilidade em relação aos valores que seus filhos e a filha de sua atual esposa atribuem a ele.

Esse grande valor dado às apreciações dos outros sobre Henrique pode ser um indicador de que o sistema social no qual ele está inserido disponibiliza benefícios principalmente por um critério dependente dos outros.

Essa dependência da valorização externa entrelaça-se, por exemplo, com o campo de trabalho de Henrique, pois, no exercício da prática profissional como marceneiro, ele sempre necessitou da aprovação de seus clientes para conseguir vender os móveis que construía ou arrumava para as pessoas.

Vê-se que essa aprovação dos outros era importantíssima para a manutenção de seu emprego, o que hoje está relacionado com a aprovação de que tanto faz questão atualmente, mas, agora, não só em relação ao trabalho, como também em seus afetos mais íntimos.

Além disso, os compromissos de Henrique com outras pessoas que ele ajuda é uma ação que se orienta pelo ganho de uma valorização que ele não encontra em sua família. Isso significa dizer que é o resultado da ação de ajudar as pessoas o que realmente importa para Henrique e não a execução da atividade em si.

Observou-se que Henrique apresentou uma ausência de interesses que não sejam relacionados à família, uma prevalência do passado como referência central para ele, um predomínio do determinismo externo e uma pobreza de objetivos próprios.

Outra característica de Henrique é que ele tem dificuldade de se ver no futuro, não conseguindo se projetar nesse tempo. Isso pode ser explicado por meio da restrição do olhar para interesses mais abrangentes que o único visto: a família.

Não conseguindo ampliar o olhar para além da família, torna-se difícil para Henrique se enxergar em outras áreas da vida e, no caso, também é difícil conseguir se ver no futuro, pois este depende não dos outros, mas, sim, dele próprio, e como seu referencial está nos outros e não nele, torna-se mais complicado para ele visualizar-se nesse futuro, o qual requer um lugar que privilegia o valor em si mesmo para haver essa posterior projeção.

Notou-se que Henrique ainda está fixado no sentido subjetivo do seu primeiro casamento, isto é, ele se mantém estagnado em uma circunstância sobre a qual não apresenta controle no momento presente de sua vida. Além disso, também se observou que Henrique ainda não conseguiu transcender o sentido subjetivo configurado na morte de sua primeira esposa.

Esses caracteres citados acima são indicadores da despersonalização de Henrique, o que lhe gera uma insegurança por não ter controle sobre os outros, no caso, sobre seus filhos nem sobre a filha de sua atual esposa.

E a pobreza de interesses pessoais de Henrique aparece em diversos momentos, nos quais os indicadores de felicidade e de prazer estão centralizados nas vontades com foco para seus filhos e não para si mesmo.

Portanto, é possível compreender que a hipertensão de Henrique está configurada por todas essas características citadas organizadas em múltiplos sentidos subjetivos, que

favoreceram a vulnerabilidade dele ao distresse, gerando-lhe emoções patológicas que culminaram na configuração subjetiva da hipertensão dele.

5.3 Considerações sobre Catarina

Observou-se no caso de Catarina que ela é uma pessoa que valoriza o sucesso profissional, centra-se neste por critérios externos à atividade em si, o que é um indicador da vulnerabilidade de Catarina ao fracasso.

Além disso, ela apresentou uma rigidez em seu modo de ser e agir no mundo. Essa rigidez de Catarina, na forma como ela se organiza subjetivamente, indica que as situações sem ordem que vivencia são estressores, são fontes de tensão para ela.

Viu-se que Catarina está orientada pela valorização dos outros sobre ela, somando a isso a elevada sensibilidade que demonstrou ter em relação às outras pessoas, o que pode provocar-lhe muitas vivências negativas, quando os indivíduos não atendem às expectativas dela.

Apesar de Catarina ter relatado várias etapas difíceis de sua vida, não se deve associar a hipertensão dela a um momento específico, pois a hipertensão é um processo complexo, multicausal, que não se pode reduzir a nenhum evento único da vida de uma pessoa.

Entretanto, percebeu-se que o passado mostrou-se com um papel ativo na organização da subjetividade de Catarina, o que lhe gera uma tensão. O passado, com as perdas de seus familiares (mãe, pai, marido e filho), mostra-se como um lugar presente na configuração subjetiva de sua vida atual.

Catarina apresentou um determinismo externo, um forte perfeccionismo (ela quer que tudo ocorra da forma exata como deseja), uma rigidez no modo de se relacionar com as outras pessoas, uma pobreza de interesses, os quais são centralizados na família dela, pois se viu que

desloca seus próprios desejos em função das aspirações de seus filhos e netos para os quais ela projeta sua vida futura.

Esses aspectos citados são indicadores do processo de despersonalização de Catarina, no qual há geração de uma insegurança, haja vista que seu marco valorativo é externo, o que produz uma frustração nela em situações que ela não controla.

Com essa despersonalização marcada por motivações pobres, Catarina volta-se para os outros, por exemplo, em diversos trabalhos voluntários, apoiando outras pessoas.

Ao citar todas essas características, a presente autora desta monografia quis mostrar como as múltiplas configurações de sentidos subjetivos no caso de Catarina tornaram-se fonte de distresse para ela, o que viabilizou a configuração subjetiva de sua hipertensão.

5.4 Pontos Convergentes no Estudo dos Casos de Hipertensão

Percebeu-se que, tanto no caso de Henrique quanto no caso de Catarina, há indicadores do determinismo externo deles, em que ambos atribuem uma grande importância aos valores dos outros, o que lhes pode gerar o distresse, que está associado à configuração subjetiva da hipertensão deles, pois esse marco valorativo externo, que prioriza o reconhecimento das outras pessoas por eles, é um importante elemento para o surgimento de emoções patológicas.

Nos dois casos apareceram indicadores das motivações de Henrique e de Catarina restritas à família, pois se observou que nenhuma meta de vida existia para além do contexto familiar, o que indica uma impossibilidade de ampliar os interesses. Essas motivações pobres tornam Catarina e Henrique mais vulneráveis ao distresse, o que contribui para a configuração subjetiva da hipertensão deles.

Além disso, ambos sujeitos de pesquisa neste estudo da hipertensão associaram-na com situações que eles consideram estressantes, e os dois também associaram o hábito

alimentar e o uso de medicação ao controle da hipertensão, dando um valor central para a explicação da ocorrência da hipertensão deles. Neste ponto, verifica-se a influência do modelo unicausal determinista.

E, nos dois casos, viu-se que as ações desses sujeitos de pesquisa estavam voltadas para as outras pessoas, em atividades de auxílio a elas. Isso pode ser entendido novamente como os outros se sobrepondo à Catarina e a Henrique, pois os outros têm mais valor para eles do que eles mesmos.

5.5 O Estudo Inesgotável do Processo Saúde-Doença

Com esta pesquisa objetivou-se fazer uma análise dos processos de subjetivação do câncer e da hipertensão, através da Teoria da Subjetividade e com a articulação da Teoria da Representação Social, como um meio de dar visibilidade ao fenômeno da saúde.

Para isso, o estudo da saúde baseou-se na Epistemologia Qualitativa, com uma perspectiva construtivo-interpretativa e centrada na conversação como um modo de produção de conhecimento, pois, através das informações do diálogo e do complemento de frases, levantaram-se indicadores e fizeram-se interpretações sobre os significados e sobre os sentidos subjetivos do processo saúde-doença.

Tanto durante as conversações com os sujeitos participantes desta pesquisa quanto durante a construção de informação, a presente pesquisadora conseguiu ver, na prática da realização desta pesquisa, o que González Rey (2005a) escreve sobre a Epistemologia Qualitativa, ao explicar que ela está baseada no conhecimento como uma produção construtivo-interpretativa, interativo, legitimado pela qualidade da expressão única do indivíduo, e que permite novas zonas de sentido.

Além disso, outro ponto que a autora desta monografia pôde constatar na prática desta pesquisa foi a importância do cenário de pesquisa, pois esse foi um momento facilitador do

trabalho dela para que os sujeitos participantes se envolvessem com a presente pesquisa e participassem dela de forma voluntária.

Para isso, a autora deste trabalho estabeleceu um cenário de confiança e uma boa comunicação com os sujeitos participantes, o que fez com que eles se sentissem à vontade durante o processo conversacional.

Dessa maneira, a conversação deu-se a partir do envolvimento de cada participante durante a comunicação com a presente pesquisadora, sendo que esse processo da dinâmica conversacional foi importantíssimo para a produção de informação realizada pela autora deste trabalho, pois o diálogo se desenvolveu de maneira espontânea, sem perguntas a priori, o que facilitou a produção de sentidos subjetivos nesse momento da pesquisa e favoreceu o diálogo para que os sujeitos participantes expressassem com liberdade suas informações acerca de suas vidas e sobre seu modo de vivenciar o câncer e a hipertensão.

O outro instrumento utilizado nesta pesquisa – o complemento de frases – também foi de extrema relevância, pois ele facilitou a comunicação dos sujeitos participantes com a presente pesquisadora, e permitiu que ela visualizasse indicadores de sentidos subjetivos para fazer parte das hipóteses sobre os três casos estudados.

As frases incompletas do complemento instigaram os sujeitos participantes desta pesquisa de maneira que eles escrevessem sobre pessoas que conhecem, sobre atividades que eles realizam e também sobre experiências que já vivenciaram.

Portanto, os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram muito relevantes, pois possibilitaram a construção de informação ao longo do processo de pesquisa e viabilizaram o estudo o processo saúde-doença a partir dos indicadores de sentidos subjetivos levantados por meio tanto da dinâmica conversacional quanto do complemento de frases.

Com todos os três casos estudados não se pretende criar resultados universalizantes, pelo contrário, quer-se mostrar a singularidade do processo saúde-doença na história de vida de cada sujeito participante desta pesquisa.

A proposta deste estudo de compreender os processos subjetivos das doenças crônicas não quis enquadrar os sujeitos em categorias estáticas, haja vista que a produção subjetiva é interminável.

Além disso, essa pesquisa possibilitou um olhar para o sujeito e não para o doente. Espera-se que se tenha deixado claro quão importante é a emergência do sujeito para a ressignificação da doença, pois com o sujeito ativo é possível a construção de novas zonas de sentido sobre o processo saúde-doença.

Depois de tudo o que foi exposto ao longo desta monografia, considera-se que esta pesquisa produziu conhecimentos importantes sobre os aspectos subjetivos da saúde, bem como para a representação social do câncer e da hipertensão.

Referências Bibliográficas

- Ariès, P. (2003). *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Bruscato, W. L., Benedetti, C., & Lopes, S. R. A. (Orgs.). (2004). *A prática da Psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Camargo Jr, K. R. (1992). (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis - Rev. Saúde. Coletiva*, 2, 1, 203-228.
- Capra, F. (1993). *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.
- Chauí, M. S. (1995). *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática.
- Chiattonne, H. (2002). *Psicologia da Saúde. Um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira.
- Cyrillo, P. I., & Pazotto, M. (2000). O papel do psicólogo no tratamento oncológico. In Baracat F. F. (org.). *Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar*, (pp. 33-41). São Paulo: Roca.
- Da Matta, R. (1978). O ofício do etnólogo. In Nunes, E. (org.). *A aventura sociológica*, (pp. 23-35). Rio de Janeiro: Zahar.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14, 3, 27-34.
- Demo, P. (1981). *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas.
- Gadamer, H. (2006). *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes.

González Rey, F. L. (1997). Psicologia e Saúde: desafios atuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 10, 2, 275-288.

González Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson.

González Rey, F. L. (2003). *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson.

González Rey, F. L. (2004a). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Thomson.

González Rey, F. L. (2004b). *O social na Psicologia e a Psicologia Social: a emergência do sujeito*. Petrópolis: Vozes.

González Rey, F. L. (2005a). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Thomson.

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

González Rey, F. L. (2006a). *Os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas no câncer: o desenvolvimento de um modelo teórico através do estudo de caso*. (No prelo).

González Rey, F. L. (2007). *Psicoterapia, Subjetividade e Pós-Modernidade - uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thompson.

Herzlich, C. (2005). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 15 (suplemento), 57-70.

Instituto Nacional de Câncer. (2006). *A situação do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.

Jodelet, D. et al. (2001). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ.

Kowács, M. J., & Carvalho, V. A. (1997). Qualidade de vida em pacientes com câncer. In Nascimento-Schulze, C. M. (org.). *Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde*, (pp. 191-230). São Paulo: Robe.

Laplantine, F. (1994). *Aprender Antropologia*. São Paulo: Brasiliense.

Machado, L. R. C., & Car, M. R. (2007). Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e o subjetivo. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 41, 4, 573-580.

Maia, G. F., Londero, S., & Henz, A. O. (2008). Velhice, instituição e subjetividade. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 12, 24, 49-59.

Martínez, A. M. (2005). A Teoria da Subjetividade de González Rey: Uma expressão do paradigma da complexidade. In González Rey, F. L. *Subjetividade, complexidade e pesquisa em Psicologia*, (pp. 1-26). São Paulo: Thompson.

Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Morin, E. (2000). *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.

Nascimento-Schulze, C. M. (1997). *Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde*. São Paulo: Robe.

Neubern, M. S. (2000). As emoções como caminho para uma epistemologia complexa da Psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16, 2, 153-164.

Neubern, M. S. (2001). Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na Psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 1, 241-252.

Neubern, M. S. (2004). *Complexidade e Psicologia Clínica - desafios epistemológicos*. Brasília: Plano.

Oliveira, J. A. & Faria, S. L. (1998). *Câncer*. São Paulo: Contexto.

OMS & OPAS. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo*. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. 1.

Othmer, E., & Othmer, S. C. (2003). *A entrevista clínica utilizando o DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.

Pope, C., & Mays, N. (2005). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Queiroz, M. S. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Saúde Pública* 20, 4, 309-317.

Ramos, D. G. (1994). *A psique do corpo. Uma compreensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus Editorial.

Santos, M. S. A. S., & Lima, H. P (2008). Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto contexto - enferm.*, 17, 1, 90-97.

SBC (2006). V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/vdiretriz.asp> Acesso em: 22 maio. 2008.

Spink, M. J. (1993). (org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.

Spink, M. J. P., & Spink, P. (2006). *Práticas cotidianas e a naturalização da desigualdade: uma semana de notícias nos jornais*. São Paulo: Cortez, 2006.

Toledo, M. M., Rodrigues, S. C., & Chiesa, A. M. (2007). Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto contexto - enferm.*, 16, 2, 233-238.

Touraine, A. (2006). *Um novo paradigma: para compreender o mundo de hoje*. Petrópolis: Vozes.

Turato, E. R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa – construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

APÊNDICE A

Carta Convite

Ao Senhor(a) _____,

Gostaria de convidá-lo(a) para participar de um trabalho que estou desenvolvendo no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) para o Curso de Graduação em Psicologia. Nesta oportunidade conversaremos sobre sua vida, suas expectativas e outros temas de seu interesse.

O(A) senhor(a) não será obrigado(a) a falar o que não queira e em qualquer fase deste trabalho poderá desistir de participar sem acarretar nenhum problema para o(a) senhor(a). Utilizarei o gravador para não perder nenhuma informação.

Sua participação será muito importante, pois a partir deste trabalho, divulgarei maneiras pelas quais algumas pessoas lidam com a vivência de uma doença crônica e que estão passando pela mesma situação que o(a) senhor(a). Essas divulgações serão feitas em revistas científicas de Psicologia e seu nome será mudado para preservar a sua identidade.

Caso tenha alguma dúvida sobre este trabalho, basta entrar em contato comigo pelos telefones (61) 3335-0321 e (61) 9223-2959 ou pelo e-mail camilapozzer@yahoo.com.br. E se houver reclamações, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) pelo telefone (61) 3340-1363 ou pelo e-mail comite.bioetica@uniceub.br.

Desde já, agradeço pela sua valiosa participação.

Atenciosamente,

Assinatura de Camila Pinheiro Pozzer

Pesquisadora Responsável

Após conversar com a pesquisadora Camila Pinheiro Pozzer e ter lido este documento, eu, _____, aceito participar voluntariamente deste trabalho para conversarmos sobre as minhas experiências de vida.

Estou ciente de que posso desistir de participar, a qualquer momento, desta pesquisa e que não terei nenhum prejuízo caso isso ocorra. Além disso, eu recebi uma cópia desta carta, para poder lê-la em outra oportunidade, sobre a minha participação nesta pesquisa de conclusão do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário de Brasília.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Brasília, ____ de _____ de 2007.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

a ser lido e assinado pelo sujeito de pesquisa, conforme exigido
pela resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

Nome da Pesquisa: Subjetividade e doenças crônicas: os desafios da emergência do sujeito.

Pesquisadora: Camila Pinheiro Pozzer

Orientador: Dr. Fernando Luiz González Rey

Senhor(a) _____,

Estou realizando uma pesquisa para conclusão do Curso de Psicologia no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) e gostaria de convidá-lo(a) para participar da minha pesquisa que será desenvolvida a partir de alguns encontros com o(a) senhor(a).

O orientador deste estudo é o Dr. Fernando Luiz González Rey, psicólogo e professor titular do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

O objetivo deste trabalho é conversar sobre as experiências que está vivendo e analisar como passou pela fase do diagnóstico e do tratamento de câncer ou de hipertensão. Nesses encontros utilizarei um gravador - com a sua autorização - para não perder nenhuma informação.

Pelo tipo de pesquisa, informo que não haverá procedimentos que causem desconforto ou riscos para o(a) senhor(a). Será um momento terapêutico para conversar, pois se sabe que, ao vivenciar uma doença crônica, muitas pessoas guardam diversas informações para si mesmas para não preocupar os familiares e/ou os amigos. Este tipo de pesquisa já foi realizado com outras pessoas e todas gostaram dessa experiência, pois são acolhidas com carinho e respeito pela pesquisadora.

Informo que a participação do(a) senhor(a) será totalmente voluntária e que não será obrigado(a) a fornecer informações que não queira, podendo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Após esta pesquisa, publicarei minha monografia, sendo que todas as informações que possam identificá-lo(a) serão omitidas.

Este trabalho pretende auxiliar o(a) senhor(a) em primeiro lugar. Além disso, com esta pesquisa, espera-se fornecer subsídios a todas as pessoas que lidam com doenças crônicas.

Para que eu possa realizar este trabalho, preciso do seu consentimento de participação nesta pesquisa.

Caso haja dúvidas, estou à disposição pelos telefones (61) 3335-0321 e (61) 9223-2959 ou pelo e-mail camilapozzer@yahoo.com.br.

Quaisquer reclamações, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) pelo telefone (61) 3340-1363 ou pelo e-mail comite.bioetica@uniceub.br.

Desde já, obrigada pela colaboração.

Atenciosamente,

Assinatura de Camila Pinheiro Pozzer

Pesquisadora Responsável

Após ter tomado conhecimento dos objetivos e procedimentos desta pesquisa, eu (nome completo do sujeito de pesquisa, idade, RG, endereço) aceito participar do estudo realizado por Camila Pinheiro Pozzer.

Estou ciente de que a minha participação será totalmente voluntária e que poderá ser interrompida a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a mim.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Brasília, ____ de _____ de 2007.

APÊNDICE C

Complemento de Frases

1. *Expresse as três maiores alegrias e as três maiores frustrações (tristezas) da sua vida.*
2. *Toda pessoa tem projetos de vida, ou seja, aspirações que deseja alcançar e com este objetivo elabora distintas estratégias concretas. Defina seus três maiores projetos e explique o valor que cada um tem.*
3. *Técnica: Completar frases*

Eu gosto...

O tempo mais feliz...

Gostaria de saber...

Lamento...

Meu maior medo...

Na escola...

Não posso...

Sofro...

Fracasso...

A leitura...

Meu futuro...

O casamento...

Algumas vezes...

Este lugar...

Minha preocupação principal...

Desejo...

Secretamente eu...

Eu...

Meu maior problema...

O trabalho...

Amo...

Minha principal ambição...

Eu prefiro...

Meu principal problema...

Gostaria...

Acredito que minhas melhores atitudes...

A felicidade...

Considero que posso...

Diariamente me esforço...

Sinto dificuldade...

Meu maior desejo...

Sempre quis...

Eu gosto muito...

Minhas aspirações são...

Meus estudos...

Minha vida futura...

Farei o possível para conseguir...

Com frequência reflito...

Esperam que eu...
Dedico a maior parte do meu tempo...
Sempre que posso...
Luto...
Com frequência sinto...
O passado...
Me esforço...
As contradições...
Minha opinião...
Penso que os outros...
O lar...
Me incomodam...
Ao me deitar...
Os homens...
As pessoas...
Uma mãe...
Sinto...
Os filhos...
Quando era criança...
Quando tenho dúvidas...
No futuro...
Necessito...
Meu maior prazer...
Detesto...
Quando estou sozinho(a)...
Meu maior medo...
Meu trabalho...
Me deprimio quando...
A profissão...
Meus amigos...
Meu grupo...

4. *Explicita as seguintes questões relacionadas com a sua atividade atual:*

As coisas que me agradam

As coisas que não gosto

5. *Pense em como será em dez anos. Elabore suas representações e escreva tão detalhadamente quanto puder.*

6. *Meus maiores temores na vida são:*

7. *Meus maiores desejos são:*