

# SAÚDE, CULTURA E SUBJETIVIDADE:

UMA REFERÊNCIA INTERDISCIPLINAR

Fernando González Rey | José Bizerril



# SAÚDE, CULTURA E SUBJETIVIDADE:

UMA REFERÊNCIA INTERDISCIPLINAR

Fernando González Rey | José Bizerril

Brasília - 2015

**REITORIA****Reitor**

Getúlio Américo Moreira Lopes

**Vice-Reitor**

Edevaldo Alves da Silva

**Pró-Reitora Acadêmica****Presidente do Conselho Editorial**

Elizabeth Lopes Manzur

**Coordenador Curso Mestrado em Psicologia**

Carlos Augusto Medeiros

**Organização**

Biblioteca Reitor João Herculino

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

SEPN 707/709 Campus do CEUB

Tel. 3966-1335 / 3966-1336

**Projeto Gráfico e Diagramação**

AR Design

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Saúde, cultura e subjetividade : uma referência interdisciplinar / organizadores,

Fernando González Rey, José Bizerril. – Brasília : UniCEUB, 2015.

164 p.

ISBN 978-85-61990-30-5

1. Saúde. I. Centro Universitário de Brasília. II. Título

CDU: 616-058

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Reitor João Herculino

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<i>Os organizadores</i>	
<b>A SAÚDE NA TRAMA COMPLEXA DA CULTURA, DAS INSTITUIÇÕES E DA SUBJETIVIDADE .....</b>	<b>9</b>
<i>Fernando Luis González Rey</i>	
<b>O LUGAR DA DIFERENÇA RELIGIOSA NAS SUBJETIVIDADES SOCIAIS BRASILEIRAS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE.....</b>	<b>35</b>
<i>José Bizerril</i>	
<b>CLÍNICA, SUBJETIVIDADE E EDUCAÇÃO: UMA INTEGRAÇÃO TEÓRICA ALTERNATIVA PARA FORJAR UMA ÉTICA DO SUJEITO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL. ....</b>	<b>59</b>
<i>Daniel Magalhães Goulart</i>	
<b>EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: NOTAS PARA UM DIÁLOGO COM A TEORIA DA SUBJETIVIDADE NUMA PERSPECTIVA CULTURAL-HISTÓRICA .....</b>	<b>85</b>
<i>Jonatas Maia da Costa</i>	
<b>OS SENTIDOS SUBJETIVOS CONFIGURADOS NA EXPERIÊNCIA DO CÂNCER: UM ESTUDO DE CASO.....</b>	<b>115</b>
<i>Valéria D. Mori</i>	



## APRESENTAÇÃO

Os artigos desta coletânea, produzidos a partir de um diálogo entre psicologia e outras ciências humanas, propõem uma leitura de temáticas de saúde articuladas ao problema das relações entre subjetividade e cultura. Embora apontem para temas empíricos distintos, tem como ponto comum a interlocução com a teoria da subjetividade.

A subjetividade é entendida, neste contexto, como produção simbólico-emocional singular, isto é como capacidade humana de gerar sentidos diante das mais diversas situações vividas. A teoria propõe a indissociabilidade entre indivíduo e social, rompendo com a clássica fronteira que separaria a psicologia, como ciência que se ocupa de um indivíduo universal a-histórico, das ciências sociais, como disciplinas que se ocupam exclusivamente dos processos coletivos (sociais, culturais, históricos), desconsiderando a dimensão singular da produção humana. Ao mesmo tempo, questiona qualquer forma de causalidade linear que pudesse explicar a produção subjetiva como mero efeito do social.

Esta concepção apresenta-se, portanto, como alternativa aos determinismos tanto psicológicos quanto sociológicos, pois reconhece uma relação complexa entre sujeitos e fenômenos sociais, culturais e históricos.

Os artigos desta coletânea convergem em perceber o tema do ponto de vista da produção de saúde, como decorrente da possibilidade dos sujeitos produzirem novos sentidos para os dilemas de sua existência, inclusive para os processos de adoecimento. Neste sentido, contrastam com perspectivas ainda comuns nas ciências de saúde que focam na patologia, e no enquadramento e redução de sujeitos a quadros diagnósticos. Além disso, atentam para a dimensão cultural dos processos de saúde e doença, bem como da própria produção subjetiva.





# A SAÚDE NA TRAMA COMPLEXA DA CULTURA, DAS INSTITUIÇÕES E DA SUBJETIVIDADE

Fernando Luis González Rey<sup>1</sup>

## 1 Introdução

O presente trabalho visa aprofundar a discussão da saúde como produção simbólica, cultural e historicamente organizada por meio de práticas e de processos institucionais implicados nos posicionamentos frente a essa importante qualidade da vida humana, tanto por parte das pessoas, como das sociedades.

Historicamente, cada sociedade em funcionamento em determinado período gerou suas próprias práticas de saúde dentro do seu repertório de expressões culturais. Nesse processo, as práticas de saúde foram relacionadas amiúde a ritos místicos e religiosos, algo que continua presente até hoje em determinados setores da população em todos os países do mundo, o que não excluiu o uso de substâncias naturais com recurso de cura, as quais foram especialmente avançadas em algumas culturas.

Ainda que a noção de doença como conjunto de signos e sintomas passíveis de observação tenha surgido já na Grécia antiga com os trabalhos de Hipócrates, foi somente com o advento do capitalismo, apoiado pela Ciência Moderna, que se gesta a chamada Medicina Moderna ou Modelo Biomédico — ainda dominante atualmente nas práticas médicas de todo o mundo. De modo geral, o objetivo central dessa medicina é o combate às doenças adquiridas, ficando o termo saúde reservado para um conjunto de práticas complementares, de caráter secundário, das que podem participar profissionais diversos.

---

1 Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

O modelo biomédico, da mesma maneira que a ciência, não compreende apenas um saber; ele é expressão de complexa trama institucional que relaciona seus avanços e formas de atuação com interesses de poder, valores e posições filosóficas que definem o funcionamento das instituições da saúde. Desse modo, no momento atual do capitalismo — conhecido por alguns como financeiro, mas que eu prefiro chamar como o momento perverso de um capitalismo corrupto, antidemocrático e autoritário — tais instituições estão estreitamente associadas ao grande capital da produção de medicamentos e de tecnologias aplicadas às práticas de atenção à saúde.

No entanto, a afirmação anterior não pretende desconhecer os grandes avanços da Medicina Moderna e sua importância para a humanidade, tampouco pretende se erigir em discurso político ineficiente e carregado de fraseologia pouco reflexiva, padronizadora e alinhada ideologicamente com forças que, no mundo atual, praticando recursos semelhantes e centrados no poder, pretendem se opor ao “capitalismo oficial” por meio de um “capitalismo demagógico socialista”. Diferentemente disso, o presente artigo procura avançar sobre os problemas, contradições e desafios que as práticas de saúde geram no momento atual, enfatizando a forma com que essas práticas afetam e são afetadas pelos processos dominantes das subjetividades sociais e individuais no mundo atual. Nessa perspectiva, cultura, subjetividade e instituições são processos inseparáveis, na medida em que a cultura e as instituições são consideradas como produções subjetivas que encontram suas formas de objetivação nos sistemas naturalizados que cada nova geração enfrenta como o “mundo real” e que, no curso de suas práticas e de suas histórias, será modificado por novos mundos, simbolicamente engendrados com as novas ferramentas culturais que cada geração irá produzir no curso de sua história. Esses novos mundos aparecem como realidades constituídas por práticas de origem cultural, naturalizadas como “reais” a partir das novas formas de subjetivação que elas implicam.

Um exemplo dessas formas naturalizadas de objetivação é a ciência que, em seu momento positivista, pretendeu alcançar a condição de um saber “objetivo” capaz de controlar e prever os processos naturais e humanos – ilusão que levou à esperança de legitimar sistemas e práticas humanas como científicos no intuito de transformá-las em supostas verdades. Nesse processo, o positivismo representou a filosofia da ciência sobre a qual se erigiu o Modelo Biomédico, sobre o qual se

desenvolveram os fundamentos de práticas que passaram a ignorar as diferenças culturais e individuais na medicina, procurando as “leis objetivas naturais” sobre as quais se poderia explicar, prever e controlar as doenças emergentes.

## **2 Os efeitos do positivismo nas práticas médicas: a substituição da pessoa e da saúde pela ênfase na doença**

A ideia moderna de patologia, tanto mental como somática, foi desenvolvida sobre fundamentos gnosiológicos idênticos: as enfermidades representam conjuntos de sintomas padronizados, definição que implicará a eliminação das diferenças individuais que se expressam frente a doenças semelhantes, ocultando a necessidade de se desenvolver recursos teóricos para explicar os processos singulares do desenvolvimento das doenças. De maneira geral, os sintomas representam o fenômeno na definição positivista; representam a forma mensurável, quantificável e observável da classificação da patologia.

Desse ponto de vista, o modelo biomédico levou à fragmentação mecanicista do organismo em órgãos atomizados, que representam até hoje o local de gênese e desenvolvimento da doença na representação dominante desse modelo, sem compreender como esse órgão inscreve-se no funcionamento complexo da pessoa em que se instala a doença. O corpo foi tratado, traço ainda muito presente nas práticas médicas na atualidade, como uma máquina formada por partes relacionadas, mas com funcionamento independente de cada uma dessas partes.

Nesse sentido, o positivismo implicou a naturalização do corpo e a doença foi tratada fora do contexto das práticas culturais e dos processos de subjetivação da pessoa afetada. Essa tendência apoiada na naturalização de um saber que é histórico e cultural por definição e, portanto, relativo, pretende até hoje alcançar soluções universais para problemas que vão mudando em sua própria natureza e que exigem o desenvolvimento permanente de novas hipóteses e caminhos de pesquisa capazes de acompanhar essas mudanças e gerar novas formas de inteligibilidade sobre os processos envolvidos na saúde e nas doenças. Porém, a definição epistemológica positivista se associa com duas características dominantes do capitalismo: a produção de instrumentos cada vez mais caros e sofisticados para as diferentes práticas humanas, bem como a tendência irrefreável

ao consumo, características inseparáveis entre si e que encontraram importante lugar nas práticas científicas e na subjetividade social dominante de nossa época regida pelo mercado.

O instrumento na pesquisa científica representou o “artefato” capaz de oferecer respostas sobre o problema estudado sem a interferência da subjetividade do cientista, representando versões cada vez mais sofisticadas e sutis do princípio da neutralidade que caracterizou o positivismo e que serviu para o ocultamento da forte carga ideológica do saber científico. O instrumentalismo típico da ciência moderna, em que o instrumento representou uma forma de apreender um saber objetivo sobre o mundo, afastou a medicina progressivamente da clínica tradicional, centrada em exame profundo e singular do paciente. Nesse sentido, a medicina foi se associando a profissionais cada vez mais passivos, com menos preparação para a formulação de hipóteses diferenciadas sobre os pacientes e mais dependentes dos resultados das técnicas cada vez mais sofisticadas de diagnóstico.

O caráter progressivamente mais sofisticado dos instrumentos permitiu a detecção cada vez mais precoce dos transtornos, o que levou a tratamentos em fase inicial de doenças, que, como o câncer, em períodos históricos anteriores, só eram detectadas em momentos avançados — algo que reduzia sensivelmente as possibilidades de cura e a qualidade de vida dos pacientes. Essa vantagem, porém, também se traduz no aprofundamento da separação outorgada entre o sintoma localizado no órgão e o funcionamento do organismo como um todo. Os recursos tecnológicos culminaram em procedimentos muito sofisticados de detecção nos órgãos, no entanto, incapazes de fornecer informações sobre as complexas formas de organização e funcionamento do órgão dentro de configurações específicas dos múltiplos sistemas que, de forma simultânea, aparecem no funcionamento humano.

As diversas ciências, mais especificamente a biologia e as neurociências, têm conseguido importantes avanços na compreensão do funcionamento celular diferenciado das doenças. Porém, a complexidade do funcionamento do corpo frente aos processos simbólicos que caracterizam a existência social humana é até hoje profundamente desconhecida, o que tem levado à impossibilidade da produção de saberes sobre diversos aspectos sumamente relevantes para os processos de saúde.

O tema da subjetividade, totalmente excluído da epistemologia positivista

com sua pretensa definição objetiva e natural do ato de saber, também ficou excluído da prática e da instituição médica dentro da qual os psicólogos passaram a ter funções complementares ao saber médico, marcando participação cada vez menor nas pesquisas sobre a gênese, o desenvolvimento e a modificação dos processos associados às doenças. Até os dias de hoje, a subjetividade é amplamente confundida com o subjetivismo, embora se tratem de dois conceitos completamente diferentes. Enquanto o subjetivismo representa a ênfase em uma gênese intrapsíquica dos fenômenos humanos de maneira separada de outras condições da vida, a subjetividade é qualidade específica dos processos e fenômenos humanos nas condições da cultura, algo inseparável das condições de vida da pessoa, ainda que não seja uma expressão direta e linear dessas condições.

A subjetividade, sendo qualidade geral dos processos humanos tanto individuais como sociais (GONZÁLEZ REY, 2002) está presente também de forma geral nos processos de desenvolvimento da saúde humana, assim como na gênese, desenvolvimento e mudança dos diferentes tipos de doenças. Porém, como nos diz Bendelow (2009, p. 8),

A medicina não possui um marco conceitual que lhe permita relacionar os diferentes níveis de compreensão relacionados com a saúde humana, desde os genes, passando pela fisiologia, psicologia, família, comunidade e sociedade.

A ausência desse marco conceitual é, entre outras coisas, a expressão da divisão artificial das ciências imposta pelo positivismo, levando à fragmentação da própria ciência. Nesse processo, ao invés de promover contribuições para a produção de conhecimentos que impliquem diversas áreas do saber frente a um fenômeno complexo — o que seria o caminho para a transdisciplinaridade — as diversas especialidades procuram seu “micro objeto” diferenciado em relação às outras ciências que tratam do mesmo assunto. Tal “micro objeto” tem sido em grande medida o foco que levou ao advento da psicologia da saúde, no intuito de criar o seu “próprio espaço” dentro de objeto universalmente dominado pelo saber médico. Essa concepção é uma das formas naturalizadas de realidades culturalmente geradas, como é o chamado objeto das ciências específicas.

O instrumentalismo crescente da medicina e sua dependência das evidências empíricas levou no começo dos anos 90 à criação do termo “medicina baseada em evidência”. Essa forma de fazer medicina, dominante ainda atualmente na instituição médica, também tem recebido fortes críticas pelo seu caráter reducionista, que se apoia em concepção unicausal da doença, excluindo sua

compreensão multicausal. (TONELLI, 1998).

Essa medicina centrada no diagnóstico com instrumentos cada vez mais eficientes e custosos, orientada de forma progressiva pela medicalização, encontra forte estímulo para as suas pesquisas nas mesmas grandes transnacionais dos medicamentos das quais são os principais usuários. Esse processo culmina na centralização de pesquisas naquelas doenças cujo tratamento é mais lucrativo, deixando de lado doenças próprias das populações economicamente menos favorecidas, como o paludismo e a dengue, que são verdadeiros flagelos das populações mais carentes em todo o mundo. O desenho dessa medicina não expressa apenas a hegemonia de um posicionamento epistemológico, mas torna-se de fato fenômeno social com múltiplas consequências sociais e políticas; a medicina torna-se em suas formas mais refinadas e exclusivas prática excludente à qual somente têm acesso às elites.

A “medicina baseada em evidência” segue a tradição de manter o órgão como o *locus* da doença, ignorando completamente o modo de vida, a qualidade ambiental e a qualidade da vida pessoal e relacional das pessoas. Unido a isso, o caráter gerador dos complexos sistemas de organização vital das pessoas são ignorados, aparecendo a doença como resultado de causas externas pontuais, como já era definida por Pasteur e Koch no século XIX e princípios do século XX, respectivamente.

De modo geral, a evolução do conceito de doença como conjunto de sintomas tem evoluído para crescente patologização de comportamentos singulares, que, ao serem concebidos como afastados da média comportamental de um grupo humano, são classificados como patológicos, evitando-se outras leituras sobre o sentido político e institucional desses comportamentos. Nesse sentido, o diagnóstico clínico frente à crescente identificação de comportamentos concretos como patológicos, transforma-se em meio de controle e higiene social, atribuindo caráter patológico a comportamentos que expressam, pela sua configuração subjetiva, outros significados tanto sociais como individuais.

### **3 A consideração do social e da subjetividade na medicina: apontando para uma nova visão da doença**

O tema da subjetividade como vem se desenvolvendo em nossa linha teórica e epistemológica desde uma perspectiva cultural-histórica (GONZÁLEZ

REY, 2005; MITJANS MARTÍNEZ, 2005), e que hoje aparece em importantes obras e linhas de pesquisa no Brasil (TACCA, 2005; NEUBERN, 2005; COELHO, 2012; ANDRADE, 2005; MORI, 2012; et al.), representa uma forma de tratar o tema, fugindo da estreita psicologização dos primeiros intuitos de procurar causas psicodinâmicas para doenças com sintomas que estavam fora do “mental”, como ocorreu nos inícios da psicossomática psicanalítica. A subjetividade, em sua definição cultural-histórica, aparece como qualidade dos processos humanos nas condições da cultura. Nesse sentido, trata-se sempre de fenômeno historicamente situado. Portanto, definida a partir do caráter simbólico-emocional da experiência humana, a subjetividade vai além da compreensão intrapsíquica, íntima e individual à qual o termo ficou associado na Modernidade.

Longe de ser atributo intrínseco à mente humana, a subjetividade representa uma qualidade específica dos processos humanos presente em todos os processos e atividades humanas, desde o corpo, até as mais diversas formas de práticas e instituições sociais. Um dos valores heurísticos dessa definição de subjetividade para a psicologia e para as ciências humanas de forma geral é que ela acrescenta qualidade presente em todos os processos humanos e que, por longo tempo, foi excluída das tendências hegemônicas das ciências humanas: a produção simbólico-emocional humana sobre o mundo vivido. Tal processo terminou por ocultar as relações recursivas entre o social, o institucional e a cultura — processos que têm *locus* próprios nas práticas humanas, mas que se configuram de forma recíproca em todas as atividades e sistemas humanos, entre os quais está a saúde.

O subjetivo especifica um tipo de processo que emerge como qualidade da cultura, sendo parte dela e produzido nos espaços sociais diferentes dentro dos quais culturas diferentes se desenvolvem de forma simultânea dentro de um mesmo tempo histórico. Os processos simbólico-emocionais que atravessam as realidades humanas e suas formas de organização e desenvolvimento levaram em nossos trabalhos à definição de uma lógica configuracional que impede a redução do subjetivo a elementos ou entidades dadas e, ao mesmo tempo, impede identificar o subjetivo dentro de uma visão holística como identificação integradora do “todo”. O subjetivo é um sistema, mas nunca representando “toda a subjetividade”, nem da pessoa nem de espaço social particular; o subjetivo é sistema enquanto configuração atual de processo que se organiza no curso da ação e no

curso da história de vida das pessoas e de seus espaços sociais, alimentando-se das múltiplas produções simbólico-emocionais que caracterizam as experiências dessas pessoas e dos diferentes espaços sociais em que vive em momentos históricos e contextos diferentes da vida individual e social. Foi dessa representação mais geral de sistema como organização em processo, com plasticidade para se reorganizar no curso da ação, que o conceito de configuração subjetiva da experiência humana tomou vida.

A ideia de configuração nos permite superar algumas das limitações de muitos dos conceitos historicamente privilegiados nas ciências do homem e que as ciências naturais superaram na construção teórica de sistemas não humanos de qualidades diversas, como por exemplo, os conceitos de *estruturas dissipativas* (PRIGOGINE, 2004) e de *princípio da incerteza* (HEISENBERG, 1995), assim como muitos outros conceitos cujos desdobramentos e articulações levaram à fundamentação de uma nova representação de mundo, com múltiplas consequências epistemológicas, às quais têm convergido na emergência da Teoria da Complexidade e da Epistemologia da Complexidade.

A subjetividade se inscreve dentre os temas que ganham inteligibilidade teórica no campo da complexidade (MITJANS MARTÍNEZ, 2005) e que se caracterizam por não ser suscetíveis de medidas imediatas de seus processos e formas de organização; sistemas em que o momento atual de sua existência é parte de sua organização dominante presente, que não representam soma de elementos, mas qualidades intrínsecas de novos tipos de unidade em seu funcionamento; sistemas em que as causas iniciais de um processo nunca são responsáveis pelo estado final desse mesmo processo; sistemas que não têm causas estáticas definidas *a priori*. Essas características gerais aos sistemas complexos demandam mudanças epistemológicas essenciais para a produção de conhecimento sobre eles. A saúde é um exemplo de sistema complexo, todavia, o avanço sobre conceitos que especifiquem o funcionamento saudável de um sistema vivo não encontra-se disponível na Medicina Moderna, na qual, como foi dito, o saber atual sobre saúde humana está centrado na doença.

Historicamente, por também se associar ao modelo biomédico, a psicologia tem-se centrado no estudo das doenças (FOUCAULT, 2000) e atualmente, a tendência a classificar os comportamentos que se afastam dos critérios normativos como patológicos, nas diversas áreas da atividade humana, leva progres-



sivamente à medicalização de comportamentos que têm uma gênese subjetiva implicada em determinado sistema de relações e eventos sociais. Essa tendência massiva voltada para a patologização dos comportamentos concretos é evidente na evolução progressiva dos sistemas de entidades gnosiológicas que norteiam grande parte do trabalho dos psicólogos clínicos, como é o caso do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), cuja última e mais ampla versão é o DSM-V.

Na década de 1960, surgiu nos Estados Unidos, uma psicologia da saúde de que, com embasamento comportamental e posteriormente cognitivo, orientou-se ao estudo dos comportamentos saudáveis e às formas de sua estimulação (MEICHENBAUM, 1977; LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Tal psicologia da saúde de orientação cognitiva centrou-se no estudo do estresse e em sua relação com diferentes tipos de doença e problemas de saúde. Desse modo, essa abordagem não considerava traços da pessoa, nem seus comportamentos concretos na busca por explicar transtornos que já na literatura dos anos cinquenta do século XX se associaram a padrões específicos de comportamento como, por exemplo, os padrões A e B do comportamento coronário.

Embora a psicologia cognitiva tenha avançado na compreensão relacional sobre a gênese do estresse e sobre a compreensão de como as experiências vividas afetavam as emoções da pessoa, suas conclusões se sustentam sobre posições fortemente racionalistas, apoiando-se no esquema “sujeito-objeto”, a partir do qual, as influências externas têm ou não caráter estressante nelas mesmas. Desse ponto de vista, tais influências podem ser evitadas pela pessoa por meio de estratégias cognitivo-intencionais a partir da avaliação dessas influências externas, as quais foram identificadas na literatura com o conceito de enfrentamento ou *coping* (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; LAZARUS, 1999). Essa psicologia não conseguiu avançar na explicação do caráter gerador da pessoa e das emoções que prejudicam a saúde, nem compreender o que distinguia essas emoções de outras que resultam benéficas para a saúde. A ideia de que uma influência externa poderia ser ameaçadora pelo seu caráter inerente bem como que o dano poderia ser evitado segundo o tipo de enfrentamento desenvolvido pela pessoa ante ela, ainda que enfatizando a relação da pessoa com essa influência externa, expressava uma visão muito reducionista do envolvimento da pessoa nesse processo, o qual ficava reduzido ao processo de enfrentamento definido como processo

intelectual, intencional e consciente. Nesse sentido, Lazarus (1999, p. 19) afirma: Para alguns a mediação cognitiva se refere sobretudo ao significado subjetivo, um termo que ainda parece incomodar alguns psicólogos. Realmente, minha própria perspectiva, que se centra na valorização do indivíduo, não é uma autêntica fenomenologia. Minha postura, em geral, é que as pessoas percebem e respondem às realidades da vida mais ou menos exatamente – do contrário não poderiam sobreviver nem florescer. Porém, também contempla metas e crenças pessoais em suas percepções e a-percepções e, de alguma maneira, todos vivemos na ilusão.

Na citação anterior, o autor, que já vinha evoluindo em suas posições cognitivas e positivistas mais ortodoxas desde trabalhos anteriores (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), embora não consiga superar o aspecto distintivo da psicologia cognitiva de pensar que as pessoas respondem a realidades da vida de forma semelhante frente às realidades vividas (posição esta que está na base de sua definição de enfrentamento/ *coping*), o autor abre reflexão que claramente lhe aproxima da subjetividade como ontologia da condição humana, quando no final do parágrafo reconhece que de “alguma maneira, todos vivemos na ilusão”. Esse viver na ilusão é reconhecer o caráter gerador, criativo da dimensão subjetiva humana, o qual não se subordina a realidades externas, mas que, pelo contrário, produz constantemente processos diferenciados de subjetivação frente a essas realidades.

A teoria da subjetividade que desenvolvemos, à diferença das posições da psicologia cognitiva no campo da saúde, parte do caráter singular das configurações subjetivas geradoras de processos simbólico-emocionais múltiplos, os quais definimos como sentidos subjetivos. Tal proposição conceitual desdobra-se na consideração do transtorno como consequência do desenvolvimento de uma configuração subjetiva que, produzida em determinado momento da vida da pessoa, vai se desdobrando em novos processos e sentidos subjetivos que terminam não permitindo novas expressões da pessoa, fixando-lhe no sofrimento. Essa definição supera a ideia ainda dominante na literatura e na psicologia da saúde de que os transtornos estão definidos por emoções específicas e universais pelo seu conteúdo. Compartilhamos com Lazarus (1999) a ideia de que o termo psicossomático para designar certo tipo de transtorno não é pertinente na medida em que todo transtorno é psicossomático (GONZÁLEZ REY, 1993). A definição do fenômeno psicossomático surgiu na teoria psicanalítica no momento que se pensou existirem transtornos somáticos que poderiam ser explicados comple-

tamente por determinada dinâmica intrapsíquica, assim como propôs Freud no caso das histerias de conversão.

As definições de sentido subjetivo e configuração subjetiva, sobre as quais se sustentam as categorias de subjetividade social e individual nesta perspectiva teórica, têm as seguintes implicações para o estudo do subjetivo na saúde humana.

Não existe relação direta entre comportamento e configuração subjetiva que possa ser generalizada como base desse comportamento. Todo comportamento expressa uma configuração subjetiva singular, da qual fazem parte sentidos subjetivos gerados na própria trama relacional dentro da qual se gera o comportamento. Por exemplo, o déficit de atenção e hiperatividade, rótulo tão comum hoje para explicar os problemas que uma criança apresenta na escola, nunca é uma condição intrínseca da criança, mas sim um conjunto de comportamentos subjetivamente configurados que integram sentidos subjetivos gerados em diferentes espaços e momentos da vida da criança, assim como na diversidade de contextos de sua vida atual, dentre eles, o da sala de aula.

Não existe nenhum conteúdo ou dinâmica intrapsíquica que, de forma universal, possa se considerar como causa de um tipo de transtorno, seja ele pela sua forma de expressão somática ou mental.

Os conceitos de sentido subjetivo e configuração subjetiva integram a emoção à cultura a partir da inseparabilidade do emocional e o simbólico, relação que integra o corpo a todos os processos de subjetivação humana, com suas correspondentes consequências para a compreensão da saúde e do adoecimento.

A partir dos conceitos de sentido subjetivo e configuração subjetiva, o social deixa de ser uma dimensão externa à pessoa para ser considerado como subjetivamente configurado, o que permite transcender uma visão descritiva do social e compreendê-lo pelas configurações subjetivas geradas pelas pessoas e os espaços sociais em que elas vivem. As consequências do social para a vida humana sempre estão atravessadas pelos processos de subjetivação das pessoas implicadas nas tramas sociais.

A partir das considerações anteriores, que especificam a relevância da definição de subjetividade defendida neste capítulo, falar de uma definição “biopsicossocial” da saúde ou da doença perde todo sentido, na medida em que cada um desses fenômenos, ainda que mantendo um lócus específico, integra-se nesses diferentes níveis por meio de múltiplas configurações em que cada um des-

ses níveis nunca aparece como sendo externo aos outros. Dessa forma, não se pode patologizar processos que expressam dinâmicas sociais que precisam ser compreendidas no sentido de iniciar qualquer ação de mudança com as pessoas ou grupos envolvidos nessas dinâmicas sociais. A definição do subjetivo numa perspectiva cultural-histórica integra intensamente o sujeito individual numa definição em que o cultural e o social são partes fundamentais das configurações subjetivas desse sujeito, o que definitivamente leva à superação da dicotomia entre o social e o individual nas ciências humanas.

O conceito de configuração subjetiva é capaz de apreender em sua complexa integração qualitativa a diversidade de processos da vida social das pessoas por meio dos sentidos subjetivos singulares que essas pessoas geram nas suas diferentes atividades. O social, em toda sua diversidade e extensão, só é passível de se tornar inteligível às ciências humanas por meio da diversidade de produções subjetivas singulares das pessoas que partilham uma trama social. Assim, por exemplo, com base no estudo das configurações subjetivas implicadas nas atividades escolares de uma criança com Síndrome de Down, poderão ser geradas hipóteses sobre o funcionamento escolar e as relações da criança dentro da escola, assim como sobre as produções simbólicas que constituem esse espaço social.

Uma instituição, ou um cenário social qualquer, só aparece em sua relevância para as pessoas nas configurações subjetivas das pessoas que partilham esses espaços sociais. O significado de uma realidade vivida para a pessoa é resultado não das intenções e discursos explícitos que dominam esse espaço social, mas de desdobramentos e elementos indiretos do funcionamento desses espaços sociais que não são inteligíveis somente pela aparência empírica desse contexto. Nesse sentido, a subjetividade é um conceito subversivo, pois permite juízos sobre aspectos do funcionamento social que permanecem ocultos às práticas e discursos dominantes de qualquer realidade social. Os efeitos de uma dinâmica social sobre o indivíduo e os grupos dependem de configurações subjetivas que estão além das consciências individuais dos afetados. Esse fato já foi destacado pela teoria das representações sociais e pelo construcionismo social, no entanto, a diferença entre essas teorias e a teoria cultural-histórica da subjetividade é o lugar central que esta última atribui ao sujeito e às suas configurações subjetivas; o sujeito representa um momento de tensão e ruptura em relação aos processos normativos e sociais dominantes de natureza discursiva.

A ideia de configuração está presente na forma em que diversos autores criticam o modelo patologizante da medicina atual, enfatizando a excessiva produção de múltiplos rótulos que invadem todas as esferas da vida social, desde a escola até as empresas produtivas. Discutindo as implicações do rótulo “hiperatividade e transtornos de atenção”, Bendelow (2009, p. 76). escreve:

Ainda que os meninos superem o número de meninas com esse diagnóstico numa proporção de 4:1 (ela se refere ao diagnóstico de hiperatividade e transtornos de atenção), esta distribuição de gênero é raramente considerada na literatura científica e na investigação. Na vida ocidental contemporânea, as famílias geralmente têm poucos filhos, mas isso pode ser argumentado pelo fato de que nas sociedades materialistas altamente competitivas tem crescido as expectativas sobre o sucesso das crianças na vida moderna, especialmente no campo das atividades escolares, e esse é o caso do Reino Unido, onde os meninos são menos propensos ao sucesso escolar que as meninas, o que se exacerba desde uma análise de gênero ou classe (mas é menos claro desde quando se considera a dimensão étnica).

É precisamente esse tipo de análise apresentado por Bendelow (2009) que adquire destaque com os conceitos de sentido subjetivo e configuração subjetiva. A complexa teia dos processos da vida social, com toda a sua carga ideológica que são parte dos processos saúde-doença, pode ser trabalhada por meio do conceito de configuração subjetiva. Isso permite analisar a qualidade das produções sociais no âmbito relacional da pessoa por meio do tipo de produções simbólico-emocionais (sentidos subjetivos) que se geram nesse sistema de relações, expressas pela diversidade de condições, discursos e lugares sociais de cada pessoa, instituição e grupo humano. A presença que a autora dá ao gênero e à classe, em sua análise, no predomínio masculino de crianças com déficit de atenção e hiperatividade é excelente exemplo de uma dimensão do transtorno que está fora do foco biomédico de tratamento, mas que sem o qual ações essenciais na atenção à saúde, como as de prevenção e promoção, não poderiam ser desenvolvidas.

O destaque da dimensão subjetiva dos processos de saúde-doença começa a ter espaço importante na própria medicina, sobretudo, em países como a Inglaterra, que mantém um sistema de saúde de profundas raízes liberais e socialistas orientadas ao atendimento gratuito e geral da população. A chamada “medicina baseada nos valores” (VBM), desenvolvida dentro da prática médica (FULFORD; DICKENSON; MURRAY, 2002), opõe-se ao caráter apenas científico do exercício médico, propondo uma prática que resgate os aspectos subjetivos rela-

cionais das pessoas atendidas, descentrando-se da doença e colocando no centro do atendimento a pessoa doente.

Em nossa linha de pesquisa sobre a configuração subjetiva das doenças crônicas e sobre os processos educativos nas práticas de saúde, desenvolvidas no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) e na Universidade de Brasília (UnB), respectivamente, tem sido evidenciada a complexidade das configurações subjetivas das doenças crônicas de uma forma geral, assim como a pouca atenção aos processos de modo de vida e desenvolvimento humano nas instituições de saúde (MORI; GONZÁLEZ REY, 2010; GONZÁLEZ REY, 2011; GOULART, 2013).

No esteio desses trabalhos, as considerações teóricas desenvolvidas nesse capítulo têm importantes implicações para repensar as práticas de saúde na forma em que elas vêm sendo desenvolvidas pelas instituições de saúde. Dentre essas implicações, gostaria de destacar as seguintes:

- A integração dos processos terapêuticos orientados ao tratamento de problemas de saúde com os processos mais gerais do desenvolvimento e com o modo de vida das pessoas. Questões centrais como o uso do tempo, as atividades desenvolvidas pelas pessoas, a qualidade dos seus sistemas de relacionamento e o desenvolvimento de novos processos de socialização e realização pessoal devem receber uma atenção especial na projeção de saúde e na realização dos programas de tratamento no âmbito da saúde.

- Os trabalhos desenvolvidos em nossas linhas de pesquisa evidenciam a necessidade de transcender os diagnósticos orientados a compreender as patologias para passar a enfatizar a compreensão das configurações subjetivas das doenças, procurando configurações subjetivas sadias que permitam a ação ativa da pessoa no controle das doenças crônicas e no desenvolvimento de recursos que lhes permita uma vida ativa, afastando a condição de paciente, não apenas em seu relacionamento com as instituições de saúde, mas na sua própria identidade.

- Avançar teoricamente na explicação da gênese e desenvolvimento das emoções humanas, procurando o desenvolvimento de novas explicações capazes de integrar as emoções como processos subjetivos, inseparáveis das configurações subjetivas de todas as atividades e formas de expressão humanas, com o funcionamento do corpo. É nessas complexas configurações diferenciadas e singulares que a emoção aparece como aspecto importante na gênese e desenvol-

vimento, tanto das doenças, como dos processos associados à saúde.

#### **4 Das teorias do estresse à compreensão das configurações subjetivas dos processos associados com a saúde e a doença**

Com o desenvolvimento da psicologia da saúde, o conceito de ansiedade como categoria central para a compreensão dos transtornos psíquicos na clínica deu passo ao conceito de estresse, que começou a ser usado como central na explicação de transtornos que, sendo tradicionalmente objetos da prática e do saber médico, ficaram timidamente confinados a uma área da clínica definida como psicossomática. Porém, a psicologia da saúde, à diferença da clínica em algumas de suas mais importantes perspectivas teóricas, foi desenvolvida essencialmente desde duas perspectivas, comportamental e cognitiva, as quais apareceram como enfoque cognitivo-comportamental em algumas das tendências dedicadas a esse campo. O predomínio desses dois enfoques separou essa nova área emergente da psicologia das tendências do pensamento clínico, reproduzindo o mesmo esquema fragmentário e excludente que tem caracterizado a matriz de desenvolvimento da psicologia de forma geral.

Uma das consequências mais fortes dessa orientação cognitivo-comportamental foi colocar no centro de atenção processos parciais, sem avançar numa teoria sobre o sujeito desses processos. Ainda que alguns enfoques cognitivos — em particular a poderosa linha representada por R. Lazarus (1999) e seus colaboradores — tenham conseguido transcender os enfoques comportamentais estáticos, que associavam a doença e a própria definição de estresse com traços comportamentais padronizados das pessoas (como o Padrão A e B de comportamento coronário), e tenham passado a destacar a importância do relacionamento da pessoa com o evento vivido como o aspecto central para entender as consequências das influências externas para a saúde, de fato tais enfoques cognitivos não conseguiram transcender o esquema sujeito-objeto (S-O), no qual a influência externa é definida em seu caráter para o sujeito pelo seu próprio conteúdo, sem considerar seus múltiplos sentidos possíveis e singulares para o sujeito. Nesse esquema, o sujeito fica definido pelo conjunto de recursos cognitivos que é capaz de usar em seu enfrentamento com essa experiência, recursos tidos como resultados da avaliação consciente e intencional que acontecem por

meio de percepção da pessoa sobre a experiência externa.

Desse modo, na perspectiva cognitiva, o indivíduo é definido dentro de um esquema reativo e seus recursos psicológicos são apresentados mais como formas de reagir frente ao que aparece dado externamente do que como formas de criação subjetiva da experiência vivida. Nessa representação, são desconhecidas as complexas produções simbólico-emocionais que em nossa perspectiva teórica aparecem representadas pelos conceitos de sentido subjetivo e configuração subjetiva. As experiências humanas, desde o posicionamento que defendemos no presente capítulo, não constituem reação pontual a influências ou eventos externos, mas sim uma produção subjetiva configurada subjetivamente no próprio processo de viver uma experiência.

O conceito de produção subjetiva se diferencia da ideia de enfrentamento (*coping*) pelo fato de que uma produção subjetiva não é identificável por um tipo de comportamento externo mensurável, não é uma reação, mas uma produção da pessoa que precisa ser construída dentro de um conjunto de expressões muito diversas dessa pessoa, cujo efeito e consequências nunca são imediatos, já que não é dedutível do momento presente da experiência vivida. Por exemplo, uma paciente com câncer que se recusa a fazer a radioterapia como um procedimento complementar à mastectomia que lhe foi realizada, não pode ser explicado por um significado universal, como por exemplo, a tão usada “falta de adesão ao tratamento” ou “negação da situação vivida”; um caso como esse sempre deverá ser analisado de forma singular, pois esse comportamento pode ser indicador de múltiplos e diversos sentidos subjetivos. Precisamente, um paciente emerge como sujeito no processo de viver sua doença quando não se subordina de forma acrítica ao instrumentalismo centrado no procedimento que caracteriza a prática clínica médica hegemônica.

Optar por um tratamento não é apenas um posicionamento frente a um sintoma ou uma possibilidade futura em relação à evolução de uma doença, mas representa também uma filosofia frente à vida e à morte, um posicionamento em relação a nós mesmos como seres humanos, uma expressão de nossa identidade frente a uma situação nova que vai ter implicações definitivas em nossas vidas, entre as quais, a morte não é necessariamente a pior para muitas das pessoas que enfrentam esse desafio. A identificação de um caminho como “o verdadeiro” e “o melhor” representa o desconhecimento da subjetividade humana, sistema ine-



rente ao processo de “objetualização” que define o paciente — o que representa um valor ideológico-institucional do modelo biomédico dominante, e não uma definição da ciência. Muitos exemplos de pacientes que vivem com força e responsabilidade as suas decisões de não acompanhar as prescrições médicas têm aparecido em nossas pesquisas e não necessariamente suas decisões têm tido consequências piores para a qualidade de vida com relação àqueles que optaram pelo tratamento médico indicado.

O posicionamento que se apoia na teoria da subjetividade não representa apenas uma postura teórica, epistemológica e metodológica, mas também, e de maneira muito importante, um posicionamento frente à prática profissional, assim como um posicionamento ético-político que se opõe a “objetualização” do paciente frente ao procedimento. A verdade humana nunca pode ser situada fora da pessoa que vive um processo; a única verdade frente a uma condição da existência humana são os sentidos subjetivos que se configuram no processo de viver essa experiência e que são inseparáveis de histórias e contextos atuais de seus protagonistas.

O estresse não representa um tipo de reação definida pela natureza do evento externo, nem pode ser definido por um tipo de processo frente ao evento vivido. Quando Lazarus (1999) afirmou que não se poderia avançar no tema do estresse sem avançar numa teoria sobre as emoções, sem dúvida ele estava num momento muito importante de revisão e reflexão sobre os próprios posicionamentos que tinha desenvolvido em momentos anteriores de sua obra:

[...] quando as emoções estão presentes, inclusive aquelas de tom positivo, com frequência também se produz estresse, ainda que não sempre. Dada essa interdependência, é curioso que se tenham desenvolvido duas literaturas diferentes, como se o estresse não tivesse nada a ver com as emoções e as emoções nada tivessem a ver com o estresse. Os eruditos e os cientistas se interessam pelo estresse e a teoria e pesquisa sobre o seu manejo e tendem a desconhecer as teorias e pesquisas sobre as emoções e o mesmo acontece com os que estudam as emoções (LAZARUS, 1999, p. 47).

O autor toca uma questão central do uso dos conceitos na psicologia; a pobreza que caracteriza a produção de teoria na psicologia, resultado da hegemonia epistemológica do positivismo, o que tem levado ao desenvolvimento de sistemas de procedimentos de avaliação e intervenção sobre processos pontuais e concretos que terminam sendo separados da pessoa devido à ausência de construções teóricas que permitam compreender esses processos como parte

de sistemas complexos, múltiplos e em movimento. É precisamente essa ênfase no caráter múltiplo, diferenciado e em processo dos sistemas dentro dos quais os processos subjetivos se geram, o que nos tem levado à definição da categoria de configuração subjetiva. Por meio desse conceito, torna-se possível romper, de forma definitiva, com a produção de sistemas universais que terminam levando a uma “metafísica do sistema”, a qual impede a assunção da teoria como processo progressivo de produção de hipóteses que, no seu desenvolvimento, tem momentos qualitativos de ruptura definidos pelas novas construções teóricas do pesquisador, aportando assim novas alternativas à construção teórica.

Desde o nosso ponto de vista, nem as emoções nem o estresse em si podem ser o centro de uma teoria, pois ambos são processos que se organizam em sistemas que estão para além dos limites desses conceitos. Ambos os fenômenos expressam configurações subjetivas que ultrapassam a relação imediata da pessoa com os eventos externos imediatos de seu cotidiano. A inseparabilidade entre emoções e processos simbólicos, que caracteriza a configuração subjetiva das emoções, culmina na impossibilidade teórica de se fundar uma teoria sobre as emoções como processo psíquico separado dos processos simbólicos, o que já nos remete a um tipo de fenômeno diferente da própria emoção. É essa integração simbólico-emocional que temos definido com o conceito de **sentido subjetivo**.

Enquanto o sentido subjetivo aparece no processo da ação como unidade simbólico-emocional da experiência vivida, unidade que integra, na fugacidade de um momento, a história do sujeito e o contexto atual da experiência vivida, a configuração subjetiva é o sistema que se organiza no movimento dos sentidos subjetivos e que se organiza no processo da ação. Não existem sentidos subjetivos hegemônicos *a priori* que norteiam o curso da ação; os sentidos subjetivos representam o lado subjetivo de toda ação humana e a sua configuração somente acontece no curso dessa ação.

Ainda que as configurações subjetivas da personalidade tenham uma estabilidade superior em relação àquelas que se organizam continuamente no curso da ação, das quais essas configurações subjetivas da personalidade são parte inseparável por meio dos sentidos subjetivos que emergem nesse processo, as configurações subjetivas da personalidade não definem a ação, sendo apenas constituintes de sua configuração subjetiva. A personalidade não é uma estrutu-

ra estática de conteúdos, mas sim uma organização complexa de configurações cuja expressão se singulariza de maneira diversa nas ações do sujeito em diferentes contextos. A congruência dos sentidos subjetivos diversos que a personalidade gera no curso das configurações subjetivas da ação é um tema que deve ser aprofundado em nossas diferentes linhas de pesquisa no momento atual.

O tipo de emoções que afetam a saúde não pode se separar de sua configuração subjetiva, o que constitui processo importante de conhecimento para qualquer ação psicológica orientada à mudança, desde as psicoterapêuticas até as pedagógicas, ou de ação institucional e comunitária. A saúde não se afeta pela emoção em si, como durante muito tempo se pretendeu relacionar por meio da associação direta entre tristeza ou agressividade e certos transtornos; as emoções ganham relevância na explicação dos processos de saúde por meio dos sentidos subjetivos produzidos pela pessoa que as expressa. Por exemplo, a expressão de emoções agressivas que permitem ao sujeito transcender uma situação de humilhação, possivelmente serão mais saudáveis do que os múltiplos sentidos subjetivos que se configuram no sentimento de humilhação.

Porém, um dos aspectos que deve enriquecer a pesquisa sobre os aspectos subjetivos da saúde é o conhecimento sobre a forma em que essa produção emocional participa dos complexos processos biológicos, bioquímicos, elétricos e energéticos do organismo humano, o que presumo que tampouco seja um cenário para fórmulas universais. O avanço sobre esses importantes aspectos tem sido obstaculizado por práticas assistenciais pautadas pela medicalização das doenças, processo estimulado pela segunda principal indústria do mundo de hoje, a farmacêutica, unicamente superada em lucros pela produção de armamentos (BENDELOW, 2009).

A força econômica da indústria dos medicamentos é um fato que, em uma subjetividade social fortemente orientada pelos processos de lucro nesse momento de desenvolvimento do capital financeiro, define os rumos da ciência e da instituição médica, com os quais contribui com fortes financiamentos. Esse fato não tem apenas papel diretivo do desenvolvimento do modelo tecnológico-instrumental de atenção à saúde; ele, o que é ainda mais preocupante, tem papel essencial nas representações sociais e nos valores dominantes dos profissionais da saúde e da própria instituição de saúde. Atualmente, a tendência ao lucro que se observa na medicina brasileira é só comparável à que domina a medicina

norte-americana, cuja situação precária tem aparecido com nitidez em todas as contradições, crises e revelações que têm acompanhado o programa de reformas nesse setor empreendido pelo presidente Obama e conhecido como *Obamacare*. Dessa espécie de consórcio “capital da indústria farmacêutica-ciência positivista-modelo biomédico”, um sócio importante termina sendo o próprio governo, cujos membros estão assegurados por planos de saúde altamente custosos, que lhes permite o acesso aos mais caros hospitais privados de seus países.

É tão velada a violação dos direitos sociais no que se refere à saúde da população que inclusive muitos governos que se auto-definem de esquerda, como o atual governo do Brasil, procuram um balanço de sua gestão no combate à pobreza pela elevação unilateral do consumo dessas populações, desconsiderando nessas análises a qualidade das relações no atendimento à saúde e a qualidade da educação. Em poucas palavras, a medicina-elite do Brasil de hoje é um verdadeiro deboche à dignidade humana.

A inter-relação saber, cultura e instituição de saúde ganha grande força no mundo ocidental atual e à diferença da indústria do armamento, que por definição representa recurso de poder e dominação, alheia a toda definição de valores, a saúde representa um dos direitos humanos e civis universais, portanto, inalienável de todo ser humano. Porém, sua conversão numa empresa econômica poderosa, centrada no lucro, converte a saúde em um dos espaços de exclusão mais intensos da humanidade. Frente a isso, longe de surgir uma forte resposta social, política e científica de oposição a essa orientação ao lucro das instituições de saúde, o que surge é uma inércia complacente dos governos e de muitas das instituições dominantes da sociedade — dentre elas, a própria ciência e centros de ensino superior e de pesquisa são bons exemplos —, que, longe de questionar as representações hegemônicas que se derivam do funcionamento desse complexo industrial-financeiro-assistencial, fortalece-o ainda mais.

Nesse espaço institucional dominante na subjetividade social do mundo ocidental de hoje, as ciências se subordinam ao poder das grandes transnacionais do medicamento e das tecnologias médicas, que são as que financiam a maior parte das pesquisas no campo da medicina. Esse fato influencia fortemente na ausência de pesquisas sobre fatores promotores de saúde, entre os quais teriam lugar as pesquisas dos processos subjetivos associados com a saúde e a gênese das doenças.

Conceitos como os defendidos neste capítulo, que não levam a resultados universais e que obrigam a uma produção de conhecimentos que sempre implica as variações singulares dos próprios modelos teóricos em desenvolvimento no curso das pesquisas, não resultam atrativas aos financiadores da pesquisa biomédica atual. A medicina foge do singular e procura protocolos de base estatística para todos os procedimentos, o que faz de muitos médicos aplicadores de protocolos profissionais, em lugar de um pesquisador sobre os processos singulares que afetam as pessoas que estudam. O singular é desconsiderado na representação objetual que orienta as práticas da medicina apoiadas no modelo biomédico. Nesse contexto, a psicologia não pode ser uma ferramenta servil e secundária do desenvolvimento desse modelo dominante, mas uma alternativa subversiva aos princípios que dominam a ação institucional das práticas assistenciais no campo da saúde atualmente.

Os paradigmas e epistemologias sobre os quais se desenvolve a ciência não podem ser acusados de reacionários de forma a-histórica e universal. O caráter conservador ou não de um paradigma ou de um posicionamento epistemológico vai depender da forma em que sua expressão contribui ao desenvolvimento de aspetos que, num determinado contexto, representam claramente a omissão de outros aspectos cuja exclusão prejudica os objetivos buscados pelo processo de produção de saber numa área, em determinado momento histórico-social concreto. É precisamente a partir dessa análise que se pode considerar conservador e pouco ético o positivismo baseado apenas em dados quantitativos sobre o qual se legitimam os medicamentos, excluindo outros processos e práticas que, podendo ser úteis ao tratamento e prevenção de doenças, não são considerados na pesquisa científica.

Na ciência de hoje, sabe-se que o conhecimento está sempre em processo, enfrentando barreiras e desdobramentos imprevistos. No entanto, na ciência sobre a qual se apoia a indústria do medicamento, as pesquisas orientadas a acompanhar o uso extensivo de um medicamento, uma vez que este tenha entrado ao mercado, são inexistentes, pois isso implica altos custos e pouco lucro. O mais importante, uma vez que um medicamento consegue se inserir no mercado, é tirar a maior quantidade de dinheiro a partir dele e centrar todas as pesquisas no novo medicamento que deve chamar a atenção do mercado alguns anos depois. O processo é idêntico ao mercado de carros ou computadores: o novo substitui

o velho e o converte em desejável. Todavia, na saúde, como em outras áreas do consumo, este passa a ser consumido pelas populações mais pobres, sem que elas possam contar com novos saberes que poderiam minimizar o impacto negativo do medicamento, ou conhecer bem em que pessoas seu efeito seria melhor. A ciência que responde ao impacto do produto no mercado e não a um saber progressivo que permita explicar o funcionamento dos complexos processos que caracterizam uma expressão de saúde ou uma doença, sempre estará longe de avançar de forma consistente sobre esses processos.

A ideia de configuração subjetiva, frente a esse panorama tão sombrio no campo da saúde, tem relevância não só científica, mas ética e política, pois a partir da definição de sistemas configuracionais que não pretendem dar conta do funcionamento holístico da questão tratada, mas da organização atual do sistema frente aos processos de seu funcionamento num contexto específico, torna-se possível gerar inteligibilidades sobre os processos de saúde e doença não por meio de causalidades universais e evoluções teleológicas a partir do Estado atual da pessoa, mas como processos vivos afetados por uma multiplicidade de fatores, dentre eles, as produções subjetivas das pessoas. A ideia de configuração nos remete a desdobramentos e imprevistos no desenvolvimento dos sistemas complexos, nos quais as causas iniciais não representam nunca as explicações definitivas dos resultados ulteriores do desenvolvimento de um sistema. Dessa forma, o conceito de configuração nos coloca frente a um sistema parcial, por meio do qual podemos explicar um conjunto de processos e suas formas de organização, que, sem compreender as intrincadas relações dos elementos que se organizam nessa configuração — no caso da subjetividade, os sentidos subjetivos — não poderíamos gerar inteligibilidade sobre o tipo de questão que nos interessa estudar. A mobilidade e capacidade de reorganização das configurações subjetivas fazem dela modelo interessante para pensar o uso dos conceitos na gênese e desenvolvimento dos processos de saúde e adoecimento.

## **5 Alguns comentários finais**

1) A psicologia da saúde emerge como campo de prática profissional e de pesquisa nos anos sessenta, a partir de uma aproximação à comunidade como objeto de práticas de saúde importadas da medicina e que rapidamente se expres-

saram nos estudos de uma área reconhecida pela APA (*American Psychological Association*) e definida como “Psicologia Comunitária da Saúde”. A partir dessa definição inicial, abriu-se caminho para uma tendência orientada ao controle, educação e mudança de comportamentos presumivelmente associados com a saúde. Na sua emergência, a psicologia da saúde expressou o viés comportamentalista que dominava, ainda nos anos sessenta, o contexto da psicologia norte-americana. Pelo fato de essa década ter sido também a que marcou a revolução cognitiva nessa psicologia, muito rapidamente os posicionamentos cognitivos e cognitivo-comportamentais começaram a dominar os trabalhos nessa área.

2) O caráter pragmático-instrumental dos conceitos que dominaram a psicologia da saúde marcou distanciamento entre esse campo emergente e o desenvolvimento da psicologia clínica; enquanto os enfoques psicodinâmicos na clínica centraram-se na ansiedade e na sua gênese intrapsíquica, o conceito de estresse passou a ser o centro das representações e práticas associadas com a psicologia da saúde. A diferença entre os enfoques dominantes entre um campo e outro não permitiu compatibilidade entre os avanços de ambas as áreas. A pior dessas consequências esteve, a meu ver, no pouco desenvolvimento teórico na psicologia da saúde.

3) O caráter instrumental dos modelos dominantes na psicologia da saúde levou os pesquisadores a se centrarem nos processos individuais, com noções comportamentais de prevenção e promoção, que deixaram fora os complexos processos socioeconômicos e institucionais que são inseparáveis das tendências dos modelos teóricos, das tendências epistemológicas e das práticas que dominam o *mainstream* do modelo biomédico hoje. O destaque à subjetividade como produção cultural e social historicamente situada compreende alternativa para as representações sociais dominantes hoje sobre os processos de saúde-adoecimento, mas também compreende alternativa teórica frente ao individualismo naturalizado que caracteriza o crescente processo de despersonalização, medicalização e patologização que define as práticas assistenciais hegemônicas no campo da saúde.

4) Como se defende no curso deste capítulo, os paradigmas epistemológicos, assim como as filosofias em geral, expressam caráter conservador ou transformador segundo as consequências de seus princípios frente a processos culturais e historicamente situados. Nesse sentido, a orientação positivista de

muitas pesquisas médicas e farmacêuticas no momento atual é profundamente conservadora, na medida em que levam a legitimar práticas de saber condizentes com o modelo de lucro dirigido hoje pela indústria de produção de medicamentos e das técnicas médicas. O capital define o que se pesquisa e até como se pesquisa, o que implica abandono da pesquisa sobre os efeitos dos medicamentos e das tecnologias, uma vez que eles entram no mercado, assim como culmina na omissão daquelas pesquisas orientadas a outros processos envolvidos nos estados de saúde-doença que não são lucrativos.

5) Em vários trabalhos anteriores, referi-me à psicologia no campo da saúde mais do que à psicologia da saúde, precisamente pelas grandes limitações que encontrei no tipo de pesquisas realizadas nessa área e em seus conceitos dominantes. No intuito de aprofundar essa discussão, este trabalho apontou para algumas dessas lacunas e buscou avançar em caminhos alternativos de pensamentos capazes de articular complexamente saúde, cultura e instituições sociais. Está aberto o debate.

### Referências

- ANDRADE, V. L. O estudo da subjetividade na família. In: GONZÁLEZ REY, F. (Org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo. Thomson, 2005. p. 311–334
- BENDELOW, G. **Health, Emotion and the Body**. United Kingdom: Polity Press, 2009.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo, 2000.
- FULFORD K. W. M.; DICKENSON, D.; MURRAY, T. **Healthcare ethics and human values**. Blackwell: Oxford, 2002.
- GONZÁLEZ REY, F. **Comunicación, personalidad y desarrollo**. Habana: Pueblo y Educación, 1995.
- GONZÁLEZ REY, F. **Epistemología cualitativa y subjetividad**. Habana, São Paulo: Pueblo y Educación, EDUC, 1997.
- GONZÁLEZ REY, F. O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. In: GONZÁLEZ REY, F. (Org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo. Thomson, 2005. p. 27–52
- GONZÁLEZ REY, F. **Problemas epistemológicos de la psicología**. México, D.F: Colegio de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de México, 1993.
- GONZÁLEZ REY, F. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.



GONZÁLEZ REY, F. **Sujeto y Subjetividad**: una aproximación histórico-cultural. México, D.F.: Thomson Learning, 2002.

GOULART, D. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano**: abrindo caminhos entre educação e saúde mental. 2013. 145 p. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Brasília, Brasília: UnB, 2013.

HEISENBERG, H. **Filosofia e Física**. Brasília: Editora UNB, 1995.

LAZARUS, R. **Estres y emoción**: manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Declée De Brouwer, 1999.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

MADEIRA, C C. Formação docente e sentidos da docência: o sujeito que ensina, aprende. In: MITJANS MARTÍNEZ, A.; SCOZ, B. Lima; CASTANHO, M. Siqueira (Org.). **Ensino e aprendizagem**: a subjetividade em foco. Brasília: Liber livros, 2012. p. 111-130.

MEICHENBAUM, D. **Cognitive-behavior modification**: an integrative approach. New York: Plenum, 1977.

MITJANS MARTÍNEZ, A. A Teoria da Subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade. In: GONZÁLEZ REY, F. (Org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo. Thomson, 2005. p. 1-26.

MITJANS MARTÍNEZ, A. **Creatividad, personalidad y educación**. Habana: Pueblo y Educación, 1999.

MORI, V. Os sentidos subjetivos de ser psicoterapeuta: a aprendizagem em um estágio supervisionado. In: MITJANS MARTÍNEZ, A.; SCOZ, B. Lima; CASTANHO, M. Siqueira (Org.). **Ensino e aprendizagem**: a subjetividade em foco. Brasília: Liber Livros, 2012. p. 203-218.

MORI, V.; GONZÁLEZ REY, F. Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. **CS**, Colombia, n. 5, p. 221-240, junho, 2010.

NEUBERN, M. A subjetividade como noção fundamental do novo paradigma: Breve ensaio. In: GONZÁLEZ REY, F. (Org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo. Thomson, 2005. p. 53-80.

PRIGOGYINE, I. **¿Tan solo una ilusión? Una exploración del caos al orden**. Barcelona: Tusquets Editores, 2004.

TACCA, M. C. Relação pedagógica e desenvolvimento da subjetividade. In: GONZÁLEZ REY, F. (Org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo. Thomson, 2005. p. 241-266.

TONELLI, M. R. **The philosophical limits of evidence based medicine**. Academic Medicine, Novo México, v. 73, n. 12, p. 1234-1240, Dezembro 1998.



# O LUGAR DA DIFERENÇA RELIGIOSA NAS SUBJETIVIDADES SOCIAIS BRASILEIRAS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE

Prof. Dr. José Bizerril<sup>1</sup>

## 1 Relevância e possibilidades de diálogo entre psicologia e (outras) ciências sociais

Como contribuição ao debate sobre as articulações complexas entre subjetividade, saúde e cultura, meu ponto de partida neste capítulo é um aporte que transcenda os limites rígidos das áreas disciplinares e busque territórios de fronteira, pontes e possibilidades de diálogo, ainda que provisórias.

A relevância desta interlocução pode se justificar pelo exemplo dos autores fundadores das ciências humanas, todos eles familiarizados com os debates das áreas afins do conhecimento, vigentes em sua época (SEGATO, 2003). Além disso, o reconhecimento contemporâneo da complexidade do mundo sugere esforços conjugados para compreender novos fenômenos que não foram mapeados pelos autores clássicos das diversas disciplinas e cuja inteligibilidade não se esgota em nenhum aporte teórico disciplinar em particular. Trata-se de fazer o caminho inverso ao da consolidação de nossas disciplinas, que foi caracterizado pelo estabelecimento de rígidas fronteiras e identidades, restringindo a abrangência de seus interesses e os espaços de interlocução.

Durante o século XX, a história da constituição da psicologia, da sociologia e da antropologia como disciplinas acadêmicas aponta, em suas tendências dominantes, para uma separação entre o interesse pelos fenômenos humanos individuais e coletivos. Um ponto indicador da consolidação dessa demarcação

---

1 Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

de fronteiras disciplinares está em uma conferência proferida por Mauss (2003) para a Sociedade Francesa de Psicologia, nos anos 20 do século XX. Nela, esse importante fundador das ciências sociais atribui o estudo dos fenômenos da consciência individual à psicologia e da consciência coletiva às ciências sociais, ao mesmo tempo em que pontua a interdependência entre esses dois campos de fenômenos e as contribuições recíprocas oferecidas pelas duas disciplinas então nascentes. Certamente o caráter heterogêneo da psicologia como campo do conhecimento<sup>2</sup> demanda que qualquer afirmação desse tipo precise ser devidamente matizada.

À medida que nossas disciplinas se consolidavam no espaço acadêmico, progressivamente estabeleceu-se um interdito separando o interesse pelo estudo do que é individual, reservado à psicologia, e o que é coletivo, território das ciências sociais (SEGATO, 2003; LATOUR, 2005). Figurar essa divisão é mais pertinente a uma definição fundamentalmente clínica e experimental de psicologia, ainda assim dentro de uma concepção de psicologia centrada nos fenômenos individuais. Incluir a psicologia social nesse quadro implicaria outros desdobramentos desta análise<sup>3</sup>.

Lamentavelmente, em minha própria experiência docente em um curso de psicologia e em convivência cotidiana com estudantes e colegas da área, deparo-me com certa frequência com uma representação de psicologia, segundo a qual a psicologia social pertenceria com mais propriedade à sociologia do que ao universo das teorias psicológicas e ao mesmo tempo, com a afirmação, resistente a todas evidências em sentido contrário, de que uma perspectiva histórico-cultural em psicologia deveria figurar exclusivamente nos campos correlatos à psi-

---

2 Tal situação torna controversas suas definições de ciência, de objeto, método e propósito, em função do sistema teórico e da área de atuação.

3 Estou ciente que essa distinção ou divisão do trabalho intelectual entre nossas disciplinas é questionável, sobretudo tanto a partir do aporte da psicologia social, quanto da proposta de uma psicanálise dos textos culturais (Segato, 2003), sem falar das contribuições da produção em ciências humanas nas últimas décadas, de autores tão diversos como Bauman, Butler, Eribon, González Rey, Latour, Rose, Segato, Touraine, entre outros, que têm apontado tanto umnexo entre novas condições sociais, novas configurações culturais e novas subjetividades coletivas, quanto problematizado a dicotomia entre sujeito e sociedade, bem como entre psique e cultura. Contudo, isso não invalida a constatação de que a história oficial de nossas disciplinas, ao menos em suas tendências dominantes, foi marcada pela tentativa de traçar fronteiras entre um domínio, sociocultural, e outro, psicológico, da experiência humana.

ciologia social, visto supostamente não possuir valor ou “aplicabilidade” clínicas.

Tendo essa realidade como parte do quadro para uma polêmica e diálogo implícitos nessa comunicação, argumento, como já fizeram previamente outros autores (por exemplo, MAUSS, 2003; SEGATO, 2003; GONZÁLEZ REY, 2004), que é preciso haver diálogo em nossas áreas, porque os fenômenos que estudamos são intrinsecamente interdependentes: subjetividade individual e social, cultural e psíquico, consciência individual e consciência coletiva, entre outras formulações. A divisão do ser humano em estratos biológico, psicológico, social e cultural é um efeito político-teórico da história de nossas disciplinas, pois concretamente qualquer ser humano é simultaneamente organismo, sujeito, ator social e nativo de um universo cultural em particular, conforme argumentou Geertz (1989) ao propor uma concepção sintética de ser humano, por oposição à clássica concepção estratigráfica. Estudar qualquer um desses aspectos, isoladamente, como nos acostumamos a fazer a partir dos olhares disciplinares estabelecidos, é ter uma compreensão parcial e talvez perigosamente reduzida dos fenômenos humanos. No entanto, a despeito disso, a tarefa comum de formular uma teoria geral que explique as relações complexas entre fenômenos fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais, proposta por Mauss (2003) às ciências sociais e à psicologia no início do século passado, ainda está por ser realizada, sobretudo se baseada em um diálogo autêntico e não em formas mais ou menos explícitas de imperialismo disciplinar.

Para finalizar esse tópico, menciono alguns exemplos contemporâneos de um diálogo bem-sucedido entre as áreas: a formulação na psicologia de uma teoria da subjetividade, preocupada em romper as dicotomias indivíduo-sociedade e objetivo-subjetivo (GONZÁLEZ REY, 2012); a tentativa de Geertz (2001) de demonstrar a indissociabilidade de mente e cultura; a proposta de Segato (2003), no contexto de um diálogo entre psicanálise lacaniana e antropologia pós-estruturalista, de culturalizar o sujeito, ao invés de supor uma instância psíquica a-histórica e transcultural; a teoria ator-rede, conforme proposta por Latour (2005). Outro exemplo desse tipo de contribuição são os *insights* de autores de sociologia, como Bauman (2008) e Touraine (2003); de estudos culturais, como Sibilia (2012); bem como de filósofos como Lipovetsky (2007), com relação à constituição social das angústias e subjetividades contemporâneas. E além disso, a leitura que Rose (2011) faz da psicologia como uma tecnologia de subjetivação

nas sociedades democráticas que, por meio de sua expertise, forjou um certo tipo de subjetividade normativa nas sociedades modernas.

## 2 A questão Cultural

A introdução do tema da cultura no debate sobre subjetividade requer um exame cuidadoso de implicações desse conceito polissêmico, central para a teoria antropológica, visto que impacta diretamente a concepção de ser humano e conseqüentemente a definição de processos psicológicos, tanto os que foram classicamente definidos como básicos, quanto aqueles mais complexos, da ordem da subjetividade.

O argumento de Geertz (2001) de que mente e cultura são indissociáveis, ecoa a discussão pioneira de Mauss (2003) de que consciência individual e coletiva estão indissociavelmente conectadas e o argumento de Segato (2003), inspirado em Spiro, antropólogo de inspiração psicanalítica, de que a instância moral individual, encarnada pelo conceito psicanalítico de supereu, deriva da ordem moral da sociedade, ao mesmo tempo em que a reprodução social depende de incontáveis decisões individuais e da reiteração cotidiana de padrões em conformidade com as normas sociais, como afirmou Weber, eminente clássico da sociologia.

Ao tratar do conceito antropológico de cultura e de sua introdução no debate transdisciplinar sobre subjetividade, é preciso atentar para algumas de suas nuances e implicações, sob pena de que a psicologia se aproprie de uma formulação conceitual anacrônica, já bastante questionada entre profissionais de antropologia.

Embora o conceito semiótico de cultura ainda tenha alguma vigência, há objeções a fazer a certos pressupostos e implicações desse conceito. Em sua célebre formulação, Geertz (1989) define cultura como sistema simbólico público, por oposição a uma definição objetivista — cultura como comportamento observável — mas também a seu oposto, que defino, na falta de um termo melhor, como idealista, cultura como ideias “dentro” da cabeça de alguém. Para o autor, cultura seria justamente o código socialmente compartilhado que dá significado à ação humana e possibilita a comunicação, não um fato intrapsíquico nem um mero comportamento.

Há evidentes vantagens na proposta de Geertz (1989), por contraste com

a excessiva profusão de significados contraditórios que o termo cultura havia adquirido até então. Ainda assim, essa formulação padece implicitamente de algumas das mesmas limitações que caracterizaram as formulações anteriores, o que arrisca tornar a definição semiótica de cultura também demasiado estática, homogeneizante e reificada.

Por um lado, a pressuposição implícita que a cultura é um sistema coerente e autocontido; é um obstáculo à análise cultural, em particular nas sociedades ditas complexas, tarefa que demanda modelos teóricos que permitam a apresentação de realidades heterogêneas e em mutação. Criticando os pressupostos de holismo e consistência que informam os conceitos clássicos de cultura, Barth (2000) redefine a cultura como sistema caótico, formado por diversas correntes de tradições culturais. Isto é, tendências culturais relativamente estáveis e duráveis, disponíveis em um mesmo território como sistemas concorrentes pelos quais grupos e mesmo indivíduos podem ser afetados simultaneamente. Desse modo, a análise de uma parte não pode ser apresentada como compreensão abrangente do todo, nem tampouco a complexidade da vida social em suas condições objetivas pode ser reduzida a enumeração de padrões abstratos ideais. Para o autor, os significados dos símbolos culturais não são fixos, mas resultam do encontro entre símbolos, atores sociais e contextos de significação. A cultura teria caráter distributivo, isto é, não está distribuída homogeneamente entre os nativos<sup>4</sup>. Consequentemente, os pontos de vista dos atores sociais devem ser percebidos como posicionamentos e não como voz anônima e consensual da cultura. Em um texto publicado nos anos seguintes, Barth (2000) desenvolve sua crítica às conceitualizações de tipo totalizante e holista, apresentando a cultura como sistema aberto, caótico e marcado pela contestação, pela multiplicidade de vozes posicionadas, em cujo contexto qualquer nível provisório de consenso se constitui na experiência social compartilhada, em vez de o consenso figurar a *priori*, antecedendo qualquer observação etnográfica.

Nessa mesma linha de raciocínio, evocaria também o clássico argumento de Wagner (2010), segundo o qual a cultura é uma invenção. Em dois sentidos:

---

4 Utilizo uma definição mínima de nativo, distante de uma leitura etnicizante e exotizante do termo, simplesmente como membro pleno do grupo social que é tema de investigação, não necessariamente o membro de uma comunidade tradicional de caráter local. Nesse sentido, nativo não é necessariamente sinônimo de indígena ou aborígene.

uma invenção conceitual da antropologia e uma invenção vivida, produzida pelos nativos. Por meio do conceito de cultura, a antropologia distingue humanos e não humanos, ao mesmo tempo que interpreta as diferenças entre grupos humanos. Como ferramenta intelectual, o conceito traz inteligibilidade ao caos da experiência de pesquisa de campo. Mas também, a cultura, entendida como fenômeno particular, é uma invenção cotidiana dos atores sociais que, partindo de um repertório simbólico coletivo, (re)inventam seus próprios mundos para habitá-los<sup>5</sup>. Do mesmo modo que nos argumentos citados acima, o compartilhamento cultural é sempre objeto de disputa.

Uma outra crítica correlata é formulada por Clifford (1999) ao pressuposto de localidade e conseqüentemente de pureza da cultura, que nos faz imaginar os nativos isolados e fixados em territórios fechados, sem experiência intercultural. Culturas aparecem metaforicamente como territórios fechados, dotados de essências e os nativos aparecem como sujeitos idênticos que encarnam essências culturais. Para Clifford (1999), pensar nesses termos se torna insustentável se percebemos o caráter de hibridismo e interculturalidade constitutivo de todos os sistemas culturais, bem como o acirramento dos contatos e trocas entre culturas em função dos recentes processos de globalização. Isso sem considerar o fato de que os nativos que foram interlocutores dos antropólogos têm biografias complexas e experiências reflexivas de contato intercultural.

Em suma, as reflexões de Barth, Wagner e Clifford, mencionadas acima, podem ser úteis para oferecer à psicologia uma representação mais complexa e dinâmica dos fenômenos culturais<sup>6</sup> que são um elemento constitutivo dos processos subjetivos.

Em linhas gerais, a crítica de Latour (2005) à “sociologia do social”<sup>7</sup>, aplica-se também a uma noção reificada de cultura. Assim, pode ser produtivo pensar uma cultura específica como o ponto de chegada da análise, o resultado

---

5 Nesse ponto do argumento, também percebo paralelos úteis com o argumento da teoria da subjetividade: o sujeito se constitui socialmente, mas por meio de sua ação constitui e modifica o social.

6 Por questões de espaço, abstenho-me deliberadamente de explorar um outro debate acerca do conceito de cultura e da prática etnográfica. Com a proposta explícita de recuperar o corpo, com seus sentidos, movimentos e afetos, pode-se falar de uma virada fenomenológica (JACKSON, 1996; CSORDAS, 2008) ou sensualista (STOLLER, 1997; HOWES, 2003) na antropologia, em contraposição aos debates pós-estruturalistas sobre o discurso e pós-modernistas sobre a textualidade etnográfica.

7 Isto é, aquelas formas de sociologia que tratam o social como uma força ou substância que permitiria explicar os fenômenos. E que, para explicá-los, elimina ou deslegitima todos os seus aspectos constitutivos que não possam ser reduzidos ao social.



de uma investigação que apresente sua configuração em movimento, em vez de pensá-la como a explicação *a priori* para um fenômeno que ainda não foi descrito e compreendido.

Outra questão, de ordem mais empírica, é a constatação do caráter multicultural, e intercultural, das sociedades globalizadas. Isto é, uma noção monolítica de cultura é insuficiente para descrever a realidade do campo de atuação profissional da psicologia ou da antropologia no Brasil, mesmo em situações em que não se trata de alteridade marcada, exemplificada por minorias étnicas, como os grupos indígenas. Uma definição mínima de sociedade multicultural seria aquela em que coexistem diferentes comunidades culturais (HALL, 2003). Mais do que a existência simultânea de grupos dotados de culturas ou subculturas distintas, penso que no Brasil deparamo-nos com uma pluralidade de correntes de tradições culturais, segundo o conceito proposto por Barth (2000), coexistindo de forma contraditória nos mesmos espaços sociais. Esta é uma ideia que recuperarei no exemplo etnográfico apresentado mais adiante.

Uma noção relevante e complementar à ideia de sociedade multicultural é o fenômeno do hibridismo cultural (HALL, 2003; CLIFFORD, 1999) decorrente de situações de interculturalidade. A formação de sistemas culturais híbridos decorre de fatores “globais”, mas também de encontros complexos na esfera “local”. O uso das aspas é proposital, diante da pertinência da crítica de Latour (2005) a essa dicotomia. Ele argumenta que na interação face a face estão também presentes agências que atuam à distância, e que “o contexto mais amplo” só pode ser invocado de modo legítimo quando é possível rastrear uma articulação contínua entre locais e demonstrar como alguns sítios se tornam hegemônicos em relação aos demais.

Neste sentido, a “cultura brasileira” poderia ser apresentada como mosaico de diversas correntes de tradições culturais, um agregado de tradições diversas, modernidade vernácula<sup>8</sup> e pós-modernidade<sup>9</sup>, bem como de novas formas híbridas, resultantes de combinações inusitadas entre elas. Esse arranjo comple-

---

8 Isto é, reinvenções diversas que as nações periféricas fizeram do projeto moderno europeu do Estado-nação (HALL, 2003).

9 Refiro-me, de forma ampla, às configurações que as sociedades globalizadas têm assumido. A nomenclatura do debate é extensa e não será desenvolvida neste estudo: modernidade tardia, modernidade reflexiva, pós-modernidade, supermodernidade, hipermodernidade, modernidade líquida, entre outras possibilidades.

xo, descontínuo e heteróclito da paisagem cultural brasileira foi denominado por Carvalho (1996) “simultaneidade de presenças”.

Ao pensar realidades multiculturais deve-se atentar para o problema das hierarquias culturais, isto é, para a distribuição desigual de poder e recursos entre diferentes grupos sociais, o que incide sobre seu patrimônio cultural e sua visibilidade no espaço público, o que Hall (2003) chamaria de hegemonia, utilizando o vocabulário gramsciano. Particularmente no caso brasileiro, os ricos e heterogêneos patrimônios culturais afro e indígenas foram objeto de desvalorização, quando não de negação e mesmo repressão sistemática ao longo de nossa história. Sua valorização no Estado-nação deu-se às custas de sua folclorização, isto é, nunca foram colocados em pé de igualdade com a produção cultural ocidental, sobretudo com a cultura erudita oficial de matriz eurocêntrica.

A auto-definição dominante do Brasil como nação ocidental implica um deliberado silenciamento das lógicas sociais e culturais indígenas e africanas, de seus modos de subjetivação característicos, presentes em nossa constituição histórica, bem como também da participação de outras matrizes civilizacionais na constituição demográfica, cultural e identitária brasileiras. Vide, por exemplo, o fato de que o Brasil é o segundo maior país do mundo em população nipodescendente, recebeu cerca de 15 milhões de migrantes sírio-libaneses e é o país com a maior população afrodescendente fora do continente africano... Mas não se trata apenas de atentar para a discriminação e deslegitimação que opera sobre grupos ou categorias sociais. Um exemplo de matriz cultural que não se identifica exclusivamente com um grupo étnico ou social é a matriz cultural afro-brasileira. Constituiu-se historicamente como um patrimônio aberto também aos não-negros (SEGATO, 2007), como se reconhece pela adesão de sujeitos de ascendência europeia e mesmo asiática a manifestações culturais importantes como as religiões afro tradicionais, a capoeira ou o samba, muito antes de sua dispersão global recente.

Em suma, defino cultura como sistema simbólico público, que não se esgota em sua função comunicativa, mas que também se inscreve no universo das práticas e experiências coletivas, inclusive no domínio da motricidade e do sensorio. Além disso, considero que trata-se de um sistema caótico, tanto objeto de disputa quanto capaz de certo consenso provisório, e passível de transformações por meio da experiência intercultural e da agência individual e coletiva. Os de-

bates desse tópico sobre o conceito de cultura e seus pressupostos serão incorporados nas reflexões abaixo, diante da constatação de que não se pode falar de sujeito ou subjetividade sem reconhecer o papel fundamental da cultura nessa temática.

### **3 A questão do sujeito**

Um ponto de entroncamento importante para a reflexão interdisciplinar sobre cultura, subjetividade e saúde é o problema do sujeito. Por um lado, não se trata do indivíduo autorreferido, soberano, autocentrado, autônomo e dotado de uma essência, concebida como interioridade, que é a figura do indivíduo moderno (HALL, 1997; BIRMAN, 2005; DUMONT, 1990) ainda bastante naturalizada em uma lógica de tipo psicologizante tanto dentro da psicologia quanto nos discursos de senso comum, a despeito das críticas da psicologia social e das outras ciências sociais. Por outro lado, indagar-se no caso do sujeito sobre os temas da agência, da pertença social/cultural, ou sobre a constituição social do sujeito, não deveria implicar uma opção pelo determinismo social, nem o apagamento da singularidade. Ou como diria Bensusan (2008, p. 319), em sua reflexão sobre uma política e uma ontologia da diferença: “não há nenhuma primazia nem da singularidade nem da heterodeterminação”.

Penso como Judith Butler (1998). Segundo ela, afirmar que o sujeito é constituído socialmente, não equivale a afirmar que suas ações estão predeterminadas socialmente. Esse argumento é altamente compatível com as reflexões de González Rey (2004) sobre a indissociabilidade entre sujeito e sociedade/cultura. Constituído socialmente, mas simultaneamente dotado de singularidade, de agência e da potencialidade de transformar e mesmo subverter os códigos culturais e as normas sociais.

### **4 Cultura, subjetividade e saúde**

A seguir busco articular essas reflexões sobre cultura e subjetividade com a temática de saúde. Explorarei o tema da saúde e dos processos de adoecimento no contexto das religiosidades brasileiras. Recupero aqui uma definição mínima de saúde mental de González Rey (2011), pertinente para a análise em questão: a

capacidade de gerar novos sentidos subjetivos diante dos conflitos, que se situam no domínio das configurações subjetivas, mais do que em condições objetivas. Patologia, por outro lado, seria a impossibilidade de gerar novos sentidos, ou a perda ainda que temporária dessa capacidade geradora do sujeito.

Experiências de sofrimento e crises de vida são constitutivas das condições humanas ordinárias. O que é específico são os modos a um só tempo culturalmente constituídos e singulares de fazer frente aos dilemas da existência. As religiões figuram como importantes fontes de recursos subjetivos para lidar com as questões humanas. Considero relevante a esse respeito ter em mente, de um lado, a clássica afirmação de Geertz (1989) que religiões são sistemas culturais que articulam sensibilidades e modos de ação a uma compreensão totalizante do mundo. E de outro, a proposta teórica de Rabelo, Motta e Nunes (2002) de que as terapêuticas religiosas operam uma ressignificação do sofrimento, propiciam uma intervenção sobre os problemas da existência que se dá em contextos rituais, de modo que a experiência ritual (bem sucedida) repercute numa reorientação da conduta cotidiana do paciente da terapêutica religiosa.

No Brasil, os idiomas religiosos de subjetivação encontram-se tanto nos espaços rurais quanto urbanos e em todos os estratos sociais. Independente da discussão sobre espiritualidade, isto é, sobre os modos singulares pelos quais o caminho proposto por determinada religião é vivido por um adepto particular (CARVALHO, 1994), as referências religiosas oferecerem a milhões de pessoas uma linguagem consistente e modelos de ação a partir dos quais podem ordenar e compreender as experiências biográficas. Em nosso país, encontramos numerosos exemplos que evidenciam esse potencial das religiões para articular novos sentidos subjetivos e estratégias existenciais diante de situações de conflito e sofrimento. Por isso, questiono os limites de olhar para as questões no campo da saúde sem certa sensibilidade cultural à diferença religiosa, bem como a outras formas de diferença.

Ainda que a perspectiva técnico-científica que informa as práticas modernas de saúde, incluindo a psicologia, seja fundamentalmente laica, não necessita por isso ser insensível nem muito menos hostil à religião ou espiritualidade de sua clientela. Infelizmente, as histórias da psicologia e da psiquiatria no Brasil mostram um quadro perturbador de patologização das subjetividades religiosas, particularmente as afro-brasileiras (MASIERO, 2002; ALMEIDA; ODA; DAL-

GALARRONDO, 2007) dos estratos populares. Isso aconteceu dentro de um quadro de eugenia, isto é, de políticas de ocidentalização e branqueamento protagonizadas pelo Estado brasileiro, com auxílio da Igreja, da polícia e da parceria entre medicina e psicologia. Não por acaso, a população negra e a matriz cultural afro foram alvo de controle social, pois representam uma de nossas alteridades históricas (SEGATO, 2007), exemplos de diferença racial e cultural, local e subalterna, por oposição à imagem oficial da nação como branca e ocidental.

Felizmente já existem alguns indicadores na literatura sobre o impacto positivo de terreiros de candomblé na prevenção e promoção de saúde, da eficácia das terapêuticas tradicionais (RABELO; MOTTA; NUNES, 2002; MOTA; BONFIM, 2011; MOTA; BONFIM; VILAS-BOAS, 2012), inclusive em combinação com iniciativas pioneiras de parcerias entre os terreiros e o SUS (ALVES; SEMINOTTI, 2009; GOMES, 2010).

Contudo, a questão de reconhecer as contribuições das espiritualidades afro-brasileiras como promotoras de saúde e parte constitutiva das subjetividades sociais brasileiras continua vigente em um país que, apesar das ações afirmativas e da criminalização do racismo, ainda prima por olhares e práticas racistas. Embora haja liberdade de culto religioso do ponto de vista jurídico, apenas em dois estados do Brasil, Bahia e Pernambuco, foi oficialmente reconhecido o *status* de religião aos cultos afro tradicionais, com todos os benefícios dele decorrentes.

Nessa perspectiva, em caráter de exemplo, apresento um caso de campo proveniente de uma pesquisa etnográfica feita sob minha orientação, acerca da adesão ao Candomblé por parte de sujeitos das camadas médias e altas da sociedade (NOGUEIRA, 2010). Esta parece ser uma tendência recente que ainda precisa ser mais investigada. Contrapõe-se ao pertencimento tradicional nas religiosidades afro, por parte da população negra das camadas populares, que vêm declinando com o avanço do neopentecostalismo, segundo os dados do censo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O caso é esclarecedor porque ilustra o argumento de que várias correntes de tradições culturais podem estar disponíveis para um mesmo sujeito no Brasil, de modo que seria inadequada uma representação estática que associa um patrimônio cultural fixo a um grupo social restrito, no caso, supor que o patrimônio cultural afro é de monopólio da população negra, quando acontece justo o contrário (SEGATO, 2007): está disponível em potencial para qualquer brasileiro e até mesmo

para estrangeiros, como tem ficado claro pela diáspora global dos cultos afro, inicialmente na América latina (SEGATO, 2007; RODRÍGUEZ, 2009) e mais recentemente também na União Europeia (BAHIA, 2012) e nos Estados Unidos.

## 5 O caso de R.

Apresento a seguir um caso de campo, proveniente da etnografia de Nogueira (2010), sob minha orientação. R., um homem adulto de classe média, de família carioca católica, relata sua iniciação no candomblé. O processo que conduziu ao trânsito religioso se inicia aos 30 anos, com um sonho que teve em uma viagem de trabalho: “Pessoas de branco dançavam em círculo ao som de tambores, e ele mesmo, todo de branco assistia calmamente o desenrolar da ação. Acordou incomodado e um pouco assustado, aquilo não fazia parte do seu cotidiano” (NOGUEIRA, 2010, p. 39). Católico praticante, participante de grupo jovem, frequentador assíduo da missa, R. interpreta esse sonho como “coisas do Diabo”.

A despeito de sua recusa, das orações que fez antes de dormir, torna a sonhar: [...] uma senhora negra, toda de branco, com adjá [sineta de metal] na mão, cabeça coberta pelo ojá [turbante] [...] lhe dizia que era hora de buscar sua família, de voltar para onde vinha. Terminado o recado, a senhora saiu da sua frente, e onde antes havia pessoas dançando, agora ali dançavam todos os Orixás (NOGUEIRA, 2010, p. 40).

Vale ressaltar a ausência de familiaridade de R. com o candomblé, com o qual não havia tido contato prévio. Diante do incômodo com os sonhos persistentes, R. buscou sua mãe católica, mas que havia sido espírita. Esta lhe recomendou que conversasse com uma tia do Rio de Janeiro, conhecedora de diversas religiões. Após ouvi-lo, e diante de seu pedido de orientação, a tia refletiu e recomendou: “você já perguntou ao seu padre?” (NOGUEIRA, 2010, p. 40).

No entanto, ao retornar a Brasília, a conversa com o padre teve um desfecho inusitado: não apenas se tratava de influência demoníaca, mas a culpa era de R., que foi afastado de sua comunidade pelo próprio sacerdote, temeroso que pudesse contaminá-la. Abandonado por sua rede de apoio, expulso da comunidade pela liderança religiosa, R. telefona para a tia que, diante do posicionamento do padre, decide intervir. Revela que o sonho era indicador de uma vocação religiosa: “R. tinha sido interpelado por uma mãe de santo e os Orixás” (NOGUEIRA, 2010, p. 41).

R. começa a ouvir uma voz persistente que conversa com ele, e que na entrevista, retrospectivamente, identifica como seu “*Exú Legba*, exu pessoal que desempenha a função de guardião” (NOGUEIRA, 2010, p. 41). No entanto, inicialmente, ouvir essa voz<sup>10</sup>, que conversava com ele em diferentes momentos e situações, era uma experiência perturbadora, que o próprio R. cogitava ser possível sintoma de esquizofrenia. “Uma noite, desesperado com a voz incessante, tentou ‘autoexorcizar-se’ numa discussão aos gritos, que parecia ser consigo mesmo. Não venceu a discussão” (NOGUEIRA, 2010, p. 41).

Diante do conselho da tia e do impasse sobre o possível significado espiritual de sua experiência, R. começou a informar-se sobre o *candomblé* e deparou-se com a possibilidade de dialogar com os *orixás* por meio do oráculo de búzios. Mas como averiguar a honestidade do sacerdote que faria a consulta oracular? A voz, ardilosa, propôs-lhe um estratagema: “*Minta*” (NOGUEIRA, 2010, p. 41). E apresentou-lhe uma queixa fictícia e mirabolante a ser apresentada ao oráculo: um irmão gêmeo, mais instruído, que recebera toda a herança do pai recentemente falecido, enquanto ele, R., não recebera nada.

R. visitou vários terreiros onde apresentou o falso problema, sem que o sacerdote responsável pelo oráculo percebesse a mentira. Até consultar quem se tornou o seu primeiro pai de santo: G.O. desculpou-se por não ver nenhum elemento da história no jogo e propôs-se a devolver o dinheiro. Foi a vez de R., surpreso, desculpar-se e finalmente explicar o que o levou àquele terreiro.

O tema da vocação religiosa, que se apresenta como uma crise de vida, é clássico nos estudos brasileiros e foi tematizado na psicologia por Augras (2008). A vocação religiosa pode se expressar por meio de sonhos<sup>11</sup>, transe involuntários<sup>12</sup>, conflitos nas relações familiares, conjugais e de trabalho, processos de

---

10 Essa experiência poderia ser descrita no vocabulário psiquiátrico como alucinação auditiva, sintoma maior de psicopatologias situadas no campo das psicoses, tanto pelo DSM quanto pela CID.

11 Diferente da interpretação psicanalítica clássica, segundo a qual os sonhos são um fenômeno psíquico individual, na tradição do *candomblé*, os sonhos são uma das maneiras dos *orixás* se comunicarem com seus filhos (SEGATO, 1995). Julgo pertinente também resgatar o argumento de Bastide (1978), segundo o qual os sonhos correspondem à metade noturna da vida social, muitas vezes ignorada pela sociologia, isto é, apresenta uma solução de continuidade com a experiência desperta, tanto nos seus conteúdos quanto nas teorias culturais que dão inteligibilidade à experiência onírica.

12 O “*transe bruto*”, isto é, desordenado, não ritualizado, característico do não iniciado, na acepção de Bastide (2000).

adoecimento, inclusive mental. Particularmente relevante no caso de R. é o papel ativo do *Exú Legbá*, elemento de mediação e transformação, que guia R. em seu percurso da crise à iniciação.

Importante ressaltar que, passado esse período inicial de crise, R. iniciou-se no candomblé. Hoje é babalorixá e possui um pequeno terreiro em Planaltina – DF. Além disso, atua profissionalmente como empresário e é casado.

Partindo dos elementos da narrativa acima, desejo fazer algumas considerações que ilustram as questões que já levantei anteriormente.

Em primeiro lugar, um tema que já venho pensando há algum tempo (BIZERRIL, 2009): o problema das fronteiras entre experiência espiritual e psicopatologia, ou da articulação entre subjetividades sociais saudáveis e processos de adoecimento. Para mim, mais do que uma questão de ordem propriamente ontológica, trata-se de um problema classificatório de caráter ético-epistemológico. Diante da similitude no plano da forma e do conteúdo (JACKSON; FULFORD, 2003), entre experiências que podem ser qualificadas como de ordem normal (consideradas as especificidades culturais da população) e aquelas que demandam atenção dos profissionais de saúde mental, de quais os critérios dispomos para tomar decisões produtivas e benéficas à clientela da clínica e dos serviços de saúde mental? Inclusive, tendo em mente as graves consequências pessoais e sociais de um diagnóstico de transtorno mental grave...

Para compreender o significado coletivo e o sentido subjetivo de experiências como as de R., recupero a ideia de relativismo prático (JACKSON, 1996), pois não se trata de discutir a existência objetiva de Deus, diabo, orixás, espíritos ou quaisquer outros personagens que povoam a experiência religiosa brasileira (BIZERRIL, 2007), mas sim de reconhecer essa paisagem como parte da realidade intersubjetiva cotidiana de milhões de brasileiros e atentar para os efeitos dessas presenças, culturalmente reconhecidas, na existência de sujeitos particulares.

Anteriormente (BIZERRIL, 2009) havia proposto os seguintes critérios elementares para distinguir experiência religiosa e crise psicopatológica: I) a significação e o sentido do evento se sustentam em concepções de mundo coletivas, relativamente compartilhadas; II) o contexto ritual culturalmente codificado que enquadra esta experiência; III) os efeitos da experiência, desprovidos de aspectos de co-morbidade ou disfuncionalidade. Creio que é necessário refinar esse argumento. No caso descrito acima, trata-se de um sujeito originalmente cató-



lico que se depara, para sua própria surpresa e angústia, com experiências recorrentes cujo conteúdo e forma remetem ao patrimônio cultural afro. No caso, ressalto que as tradições espirituais afro-brasileiras constituem uma corrente de tradição cultural, disponível para qualquer brasileiro, não apenas para sujeitos oriundos da população negra de estrato social popular. Esta afirmação é válida no que diz respeito a outras religiosidades presentes em território nacional, que permeiam a experiência e as possibilidades de geração de inteligibilidade das experiências biográficas de pessoas que não se filiaram a elas diretamente, mas podem emergir como uma alternativa de modo de vida em situações de crise pessoal e trânsito religioso.

No caso de R., a experiência por ele reconhecida, retrospectivamente, como um chamado persistente dos orixás, condiz com as trajetórias de inúmeros outros adeptos, não nascidos em famílias de praticantes de uma religião afro, mas que em algum momento de suas biografias adentraram o universo do candomblé ou de outras religiosidades de matriz africana.

No entanto, o próprio R., sem histórico anterior de passagem por psicodiagnóstico ou tratamento de saúde mental, reconhece nessas experiências o prenúncio de psicose. Se, ao invés de entender sua situação em termos religiosos tivesse levado o caso a um psicólogo ou psiquiatra, a “voz” que ouvia poderia ser qualificada como “alucinação auditiva” ou como “inserção de pensamento” nos critérios de manuais de psicodiagnóstico como o DSM-IV-TR<sup>13</sup> ou a CID-10. E conseqüentemente teria ingressado em uma carreira psiquiátrica que poderia ter durado até hoje.

Ainda que ambos os manuais de psicodiagnóstico considerem, em alguma medida, o quesito cultura como parte do diagnóstico, o critério segundo o qual uma crença deve pertencer ao marco subcultural do sujeito para não ser considerada delirante (CID-10) precisa ser interpretado com mais sutileza. Na

---

13 Apesar da publicação em inglês do DSM-V, a julgar pelo documento oficial produzido pela American Psychiatric Association (2013), que resume as principais diferenças com relação ao DSM-IV, os questionamentos apresentados neste estudo continuam pertinentes. Não parece haver modificações substanciais no argumento com relação à religião. Estou ciente de que o próprio DSM-IV contém algumas recomendações sobre a importância da atenção à diferença cultural, e especificamente à questão religiosa, como sumarizado por Lu, Lukoff e Turner (2003), bem como reconheço as contribuições a esse debate por autores brasileiros das ciências psi, como o trabalho de Dalgalarondo (por exemplo 2007, 2008). Contudo, a formação acadêmica e a prática de profissionais psi frequentemente não contemplam uma avaliação atenta dessa dimensão das subjetividades sociais brasileiras, com graves conseqüências para a população usuária dos serviços.

ausência de sólidas fronteiras étnicas na paisagem religiosa urbana brasileira, as diversas correntes de tradições culturais estão disponíveis para sujeitos que não participam delas diretamente. Por assim dizer, elas permeiam de modo heterogêneo o que chamaria de paisagem multicultural e psíquica brasileira.

Destaco ainda, que a atenção ao vocabulário da feitiçaria, possessão espiritual, e outros fenômenos é reconhecida na discussão psicopatológica sobre cultura apenas como forma culturalmente específica de descrever um transtorno mental, por exemplo em um apêndice do DSM-IV-TR. Não apenas a questão cultural é pensada como de caráter acessório, mas também não há nenhuma reflexão sobre as variações culturais que devem ser reconhecidas como normais e saudáveis (BIZERRIL, 2009). A partir do relato acima, aparecem várias questões: se um cristão sonha com temas do candomblé e acredita se tratar de influência demoníaca, como foi no princípio o caso de R., será que necessita de psicoterapia ou medicação antipsicótica? E se sua família opta pela patologização como alternativa a uma filiação religiosa indesejável? Se alguém se crê enfeitiçado ou sob influência espiritual ou demoníaca, como forma de dar sentido a uma situação de infortúnio, como lidar com esse tipo de queixa no contexto da clínica psicológica ou de saúde mental? Será que relatos desse tipo autorizam necessariamente a classificação de alguém como paciente mental? Se uma instabilidade existencial se situa no domínio simbólico, é pertinente um encaminhamento medicamentoso do problema?

Parece-me que é preciso suspeitar da tendência não reflexiva a patologizar as produções de sentido divergentes em relação ao ponto de vista do profissional ou da família do paciente. Afinal, ouvir vozes é uma experiência alucinatória porque contradiz a realidade consensual de quem? O mesmo se pode dizer sobre a qualificação de certos relatos como delirantes. O que nos autoriza a decretar que a crença de alguém é errônea, como dizem os manuais diagnósticos, sem uma compreensão aprofundada dos universos culturais plurais que constituem o panorama religioso de nosso país?

Além disso, a relevância de discutir casos desse tipo se justifica por evidências na história brasileira do século XX, na qual a experiência do transe das religiões afro foi vista no mínimo com suspeita, na pior das hipóteses como patologia grave e na melhor das hipóteses como manifestação cultural “primitiva” que deveria ser superada, a julgar por análises mais pontuais sobre história da

psiquiatria brasileira, como a de Almeida et al. (2007), ou argumentos mais gerais sobre racismo e eugenia nas ciências psi (MASIERO, 2002).

O segundo tema que me sugere o relato de R. são os desdobramentos possíveis de sua análise para a discussão sobre subjetividade como capacidade geradora (GONZÁLEZ REY, 2007), quando situada em contextos em que a noção de pessoa em ação não converge com a de indivíduo moderno, de modo que o eu é apenas uma das agências presentes. Aqui caberia uma noção ampla de ator e agência (LATOURETTE, 2005), bem como de subjetividade e intersubjetividade (CITRO, 2009) que, em ambos os casos, incluam também os não humanos como parte da cena. Especificamente, trata-se de incluir as deidades africanas como agências<sup>14</sup> e considerar que as relações sociais não se dão apenas entre humanos.

O caso certamente pode ser considerado ilustrativo da capacidade de um sujeito produzir novos sentidos subjetivos diante de uma situação conflituosa. No entanto, seria fatal para uma compreensão ampla e culturalmente sensível do tema, excluir a figura do *Exu Legbá*, que tem papel crucial na resolução produtiva do conflito. Não por acaso, é o orixá do movimento, da transformação, que rege os caminhos, que assume a posição de protagonismo no processo que conduz à iniciação de R.

Uma situação como essa indica a necessidade de um diálogo mais intenso entre a antropologia e a teoria da subjetividade, considerando os problemas da noção de pessoa e das teorias nativas da agência, quando se tratar de dar inteligibilidade a trajetórias de sujeitos que emergem fora do marco do indivíduo moderno, que, segundo Rose (2011), seria a noção normativa de *self* que rege implicitamente a psicologia.

## 6 À guisa de conclusão

A discussão acima teve como um dos seus objetivos indicar a indissociabilidade entre as temáticas da subjetividade e da cultura. Além disso, busquei sublinhar a necessidade de uma maior sensibilidade à questão religiosa para pensar e praticar profissionalmente psicologia no Brasil. A religião emerge dessa discussão como uma importante coordenada de subjetivação para uma parcela

---

<sup>14</sup> Recordo que esse argumento se sustenta na perspectiva do “relativismo prático” (JACKSON, 1996) previamente citada e no respeito radical à experiência do sujeito em sua especificidade cultural.

significativa da população brasileira. Ressalto também a necessidade de problematização da identificação tácita do Brasil como uma nação ocidental habitada por indivíduos modernos, tanto no que diz respeito ao reconhecimento dos horizontes culturais da clientela da psicologia quanto ao convite colonialista que a formação científica faz ao futuro profissional de assumir o lugar do sujeito ocidental do conhecimento — isto é, laico, racionalista, isolado do coletivo, incorpóreo — para exercer sua profissão. Minha proposta, nesse sentido, tem algumas afinidades com as discussões de Neubern (2012, 2013) sobre subjetividade, espiritualidade e clínica.

Por outro lado, não se trata de defender uma psicologia religiosa, à maneira da demanda social de certa fatia da clientela da clínica psicológica e dentro do próprio contingente de profissionais de psicologia, que pode levar a casos lamentáveis de mau exercício da profissão, tanto do ponto de vista ético como técnico. Um exemplo recente e marcante é o de psicólogas evangélicas, como Rosângela Justino, que afirma ter o “mandato divino” para “curar o homossexualismo” (sic.), ou de sua congênere mais recente, Marisa Lôbo, que luta no Legislativo Federal para descumprir a resolução 001/99 do CFP e legitimar um tipo específico de formação profissional em “psicologia cristã” (sic.) que justificaria a patologização da diversidade sexual.

## Referências

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **DSM-IV-TR**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-V**. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>. Acesso em: 23 set. 2013.

ALMEIDA, Angélica A. Silva de; ODA, Ana Maria G. R.; DALGALARRONDO, Paulo. O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700006>.

ALVES, Miriam Cristiane; SEMINOTTI, Nedio. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, Aug. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000800013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800013>.

- AUGRAS, M. **O duplo e a metamorfose**: a identidade mítica em comunidades nagô. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BAHIA, J. “De Miguel Couto a Berlim”: a presença do candomblé em terras alemãs. In: PEREIRA, G. M. S.; PEREIRA, J. de R. S. P. (Org.). **Migração e globalização**: um olhar interdisciplinar. Curitiba: CRV, 2012. p. 223-241
- BARTH, F. A análise da cultura nas sociedades complexas. In: LASK, T. (Org.). **O guru, o iniciador e outras variações antropológicas**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2000. p. 107-139.
- BARTH, F. Por um maior naturalismo na conceptualização das sociedades. In: LASK, T. (Org.). **O guru, o iniciador e outras variações antropológicas**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2000. p. 167-186.
- BASTIDE, R. **O candomblé da Bahia**. São Paulo: Cia das Letras, 2000.
- BASTIDE, R. Sociologia do sonho. In: CAILLOIS, R.; GRUNEBaum, G. E. (Org.). **O sonho e as sociedades humanas**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. p. 137-148
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BAUMAN, Z. **Globalização**: as consequências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BAUMAN, Z. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.
- BAUMAN, Z. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- BAUMAN, Z. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- BAUMAN, Z. **Medo líquido**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BENSUSAN, H. **Excessos e exceções**: por uma ontologia sem cabimento. Aparecida: Ideias e Letras, 2008.
- BIRMAN, J. As novas formas de subjetivação. In: BIRMAN, J. **O mal-estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 147-173.
- BIZERRIL, J. Dilemas classificatórios: fronteiras entre a experiência religiosa e a psicopatologia. In: FREITAS, M. H. de; PEREIRA, O. P. (Org.). **Vozes do silêncio**: estudos nas fronteiras da filosofia, antropologia e psicologia. Brasília: Universa, 2007. p. 129-152.
- BIZERRIL, J. Loucura, experiência religiosa e silenciamento. In: CONGRESSO DA ASSOCIATION POR LA RECHERCHE INTERCULTURELLE (ARIC), 12., 2009. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2009.

BUTLER, J. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”. **Cadernos Pagú**, Campinas, v. 11, p. 11-28, 1998.

CARVALHO, J. J. O encontro de novas e velhas religiões: esboço de um teoria dos estilos de espiritualidade. In: MOREIRA, A.; ZICMAN, R. (Org.). **Misticismo e novas religiões**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-98

CARVALHO, J. J. Globalization, traditions, and simultaneity of presences. In: SOARES, L. E. (Ed.). **Cultural pluralism, identity and globalization**. Rio de Janeiro: UNESCO, ISSC, EDUCAM, 1996. p. 414-456.

CARVALHO, J. J. A religião como sistema simbólico. uma atualização teórica. **Fragmentos de cultura**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 33-54, 2011.

CITRO, S. **Cuerpos significantes**: travesías de una etnografía dialéctica. Buenos Aires: Biblos, Culturalia, 2009.

CLIFFORD, J. **Itinerarios transculturales**. Barcelona: Gedisa, 1999.

CSORDAS, T. **Corpo, significado, cura**. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005>.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUMONT, L. **Individualismo**. São Paulo: Rocco, 1990.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne. Projeto: Ylê ayié yaya ilera (Saúde plena na casa desta existência): equidade e integralidade em saúde para a comunidade religiosa afro-brasileira. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, Sept. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 set. 2013. Epub Sep 17, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000015>.

GONZÁLEZ REY, F. **O social na psicologia e a psicologia social**: a emergência do sujeito. Petrópolis: Vozes, 2004.

GONZÁLEZ REY, F. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade**. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

GONZÁLEZ REY, F. Sentidos subjetivos, lenguaje y sujeto: analizando una perspectiva post racionalista en psicoterapia. **Rivista di psichiatria**, v. 46, p. 310-314, 2011. Disponível em: < [http://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=1009&a=10978&l=14979&f=allegati/01009\\_2011\\_05/fulltext/8-Gonzalez%20Rey%28310-314%29.pdf](http://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=1009&a=10978&l=14979&f=allegati/01009_2011_05/fulltext/8-Gonzalez%20Rey%28310-314%29.pdf)> Acesso em 14 set. 2013. Doi: 10.1708/1009.10978

GONZÁLEZ REY, F. O social como produção subjetiva: superando a dicotomia indivíduo-sociedade numa perspectiva cultural-histórica. **Estudos contemporâneos da subjetividade**, Niterói, v. 2, n. 2, p. 167-185, 2012.

HALL, S. A questão multicultural. In: SOVIK, L. (Org.). **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte: UFMG; Brasília: Unesco, 2003. p. 51-100.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 1997.

HOWES, D. **Sensual relations: engaging the senses in culture e social theory**. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JACKSON, M. **Paths towards a clearing: radical empiricism and ethnographic inquiry**. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 1989.

JACKSON, M. Introduction. In: JACKSON, M. (Ed.). **Things as they are: new directions in phenomenological anthropology**. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 1996.

JACKSON, M.; FULFORD, K. W. M. Experiência espiritual e psicopatologia. In: FREITAS, M. H. de; GHESTI, I. (Org.). **Experiência espiritual e psicopatologia**. Brasília: Universa, 2003, p. 9-57.

LATOURETTE, B. **Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory**. Oxford, New York: Oxford University Press, 2005.

LIPOVETSKY, G. **A Felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

LU, F; LUKOFF, D; TURNER, R. P. Comentários sobre experiência espiritual e psicopatologia. In: FREITAS, M. H. de; GHESTI, I. (Org.). **Experiência espiritual e psicopatologia**. Brasília: Universa, 2003, p. 73-78.

MASIERO, André Luis. "Psicologia das raças" e religiosidade no Brasil: uma intersecção histórica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 1, Mar. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932002000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 jul. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932002000100008>.

MAUSS, M. Relações reais e práticas entre a psicologia e a sociologia. Em: MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac e Naify, 2003, p. 315-344.

MOTA, Clarice Santos; TRAD, Leny Alves Bomfim. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, June 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200006>.

MOTA, Clarice Santos; TRAD, Leny Alves Bomfim; VILLAS BOAS, Maria José Villares Barral. O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 42, Sept. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300007>.

NEUBERN, M. S. O que significa acolher a espiritualidade do outro? considerações de uma clínica ethnopsy. In: FREITAS, M. H.; PAIVA, G. J.; MORAES, C. (Org.) **Psicologia da religião no mundo ocidental contemporâneo: desafios da interdisciplinaridade**. Brasília: Universa, 2012. v. 2. p. 145-182.

NEUBERN, M. S. **Psicoterapia e espiritualidade**. Belo Horizonte: Diamante, 2013.

NOGUEIRA, P. L. **O dono do ori: religiosidades afro-brasileiras nos estamentos a e b**. Brasília: UniCEUB, 2010.

RABELO, M. C. M.; MOTTA, S. R.; NUNES, J. R. Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo. **Religião e sociedade**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 93-121, 2002.

RODRÍGUEZ, M. Candomblé en Argentina: ¿Territorialización de los cuerpos? GT5: corporalidad y subjetivación en el mundo contemporáneo. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 9., 2009, Buenos Aires. **Anais...** Buenos Aires: UNSAM, 2009

ROSE, N. **Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

SEGATO, R. L. **Santos e daimones: o politeísmo afro-brasileiro e a tradição arquetipal**. Brasília: UnB, 1995.

SEGATO, R. L. **Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos**. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

SEGATO, R. L. **La Nación y sus otros: raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de políticas de la identidad**. Buenos Aires: Prometeo, 2007.

SIBILIA, P. **O show do eu: a intimidade como espetáculo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

SIBILIA, P. Imagens de corpos velhos: a moral da pele lisa nos meios gráficos e audiovisuais. In: COUTO, E. S.; GOELLNER, S. V. (Org.). **O triunfo do corpo: polêmicas contemporâneas**. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 145-160.

STOLLER, P. **The taste of ethnographic things: the senses in anthropology**. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1989.

STOLLER, P. **Sensuous scholarship**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1997.

TOURAINÉ, Alain. **Poderemos viver juntos?: iguais e diferentes**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.



WAGNER, R. **A invenção da Cultura**. São Paulo: Cossac e Naify, 2010.

WHO. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto alegre: Artes médicas, 1993.

WHO. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários**. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.



# CLÍNICA, SUBJETIVIDADE E EDUCAÇÃO: UMA INTEGRAÇÃO TEÓRICA ALTERNATIVA PARA FORJAR UMA ÉTICA DO SUJEITO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Daniel Magalhães Goulart<sup>1</sup>

## 1 Introdução

Este trabalho visa discutir a articulação teórica entre clínica, subjetividade e educação, tendo em vista contribuições de alguns dos movimentos da reforma psiquiátrica para a atenção à saúde mental, sobretudo, a noção de desinstitucionalização. Nesse sentido, a intenção é buscar alternativas de pensamento que permitam superar a tradicional departamentalização dos saberes e práticas nesse campo, promovendo reflexões que não dissociem saúde, ética e cultura.

A História moderna da clínica em saúde mental tem sido marcada por uma busca paradoxal pelo distanciamento entre sua prática e suas próprias bases constitutivas relacionadas à cultura e à sociedade. Seguramente, esse processo não se insere em um vazio epistemológico, mas concerne, muito particularmente, aos alcances e limitações da ciência em compreender e lidar com suas próprias representações sobre o humano. Nesse caso, faz-se evidente a tendência fragmentadora com que nossa experiência tem sido tratada, amiúde identificada com atributos específicos de suas supostas partes e raramente compreendida na articulação integral que torna possível a vivência humana.

Essa fragmentação pode ser percebida na própria dicotomia entre saúde mental e saúde somática. Haveria, afinal, possibilidades de se dissociar *psique* e *soma*? De certo modo, tal visão implica a rígida separação dos saberes, outor-

---

<sup>1</sup> Universidade de Brasília - UnB, Brasil. Faculdade de Educação. Mestre em Educação. Email: danielgoulartbr@yahoo.com.br.

gando, conseqüentemente, uma distância abissal entre os diferentes contextos de prática profissional, fazendo parecer utópicas e ilusórias as tentativas de promover articulações entre campos alocados em diferentes departamentos. Alguns questionamentos comuns frente a tais tentativas integradoras são: qual a relação entre clínica e educação, se uma diz respeito ao consultório e a outra à escola? O que a subjetividade tem a ver com a “doença mental” — objeto por excelência do olhar tradicional para a saúde mental? Tais articulações não proporcionariam a confusão em nossa forma de organizar as profissões e em nossos padrões para explicar os fenômenos humanos? Essas e tantas outras questões nascem do estranhamento gerado pela busca de uma compreensão complexa dos processos humanos, que possa permitir transcender a sua visão estreita e compartimentalizada. Em outras palavras, trata-se de uma expressão contundente da ainda grande dificuldade em propor concepções e práticas no campo da saúde mental de forma indissociada da integralidade do desenvolvimento humano.

Essa discussão nos remete à lógica sobre a qual essa representação do humano está assentada, o que alude ao século XIX e à fundação do positivismo por Augusto Comte (1798-1857), que passa a consagrar as teses mecanicistas e deterministas como única forma legítima de conceber o conhecimento científico. A partir de então, a noção de máquina é utilizada como metáfora máxima para descrever rigorosamente os fenômenos da vida (JAPIASSU, 1982). Assim, o processo de conhecer passa a ser, de certo modo, sinônimo de predição e controle. Nesse sentido, a ciência deve ser baseada na “neutra” observação dos fatos e passa a ser rejeitada qualquer explanação sobre o mundo que transcenda a sua dimensão física. Tal postulado científico influencia, em grande medida, a constituição da medicina científica e, conseqüentemente, as práticas clínicas. Assim, a atenção aos processos da saúde passa a ser regida por uma lógica conhecida como **modelo biomédico**.

Nesse modelo, a metáfora da máquina passa a dominar o cerne das ações médicas, de forma que as enfermidades, em geral, são vistas como desregulações da máquina biológica. Como explica Camargo (2007), o eixo principal dessa lógica consiste na formulação de uma “teoria das doenças”, estando o trabalho clínico orientado, principalmente, para o diagnóstico e cura das patologias. Nesse processo, ocultam-se todas as dimensões sociais e culturais implicadas na gênese de tais doenças e, inclusive, ocultam-se a história e a singularidade do indivíduo concreto que, incidentalmente, traz a doença para os cuidados profissionais

(CAPRA, 1982). Dentro dessa lógica, as instituições de assistência à saúde mental se esquivam do problema político em questão, deixando de questionar a integralidade do sistema do qual as pessoas com transtorno mental e as próprias instituições fazem parte. Trabalha-se em uma lógica de eliminação do problema e não do desenvolvimento institucional que poderia facilitar outras formas de produção social.

Nesse contexto, parece tornar-se evidente a completa negação do **sujeito** da experiência, resultando em sua objetivação. Como explica Basaglia (1985, p. 109):

[...] a objetivação não é a condição objetiva do doente, mas se localiza no interior da relação entre o doente e terapeuta, no interior, portanto, da relação entre o doente e a sociedade que delega ao médico sua cura e tutela. Isso significa que o médico necessita de uma objetividade sobre a qual afirmar a própria subjetividade, exatamente como nossa sociedade necessita de áreas de descarga e compensação, onde abandona e esconde as próprias contradições. O rechaço da condição desumana a que é relegado o doente mental, o rechaço do grau de objetivação em que foi abandonado, forçosamente se apresenta ligado de muito perto ao questionamento do psiquiatra, da ciência em que ele se apoia e da sociedade que representa.

Tal objetivação seria, de acordo com Basaglia (1985), a consequência de uma ciência que outorgou a algumas pessoas o fardo de conviver com uma alteração supostamente biológica e, de certa maneira, indefinida. O papel tutelar das instituições psiquiátricas teria seu nascimento aí, de forma que os profissionais passaram a limitar o alcance de suas práticas à definição, catalogação e gerência das “doenças mentais”.

De modo geral, tal função tutelar das instituições psiquiátrica não diz respeito somente a uma discussão técnica no âmbito profissional, mas, sobretudo, configura as possibilidades de relações sociais estabelecidas entre profissionais e pessoas às quais suas práticas se remetem. Assim, esse processo de objetivação vela, sub-repticiamente, a cronificação de configurações de poderes, nas quais as possibilidades de estabelecer trocas sociais encontram-se circunscritas nos limites estanques das definições de determinados papéis. Segundo Rotelli (1994), os apelos dos movimentos de reforma psiquiátrica têm o objetivo de transformar essa realidade, colocando no centro do debate a relação entre o profissional e a pessoa atendida, implicando, conseqüentemente, o conhecimento institucional nessa relação.

## 2 Os desafios de uma clínica voltada para a desinstitucionalização na atenção à saúde mental

Os movimentos de reforma psiquiátrica, de modo geral, têm o objetivo de dissolver as barreiras rígidas entre assistentes e assistidos, buscando promover relações pautadas pela concepção da pessoa atendida como sujeito de sua existência (TEIXEIRA; KANTORSKI; OLSCHOWSKI, 2009). Dessa forma, a partir de seu fortalecimento em diversas partes do mundo, colocou-se em discussão a dimensão epistemológica da psiquiatria, ou seja, suscitaram-se debates sobre o campo teórico-conceitual que fundamenta e legitima a *práxis* médico-psiquiátrica (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011). Dito de outra forma, pela centralidade histórica da psiquiatria na assistência em saúde mental, todas as premissas que sustentam as práticas relativas a esse campo são questionadas. Assim, o que passou a ser colocado em jogo é o que se concebe enquanto conhecimento legítimo, que “autoriza” saberes e prática com implicações importantes para a sociedade.

Vale ressaltar que esses movimentos de reforma psiquiátrica produziram conteúdos diferenciados, mediante distintas proposições teóricas e diversas opções políticas assumidas frente ao desafio de enfrentar as instituições manicomiais (BARROS, 1994). Nesse contexto, a tendência mais radical e influente no Brasil foi a Psiquiatria Democrática Italiana, que propôs desde seu princípio uma transformação definitiva, por meio do desmantelamento dos manicômios, em um processo de subversão de sua lógica e funcionamento.

Dentro das discussões travadas a partir desse movimento, a mudança do próprio objeto da psiquiatria parece fundamental: não se trata mais de postular a dicotomia entre **saúde e doença**, mas de propor um giro para a concepção **existência-sofrimento**, de forma indissociada das relações travadas na sociedade. Desse modo, propõe-se uma reformulação em todo o aparato social implicado nesse campo, tanto em termos práticos como teóricos, bem como na reorganização das instituições implicadas: assistenciais, administrativas e judiciárias. Nas palavras de Santiago (2009, p. 36): “[...] nessa nova perspectiva, considerando a existência e o sofrimento das pessoas, o foco não é mais na sua cura, mas na invenção da saúde, da produção de vida, da subjetividade”. Assim, a ênfase não se centra mais na recuperação de um estado de vida anterior e supostamente sau-

dável por parte do indivíduo, mas sim na produção de possibilidades alternativas de desenvolvimento individual e social. Trata-se de propor um olhar complexo aos fenômenos humanos implicados, afastando-se da tendência biomédica de individualizar os problemas vivenciados e concebê-los meramente como desvio daquele que não se adapta às normas sociais por uma disfunção biológica.

Um princípio norteador que me parece central nesse conjunto de propostas é o de **desinstitucionalização**. Segundo Amarante (2009), tal princípio refere-se à ênfase nas múltiplas possibilidades de relacionar-se com a pessoa atendida de acordo com suas referências de vida e condições concretas de existência. Nessa perspectiva, não há, por assim dizer, a necessidade de um isolamento terapêutico, de modo que o foco se volta para a “[...] criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber” (AMARANTE, 2009, p. 1).

Dessa maneira, a desinstitucionalização alude à possibilidade de criar novas formas de colocar o problema, rompendo com o que, na perspectiva do modelo biomédico, é concebido como o **curso natural da doença**, de modo a favorecer a emergência de “[...] novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 2009, p. 1, grifo do autor). Trata-se de uma transformação que propõe alterações profundas na organização de um sistema complexo, visando “[...] a transformação do **lugar social** da loucura, da diferença e da divergência” (AMARANTE, 2009, p. 2, grifo do autor).

No esteio dessas discussões, como foi explicitado acima, a própria noção de doença é problematizada. Ela deixa de ser vista como entidade reificada em algum espaço ontológico particular, para se tornar o resultado da ação das pessoas, integrando todas as dimensões da condição humana (GONZÁLEZ REY, 2007). Assim, se a definição de doença é colocada em debate, como argumenta Amarante (2009), a **clínica** também deve ser questionada e, de certo modo, desconstruída.

Segundo Lancetti (2012), no processo de desmontagem de alguns serviços manicomiais, fez-se evidente que a organização do manicômio era promotora de identidades cronificadas. Desse modo, propondo alternativas a essa organização, passou-se a haver considerável modificação da relação entre “loucura” e cidade, promovendo reflexões sobre suas dimensões culturais e políticas implicadas.

A partir de então, geraram-se várias clínicas, questionando e transformando o próprio conceito de clínica. De acordo com o autor, etimologicamente, *kliniké*, do grego, significa “[...] cuidados médicos de um doente acamado [...]”, ao passo que *klínio* designa “[...] inclinar-se, debruçar-se sobre o paciente [...]” (LANCETTI, 2012, p. 22). Todavia, como ele argumenta, a clínica antimanicomial tem o objetivo de inverter essa lógica, pois postula como sua meta colocar as pessoas de pé. Trata-se do que o autor concebe como a invenção de uma clínica reabilitativa, imanente à desconstrução manicomial e com ampla abrangência pública. Não se trata simplesmente de realocar o modelo de consultório para a multiplicidade dos territórios populares, porém, de construir novas práticas e conceitos associados ao campo produtivo da vida das pessoas atendidas.

De maneira análoga, Lévy (2001) também se refere a um enriquecimento da clínica, principalmente nas últimas décadas, em que sua concepção se amplia e se transforma em grande medida com relação à sua acepção médica tradicional, deixando de se restringir ao enquadre limitado de quem cuida e quem é objeto de cuidado. De acordo com o autor, longe de traduzir somente uma dinâmica de confrontações teóricas, tais mudanças devem ser consideradas como desdobramentos das transformações na representação do humano, na relação das pessoas com o mundo e entre elas mesmas. Assim, ele postula algumas diretrizes que, em seu posicionamento teórico, comporiam os principais eixos da abordagem clínica: “[...] a ênfase colocada na singularidade do sujeito visto em sua globalidade e em sua história, a implicação do terapeuta-pesquisador numa situação concreta, a meta de pesquisa de estrutura e de sentido” (LEVY, 2001, p. 19). O interessante dessa abordagem consiste no fato de ela não se limitar às “profissões de ajuda”, mas de abranger outras áreas das ciências humanas, extrapolando a rigidez de prerrogativas técnicas e metodológicas irreflexivas, situando-se enquanto posicionamento global em relação ao outro, ao saber e à construção desse saber.

Esse ponto de vista parece pertinente à definição do ato clínico de Lévy (2001), ao considera-lo enquanto intervenção em uma **situação marcada por uma crise de sentido**. De modo geral, podemos dizer que a clínica de que fala o autor diverge em grande medida das concepções tradicionais, definindo-se como uma forma de abordagem do outro, implicando permanentemente posicionamento ativo do terapeuta/pesquisador. Assim, ela corresponde a valores que se referem à produção do conhecimento, a técnicas e métodos específicos.



Um desdobramento interessante dessa perspectiva reside no fato de que, se a clínica é definida enquanto uma **clínica do sentido**, parece impreterível frisar que ela não possui, em hipótese nenhuma, o monopólio da questão do sentido. Abre-se, assim, possibilidades para pensa-la de forma indissociada de outras produções culturais, como a política, a história e a educação. Essa abertura nos conduz, nesse sentido, a refletir sobre a relação entre clínica e as outras ciências humanas, implicando a possibilidade de se forjar saberes e práticas interdisciplinares.

Mediante essa ideia, é possível falar em uma clínica pautada pelo princípio da desinstitucionalização, pois, ao invés de “enclausurar” a pessoa atendida dentro das referências de determinada concepção de clínica, é a própria clínica que passa a se definir pelas condições concretas do sujeito. Trata-se da busca por criar estratégias terapêuticas no território existencial das pessoas atendidas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Isso não implica o sequestro das contradições sociais envolvidas nas tramas sociais, com vistas a geri-las tecnicamente, o que significaria reproduzir o modelo manicomial em toda a cidade (ROTELLI, 1994). O desafio postula-se na consideração pela **singularidade**, em detrimento da normatização. Ou seja, aquilo que era considerado enquanto “doença” é que se insere num processo de vida, não o contrário (GOULART, 2013).

Para tanto, faz-se necessária uma clínica em movimento, que não seja definida pela reclusão dos espaços tradicionais, implicando novas possibilidades para a construção do vínculo terapêutico e inaugurando conexões alternativas aos diversos fluxos da cidade e da cultura. Nas palavras de Lancetti (2012, p. 104), o “[...] terapeuta é quem vai habitar o limite, a tensão própria do trabalho antimanicomial. Trabalho no qual se substitui o muro do hospício pelo corpo do terapeuta”.

No entanto, é importante ressaltar que, como argumentam Alverga e Dimenstein (2006), a desinstitucionalização não se remete somente à dimensão local da assistência em saúde mental, mas implica buscar meios para que haja uma desinstitucionalização do social, isto é, do nosso modo apegado de vida institucionalizada, no intuito de

[...] abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão, e considerar rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 303).

Em afinidade ao que argumenta os autores, nessa discussão, o respeito à singularidade deve implicar a busca por formas de convivência mais tolerantes em relação aos diversos tipos de diferenças existentes, de maneira a criar alternativas ao enclausuramento cotidiano que leva às múltiplas formas de existência banidas do convívio social. Tal como coloca Zgiet (2010, p. 46-47), a “[...] institucionalização modificou conceitos e vocabulários. E a desinstitucionalização pretende modificar outros tantos”. No entanto, não se trata de propor mudanças somente nos conceitos em si, mas, principalmente, tal como ressalta Foucault (1977), naquilo que os sistematiza, tornando possível o acesso a outros discursos e transformando as bases que os sustentam. Portanto, problematizar e propor novas alternativas às premissas e consequências de uma ciência ideológica significa, simultaneamente, buscar transformações no sistema que a sustenta (BASAGLIA, 1985).

Para tanto, faz-se necessário desconstruir as relações sociais calcadas sobre as premissas desse sistema, que se assentam no paradigma racionalista, que tanto defende a existência de inúmeras dicotomias e atribui relações causais e lineares entre diagnóstico-prognóstico, problema-solução, doença-cura e exclusão-reinserção (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Dentro de uma lógica mais complexa e voltada para a desinstitucionalização, seria impossível postular uma análise neutra da realidade, resultando infértil os esforços por investigar a realidade **em sua totalidade**. Diferentemente disso, ela deve ser compreendida **como totalidade** (LÉVY, 2001), considerando as múltiplas relações atuantes, de forma simultânea, entre as partes que a constituem, o que, em outras palavras, designa o respeito à complexidade na qual ela está inserida.

### **3 Produção teórica e subjetividade: o olhar pautado por uma ética do sujeito**

A discussão realizada até o momento destaca a importância de uma assistência pautada pelo princípio da desinstitucionalização, o que agrega uma dose extraordinária de complexidade às práticas clínicas. De modo geral, o trabalho deixa de estar pautado pelos ditames seguros e unilaterais do saber do terapeuta, para se voltar para a multiplicidade infinita das singularidades envolvidas nas tramas institucionais. No entanto, para isso, torna-se premente desenvolver re-

cursos teóricos afinados ao trabalho nessa perspectiva. Caso contrário, corre-se o risco de cair num relativismo absoluto, a partir do qual nenhuma forma de saber pode ser construída. Desse modo, seria difícil escapar da confusão entre criatividade terapêutica e práticas caóticas que pouco avançariam em relação ao senso comum.

Aliás, esse me parece ser um ponto crucial no âmbito da atenção à saúde mental e que, não obstante, permanece recorrentemente esquecido: a **importância da produção teórica** para uma assistência comprometida e de qualidade. Tal importância assenta-se na indissociabilidade entre teoria e prática, amiúde resgatada como princípio básico em discursos oficiais, no entanto, sistematicamente impossibilitada pela incapacidade de se construir caminhos consistentes de pensamento. Isso leva frequentemente a dificuldades na criação de estratégias alternativas à burocratização dos processos institucionais, culminando em relações humanas desvitalizadas e enrijecidas. Buscar novas possibilidades para lidar com esse desafio implica em ultrapassar o imediatismo empírico e a condição supostamente ateorica das práticas em saúde. Em outras palavras, trata-se de superar o tecnicismo assistencial ainda presente nas instituições de saúde, que se expressa pela reificação recorrente das práticas empreendidas.

Nessa discussão, é interessante a articulação necessária que Lévy (2001) faz entre clínica e produção teórica. De acordo com ele, embora a clínica se defina por um posicionamento global em relação ao outro, ela jamais pode agir num vazio teórico. Tal perspectiva parece guardar diversas afinidades com a concepção de clínica apresentada por González Rey (2012b). Para ele, a clínica tampouco está limitada a um contexto específico, como ao consultório tradicional, mas possui o objetivo de favorecer produções subjetivas alternativas àquelas associadas ao transtorno mental. Esse favorecimento é inseparável da produção de conhecimento do terapeuta, mediante interpretação de suas práticas e da realidade à qual elas se remetem, mas também guarda permanentemente a necessidade de abertura ao novo e às formas peculiares de expressão das pessoas com as quais se está trabalhando. Nesse sentido, com base na permanente formulação de hipóteses sobre o problema psicológico apresentado pela pessoa, o terapeuta tem condições de ensaiar novos repertórios de ações terapêuticas, que podem facilitar mudanças de vida, implicando conseqüentemente em alternativas ao desenvolvimento da pessoa.

Para tanto, torna-se fundamental criar meios para se conhecer as formas com que as pessoas atendidas organizam suas experiências, com base em suas próprias referências de vida e possibilidades. Trata-se de um giro no direcionamento do foco de atenção da assistência, que se desloca das atribuições externas dos fenômenos — como, por exemplo, os sintomas expressos dos transtornos mentais, ou as variáveis biológicas e familiares implicadas — para o **sujeito** que integra essas múltiplas esferas em sua vivência atual. Desse modo, entender como esse sujeito toma forma e no que conceitualmente ele se constitui é colocado como desafio teórico urgente.

Dentre as possibilidades explicativas existentes, neste estudo, opto por discutir algumas contribuições da Teoria da Subjetividade, tal como elaborada por González Rey (2005), buscando relacionar algumas de suas contribuições à temática em discussão. Tal aproximação parece ter grande valor heurístico, na medida em que, nessa perspectiva, a **subjetividade**, tal como a clínica voltada para a desinstitucionalização, é vista em constante transformação e aberta para novas possibilidades diante de suas próprias limitações.

De acordo com Mitjáns Martínez (2005), a Teoria da Subjetividade tem o objetivo de gerar visibilidade teórica sobre a complexidade do psiquismo humano, a partir de uma perspectiva cultural-histórica. Nesse delineamento teórico, González Rey (2012a) rompe com a tradicional definição universal e transcendental da psique humana, ao conceber a **subjetividade** indissociada de sua natureza cultural. Esse conceito representa a condição diferenciada da psique na cultura, de modo que ela mesma é concebida como condição necessária para o desenvolvimento na cultura. É nesse sentido que se deixa de compreender a psique humana em sua formulação estática e individualizante, para considerá-la como organização complexa e recursiva em constante desenvolvimento. Assim, a subjetividade é definida enquanto “um sistema constituído por processos simbólicos e de sentido que se desenvolvem na experiência humana” (GONZÁLEZ REY, 2004, p. 78).

Dessa forma, o valor dessa categorização reside na possibilidade de definir qualitativamente um tipo particular de fenômeno humano, em sua dimensão tanto individual como social; daí, a possibilidade de se falar em uma nova definição ontológica para estudar os processos humanos. Diferentemente do que se conhece como “subjetivismo”, essa perspectiva teórica não se vincula a uma

ideia solipsista do ser humano, mas configura a subjetividade como sistema que integra os processos simbólicos e emocionais que existem também nas relações sociais. O modelo biomédico, tal como discutido anteriormente, pode ser visto como um exemplo de uma produção subjetiva social, pois não está circunscrito ao âmbito meramente individual das práticas institucionais, mas remete-se às configurações técnicas e epistemológicas profundamente vinculadas à organização social como um todo.

Em concordância com González Rey (2012a), a proscrição da subjetividade nas ciências antropológicas resultou em uma das principais lacunas teóricas a partir da qual os estudos se centralizaram, principalmente, em duas polaridades. Por um lado, numa perspectiva individualizante e atomizadora do ser humano, concebido como distanciado da cultura e praticamente sem possibilidades de integrar dimensões sociais mais amplas que o constituem; por outro lado, numa visão teórica que termina por diluir as especificidades humanas em megacategorias, como o discurso, a história, ou a política, levando à representação de uma sociedade abstrata, por meio de uma noção coletivista arbitrária, que diz antes respeito a uma idealização do social, do que à maneira como ele é complexamente construído no cotidiano.

Igualmente, para as práticas clínicas, tais polaridades também se fizeram presentes em diversas vertentes emergentes no último século. Ora a clínica voltava suas atenções para dinâmicas intrapsíquicas e universalizantes, de modo a desvinculá-las de seus contextos culturais e sociais; ora centralizava-se em uma noção dos fenômenos psicológicos como reflexos diretos e lineares de aspectos sociais, levando à ideia de que bastava alterar uma conjuntura ambiental, para garantir a sua correlata mudança psicológica. Nesse sentido, tornou-se inviável a visibilidade teórica da dialética entre o individual e o social, em sua relação recursiva recíproca.

De maneira alternativa a essa concepção, pela ótica da Teoria da Subjetividade, o indivíduo e determinado grupo social não somente têm valor por serem produtos culturais, mas, principalmente, por serem compreendidos como protagonistas dos processos sociais e culturais em que estão inseridos. É nessa abertura teórica, ao enfatizar a criação do novo e a subversão dos processos de normatização social, que se instaura de forma contundente a definição de **sujeito** (GONZÁLEZ REY, 2002). Essa categoria representa a condição diferenciada

e reflexiva de uma pessoa, ou de um grupo social, na qual existe a abertura de campos desenvolvimento alternativos às formas institucionalizadas da vida social. Desse ponto de vista, o indivíduo não se encontra distanciado de sua realidade cultural, tampouco representa um reflexo dos padrões sociais exteriores a ele, mas constitui-se, com efeito, em um momento diferenciado da própria experiência social.

No contexto da atenção à saúde mental, considero que a pessoa atendida se torna **sujeito** de seu processo de vida em momentos em que ela se coloca ativamente nos espaços sociais que compõe, não se posicionando de forma submissa ao rótulo de seu diagnóstico, tampouco se assumindo passivamente em relação aos preceitos técnicos a serem cumpridos no tratamento. Desse modo, ela se potencializa em relação às possibilidades criativas frente ao seu desenvolvimento, tornando-se mais capaz de promover alternativas de desenvolvimento que não engessam seu campo de ação no mundo. Em outras palavras, trata-se de se colocar não em uma busca angustiante pela cura de sua “doença”, mas por atividades relacionadas à sua promoção de saúde. Assim, o tratamento pode representar o cenário de seu engajamento na vida e não uma guerra travada contra seu transtorno mental.

No esteio dessas argumentações, ser sujeito não é considerado um *status* adquirido de forma definitiva na vida, mas condição a ser permanentemente conquistada na ação, em meio às relações sociais envolvidas nos processos de subjetivação. Assim, pode-se dizer que o sujeito constitui o momento vivo e criativo da organização histórica de sua subjetividade.

Em afinidade com o que argumenta Guerra (2004, p. 93):

Há sempre uma possibilidade de construção de resposta por parte do sujeito, mais ou menos precária, mais ou menos capaz de provocar enlaçamentos. Seguir essa resposta tomando-a como marca do estilo do sujeito nos ensina também que, por ela, o sujeito é sempre responsável.

Vale ressaltar que essa definição de sujeito não oculta seu caráter contraditório, nem vislumbra a possibilidade de autonomia plena e idealizada, como reza a tradição humanista, mas enfatiza a possibilidade de se construir autonomia relativa, ao serem produzidas ações alternativas frente às formas dominantes da organização social. Nesse caso, parece pertinente a noção de autonomia de Campos e Amaral (2007, p. 852), concebida enquanto “[...] um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da

capacidade [...] de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências.” Assim, focalizar a construção da autonomia do outro não pressupõe a incorporação de um padrão de “autonomia ideal”. Ao contrário, trata-se de voltar a atenção para relações que favoreçam com que a pessoa consiga “andar com as próprias pernas”, segundo suas especificidades singulares (LANCETTI, 2012).

Concordando com Lévy (2001), muitas tendências teóricas atualmente parecem considerar a emergência do sujeito de forma alienada de sua dimensão imprevisível, irracional e impossível de ser conhecida, aproximando-se de uma perspectiva quase messiânica. Nesse caso, acredito que a fim de evitar o risco de reificação da categoria, torna-se premente pensá-la sempre dentro de uma condição concreta de vida e não de forma abstrata, universal e substancializada, levando à ideia da existência de um “grande sujeito”, que serviria de referência a ser seguida para o pleno desenvolvimento das pessoas. Em outras palavras, o que define o sujeito não é a condição “objetiva” e externa de suas ações, mas a forma como essas ações se integram na qualidade de sua vivência e na abertura de novas possibilidades de promoção social.

Mediante o que foi exposto, torna-se possível construir uma aproximação conceitual entre as categorias **sujeito** e **desinstitucionalização** (GOULART, 2013). Ao remeter-se à busca por alternativas à violência institucional por meio do desenvolvimento de novas sociabilidades (BARROS, 1994), a desinstitucionalização pressupõe a responsabilidade, por parte da pessoa, pelos posicionamentos tomados em sua trajetória pessoal, tanto no que concerne à criação de diferentes possibilidades de vida, como na cronificação de conflitos que definem seu sofrimento atual. Dessa forma, é possível pensar que uma atenção pautada pelo princípio da desinstitucionalização pressupõe o favorecimento da emergência da pessoa atendida enquanto **sujeito**, buscando caminhos alternativos ao enclausuramento ordinário de modos de existência banidas do convívio social (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Assim, tendo em vista a constelação conceitual na qual a categoria sujeito é trabalhada dentro da Teoria da Subjetividade (GONZÁLEZ REY, 2002), tal aproximação conceitual adquire valor heurístico, no sentido de possibilitar visibilidades teóricas sobre as maneiras concretas com que o processo de desinstitucionalização está repercutindo na vida das pessoas atendidas. Nesse sentido, esse recurso teórico pode ser de grande utilidade na elaboração de diferentes estratégias que respeitem as

formas singulares de subjetivação de cada sujeito.

Outro conceito importante para a discussão da atenção à saúde mental trabalhado por González Rey (2004, 2011) é o **modo de vida**. Ele representa o sistema de produções subjetivas mais estáveis e que definem uma organização dominante no espectro comportamental das pessoas. Nesse sentido, mesmo que de forma inconsciente, certas produções subjetivas relacionadas ao conjunto de ações do cotidiano vão se tornando hegemônicas em relação a outras. Esse processo não depende somente da dimensão individual da subjetividade, mas expressa formas de relacionamento das pessoas consigo mesmas, com o mundo e com o tempo, que são marcadamente sociais, típicas de certa população. Alguns exemplos de expressões do modo de vida são: as atividades físicas, as formas de se organizar no tempo, o regime alimentar, o lazer e o sono. De modo geral, essas expressões estão estreitamente vinculadas a processos de subjetivação e marcam importantes desdobramentos para a saúde.

No âmbito da assistência à saúde mental, a importância de trabalhar o modo de vida reside na noção de que transformações nas atividades cotidianas podem ser relevantes para promover mudanças nas formas de subjetivação relacionadas ao sofrimento da pessoa. De acordo com González Rey (2007, p. 195), “[...] o sistema de atividades humanas se configura em um sistema de organização subjetiva”. Não se trata, portanto, de uma lógica abstrata que outorga *a priori* atividades que seriam “saudáveis” ou “patológicas”, na medida em que essa organização subjetiva que está na base das ações da pessoa no mundo está indissociada de seus contextos de vida. Por isso, seria impossível, sob essa perspectiva, pensar numa terapia fora da vida concreta da pessoa que sofre; de onde, a discordância de teorias que se furtam ao desafio de abarcar o singular, terminando por propor ações terapêuticas baseadas em uma suposta gênese universal dos transtornos.

Para alcançar um trabalho que considere a singularidade, faz-se necessária a flexibilização dos métodos utilizados para aproximar-se da pessoa atendida, buscando maneiras criativas de deslocar a clínica ao encontro de quem ela se remete. Segundo Campos e Amaral (2007), o fazer clínico que se direciona a essa flexibilização frente à heterogeneidade dos casos atendidos, deve ter como esteio a reconstrução permanente de seu ofício, de acordo com o que eles chamam de “neo-artesanato”. Sob esse prisma, a finalidade do trabalho clínico é alterada substancialmente, ao focalizar a produção de saúde e a ampliação da autonomia



de quem é atendido. Isto é, trata-se de uma clínica que abandona a lógica centrada no procedimento e se volta para uma **ética do sujeito** (GONZÁLEZ REY, 2011) a relação terapêutica é que se pauta pelo sujeito, não o contrário.

#### **4 Saúde, educação e desenvolvimento humano: superando o abismo entre clínica, cultura e sociedade**

Discutir as possibilidades de se forjar uma clínica em afinidade às noções de desinstitucionalização, sujeito e modo de vida, implica a necessidade de re-dimensionar a concepção sobre saúde, no intuito de superar sua visão também fragmentada e centrada nos sintomas do corpo biológico. Nesse caso, a saúde pode ser compreendida como a **qualidade dos processos de vida**, não como atributo que se tem ou não (GONZÁLEZ REY, 2011). Desse modo, ela é concebida enquanto processo que expressa a integralidade do desenvolvimento humano e sua promoção só pode ser entendida como o resultado do funcionamento da sociedade de modo geral, com ênfase para a relevante função das instituições sociais em atividade. Em afinidade ao que postula Pelbart (2012, p. 11-12), diferente do entendimento do modelo biomédico, a saúde não se coloca enquanto a “[...] medrosa luta contra a ‘doença’ ou o ‘desvio’, mas produção de vida, arte de (de)subjetivação, potência de encontro”.

Mediante essa visão, o que se entende por saúde encontra-se indissociado da cultura de um povo, sendo impossível defini-la em termos absolutos e de forma abstrata. Dessa forma, somente se torna possível reconhecê-la e descrevê-la à medida que distintos povos buscam defini-la por meio da expressão de suas práticas em situações concretas de vida. Nesse sentido, o conceito de saúde é situacional, ou seja, está relacionado com aquilo que se acredita ser a integralidade da vida (WILSON, 1984).

Por meio dessa abertura teórica, a própria relevância do termo “saúde mental” é colocada em debate, posto que se afasta da tradicional visão de uma *psique* que está em conexão, porém que encontra-se distanciada do *soma*, tornando-se impossível circunscrever fenômenos dentro da saúde meramente somática ou mental. Como ensina Canguilhem (2004), a concepção de saúde que abarca dimensões da dor e do prazer enquanto referência para a vida orgânica já introduz, embora não se perceba, a noção de “corpo subjetivo” — definição

que designa um processo humano que o modelo biomédico acredita ser capaz de descrever em terceira pessoa. De acordo com o autor, o corpo vivo é singular, sendo sua saúde correspondente aos poderes que o constituem, embora viva em diversas situações impostas, cuja primeira eleição ele não possui. Com referência à discussão conceitual realizada no tópico anterior, é possível afirmar que a dimensão do **sujeito** parece incluída na argumentação do autor sobre saúde, pois tal **corpo subjetivo**, ou **corpo vivo**, é definido pelo conjunto de poderes relacionados à avaliação e representação desses poderes, assim como seu exercício e limites. Desse modo, ainda que o corpo guarde sua herança genética, a expressão em vida de seu fenótipo reside na organização de sua história e nas suas ações atuais, o que culmina na singularização de suas capacidades.

Tal perspectiva resgata, para a discussão da saúde, a vitalidade de seus processos, que foram por séculos entendidos como alterações funcionais de uma máquina em movimento. Assim, ao ser compreendida de forma inseparável do desenvolvimento humano integral, a saúde encontra-se também indissociada das diversas dimensões constitutivas da vida humana. Mais especificamente, refletir sobre a atenção à saúde mental de forma afinada a essa perspectiva implica buscar articulações teóricas com outras esferas associadas a ela, o que pode impactar em grande medida no cuidado oferecido. Nesse sentido, partindo da importância das **práticas educativas** para o desenvolvimento humano, proponho uma discussão que visa subverter as divisões arbitrárias amiúde estabelecidas entre clínica, saúde e educação. Para isso, apresento uma concepção de experiência educativa em estreito diálogo aos processos de subjetivação enfatizados neste estudo.

Segundo González Rey (2009), o **caráter educativo** de uma experiência se faz presente quando há o favorecimento de novas reflexões, emoções e reações entre os participantes dessa experiência, de forma a estimular uma postura ativa por parte deles, em um espaço social constituído pela troca e pela possibilidade de crítica, no qual tanto as pessoas envolvidas se desenvolvem, como o próprio espaço social em questão. Nessa perspectiva, a **educação** está vinculada à construção de processos de cidadania, por meio da abertura de novas possibilidades de inserção social, comprometendo-se com processos de mudança da condição social que, por sua abrangência, implica também a dimensão da saúde.

Essa perspectiva, que flexibiliza e propõe novas diretrizes para a noção de educação, parece estar em afinidade à discussão proposta por Gatti (2010), ao

argumentar sobre os múltiplos significados atribuídos à educação, abrangendo questões que vão desde o corpo humano às ideologias, em processo de constante mudança, consolidação e contradição. Frente a tal abertura teórica, a autora apresenta sua própria definição:

Educação é área do conhecimento e área profissional, um setor aplicado, interdisciplinar, e o conhecimento que produz, ou deveria produzir, diz respeito a questões de intervenção intencional no âmbito da socialização, diz respeito a metodologias de ação didático-pedagógica junto a setores populacionais, com objetivos de compreensão desse agir e de seu potencial de transformação (GATTI, 2010, p. 61).

Tal definição me parece de grande interesse para a integração teórica proposta neste estudo, pois extrapola a concepção de educação hegemônica, que acaba por limitar as discussões educacionais às questões relativas diretamente às instituições formais de ensino e ao conjunto de repertórios e habilidades que deveriam supostamente ser “transmitidos” nesses espaços. Opõe-se, assim, à visão estreita de educação voltada para a adequação do indivíduo à sociedade (GUERRA, 2004). Por meio dessa definição, Gatti (2010) não somente aborda o caráter interdisciplinar da educação, mas aborda sua indissociabilidade da esfera da socialização e de seu potencial transformador. Nesse sentido, ela auxilia na tessitura da aproximação teórica entre saúde, clínica e educação.

Por sua vez, com base no que foi discutido sobre a clínica até o momento, também podemos concebê-la enquanto um processo relacional que visa à transformação pessoal ou social em alguma medida. No entanto, trata-se de um processo indissociado de uma demanda específica, de um pedido de ajuda ou, nas palavras de Lévy (2001), de uma **crise de sentido**. Desse modo, ainda que seja possível pensar na vinculação dos campos da clínica e da educação, é também possível, entretanto, colocar uma importante diferença entre esses conceitos: diferentemente da clínica, a educação não se encontra necessariamente associada a uma demanda expressa relacionada a uma crise de sentido manifesta. Todavia, ao ser descentralizada do eixo da doença, a clínica descentra seu foco da cura da pessoa para a produção do sujeito e, conseqüentemente, ela se remete ao favorecimento do desenvolvimento humano. Desse modo, ela se vê imbricada em tal complexidade que se torna inútil empreender esforços por demarcar uma rígida separação entre sua *práxis* e o campo educativo. Ao contrário, torna-se antes desejável refletir e potencializar tal articulação, com vistas a conquistas institucionais ainda distantes da realidade atual.

Nessa aproximação, torna-se possível pensar na educação enquanto prática dialógica, preconizando o caráter singular de cada pessoa envolvida. Desse modo, só haverá desenvolvimento na tensão existente na produção pessoal, frente à oportunidade de alimentar com as próprias experiências o que é aprendido e, simultaneamente, alimentar o mundo vivido com aquilo que aprende (GONZÁLEZ REY, 2008). Assim, tal como o objetivo da clínica, conforme já discuti, a educação volta-se para o favorecimento da **emergência do sujeito**, por meio da criação de alternativas no tecido social, potencializando recursos atualmente já existentes na instituição e outros ainda por serem criados. Trabalhar práticas educativas com esse teor na clínica em saúde mental poderia abrir caminhos que ofereçam contraponto à ainda presente institucionalização do saber biomédico, pois representam expressões da confiança no desenvolvimento do outro, em detrimento de ações pautadas pela exclusão das singularidades e que acabam por outorgar posição de passividade e de consumo àqueles que são amiúde considerados doentes e desprovidos de recursos para lidar com as contradições das próprias vidas.

Nesta discussão, retomo novamente as contribuições de Gatti (2010), ao afirmar que a educação compreende “[...] uma vasta diversidade de questões, de diferentes conotações, embora todas relacionadas complexamente ao desenvolvimento das pessoas e das sociedades” (GATTI, 2010, p. 13). À medida que se pensa a educação de maneira indissociada do desenvolvimento humano integral, o que também revela-se por meio do trabalho de Mitjans Martínez (2006), bem como de Tacca e González Rey (2008), torna-se fundamental pensá-la como dimensão relacional cujo eixo central é o favorecimento de alternativas de vida — processo que se encontra no cerne do que constitui também o trabalho das instituições de saúde mental.

É importante ressaltar que ao remeter-me à noção de desenvolvimento humano, parto de uma concepção complexa e que não se afina a perspectivas que defendem a existência de um *continuum* linear ao longo da vida. Trata-se, sim, de um processo contraditório e que acontece imbricado em possibilidades de favorecimento, mas também em rupturas e vários impasses. Nessa discussão, as contribuições de Vigotsky (2009) parecem sumamente interessantes, ao abordar a complexa relação existente entre os processos de desenvolvimento e de aprendizagem. De acordo com o autor, a aprendizagem não somente acompanha o desenvolvimento, tal como propunha Jean Piaget, mas pode superá-lo e proje-

tá-lo adiante, desencadeando desdobramentos antes não existentes.

Mediante tal articulação entre clínica, educação e desenvolvimento humano abre-se um campo de possibilidades para pensar novas estratégias alternativas à dimensão tutelar historicamente hegemônica na assistência à saúde mental. Nesse sentido, pode-se promover espaços para a discussão das questões sociais implicadas na gênese dos transtornos mentais, sem incorrer no viés de julgar o outro desde a assunção de uma rígida hierarquia de poder entre saberes distintos (NEUBERN, 2013). O objetivo seria, nesse caso, superar a posição ingênua e prepotente de **detentores do saber** para promover um papel de **favorecedores de possibilidades**. A intenção não é diluir saberes que foram se estruturando ao longo dos séculos, mas precisamente construir novas formas de relacionamentos pessoais que tenham como esteio outras premissas alternativas à dominação.

A descentralização da figura dos especialistas nos serviços de saúde mental pode promover a atenção a processos importantes nas dinâmicas institucionais e que, não obstante, não possuem uma representação clara nessas instituições. Por exemplo, pode favorecer a ênfase na criação de espaços sociais que acontecem espontaneamente entre as pessoas atendidas e que terminam por favorecer, em grande medida, o processo terapêutico dessas pessoas, na medida em que neles, também, reside a possibilidade de novas produções subjetivas e maneiras de colocar-se na vida. Assim, abre-se espaço para se trazer ao centro das discussões e práticas aspectos historicamente relegados às sombras, como a dimensão do modo de vida e as relações de poder implicadas nas tramas sociais.

Além disso, essa aproximação permite o permanente questionamento sobre as consequências de relações que se dizem “terapêuticas”, ainda quando se voltam exclusivamente para a carência de recursos do outro. De forma alternativa, tal integração pode promover o desenvolvimento de recursos facilitadores de novos espaços sociais, promovendo a emergência de novas produções subjetivas associadas à mudança. É nessa lógica que se torna viável a promoção de novas formas de cidadania no trabalho empreendido. Grosso modo, a clínica centrada na patologia trabalha com uma lógica de exclusão, enquanto a clínica voltada para a subjetividade e para a educação permite uma lógica de transformação, de ganho.

Essas e tantas outras transformações possíveis na atenção à saúde mental têm como premissa a ideia de que o tratamento nessa esfera não possui um valor intrínseco, estando ligado de forma irrevogável com seus desdobramentos na

vida concreta da pessoa atendida. Desse ponto de vista, uma relação somente alcança a condição de “terapêutica” quando são promovidas mudanças que favoreçam a criação de caminhos alternativos de desenvolvimento em relação à paralisação subjetiva do outro. Concordando com González Rey (2011, p. 22): “[...] sem a emergência do outro como sujeito do próprio processo terapêutico não acontece mudança terapêutica”.

Nesse sentido, é fundamental estar atento para as diferentes maneiras como esse **sujeito** toma forma, por meio das práticas institucionais. Torna-se importante pesquisar esse processo pela ótica da pessoa atendida, na medida em que isso implica abrir um canal de diálogo que pressupõe a ação do usuário como partícipe da definição e eventual reelaboração do próprio tratamento, com vistas à implementação de práticas com maior alcance na atenção à saúde mental. Nesse caso, trata-se de promover novas produções subjetivas relacionadas com o tratamento, mas também vinculadas a possibilidades diferenciadas de integração do curso da própria história.

Para além disso, nesse contexto, estudar os processos de emergência do sujeito implica a construção de novas inteligibilidades a respeito das distintas nuances sociais com ele relacionadas. Nessa ótica, o estudo da esfera da saúde mental ultrapassa a artificialidade da formalização das especialidades e torna-se uma espécie de metáfora para estudar a sociedade em que ela é produzida e praticada. Nessa linha de raciocínio, o **trabalho de desinstitucionalização**, por sua complexidade, requer um processo de permanente metamorfose e novas articulações com as mais diversas dimensões sociais, pois se direciona a um mundo a ser construído, não a um estado normatizado e fixo. Isto é, trata-se de aceitar o desafio de empreender novas produções teóricas com vistas a ações institucionais que sejam estrategicamente calcadas na possibilidade de inventar o diferente. Talvez, esse seja um princípio viável para a construção de alternativas que superem o abismo ainda existente entre clínica, cultura e sociedade.

## 5 Considerações Finais

Mediante as reflexões desenvolvidas no presente trabalho, é possível sintetizar as seguintes ideias centrais:

- 1) Os movimentos de reforma psiquiátrica, com ênfase na Psiquia-

tria Democrática Italiana, propõem transformações radicais nas instituições psiquiátricas, visando à dissolução das barreiras rígidas entre assistentes e assistidos, de modo a promover relações cujo esteio é o respeito às singularidades e às diversas formas de produção de vida. Nesse sentido, nasce a noção de uma clínica pautada pela desinstitucionalização, ou seja, ao invés de “enclausurar” o usuário dentro de uma rígida concepção da clínica, é a própria clínica que deve ser definida pelas condições concretas do outro. Aquilo que outrora era considerado como “doença” é que se instaura em um processo de vida, não o contrário. Mediante tais mudanças, torna-se possível pensar em uma clínica do sentido, em estreita associação às diversas produções culturais, como a história, a política e a educação. Isso implica o desafio de forjar práticas e saberes interdisciplinares.

2) Para que seja empreendida uma clínica pautada pela desinstitucionalização, é necessário o desenvolvimento de recursos teóricos que permitam gerar inteligibilidades sobre o trabalho nessa perspectiva. Isso permitirá superar o imediatismo empírico e o *status* supostamente ateuico recorrentes das práticas de assistência à saúde. Nesse sentido, torna-se premente a utilização de sistemas conceituais que permitam gerar visibilidade teórica sobre as formas como as pessoas atendidas organizam suas experiências, de acordo com suas possibilidades e referências de vida. Isso implica giro na assistência, que deixa de centrar-se nos sintomas expressos, para enfatizar o sujeito em sua singularidade. Dessa maneira, compreender como esse sujeito emerge e como ele se constitui conceitualmente torna-se um desafio teórico urgente.

3) Dentre as possibilidades teóricas desenvolvidas na atualidade para compreender os processos de saúde, este estudo discute algumas contribuições da Teoria da Subjetividade, desenvolvida por González Rey. Nesse referencial, a subjetividade é compreendida em seu valor ontológico diferenciado para os estudos dos processos humanos, integrando de forma indissociável os processos simbólicos e emocionais presentes em qualquer experiência humana. Desse modo, torna-se teoricamente visível a dialética entre o social e o individual, em sua relação recíproca recursiva. Assim, tal como a clínica voltada para a desinstitucionalização, a subjetividade é concebida em permanente processo de transformação e pressupõe a abertura para possibilidades de gerar alternativas frente às suas próprias limitações atuais. É nessa lógica que se faz importante o estudo da emergência do sujeito na atenção à saúde mental, enquanto condição dife-

renciada e reflexiva de uma pessoa ou grupo social, que promove a abertura de campos de desenvolvimento alternativos ao sofrimento vivenciado.

4) Nesta discussão, torna-se possível aproximar conceitualmente as categorias sujeito e desinstitucionalização. À medida que a desinstitucionalização se pauta pela singularidade dos processos humanos, com vistas à criação de autonomia e formas de sociabilidades alternativas à violência institucional, pode-se dizer que ela se volta para o favorecimento da emergência da pessoa atendida enquanto sujeito de sua vida. Para tanto, faz-se fundamental a flexibilização dos métodos institucionais utilizados para aproximar-se do outro, de acordo com uma espécie de “neo-artesanato”. Desse modo, a finalidade da assistência é alterada em grande medida, ao descentrar-se de uma suposta “doença”, para enfatizar a produção de saúde. Ou seja, de uma clínica centrada no procedimento, busca-se construir uma clínica voltada para uma ética do sujeito: é a relação terapêutica que deve se pautar pelo sujeito, não o contrário. Assim, o olhar voltado para a subjetividade pode auxiliar compreensões mais complexas sobre os desdobramentos do processo de desinstitucionalização na vida concreta das pessoas atendidas.

5) A clínica pautada pela desinstitucionalização e pela ética do sujeito pressupõe uma redefinição da saúde, no intuito de superar sua concepção circunscrita nos sintomas do corpo biológico. Nessa lógica, a saúde pode ser entendida como a qualidade dos processos de vida, em detrimento da noção de um atributo que se tem ou não. Assim, ela expressa o desenvolvimento humano integral, encontrando-se indissociada das mais diversas dimensões constitutivas da vida humana. Desse ponto de vista, pensar a saúde mental implica construir articulações teóricas com outras esferas associadas a ela, abrindo possibilidades para potencializar o cuidado oferecido. Assim, partindo da importância das práticas educativas para o desenvolvimento humano, torna-se fecundo aproximá-la das práticas em saúde mental, ultrapassando, entre esses campos, abismos simbólicos formalmente outorgados pela artificialidade das instituições na atualidade. No esteio das ideias desenvolvidas neste trabalho, a educação encontra-se vinculada aos processos de cidadania, pois pode promover novas formas de inserção social. Desse modo, encontra-se comprometida com processos de transformação da condição social que, por sua amplitude, implica também a dimensão da saúde. Portanto, tal aproximação poderia favorecer a criação de caminhos que fizessem contraponto à persistente institucionalização do saber



biomédico, pois partem da confiança no desenvolvimento das pessoas atendidas, em detrimento da visão de que elas seriam doentes e desprovidas de recursos para enfrentarem as contradições das próprias vidas.

6) Mediante a articulação entre clínica, subjetividade e educação, abre-se um campo repleto de possibilidades para estabelecer estratégias alternativas ao papel tutelar historicamente hegemônico na atenção à saúde mental. No que concerne à prática profissional, a ênfase deixaria de estar limitada à posição arrogante de detentores do saber, para buscar um papel de favorecedores de possibilidades. Não se trata de diluir as especificidades técnicas construídas ao longo dos séculos, mas precisamente de potencializá-las em um trabalho que busque novas formas de relacionamento pessoal calcadas em outras premissas que não à dominação. Abre-se, assim, espaço para discutir aspectos historicamente ocultos, como a dimensão do poder implicado nos processos de saúde e a potencialização dos recursos comunitários com vistas à promoção social. Não se trata, portanto, somente de questionar o estatuto da pessoa atendida e daquele que a atende, mas de questionar os dispositivos sociais que dispomos atualmente e aqueles que ainda estão por ser criados, com vistas a transformações sociais urgentes em nosso tempo.

## Referências

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface, comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, julho/dezembro, 2006.

AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Caderno brasileiro de saúde mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-7, janeiro/junho, 2009. Disponível em: <[http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04\\_Paulo\\_Amarante.pdf](http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04_Paulo_Amarante.pdf)>. Acesso em: 17 jul 2014.

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 171-196.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. (Org.). **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-133.

CAMARGO, K. R. JR. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 203-230, janeiro/julho, 1992.

CAMARGO, K. R. JR. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 63-76, janeiro/julho, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, julho/agosto, 2007.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre la medicina**. Buenos Aires: Amorruru, 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

GATTI, B. A. **A construção da pesquisa em educação no Brasil**. 3. ed. Brasília: Liber Livro, 2010.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Sujeto y Subjetividad: una aproximación histórico-cultural**. México: Thomson, 2002.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo: Thomson, 2004.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Cengage Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson, 2007.

GONZÁLEZ REY, F. L. O sujeito que aprende: desafios no desenvolvimento do tema da aprendizagem na psicologia e na prática pedagógica. In: TACCA, M. C. V. (Org.). **Aprendizagem e trabalho pedagógico**. Campinas: Alínea, 2008. p. 29-44.

GONZÁLEZ REY, F. L. Epistemología y ontología: un debate necesario para la psicología hoy. **Diversitas**, Bogotá/Colômbia, v. 5, n. 2, p. 205-224, julho/dezembro, 2009. Disponível em: <<http://ojs.usta.edu.co/index.php/diversitas/article/viewFile/6/pdf>>. Acesso em: 17 jul 2014.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.

GONZÁLEZ REY, F. L. **O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012a.

GONZÁLEZ REY, F. L. Sentidos subjetivos, linguagem e sujeito: implicações epistemológicas de uma perspectiva pós-racionalista em psicoterapia. In: HOLANDA, A. F. (Org.). **O campo das psicoterapias: reflexões atuais**. Curitiba: Juruá, 2012b.

GOULART, D. M. Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. **Revista Guillermo de Ockham**, Cali/Colômbia, v. 11, n. 1, p. 21-33, janeiro/julho, 2013.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 83-96, junho, 2004.

JAPIASSU, H. **Nascimento e morte das ciências humanas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

LÉVY, A. **Ciências clínicas e organizações sociais: sentido e crise do sentido**. Belo Horizonte: Autêntica, FUMEC, 2001.

MITJÁNS MARTINEZ, A. A teoria da subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia. In: GONZÁLEZ REY, F. L. (Org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo: Thomson, 2005. p. 1-25.

MITJÁNS MARTÍNEZ, A. Criatividade no trabalho pedagógico e criatividade na aprendizagem: uma relação necessária? In: TACCA, M. C. (Org.). **Aprendizagem e trabalho pedagógico**. Campinas: Alínea, 2006. p. 69-94.

NEUBERN, M. S. **Psicoterapia e espiritualidade**. Belo Horizonte: Diamante, 2013.

PELBART, P. P. Prefácio. In: LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 11-14.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. R. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface, comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 519-527, abril/junho, 2011

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 149-170.

SANTIAGO, M. A. **Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF**. 202p. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Brasília, Brasília: UnB, Brasil, 2009.

TACCA, M. C. R.; GONZÁLEZ REY, F. L. Produção de sentido subjetivo: as singularidades dos alunos no processo de aprender. **Revista ciência e profissão**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 138-161, janeiro, 2008.

TEIXEIRA, S. Jr.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 453-460, setembro, 2009.

VIGOTSKY, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

WILSON, M. Saúde, atitudes e valores. In: TAPS. **Saúde da comunidade: um desafio**. São Paulo: Paulinas, 1984. p. 6-14.

ZGIET, J. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação**. 2010. 156p. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Brasília, Brasília: UnB, 2010.



# EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: NOTAS PARA UM DIÁLOGO COM A TEORIA DA SUBJETIVIDADE NUMA PERSPECTIVA CULTURAL-HISTÓRICA

Jonatas Maia da Costa<sup>1</sup>

## 1 Introdução

A interface da educação física com o campo da saúde é histórica e guarda certas tensões. As características assumidas nessa relação permearam uma sólida construção epistemológica edificada no positivismo e numa concepção biologicista de corpo, fato que marcou a formação profissional centrada no estudo de disciplinas biomédicas, como a fisiologia, a anatomia e a cineantropometria (CARVALHO, 2004). Somente a partir da década de 1980, com o advento das pedagogias críticas somadas ao processo de redemocratização brasileira, e com isso o avanço de um pensamento progressista político e pedagógico, a educação física pôde reformular no interior do seu estatuto científico a perspectiva de formação, centrada então na intervenção pedagógica. De todo modo, para além da dicotomia entre o pedagógico e o biológico na formação em educação física, a interlocução desses dois saberes se tensiona quando se observa a construção histórica dos campos de atuação em educação física, mormente aqueles que contextualizam à saúde.

Grosso modo, hegemonicamente o esporte e a academia de ginástica são os dois espaços modernos que localizam o trabalho do professor de educação física envolvido com a Saúde. Entretanto, a “prática pedagógica” do professor de educação física nesses espaços assume características fortemente mercadológicas e passíveis de serem questionadas uma vez que elas reduzem a ideia de uma concepção de saúde ampliada, nos fazendo refletir, como pensou Carvalho

---

1 Professor da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília. – UnB. Doutorando do programa de pós-graduação em Educação da Universidade de Brasília.

(2004), se a prática de atividade física e esporte por si só geraria saúde. Para além dessa discussão, é notável que o recrudescimento desses dois espaços conduziu a produção de conhecimento em educação física na focalização dos sujeitos exclusivamente em sua dimensão biológica. Dessa forma, boa parte dos estudos da área possui aportes teóricos marcadamente positivistas, com ênfase nas pesquisas empírico-analíticas e circunscritas a uma abordagem biológica-fisiológica, haja vista o esporte ter na performance e no alto rendimento seus principais objetivos e a academia de ginástica maximizar irracionalmente o culto ao corpo midiático.

Portanto, são extremamente novos e ainda incipientes os estudos em educação física que busquem pensar a produção de conhecimento em interface com a saúde por meio de outro paradigma científico. Nesse sentido, o campo da saúde pública, no diálogo com a saúde coletiva, sugere uma nova perspectiva de avanço científico para a área, que potencializa o surgimento de articulação entre os saberes biológicos, pedagógicos, políticos, culturais e sociais nos cursos de formação em Educação Física com vistas a uma intervenção ampliada de prática pedagógica, também na saúde.

A recente incursão do professor de educação física em alguns programas do Sistema Único de Saúde (SUS) marcou o início dos estudos que aproximam a educação física à saúde pública, mesmo sendo este um campo de atuação extremamente novo na área. Entretanto, o debate (crítico) da educação física na saúde já estava posto como pode se observar em Gonçalves (1989), Palma (2001), Carvalho (2001) e Fraga (2001). Esse debate contemplava a necessidade da educação física ampliar a sua forma de atuação frente aos desafios colocados no campo da saúde pública e seus emergentes programas. Sobre isso, a tese a ser defendida é de que, do ponto de vista epistemológico, a educação física precisaria se apropriar de referenciais teóricos das ciências sociais ao invés de permanecer refém aos marcos das ciências biológicas. Dessa forma, foi inevitável uma aproximação da área com a saúde coletiva. Vale afirmar que tal aproximação tem contribuído bastante para uma inserção da educação física de maneira comprometida socialmente com os anseios da saúde pública — mesmo que isso ocorra de forma tímida.

Embora sejam perceptíveis os avanços teóricos da educação física ao aproximar-se dos referenciais das ciências humanas e sociais, é clara a opção em

manter-se vinculada a um campo teórico circunscrito à modernidade no que tange aos constructos epistemológicos que balizam seus estudos. Isso é hegemônico na educação física, observando quaisquer espaços de sua atuação, seja o escolar, o desportivo, o de lazer e, sobretudo, o da saúde. É certo que nesse último, há predominância das chamadas “ciências duras”, que ditam os rumos das pesquisas científicas na educação física. Mas mesmo quando a educação física dialogou com as ciências sociais no campo da saúde, tal diálogo pautou-se por fortes marcas do estruturalismo e de um racionalismo objetivista, que suprimiu os sujeitos em suas investigações, resultando, em nossa opinião, a total obliteração da subjetividade no debate teórico da área.

Nesse sentido, entendemos como necessária uma aproximação dos estudos da educação física à subjetividade. O presente ensaio é fruto desse anseio em iniciar um processo de apropriação da Teoria da Subjetividade numa perspectiva cultural-histórica ou Teoria da Subjetividade de González Rey, com vistas, num primeiro momento, a refletir questões que se situam no debate hodierno sobre a saúde, e mais especificamente, sobre a saúde pública. Para tanto, nesse primeiro esforço de sistematização à pretensão da aproximação da educação física à teoria da subjetividade numa perspectiva cultural-histórica, propomos realizar um breve excuroso sobre a história da relação da educação física no campo da saúde, para logo a seguir, apresentar o debate acadêmico-científico contemporâneo da educação física na saúde. As “primeiras aproximações” são concretizadas na sequência quando discutimos as inquietações que fundam o desejo de incorporar a Epistemologia Qualitativa (GONZÁLEZ REY, 2005d) aos estudos da educação física ao tomarmos como mote temático as pesquisas na saúde mental a partir da Teoria da Subjetividade de González Rey.

## **2 Breves apontamentos históricos da relação entre a educação física e saúde**

No Brasil, o nascimento da educação física possui herança europeia fortemente acentuada pelo processo de industrialização e urbanização e pela consolidação dos estados nacionais. A Europa do século XIX rapidamente percebeu que a força física de uma nação interfere diretamente em sua prosperidade. Esse período, marcadamente de avanço do modo de produção capitalista, requereu

um indivíduo cada vez mais forte, sadio e, sobretudo, produtivo. Lado a lado a isso, um Estado que precisava se firmar territorialmente, compreendeu que o seu poderio bélico também passava pelo treinamento dos soldados. É sobre esse pano de fundo que a educação física se apresentou como

[...] a própria expressão física da sociedade do capital. Ela encarna e expressa os gestos automatizados, disciplinados, e se faz protagonista de um corpo “saudável”; torna-se receita e remédio para curar os homens de sua letargia, indolência, preguiça, imoralidade, e desse modo, passa a integrar o discurso médico, pedagógico... familiar. (SOARES, 2007, p. 6).

A gênese de educação física atrelada ao contexto da emergência do liberalismo europeu — em sua porção ocidental — foi preponderante para uma assimilação brasileira desde uma perspectiva funcionalista de corpo. Isso irá repercutir destacadamente ao longo de toda a trajetória acadêmica e profissional da educação física no Brasil. Tanto o Estado liberal brasileiro como a sua burguesia empreenderá um projeto de poder vinculado a esta perspectiva funcionalista de corpo nos mais diversos campos de atuação da área, o que corrobora a análise de Foucault (1979, p. 147, grifo nosso):

É preciso afastar uma tese muito difundida, segundo a qual o poder nas sociedades burguesas e capitalistas teria negado a realidade do corpo em proveito da alma, da consciência, da idealidade. Na verdade, nada é mais material, nada é mais físico, mais corporal que o exercício de poder... Qual é o tipo de investimento do corpo que é necessário e suficiente ao funcionamento de uma sociedade capitalista como a nossa? Eu penso que, do século XVII ao início do XX, acreditou-se que o investimento do corpo pelo poder devia ser denso, rígido, constante, meticuloso. **Daí esses terríveis regimes disciplinares que se encontram nas escolas, nos hospitais, nas casernas, nas oficinas, nas cidades, nos edifícios, nas famílias...** [...]².

A associação da educação física brasileira à saúde ocorre desde o seu nascimento e acompanha larga proximidade com a instituição médica³. Os conhecimentos gestados pela medicina social europeia contribuiram sobejamente para uma nova organização do Estado brasileiro no início do século XX, com

2 Motiva-nos sublinharmos tais palavras na medida em que entendemos a Educação Física brasileira como partícipe dos malogros apontados por Foucault.

3 Outra importante instituição que impacta a constituição histórica da Educação Física é a militar com a importação dos métodos ginásticos europeus no treinamento de soldados. A partir da década de 1960, na sequência do Golpe Militar Burguês, a instituição esportiva também será fundamental para a compreensão histórica dos rumos da Educação Física brasileira. Por uma questão de recorte temático, ficaremos apenas com uma breve análise da aproximação da área com a instituição médica.



desdobramentos econômicos, políticos e sociais. Há por meio do movimento médico-higienista, uma clara opção do Estado em valorizar politicamente as ações médicas (COSTA, 1983). Tal fato histórico foi decisivo na constituição da educação física no Brasil. A maior expressão da influência médico-higienista na educação física brasileira está disposta no discurso do pensamento pedagógico brasileiro da época, mormente em Rui Barbosa e Fernando de Azevedo<sup>4</sup>. Para Soares (2007), o jurista baiano e o sociólogo mineiro privilegiaram em suas propostas uma Educação Física assentada em base anatomofisiológica, com grande potencial para desenvolver o caráter higiênico e eugênico tão caro ao movimento sanitário brasileiro iniciado na segunda metade do século XIX.

Esse duplo objetivo — higienizar e eugênizar — guarda relação com as características da elite colonial brasileira, extremamente racista. Essa mesma elite dirigente irá valorizar a Educação Física entendendo que por meio da ginástica era possível empreender um indivíduo “[...] de uma construção anatômica que pudesse representar a classe dominante e a raça branca, atribuindo-lhe superioridade” (SOARES, 2007, p. 72). Na esteira dessas ideias, surgirão algumas publicações que mesmo abordando questões de saúde em geral, irão paulatinamente conferir certa cientificidade à educação física. Grosso modo, o corolário dessa pretensa cientificização da educação física acompanhou a ideia de ter no exercício físico um aliado para o recrudescimento de uma individualização biológica do corpo e o início de uma subsunção à instituição médica. Senão vejamos:

O exercício físico era, objetivamente, mais um valioso canal para a medicalização da sociedade. Era necessário adequá-lo, discriminá-lo por idade e sexo, atendendo, assim, exclusivamente ao reconhecimento da existência das diferenças biológicas das crianças. Quem detinha o conhecimento sobre estas diferentes capacidades biológicas das crianças, senão os médicos? Ora, se eram os médicos que detinham aquele saber, somente eles poderiam prescrever mais este remédio: o exercício físico, com todas as suas particularidades e para todos os corpos particulares. (SOARES, 2007, p. 81).

Dessa forma, estavam lançadas as bases epistemológicas da formação em

---

4 Certamente Rui Barbosa e Fernando de Azevedo podem ser compreendidos como dois dos grandes próceres da gênese da Educação Física no Brasil. O primeiro por conta dos pareceres sobre a Reforma de Educação Leôncio de Carvalho durante o Brasil Império, que estabelecia pela primeira vez a obrigatoriedade da Educação Física como componente curricular na escola; e o segundo em função de seu tratado teórico intitulado “Da Educação Física” que compõe as bases teóricas de uma concepção fisiologista mas numa perspectiva de intervenção pedagógica.

educação física que, por conseguinte, deveriam impor larga relação com uma concepção biológica e médica de corpo, que por sua vez mantinha-se destituído completamente de historicidade. Os desdobramentos dessa face histórica da Educação Física empreenderam uma abordagem positivista de ciência na área, que revelou ao longo de todo o século XX, e nesse início de século XXI, uma subordinação da educação física às ciências biológicas com severos impactos na formação/atuação dos profissionais nos mais diversos campos.

No que concerne à discussão da educação física na saúde, a incorporação da veia epistêmica oriunda das ciências biológicas irá contribuir para a assunção da área nesse campo científico. A formação profissional e científica será assim legitimada por meio de sua constituição como subárea das ciências biológicas, como pode se observar no enquadramento da educação física no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A partir da década de 1980, os desdobramentos dessa construção de identidade se cercaram de tensionamentos a partir do amadurecimento científico da educação física em compasso com os seus novos diálogos com outras áreas de conhecimento, mormente a das ciências humanas e sociais. Esse é o mote de nossa próxima seção, ao pensar atualmente o debate da educação física na saúde.

### **3 O debate contemporâneo da educação física na saúde**

A partir do processo de redemocratização brasileira na década de 1980, a educação física passou por uma espécie de catarse epistemológica observando a necessidade de confrontar-se com os rumos históricos vividos no país e no mundo. A recém-saída de um período ditatorial e a retomada dos direitos políticos civis irá se articular ao início de um processo de formação da pós-graduação brasileira em educação física e, embora não de forma hegemônica, o diálogo com as ciências humanas e sociais será tecido. Anteriormente a esse período, as obras acadêmicas que circulavam na educação física, caracterizaram-se principalmente a partir de conteúdos técnico-táticos esportivos em formato de verdadeiros manuais práticos, além de compêndios de fisiologia do exercício e guias de preparação física. O que se seguiu então foi à paulatina difusão interdisciplinar entendendo que as

[...] ciências historicamente constituídas ofereceriam base teórica para os estudos da educação física, do corpo e dos movimentos

humanos, destacando-se dentre estas a psicologia, a história, a sociologia e a pedagogia. (DAOLIO, 1998, p. 44).

O maior impacto desse movimento científico da área aconteceu no âmbito da educação física escolar e do esporte e se deu, sobretudo, por meio da apropriação da teoria social marxista.

A construção do debate acadêmico-científico crítico da educação física na saúde tem como pano de fundo esse movimento de aproximação e profícuo diálogo com as ciências sociais e, em boa parte, com a teoria social. Somam-se a isso os rumos históricos que o Estado brasileiro viveu no âmbito político com o processo de redemocratização, precipuamente com o advento da Constituição Cidadã de 1988 que legitimou um novo processo de política pública e social no campo da saúde, materializada em 1990 pelo SUS. Além disso, destaca-se o encontro, naquele contexto, com a emergente área da saúde coletiva que viabilizou a ampliação de olhares progressistas no interior da educação física e que cada vez mais vêm se desdobrando, embora com alguns limites.

Não obstante o debate da educação física na saúde desde uma perspectiva crítica seja relativamente novo — com pouco mais de vinte anos — é possível, num esforço de síntese, realizar um recorte a partir de três apontamentos: a) a ampliação do conceito de saúde que possibilita o desvelamento de como a educação física se apresenta no mundo contemporâneo em uma sociedade do consumo; b) a ascensão de falsa consciência de como a educação física se insere no trabalho com a saúde que se desdobra na culpabilização do indivíduo no aparecimento de doenças que poderiam ter sido evitadas pelo exercício físico; c) a necessária construção e reafirmação de uma epistemologia que articule as nuances imperativas do social em detrimento da tradicional concepção biologicista de corpo na educação física. Trata-se de grandes questões que compreendemos como um possível conjunto temático e genérico do atual debate acadêmico da área. Vale dizer que essa divisão possui função meramente analítica uma vez que, em nossa opinião, os três assuntos supracitados perfazem uma trama complexa que se integram e se articulam na composição de qualquer debate e de tomada de posição, apresentando dessa forma, características de recursividade entre elas. De todo modo, é possível perceber um pequeno, mas sólido lastro bibliográfico em torno dessas questões

passíveis, portanto, de serem neste estudo minimamente discutidas<sup>5</sup>.

Como já foi mencionado anteriormente, o diálogo com a área da saúde coletiva certamente foi o “divisor de águas” na produção teórica da educação física em sua relação com o campo da Saúde. De maneira mais pontual, a apropriação do (novo) conceito de saúde foi o mote principal para essa espécie de “virada teórica” da área. Na medicina não foi diferente e como a educação física guarda relação histórica com a instituição médica, a ampliação do conceito de saúde irá repercutir na área. Czeresnia (2012) afirma que o conceito de saúde gestado historicamente na medicina e amparado por uma cientificidade, se coloca de forma objetiva segundo o foco exclusivamente da doença, e não da saúde. Assim, na medida em que a medicina compreendia o corpo exclusivamente em sua dimensão bio-fisiológica, o resultado foi encerrar o conceito de saúde apenas como ausência de doença. Entretanto, há em Canguilhem (1982) um contundente salto qualitativo da maneira de se pensar a relação saúde-doença a partir do cotejamento entre o estado patológico do indivíduo e o entendimento da condição de normalidade.

Se reconhecermos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie “de normal”. Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas. (CANGUILHEM, 1982, p. 158).

Se corroborarmos com as ideias de Canguilhem (1982), não será difícil perceber o quão se processa de maneira extremamente intensa um movimento de medicalização da sociedade contemporânea que se materializa na lógica da fabricação da doença quando a indústria farmacêutica se mostra como uma imposição do mercado<sup>6</sup> (PIGNARRE, 1999).

5 Nessa seção empreendemos um primeiro esforço de esclarecer de maneira geral como se dá a apropriação teórica do debate científico-acadêmico da educação física na saúde. Outros conceitos como “estilo de vida”, “promoção da saúde” e “saúde pública” também têm sido verificados na educação física a partir de uma perspectiva crítica e certamente mereceriam destaque. Entretanto, foge do escopo central deste ensaio explorá-los.

6 Não há dúvidas que o estabelecimento de um conceito ampliado em saúde sofre pressões advindas do sistema político-econômico vigente no mundo, que faz mitigar os avanços de um conceito mais maduro de saúde. Ora, a indústria farmacêutica é, segundo dados da Orga-

Grosso modo, a apropriação pela educação física desse veio filosófico-científico sobre “novas formas de se olhar a saúde” abriu um campo teórico significativo na área desde uma perspectiva crítica. Os desdobramentos históricos da relação da educação física no campo da saúde haviam gerado uma noção distorcida das potencialidades teórico-metodológicas da área, reduzindo a intervenção profissional à prescrição e acompanhamento do indivíduo durante o exercício físico. Do ponto de vista teórico, o exercício físico era tido como remédio profilático às doenças do corpo. Há, portanto, a objetivação da intervenção profissional da educação física que adveio da herança higiênica e eugênica da relação da área com a instituição médica (como vimos anteriormente) e irá, a partir da década de 1980, transmutar-se em objeto/mercadoria de uma sociedade que vive o pleno desenvolvimento do neoliberalismo no país. Assim, empurrado fortemente pelo discurso midiático, o profissional de educação física logo se estabeleceu como aquele que possui o instrumental perfeito para “fornecer saúde” à população... Basta aos sujeitos quererem, na verdade, pagarem...

Nesse sentido, os trabalhos de Carvalho (2004) e Palma (2001) permitem esclarecer esse processo extremamente atual e que ascende uma falsa consciência das pessoas sobre o trabalho do profissional de educação física no Brasil. Destacam-se as características denunciadas de uma educação física “para poucos”.

A noção de benesses do exercício físico está acentuadamente marcada pelo senso comum forjado na mídia. São inúmeras as revistas e notícias que os meios de comunicação vinculam sobre a ideia de que o exercício físico “em si” traz saúde. Tal ideia carece de adensamento teórico-científico (CARVALHO, 2004). Palma et. al. (2003) preferem problematizar se de fato é o exercício físico que promove um indivíduo saudável ou se é o indivíduo saudável que pode procurar em seu lazer uma rotina de realização do exercício físico? Nesse estudo, em específico, os autores concluem que a adesão à prática de exercício se relaciona com as características socioeconômicas do público que frequenta as academias de ginástica, as quais se situam numa camada social privilegiada.

Assevera-se, portanto, a necessidade de alargamento do entendimento de como se dá a efetividade do exercício físico como prática regular na rotina das

---

nização Mundial do Comércio, a segunda maior do mundo, ficando atrás apenas da indústria de armamentos. Nesse sentido, não seria exagero afirmar que o aumento de uma cultura da doença é muito mais lucrativo e retroalimenta o sistema global capitalista no mundo.

peças. Nesse sentido, podemos inferir que a visão biologicista-acadêmica de corpo – hegemonicamente constituída no interior da educação física – nega a historicidade do sujeito quando propõe investigações descontextualizadas à vida social, supondo encontrar resultados atomísticos em torno dos efeitos do exercício físico na saúde das pessoas.

Acompanha esse debate a crescente massificação do ideal estético de corpo numa sociedade de consumo. É nesse contexto que se potencializa a forma mercantilista com qual a intervenção da educação física se projeta na sua, nesse caso, pseudo-relação com a saúde. Há, portanto, um movimento “[...] de massificação de uma norma moralizante de aparência física utópica de ‘corpo sarado’, da ‘geração saúde’ e do ‘estilo de vida ativo’, que estão em curso na sociedade contemporânea.” (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005, p. 6). Algumas iniciativas tanto do Estado como da iniciativa privada são reveladoras de como se aceita acriticamente a ideia de que se manter ativo é suficiente para obter saúde, desprezando-se completamente o panorama socioeconômico da maioria dos brasileiros e sua realidade de pobreza generalizada.

Ademais, a atomização dos efeitos benéficos do exercício físico promove uma dinâmica de culpabilização do sujeito que, ao se aceitar sedentário, demarca sua pré-condição de doente. Mais uma vez, revela-se a herança anacrônica da compreensão biologicista de saúde da Educação Física associada ao reducionismo da não contemplação de aspectos sociais, culturais, econômicos e históricos na constituição de um estado de saúde para o sujeito. Palma (2000, p. 97) explica que “[...] se o processo saúde-doença fosse uma determinação biológica, caberia ao indivíduo alterar seus hábitos de saúde e estilos de vida para encerrar a causa e, assim, cessar o efeito.”

A atividade física, ao tempo que canaliza a atenção da sociedade para as suas capacidades de delinear corpos saudáveis, fortes, belos, mascara outros determinantes do setor e do quadro social brasileiro. De outra forma, se superestima o papel determinante da atividade física em relação à saúde. (CARVALHO, 2004, p. 87).

Para Carvalho (2004), todo esse discurso que coloca o exercício físico como fator preponderante na conquista de saúde, imputa ao indivíduo a inteira responsabilidade de ao ser manter ativo, remediar os problemas da saúde, sacando do Estado o dever de trabalhar pela produção das condições sociais, econômicas e culturais que possibilitariam a maioria das pessoas a realizar exercício físico. Fica claro, portanto, que para o pensamento crítico da Educação Física na saúde, a prática de exercício pela população não é uma questão de escolha, mas sim, de oportunidade.

Esse debate se liga ao processo de busca por um amadurecimento científico da área a partir de uma inflexão epistemológica, que sugere o abandono ou arrefecimento da tradição dos parâmetros biológicos de produção do conhecimento em prol de se pensar ampliado e criticamente a relação da educação física com a saúde segundo a orientação das ciências sociais. Naturalmente ao se enfatizar essa tese, a educação física declara-se preocupada com o desenvolvimento de sua inserção nos espaços políticos da saúde pública e, nesse movimento, os determinismos biológicos precisam ser superados. Nos dizeres de Palma (2001, p. 24):

Tratar da saúde é, em última instância, compreender as tramas sociais que se desenrolam nos projetos e políticas públicas. Parece ingênuo aceitar o determinante biológico, como razão única, para conferir as análises sobre o processo saúde-doença. O adoecer humano não deve ser tratado somente sob a forma de uma relação biológica de causa e efeito, tão simples, que desconsidere outros aspectos relevantes, tais como os contextos socioeconômicos e históricos.

Fica evidente que a associação da educação física à saúde, nos termos observado em Palma (2001), vislumbra desejo de empregar esforços epistemológicos apartado dos cânones das ciências biológicas. Além disso, a defesa de que ao se “tratar da saúde” deve-se fomentar projetos e políticas públicas, o autor revela suas aspirações por uma ciência engajada socialmente. Daí, ao pautar a epistemologia da educação física na saúde, um caminho parece certo, que é o de sua articulação à saúde coletiva.

A dificuldade de comunicarmos com outras áreas da saúde pode ser em virtude da “imagem” que ainda muito têm das ciências médicas, associando-as às técnicas medicamentosas, cirúrgicas e eletrônicas que interferem no corpo biológico e na manifestação e enfrentamento da doença como processo isolado da vida, do cotidiano das pessoas. Nesse sentido, a saúde coletiva rompe com esse modelo. Ela chama a atenção para a necessidade, por exemplo, de fazer-se pesquisa voltada para a atenção primária, direcionada ao serviço básico de atendimento à população e para a educação em saúde, não só para a pessoa, mas também para a comunidade, para a família, na direção da população, das políticas sociais e das políticas públicas. (CARVALHO, 2006, p. 162).

O debate epistemológico da Educação Física que propõem o biológico e o social em oposição reside historicamente no contexto político da década de 1980 e que aqui já foi mencionado. A questão é que a educação física pautou essa discussão na ordem de “ser ou não ser ciência” (BRACHT, 2007) e uma das soluções encontradas pela comunidade científica da área para encontrar legitimidade ao se situar no campo científico foi de se atrelar ao campo da saúde. Como o campo da saúde, do ponto de vista hegemônico é determinado pelas

pesquisas biomédicas, a educação física incorporou os cânones da produção de conhecimento desse campo, aos quais sobejam as características disciplinares, atomísticas, positivistas e reducionistas (CARVALHO, 2005). Não obstante haja um salto qualitativo das pesquisas em educação física que ao atravessarem à saúde o fazem por meio da saúde coletiva, é sabido que “os saberes e as práticas em saúde que prevalecem na educação física são ainda os que se fixam em dados estatísticos, que reduzem o processo saúde-doença a uma relação causal determinada biologicamente [...]” (CARVALHO, 2005, p. 102).

Nesse sentido, o recente ensaio de Damico e Knuth (2014) inaugura uma discussão que demonstra, em nossa opinião, certo amadurecimento teórico da área delineada no campo da saúde e que se processa como a repercussão do tensionamento entre o biológico e o social no âmbito das políticas públicas de saúde que paulatinamente vêm absorvendo o trabalho do profissional de educação física. Damico e Knuth (2014) tomam a Política Nacional de Promoção da Saúde, efetivada em 2006, como pano de fundo de uma discussão que encerra nos conceitos de ‘atividade física’ e ‘práticas corporais’ os sentidos de poder duais extraídos do histórico e tenso debate entre o biológico e o social na Educação Física. Quando o documento da política institucional inscreve os conceitos na forma de ‘práticas corporais/atividade física’ o faz com alguns interesses que certamente precisam ser analisados. Atualmente há em curso na Educação Física uma disputa política que abarca os conceitos de ‘atividade física’ e ‘práticas corporais’ em oposição, mas que se sentem “[...] interpeladas e convocadas a propor o melhor modelo de sedução e convencimento para integrar as pessoas às normas culturais difundidas pelo discurso da promoção da saúde” (DAMICO; KNUTH, 2014, p. 334). Vale dizer que tais conceitos posicionam-se de maneira diametralmente opostos quando se observa aspectos em torno da concepção epistemológica e compreensão teleológica da intervenção profissional da educação física na saúde pública.

#### **4 Educação física e subjetividade: abrindo novos diálogos epistemológicos na saúde**

A educação física brasileira do tempo presente parece viver uma nova crise. A década de 1980 foi catalisadora de sua primeira crise (MEDINA, 1983) e



teve como principal desdobramento a incorporação da teoria social como agente científico norteador ou, ao menos, tensionador de sua prática social principalmente nos espaços da escola, do esporte e da saúde. À época fora um debate imprescindível aos objetivos identitários da área. Passados pouco mais de trinta anos, em nossa opinião, a educação física passa a reviver outra crise, entretanto, pressionada por um contexto histórico bastante distinto. O eminente fim do socialismo real consubstanciado a mais forte crise do capitalismo, une-se aos tempos de uma sociedade que chegou a níveis de consumo que tem degradado o planeta a tal ponto de ser possível vaticinar o fim da humanidade. Obviamente que esse panorama mundial interfere nas formas de se pensar a humanidade, e a ciência, representante legitimadora desse pensamento, tem requerido novos modelos teóricos não só que busquem respostas explicativas para o vivido, mas que também proponham solução para os problemas enfrentados. Nesse sentido e retornando ao debate específico da crise identitária da educação física, entendemos como fundamental enriquecer o debate epistemológico da área introduzindo novos aportes científicos que paulatinamente vem se constituindo num movimento pós-estruturalista da área. Isso já é possível perceber no interior do debate acadêmico da educação física em trabalhos como o de Bracht e Almeida (2006) e Fensterseifer (2001). Ao contrário da “primeira crise” da educação física que subsidiou seus apontamentos segundo os princípios da modernidade tendo no materialismo-histórico sua maior expressão epistemológica, esses autores têm paulatinamente reivindicado novos olhares para a especificidade da educação física nos termos de outro paradigma.

Na esteira desse movimento é que compreendemos a Teoria da Subjetividade numa perspectiva cultural-histórica como possível abertura epistemológica abarcadora de novas perspectivas para a educação física com possibilidades reais de impactar a esfera profissional e acadêmica. Embora nossa discussão neste ensaio tematize o campo da saúde, entendemos que a Epistemologia Qualitativa (GONZÁLEZ REY, 2005d) possui bases teórico-metodológicas capazes de produzir investigações em todas as práticas sociais da educação física.

A absorção da teoria social na educação física não ficou imune aos diversos exegetas do materialismo-histórico. Os desdobramentos disso na educação física possuem elementos particulares em cada um dos espaços sociais em que a educação física atua. No caso da saúde, se por um lado foi possível avançar na

crítica ao biologicismo, por outro, entendemos que as reflexões teóricas resistem a permanecer de acordo com um pensamento objetivado e que certamente prescinde de avançar segundo os termos do paradigma da complexidade.

Nesse sentido, nossa inspiração está atrelada a algumas inquietações não resolvidas pela teoria social, sobretudo àquelas que segundo nosso entendimento, distorce o que de mais importante há em Marx, que é a dialética como forma ontológica de compreensão da realidade. Nesse sentido concordamos com Berger e Luckmann (2011, p. 16-17):

A sociologia do conhecimento tem sua raiz na proposição de Marx que declara ser a consciência do homem determinada por seu ser social. Sem dúvida tem havido muitos debates para se saber ao certo que espécie de determinação Marx tinha em mente. Pode-se dizer, com certeza, que muito da grande “luta com Marx” [...] foi realmente uma luta contra a defeituosa interpretação de Marx pelos marxistas modernos.

A sociologia do conhecimento foi particularmente fascinada pelos dois conceitos gêmeos, estabelecidos por Marx, de “infraestrutura” e “superestrutura” (*Unterbau, Ueberbau*). Foi nesse ponto principalmente que a controvérsia se tornou violenta a respeito da correta interpretação do próprio pensamento de Marx. O marxismo posterior teve a tendência de identificar a “infraestrutura” com a estrutura econômica *tout court*, da qual se supunha que a “superestrutura” era um “reflexo” direto (assim, por exemplo, Lenin). É agora de todo de claro que isso representa incorretamente o pensamento de Marx, pois o caráter essencialmente mecanicista, em vez de dialético, dessa espécie de determinismo econômico torna-o suspeito. O que interessava a Marx é que o pensamento humano funda-se na atividade humana (“trabalho” no sentido mais amplo da palavra) e nas relações sociais produzidas por essa atividade.

Em nosso ponto de vista, o trecho final da argumentação de Berger e Luckmann (2011) sinaliza, grosso modo, os limites<sup>7</sup> de Marx em face à compreensão dos desdobramentos das relações sociais produzidas pelo trabalho que vão resultar na ideia de uma sociedade como produto humano e, por sua vez, consignada a ser uma realidade objetiva. Eivado das contribuições de Marx, Vigotsky pôde ascender uma teoria enriquecida dos processos psicológicos e que deu pistas da necessária incorporação dos processos de subjetivação para com-

7 Não há aqui qualquer pretensão em absolutizar nossas “verdades” ou mesmo caracterizar nossas ideias de forma prepotente. Entendemos o pensamento de Marx como a melhor contribuição filosófica e sociológica do pensamento moderno. Todavia, é mister contextualizar Marx em seu objeto de estudo: as relações sociais no modo de produção capitalista. Para nós, o legado de Marx é ontológico e não epistemológico, de maneira que se por um lado Marx é indispensável nos estudos antropológicos, por outro seria um risco entendê-lo como suficiente.

preensão da realidade. Isso se deu numa terceira fase do pensamento vigotskyano (GONZÁLEZ REY, 2012b)<sup>8</sup> e que devido à precocidade de sua vida, o autor não desenvolveu. Assim, são ofertadas pistas que, integradas ao paradigma da complexidade de Morin (2006), oferecem elementos teóricos importantes para se entender uma realidade que se constitui não por sua objetividade, mas pela sua subjetividade.

O pensamento complexo derivado de Morin (2006) se posiciona como um paradigma que pretende superar a lógica cartesiana, encaminhando a compreensão da realidade a partir do pensamento sistêmico e ecológico. Procura religar os saberes que a modernidade em sua pretensão cientificista preferiu fragmentar; problematiza e contextualiza historicamente aquilo que parece disperso; concebe o sujeito como produto e produtor de cultura e de si mesmo de forma recursiva e não linear nem mecânica. Logo, a compreensão apresentada em Berger e Luckmann (2011) na sociologia do conhecimento foi válida como alerta que a realidade possui uma dimensão subjetiva, mas fugia aos autores aquilo que constitui o núcleo gerador de subjetividade, que é a produção de sentido subjetivo do sujeito, e que se revela na obra de González Rey (2005a) pensada a partir de Vigotsky.

Entendemos como válida realizar esse excuro reflexivo como aspecto introdutório importante de uma das teses que ansiamos desenvolver: de que os estudos da educação física na saúde não reconhecem a subjetividade como um núcleo fundamental das investigações de suas práticas sociais.

A forma com que o debate acadêmico da educação física na saúde pública está colocado — como pôde ser visto na seção anterior — apresenta-se tensionado pela dicotomia do social e do biológico. Mesmo compreendendo que há um salto qualitativo relevante da educação física quando esta se aproxima aos constructos teóricos da saúde coletiva, entendemos que o desenvolvimento teórico da área ganharia um importante reforço caso as pesquisas incorporassem o viés da subjetividade como um enfoque epistemológico integrador da complexidade humana.

Até então, a discussão progressista da educação física na saúde reclama

---

8 Entendemos que o pensamento de Vigotsky e de qualquer outro pensador não se enquadra num bloco monolítico. Mesmo em Marx é possível perceber uma trajetória complexa de seu pensamento histórico, que indica fases do “jovem” Marx e do “velho” Marx.

à teoria social seus subsídios epistemológicos, não estendendo às investigações outros aportes que certamente contribuiriam nos rumos que a saúde pública brasileira tem requerido. Esse movimento em prol do recrudescimento do social em detrimento ao biológico pode ser cotejado à dinâmica dicotômica do social com o individual na história. Os desdobramentos dessa polarização radical foram as experiências totalitárias do socialismo real e o aprofundamento da degradada sociedade de consumo face à consolidação do neoliberalismo no mundo. Assim, de um lado os estudos da educação física na saúde sofrem em sua hegemonia dos problemas levantados pela permanência do positivismo e do biologicismo como parâmetros de cientificidade. De outro, os estudos que redimensionam a educação física na saúde, à luz das ciências antropológicas, compreendem a influência do individual como um epifenômeno do social, negando completamente a ideia de ter na subjetividade uma via legítima de produção de conhecimento. Ademais, é necessário reconhecer que a educação física permanece optando, do ponto de vista epistemológico, por um critério de pesquisa baseada na dicotomia sujeito-objeto e tendo nos instrumentos técnicos o imperativo dos procedimentos legitimadores da ciência, o que manifesta mais uma vez a total negação da subjetividade nos processos de construção do conhecimento.

Nos termos que propomos à reflexão do referencial teórico desse trabalho é importante dizer que a subjetividade

[...] não substitui os outros sistemas complexos do homem (bioquímico, ecológico, laboral, saúde, etc) que também encontram, nas diferentes dimensões sociais, um espaço sensível para o seu desenvolvimento, mas transforma-se em um novo nível na análise desses sistemas, os quais, por sua vez, se convertem em um novo sistema que, historicamente, tem sido ignorado em nome do subjetivismo, do mentalismo e do individualismo. (GONZÁLEZ REY, 2005d, p.14).

Portanto, nuclear a condição de sujeito nas investigações em educação física não é optar por um subjetivismo acrítico. O subjetivismo foi a forma com que a filosofia positivista tentou, ao longo da história ocidental, suprimir a subjetividade do debate epistemológico de uma época, entendendo que o sujeito era capaz por processos intrapsíquicos gerar uma consciência atomista de visão de mundo. Segundo González Rey (2012a), isso não corresponde à subjetividade por não levar em conta a realidade de contexto social em que o sujeito se insere. Ao contrário da visão universalista do subjetivismo, a subjetividade se dá na emergência dos processos humanos produzidos pelos sentidos subjetivos ca-

racterizados, simbólico e emocionalmente, em função da experiência vivida na história e na cultura.

Entendemos que o debate da educação física no âmbito da saúde não deveria deixar de imiscuir novos aportes científicos, em especial àqueles que dialogam com o pensamento complexo. A defesa do paradigma da complexidade repercute no alcance epistemológico da teoria da subjetividade numa perspectiva cultural-histórica e isso se revela em suas contribuições no campo da saúde. Historicamente a cientificidade da saúde sempre esteve atrelada às ciências “duras” uma vez que a biologia se situa como a ciência foco das ações da medicina. Por conseguinte, o marco epistemológico das práticas médicas funda-se nos avanços das ciências biológicas. Mesmo com o advento da medicina social, a hegemonia epistemológica desse campo permaneceu fiel às características observadas do positivismo no movimento higienista e eugenista. Mesmo hoje, vimos a primazia das pesquisas empírico-analíticas no âmbito da epidemiologia. Portanto, as contribuições da subjetividade na saúde estão situadas na contra-hegemonia científica e têm procurado recuperar o qualitativo nas pesquisas da saúde.

Desde a década de 1980 a saúde é objeto de estudo de González Rey pelo viés da subjetividade. A tradicional ideia de saúde como ausência de sintomas já se havia tornado insustentável frente aos diversos avanços da tecnologia médica, bem como aos determinantes sanitários que afetavam diretamente a saúde das pessoas. Nesse contexto, González Rey (2004) defendia que o conceito de saúde deveria ser compreendido como um processo e não como um produto, entendendo que a saúde era “[...] um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis” (GONZÁLEZ REY, 2004, p. 1). Ademais, González Rey (2004, p. 2-3) percebe como necessária a contextualização da saúde na vida humana, alargando a compreensão de que:

[...] na saúde, combinam-se estreitamente fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais, sociais e psicológicos. A saúde é uma expressão plurideterminada e seu curso não se decide pela participação ativa do homem de forma unilateral. Esse é um dos elementos que intervêm no desenvolvimento do processo, pois muitos dos fatores da saúde são alheios ao esforço volitivo do homem.

Nessas ideias estavam lançadas as bases de um entendimento ampliado de saúde que incorporavam aspectos que estavam para além do individual, projetando o social como parte importante da constituição do conceito de saúde. Em

nossa opinião, o pensamento de González Rey, no tocante à saúde, aproxima-se aos constructos teóricos da saúde coletiva que se evidenciarão mais fortemente no Brasil na década de 1990. No entanto, há um aspecto caro à teoria de González Rey que se apresenta como elemento que distingue suas contribuições na saúde das pesquisas da saúde coletiva, que é a centralidade dos processos subjetivos do sujeito na constituição de um estado de saúde.

Em estudos recentes, González Rey (2011) vem consolidando a teoria da subjetividade como referencial basilar no desenvolvimento teórico frente às práticas médicas no contexto da saúde mental. Nesse sentido, acentua-se sua severa crítica à perspectiva causal e determinista das práticas psiquiátricas, que compreendem a patologia como uma entidade que reduz o sujeito à condição de vítima de um ente externo a ele, desconsiderando completamente os processos de configuração subjetiva advindos de complexos desdobramentos do modo de vida da pessoa. Para o autor, a perda da condição de sujeito frente à atuação dos médicos tem levado paulatinamente ao reforço de um contexto institucionalizado da terapia, no qual o paciente encontra-se sempre numa posição de refém em sua condição incompetente na relação com o médico. Com efeito, González Rey (2011) defende como imprescindível recuperar os aspectos subjetivos das doenças, articulando de modo contundente as dimensões culturais e sociais da saúde que haviam sido desconsideradas no modelo biomédico caracterizado por sua base epistemológica organicista e atomista. Assim, González Rey (2011) aponta para a relevância da emergência do sujeito nos processos terapêuticos sem o qual seria muito difícil uma mudança qualitativa nas práticas afeitas à saúde mental.

De forma propositiva, percebe-se que a emergência do sujeito no contexto da saúde mental alude aos aspectos educativos que podem contribuir significativamente aos quadros de recuperação do transtorno. Essa é uma das hipóteses que Goulart (2013) levanta no tocante a sua pesquisa que investigou os processos de alta nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Brasília e que toma como referencial teórico a teoria da subjetividade numa perspectiva cultural-histórica. Assim, Goulart (2013) percebe que as atividades realizadas no CAPS não enfatizam os objetivos emancipatórios reclamados pelo programa, fato que se apresenta como uma contradição aos anseios da reforma psiquiátrica brasileira. Diante disso, Goulart (2013, p. 30), ao pensar as contribuições da

epistemologia qualitativa, argumenta que o

[...] estudo da subjetividade emerge enquanto possibilidade teórica para pesquisas no contexto proposto, ao possibilitar a produção de inteligibilidades relacionadas às formas com que complexos processos humanos no âmbito da saúde mental são vivenciados cotidianamente e que não poderiam ser observados diretamente na cena empírica sem o favorecimento de recursos teóricos. Logicamente, pode-se estudar esses processos a partir de diversos vieses, tais como: a história, aspectos culturais compartilhados e os aspectos biológicos envolvidos. No entanto, pesquisar a subjetividade é precisamente buscar entender como essas mais diversas esferas se integram na vivência da pessoa, em sua produção simbólica e emocional no curso do seu desenvolvimento. Possibilita, nesse sentido, a articulação entre as dimensões da saúde e da educação na vivência de situações concretas em que essas dimensões estejam intensamente implicadas.

Visto isso, em nosso entendimento, uma nova via de se pensar a saúde é aberta pelos estudos da subjetividade numa perspectiva cultura-histórica e que poderiam ser acessados pela educação física. As pesquisas orientadas para a investigação da inserção da educação física na saúde mental, especificamente às que tematizam a reforma psiquiátrica brasileira, são raras. A saúde mental é certamente um campo descoberto e que demonstra uma perspectiva de trabalho de grande potencial na área. Isso foi percebido em Wachs e Fraga (2009) e Adib et. al. (2010) quando o trabalho da educação física foi materializado nos CAPS. Tais iniciativas sugerem uma continuidade de estudos que tomam o CAPS como lócus privilegiado para uma educação física que se pretende crítica quando subjaz uma política paradigmática no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira. De todo modo, compreendemos que o empreendimento do CAPS<sup>9</sup> solicita aos profissionais de saúde, envolvidos no programa, uma compreensão teórica de sua atuação em compasso com o paradigma da complexidade. Paulo Amarante, importante pesquisador da discussão da saúde mental no Brasil tem reclamado isso, senão vejamos:

Umberto Maturana, Ilya Prigogine, Isabele Stengers, Edgar Morin, Henri Atlan, para citar apenas alguns poucos, são exemplos de autores que, com frequência, nos auxiliam nas reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica, no desafio presente e fundamental de recolocar a dimensão das relações entre conhecimento e objeto.

---

9 O CAPS se constitui como desdobramento da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciada na década de 1970 (AMARANTE, 1994), que aponta para uma completa reestruturação do padrão de atendimento à saúde mental, revogando o modelo manicomial em prol de uma rede integral de assistência aos sujeitos que apresentam transtornos de ordem psíquica. O CAPS faz parte da rede de ações do SUS, política que desenvolve uma série de programas que reivindicam ao Estado o dever de ofertar à sociedade um serviço de saúde como direito constitucional.

Daí advém um outro conceito fundamental nesse processo, o de *complexidade*. Por exemplo, se adotamos a noção de complexidade para lidar com o conceito de doença, esta deixa de ser um objeto naturalizado, reduzido a uma alteração biológica ou de outra ordem simples, para tornar-se um processo *saúde/enfermidade*. (AMARANTE, 2009, p. 3, grifo do autor).

Não há dúvidas da aproximação heurística entre o conceito de saúde implícito no pensamento de Amarante (2009) e naquele que foi observado por nós em González Rey (2004), de maneira que, se aventarmos uma possibilidade de atuação profissional da educação física na saúde mental, em especial no CAPS, podemos antecipar algumas questões em torno da aproximação da educação física à teoria da subjetividade numa perspectiva cultura-histórica. Talvez, a principal questão seja a de tentar entender como se dá a contribuição desse profissional que, formado para a dinâmica do trabalho pedagógico, passa agora a participar de um projeto terapêutico em saúde que busca construir/consolidar um modelo reformista na dinâmica da reabilitação de sujeitos com transtornos mentais. Nessa teia complexa, em que se observa o professor de educação física, o trabalho interdisciplinar por meio de equipe multiprofissional e as diretrizes políticas que condicionam uma política pública, é fundamental sujeitar o fenômeno a um referencial teórico que o olhe em sua totalidade. Nesse sentido a observação de Mitjans Martínez (2005, p. 20), ao pensar as categorias subjetividade social e subjetividade individual da Teoria da Subjetividade de González Rey, é bastante pertinente:

As subjetividades social e individual constituem-se mutuamente. Não é possível considerar a subjetividade de um espaço social desvinculada da subjetividade dos indivíduos que a constituem; do mesmo modo, não é possível compreender a constituição da subjetividade individual sem considerar a subjetividade dos espaços sociais que contribuem para a sua produção.

Ao pensar a relação entre complexidade e subjetividade, a partir da Teoria da Subjetividade de González Rey, Mitjans Martínez (2005) confessa seus “incômodos” quando se depara com os dois termos incrustados no discurso recentemente usual entre psicólogos, educadores e especialistas das ciências sociais. Mitjans Martínez (2005) entende que boa parte da opção pelos termos – complexidade e subjetividade – muitas vezes estão calcados numa compreensão que permanece junto ao senso comum, geralmente circunscrevendo o discurso a um entendimento bastante superficial e distante da produção teórica que os sustenta, sendo este o argumento justificador de sua análise, a autora avança no coteja-



mento da Teoria da Subjetividade de González Rey e a Teoria da Complexidade de Morin.

Tais apontamentos reforçam a compreensão de que embora as teorias pós-modernas tenham avançado, o adensamento teórico no interior das diversas ciências humanas, que as usam como referencial, pouco tem reconhecido o seu valor epistêmico. Ao pensar os pontos de convergência entre a complexidade e a subjetividade, Mitjans Martínez (2005) favorece a compreensão de que a Teoria da Subjetividade de González Rey, mesmo orientada inicialmente aos estudos da psicologia, pode oferecer subsídios teórico-metodológicos que sustentem estudos entre todas as ciências humanas. Nesse sentido, pensar a subjetividade como esteio teórico às pesquisas em educação física que buscam compreender fenômenos complexos certamente legitimam cientificamente as produções alargando as tradições científicas da área, porém segundo outro paradigma.

A proposição da subjetividade como marco teórico dos estudos da educação física na saúde mental, por exemplo, encontra ressonância quando se observa quais os anseios presentes na qualificação da intervenção profissional da área nesse campo. A saúde mental integra um ponto teórico pouco explorado na educação física, que é a questão das emoções. Assim, se pensarmos a atuação do professor de Educação Física em relação à saúde mental, algumas construções de González Rey (2005a) afluem antecipadamente em apontamentos que contribuem do ponto de vista epistemológico para repensar o debate da educação física na saúde. É o caso, por exemplo, do conceito de sentido subjetivo, o qual estabelece relação com o processo de subjetivação. Para González Rey (2005c, p. 43-44) o sentido subjetivo se manifesta como

[...] a unidade dos aspectos simbólicos e emocionais que caracterizam as diversas delimitações culturais das práticas humanas em um nível subjetivo. Tais aspectos simbólicos e emocionais se integram recursivamente na delimitação do sentido subjetivo, no qual um evoca o outro sem que um seja a causa do outro.

Continuando, o autor esclarece que o sentido subjetivo revela uma possibilidade de perceber a realidade, por meio dessas complexas unidades simbólico-emocionais, na qual o contexto social e a história dos sujeitos são os elementos fundamentais em sua constituição.

Duas outras categorias da teoria de González Rey se mostram importantes no que diz respeito à fundamentação teórica. É o caso dos conceitos de subjetividade individual e subjetividade social. Sobre a primeira, o autor destaca que

[...] a subjetividade individual representa os processos e formas de organização subjetiva dos indivíduos concretos. Nela aparece a história única de cada um dos indivíduos, a qual, dentro de uma cultura, se constitui em suas relações pessoais. (GONZÁLEZ REY, 2005a, p. 241).

Acerca disso, o autor defende que é o sujeito que compreende a subjetividade individual quando este se relaciona de diversas formas com o contexto social por meio de diferentes práticas. Já a subjetividade social compreende

[...] uma produção simbólica e de sentido que constitui um nível diferente de organização ontológica da sociedade. Ela não é a reprodução dos complexos processos objetivos — infraestruturais —, de relação, de organização, etc., que caracterizam a sociedade e dentro dos quais eles são gerados, mas uma nova forma de constituição do tecido social em relação aos inúmeros aspectos objetivos que caracterizam a vida das pessoas nos diversos espaços da vida social, cuja articulação como sistema se dá precisamente nos sentidos e significados que circulam de forma simultânea nos espaços sociais e nos sujeitos que os constituem. (GONZÁLEZ REY, 2005a, p. 209).

A partir dessas considerações, a especificidade da subjetividade social está na geração de aspectos que deem visibilidade sobre as diferentes instituições e processos subjetivos da sociedade, os quais se constituem a partir das organizações políticas, econômicas e sociais (GONZÁLEZ REY, 2005a). Entender como ocorrem as complexas relações de sentido subjetivo no interior desses processos nas organizações é um objetivo recorrente da categoria subjetividade social. Nesse sentido, os

[...] atos do sujeito em um espaço social concreto estão contidos processos e consequências de outros espaços sociais que lhe afetam de forma simultânea. É essa trama de espaços sociais interligados, configurados na dimensão subjetiva de pessoas, grupos e instituições, o que define a subjetividade social (GONZÁLEZ REY, 2007, p. 167).

Assim, é interessante destacar o ganho de valor heurístico que a Teoria da Subjetividade de González Rey vem trazendo para psicologia e para as ciências aplicadas, uma vez que defendemos a subjetividade como eixo epistemológico das investigações em educação física. As categorias conceituais apresentadas, observa González Rey (2005a, p. 210), “não são úteis somente pelo que significam de forma direta, mas pelas consequências que a partir de seu uso se veem na investigação e nas práticas profissionais”. Portanto, tornam possível integralizar problemas que se apresentam na singularidade dos sujeitos, mas que também estão associados às questões complexas em função de múltiplos elementos sociais, flexíveis, portanto, aos interesses de outras ciências, que buscam outros objetos

de estudo. Isso por si só já torna tal aproximação – educação física e Teoria da Subjetividade – bastante auspiciosa.

O objeto de estudo de González Rey é a subjetividade. Herdada do pensamento vivo, aberto e contraditório de Vigotsky, o autor compreendeu que as diversas mudanças que acompanham o conceito de subjetividade pressupõem também mudanças do ponto de vista epistemológico e metodológico que, por sua vez, contribuem no sentido de desenvolver o conceito e desdobrar novas categorias. Dito de outra forma, a subjetividade numa perspectiva cultural-histórica, requer um novo pensar e fazer científico. Dito isso, podemos dizer que a Epistemologia Qualitativa, expressão teórico-metodológica da Teoria da Subjetividade numa perspectiva cultural-histórica, abre, de forma inovadora, um horizonte metodológico no âmbito da pesquisa qualitativa aos estudos nas ciências antropossociais e por consequência, na educação física.

Uma síntese possível na apresentação da Epistemologia Qualitativa pode ser assim destacada: a) a pesquisa pressupõe um caráter construtivo-interpretativo do conhecimento; b) a legitimação do singular como produção de conhecimento; c) o processo de comunicação e a dialogicidade como característica particular das ciências antropossociais.

Sobre o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, González Rey (2005d, p. 6) assim se expressa:

[...] desejamos enfatizar que o conhecimento é uma construção, uma produção humana, e não algo que está pronto para conhecer uma realidade ordenada de acordo com as categorias universais do conhecimento. Disso surgiu o conceito de “zona de sentido”, definido por nós como aqueles 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. Tal conceito tem, então, uma profunda significação epistemológica que confere valor ao conhecimento, não por sua correspondência linear ou imediata com o “real”, mas por sua capacidade de gerar campos de inteligibilidade que possibilitem tanto o surgimento de novas zonas de ação sobre a realidade, como de novos caminhos de trânsito dentro dela através de nossas representações teóricas.

Dessa forma, o conhecimento científico se dá pela sua capacidade de permanecer reativo à confrontação de novos pensamentos que se processam nas experiências com o empírico. Sobre esse princípio, o autor alerta para a necessária diferenciação entre os termos interpretação e construção, já que o primeiro implica o segundo. Embora o empírico seja um aspecto relevante na Epistemo-

logia Qualitativa, a ideia de construção, não se associa obrigatoriamente a um referencial empírico. Nesse sentido, a construção de uma categoria conceitual tem caráter especulativo, “a construção é um processo eminentemente teórico” (GONZÁLEZ REY, 2005d, p. 7). Logo, a Epistemologia Qualitativa oferece uma metodologia orientada pela busca de produção teórica sobre um determinado fenômeno ou, como prefere o autor, de modelos teóricos de inteligibilidade.

A valorização da característica teórica da pesquisa fundada na Epistemologia Qualitativa é fator preponderante para que se estabeleça a legitimação do singular como fonte de conhecimento científico. Esse relevante aspecto da Epistemologia Qualitativa representa uma severa inflexão sobre como a psicologia e as ciências antropológicas tradicionalmente legitimam a cientificidade do conhecimento, que hipervalorizam o procedimento técnico que “colhe” dados do empírico em detrimento à reflexão criativa do pesquisador. Registra-se que a lógica de “coletar dados” – expressão chavônica na ciência – merece uma análise crítica. Além disso, podemos redefini-la à luz da produção teórica nas ciências antropológicas:

[...] o dado, mais que uma expressão de respeito à realidade tal qual ela se apresenta, argumento que tem apoiado os autores positivistas a sustentarem a legitimidade do caráter científico da pesquisa, representa a primeira grande evidência de que qualquer aproximação à realidade é, inevitavelmente, uma expressão do conceito de realidade que precede e organiza tal aproximação. Portanto, fora a definição ontológica e epistemológica em que o conceito de dado definiu seu valor, não há nenhum sentido em continuar definindo a coleta de dados como uma etapa da pesquisa: em primeiro lugar, porque realmente os dados não se coletam, mas se produzem e, em segundo lugar, porque o dado é inseparável do processo de construção teórica no qual adquire legitimidade. (GONZÁLEZ REY, 2005d, p. 100).

Ao pensar nesses termos, González Rey (2005d) inverte o critério de legitimidade científica do nível empírico para o nível teórico, sendo este só possível caso a singularidade do trabalho do pesquisador se situe como núcleo da produção de conhecimento. O material empírico integra as ideias do pesquisador e são organizados num tecido metodológico com o qual o pesquisador se mantém protagonista no curso da pesquisa e nunca refém. A preservação desse processo é que dá legitimidade ao conhecimento produzido. Logo, o pesquisador está integrado intelectualmente na pesquisa e “a informação única que o caso singular nos reporta não tem outra via de legitimidade que não seja sua pertinência e seu aporte ao sistema teórico que está sendo produzido na pesquisa” (GONZÁLEZ

REY, 2005d, p. 12).

A negação do instrumentalismo na Epistemologia Qualitativa se evidencia pela comunicação e o dialógico como vias privilegiadas para se conhecer a subjetividade, tendo nelas o eixo metodológico particular nas ciências antropológicas. Porém, alguns apontamentos se tornam necessários no sentido de diferenciação de outras abordagens de pesquisa, que têm na comunicação o foco central para a construção de conhecimento. Nesse sentido, entendemos como obrigatória a leitura da seguinte passagem em González Rey (2005d, p. 14):

O lugar que atribuímos à comunicação como espaço primordial para a manifestação do sujeito crítico e criativo na pesquisa tem, de fato, um papel essencial para superar o que denominamos [...] Epistemologia da Resposta, a qual é, em realidade, uma reprodução, em termos epistemológicos, do princípio estímulo-resposta dominante durante toda a primeira metade do século XX na construção do pensamento psicológico. A metodologia, em sua concepção instrumental, apresentou-se como sequência de estímulos, seja pranchas, perguntas, sensações seja outros que, organizados em determinados procedimentos, procuravam a resposta do sujeito como unidade de informação essencial para a construção do conhecimento. **A Epistemologia Qualitativa procura subverter tal princípio e converter a produção do sujeito, o complexo tecido informacional que este produz por diferentes caminhos, no material privilegiado para construir o conhecimento, rompendo assim com um dos princípios mais arraigados do imaginário da pesquisa ocidental: o fato de compreender a pesquisa, em sua parte instrumental, como a aplicação de uma sequência de instrumentos, cujos resultados parciais serão a fonte do resultado final.** (GONZÁLEZ REY, 2005d, p. 14-15, grifo nosso).

A subversão reclamada pelo autor tem como principal princípio o completo distanciamento de qualquer tipo de apriorismo instrumental ou categorial no processo de produção da informação. Os sujeitos da pesquisa precisam estar – assim como o pesquisador – implicados em sua subjetividade no curso da pesquisa, tornando-se, portanto, não mais um “conjunto da amostra” mas sim efetivos colaboradores de pesquisa. Ademais, a lógica estímulo-resposta dos instrumentos padronizados denunciados na passagem acima também evidenciam a completa desconsideração dos elementos sociais constituidores do contexto metodológico, fato que a Epistemologia Qualitativa procura romper resignificando a definição de instrumento nos seguintes termos: a) o instrumento é um meio para provocar a expressão do sujeito; b) o instrumento é apenas uma fonte de informação que deve estar separada de qualquer categoria teórica pré-estabelecida; c) o instrumento precisa possuir articulação interna perfazendo um sistema integrado; d) o instrumento subjaz as expressões simbólicas e singulares

dos sujeitos; e) o instrumento precisa ter potencial de envolvimento emocional dos sujeitos, aspecto fundamental para a produção de sentido subjetivo; f) os instrumentos não possuem regras padronizadas de elaboração.

Finalmente, compreendemos que o pensamento de González Rey, que se expressa nos rumos que a ciência pode proceder à frente dos inúmeros fenômenos complexos, pode, certamente, concorrer de maneira revolucionária à produção de conhecimento científico na educação física, podendo ascender outra perspectiva de elaboração teórica, integrada ao paradigma da complexidade e de maneira mais pontual, situada a partir da emergência dos sujeitos das pesquisas – sejam eles pesquisadores ou colaboradores da investigação.

## 5 Considerações finais

A discussão que se seguiu ainda carece de estudos de pesquisa que promovam uma experiência concreta da Epistemologia Qualitativa na educação física no contexto da saúde. Talvez, por ser este um campo relativamente novo na educação física — o da saúde pública — seja possível colocar em perspectiva tal aproximação. Como vimos, há um corpo teórico-conceitual presente e consolidado na Teoria da Subjetividade de González Rey. Outro fator não menos importante é o de perceber que esse autor permanece extremamente produtivo atualmente, dando respostas aos seus próprios ensinamentos de que a ciência não é um bloco monolítico e inescrutável. A abertura de sua teoria, transcendendo os limites da psicologia, é talvez o maior exemplo de que a compreensão da subjetividade numa perspectiva cultural-histórica reside em aceitar a complexidade do mundo. Com efeito, a ciência, afeita às elaborações teóricas do ser humano possui sempre caráter processual. Quando percebemos a trajetória “recente” da educação física no debate científico, as ideias de González Rey nos alimentam de pensarmos uma prospectiva otimista frente ao enriquecimento epistemológico da área a partir da subjetividade.

Estamos certos de que a educação física ao pensar o corpo como seu objeto de conhecimento deve integrá-lo a uma abordagem sistêmica e complexa. Até então a área deu saltos significativos em compreender o corpo para além de sua perspectiva biológica e, também, vem cada vez mais amadurecendo sua compreensão segundo uma dimensão social, histórica e cultural. Talvez fosse o

momento de assimilar os estudos da subjetividade como forma de romper com a cara influência imposta pelo positivismo e pelo estruturalismo sociológico, reivindicando um fazer científico ciente da necessidade da emergência dos sujeitos implicados nas pesquisas – aspecto que a educação física em seus estudos tem escanteado. Portanto, entendemos que a assunção da subjetividade nos processos de investigação científica é uma condição *sine qua non* para a compreensão da complexidade humana. Parafraseando Edgar Morin: precisamos cada vez mais nos preocupar em ocultar cada vez menos a complexidade do real.

## Referências

ADIB, L. T. et al. Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um centro de atenção psicossocial de Porto Alegre. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 1-15, maio/agosto 2010.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Caderno brasileiro de saúde mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-7, janeiro/julho 2009. Disponível em: <[http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04\\_Paulo\\_Amarante.pdf](http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04_Paulo_Amarante.pdf)>. Acesso em: 20 jan.2014.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Os sentidos da saúde e a educação física: apontamentos preliminares. **Revista arquivos em movimento**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 65-74, janeiro/junho 2005.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BRACHT, V. **Educação física e ciência: cenas de um casamento (in)feliz**. Ijuí, RS: Unijuí, 2007

BRACHT, V.; ALMEIDA, F. Q. Emancipação e diferença na educação: uma leitura com Bauman. Campinas: Atores associados, 2006.

CARVALHO, Y. M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Revista brasileira de ciências do esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 9-21, janeiro 2001.

CARVALHO, Y. M. **O “mito” da atividade física e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

CARVALHO, Y. M. Entre o biológico e o social: tensões no debate teórico acerca da saúde na educação física. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 17, n. 24, p. 97-105, junho 2005.

CARVALHO, Y. M. Saúde, sociedade e vida: um olhar da educação física. **Revista brasileira de ciências do esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 153-168, maio 2006.

- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- CZERESNIA, D. **Categoria vida: reflexões para uma nova biologia**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- DAMICO, J. G. S.; KNUTH, A. G. O des(encontro) das práticas corporais e atividade física: hibridizações e borrarmentos no campo da saúde. **Movimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 329-350, janeiro/março 2014.
- DAOLIO, J. **Educação física brasileira: autores e atores da década de 1980**. Campinas: Papirus, 1998.
- FENSTERSEIFER, P. **A educação física na crise da modernidade**. Ijuí, RS: Unijuí, 2001.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FRAGA, A. B. Anatomias emergentes e o bug muscular: pedagogias do corpo no limiar do século XXI. In: SOARES, C. L. (Org.). **Corpo e história**. Campinas: Autores Associados, 2001. p. 61-78.
- GONÇALVES, A. Saúde e América Latina: contribuições conceituais e metodológicas. **Revista brasileira de ciências do esporte**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 59-72, setembro 1989.
- GONZÁLEZ REY, F. **Epistemología cualitativa y subjetividad**. Havana: Pueblo y Educación, 1997.
- GONZÁLEZ REY, F. **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo: Thomson, 2004.
- GONZÁLEZ REY, F. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson, 2005a.
- GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson, 2005b.
- GONZÁLEZ REY, F. O valor heurístico da subjetividade na investigação pedagógica. In: GONZÁLEZ REY, F. (Org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo: Thomson, 2005c. p. 27-51.
- GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Thomson, 2005d.
- GONZÁLEZ REY, F. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.
- GONZÁLEZ REY, F. **O social na psicologia e a psicologia no social: a emergência do sujeito**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012a.
- GONZÁLEZ REY, F. **O pensamento de Vigotsky: contradições, desdobramentos e desenvolvimento**. São Paulo: Hucitec, 2012b.



GOULART, D. M. Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. **Revista científica Guillermo de Ockham**, Cali/Colômbia, v. 11, n. 1, p. 21-33, janeiro/julho 2013.

MEDINA, J. P. S. **A educação física cuida do corpo... e “mente”**. Campinas: Papirus, 1983.

MITJÁNS MARTÍNEZ, A. A teoria da subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia. In: GONZÁLEZ REY, F. (Org.) **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo: Thomson, 2005. p. 1-25.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. **Revista paulista de educação física**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 97-106, janeiro/junho 2000.

PALMA, A. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Revista brasileira de ciências do esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 23-39, janeiro 2001.

PALMA, A. et al. Reflexões acerca da adesão aos exercícios físicos: comportamento de risco ou vulnerabilidades? **Revista movimento**, Porto Alegre, v. 10, n. 21, p. 83-100, setembro/dezembro 2003.

PIGNARRE, P. **O que é o medicamento?: um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Editora 34, 1999.

SOARES, C. L. **Educação física: raízes europeias e Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2007.

WACHS, F.; FRAGA, A. B. Educação física em centros de atenção psicossocial. **Revista brasileira de ciências do esporte**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 93-107, setembro 2009.



# OS SENTIDOS SUBJETIVOS CONFIGURADOS NA EXPERIÊNCIA DO CÂNCER: UM ESTUDO DE CASO

Prof. Dra. Valéria D. Mori <sup>1</sup>

## 1 Introdução

Nesse capítulo, propomos a discussão da saúde como processo subjetivado, que implica tanto processos individuais quanto processos sociais na sua gênese, e a sua organização em processos de sentido subjetivo. A definição de subjetividade, apresentada neste estudo, baseia-se nos trabalhos de González Rey (1999) a partir do enfoque histórico-cultural: a subjetividade é um sistema complexo em que o social e o individual se constituem mutuamente sem que um se esgote no outro (GONZÁLEZ REY, 1999).

A proposta de pensar saúde como processo subjetivo significa reconhecer sua plurideterminação assim como reconhecer a produção das pessoas na experiência da saúde e doença. Muitas vezes falar de câncer implica objetivar a doença como determinante da condição da pessoa como se ela não tivesse condições subjetivas de se posicionar no processo que está em curso; invisibilizando os diferentes sentidos que são produzidos nesse contexto. Os sentidos subjetivos que se configuram nesse percurso não representam uma expressão pontual da pessoa, mas uma produção humana constituída socialmente e individualmente. Nesse aspecto, pensamos ser importante seu reconhecimento, pois possibilitam compreender de maneira mais complexa a organização dos processos de saúde e doença.

## 2 Sentidos subjetivos: sua configuração nos processos da subjetividade humana

A definição de subjetividade proposta por González Rey (1997, 1999) não

---

1 Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

significa que ela seja inerente à pessoa, mas à organização processual e sistêmica, integrando diferentes processos que se configuram na experiência da pessoa: individual/social, cognitivo/afetivo; consciente/inconsciente, etc. A subjetividade se define pela natureza dos seus processos, ou seja, a complexa relação do histórico e do atual que constituem os diferentes momentos do homem e do social assim como na forma que adquirem sentido e significado a partir dessa relação. Referimo-nos ao histórico e ao atual como dois momentos que se organizam na experiência da pessoa, por meio dos diferentes elementos que os integram. O que significa dizer que o momento atual é tensionado pelas diferentes experiências da pessoa ao longo do tempo, assim como é importante nas novas produções de sentido organizadas na história da pessoa.

O sentido subjetivo é uma categoria desenvolvida por González Rey (2003) para compreender a forma como a subjetividade se organiza como processo. Essa definição representa a categoria central da teoria da subjetividade, pois a partir dela podemos compreender como diferentes processos, sociais e individuais, são configurados na experiência da pessoa. Os sentidos subjetivos organizam-se em espaços simbólicos, em razão disso o autor preocupa-se em especificar a relação entre o individual e o social na sua organização:

Os sentidos subjetivos são produções que têm lugar no curso na vida social e da cultura, mas não estão determinados nem por uma nem pela outra, não são um reflexo desses múltiplos processos, senão uma nova produção que os especifica em seus efeitos para quem os vive (GONZÁLEZ REY, 2010, p. 12).

Nosso foco nesse trabalho é discutir os sentidos subjetivos produzidos na experiência do câncer, e compreender como esses sentidos são produzidos a partir de uma experiência vivida na cultura e suas implicações tanto individuais como sociais. Ainda que sejam produções da pessoa, os sentidos subjetivos expressam a complexa organização e produção dos espaços sociais, pois a as produções individuais nos permitem, também, compreender como o social se configura. Não afirmamos com isso que o individual seja um reflexo do social, mas a partir dos efeitos gerados na pessoa na sua relação com o mundo temos indicadores de diferentes práticas produzidas socialmente. Os sentidos subjetivos são a expressão dos aspectos subjetivados da experiência vivida em que estão organizadas as dimensões simbólicas das práticas humanas (GONZÁLEZ REY, 2009).

A categoria sentido subjetivo rompe com a ideia de determinação linear

do social em relação aos processos individuais, pois sua organização define-se pela forma com que a pessoa qualifica sua experiência no mundo a partir de processos emocionais e simbólicos que delimitam essa experiência. Nenhuma experiência é boa ou má, *a priori*, mas depende da maneira como é configurada pela pessoa na sua vida. Com relação ao câncer, várias representações e crenças fazem parte do imaginário social, o que não significa que sejam subjetivadas da mesma maneira por todos os pacientes com câncer. Ou seja, a produção de sentidos subjetivos é singular e organizada pela pessoa em uma experiência vivida que é alimentada por sua história e o seu momento atual de vida.

Diferentes sentidos subjetivos podem organizar-se num sistema em relação à determinada área de experiência da pessoa, González Rey (2004) define esse processo como configuração subjetiva. As configurações subjetivas não se definem por conteúdos universais em relação aos processos psicológicos, são núcleos dinâmicos de sentido subjetivo que procedem de diferentes experiências da vida de uma pessoa. As configurações subjetivas são responsáveis pelas formas de organização da subjetividade individual como sistema, e elas são relativamente estáveis, no entanto, participam de toda nova produção de sentido subjetivo nas diferentes atividades da pessoa ou grupo social (GONZÁLEZ REY, 2005). As configurações subjetivas não são determinantes dos diferentes momentos de ação das pessoas, pois os sentidos subjetivos que emergem da tensão entre o atual e o histórico e as influenciam têm características complexas impossíveis de serem determinadas fora dos processos subjetivos que se organizam ao longo do tempo.

Desse modo, as configurações subjetivas não são vistas como causas do comportamento, mas como sistema complexo que é fonte de sentidos subjetivos para qualquer atividade humana (GONZÁLEZ REY, 2007). Um paciente com câncer, por exemplo, ao lidar com o processo de adoecimento, não o faz de forma neutra por nunca haver passado por essa experiência, mas os processos subjetivos envolvidos nessa experiência se organizam de maneira diferenciada não pelo momento atual da pessoa, mas também pelas diferentes representações, crenças e emoções que se organizaram em outras áreas da sua vida e se articulam com o momento do adoecimento em processos de sentido subjetivo que modificam ou não as configurações subjetivas da pessoa.

A categoria configuração subjetiva tem caráter sistêmico e permite compreender as diferentes expressões do sujeito, em qualquer atividade particular, como uma manifestação da subjetividade individual em seu conjunto, que por sua vez, tomará formas diferentes

em dependência do contexto da subjetividade social no qual a atividade do sujeito ocorre (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 137).

Desse modo, refletir sobre o tema da saúde como processo subjetivado possibilita a articulação de diferentes registros de organização do fenômeno humano. Assumir a teoria da subjetividade como ferramenta teórica nos permite, nesse aspecto, representar a psique em uma perspectiva histórico-cultural como realidade complexa (MITJÁNS, 2005). Por outro lado, nos permite avançar em uma compreensão dos processos de saúde e doença como processos configurados de maneira plurideterminada, além de visão reducionista dos processos somáticos, integrando tanto aspectos individuais como sociais na sua gênese.

### 3 Método

Para realizarmos o estudo de caso do presente trabalho, utilizamos o método construtivo interpretativo proposto por González Rey (1997). Uma das preocupações do autor, ao refletir sobre os processos de análise das informações de uma pesquisa, é a epistemologia que subjaz aos processos interpretativos. O autor salienta a necessidade de se especificar o qualitativo no campo epistemológico — preocupação de diferentes autores (PIRES, 2008; GROULX, 2008; LAPARRIÈRE, 2008) — que ainda não encontrou posição explícita nas ciências sociais, que é um dos seus objetivos na sua proposta metodológica. O método construtivo interpretativo é uma tentativa de produzir conhecimento que permita a criação teórica “acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana” (GONZÁLEZ REY, 1999, p. 35).

Em relação ao anterior, os processos subjetivos se organizam de maneira complexa, e o seu estudo com base em epistemologia qualitativa não permite a predição, descrição e o controle (GONZÁLEZ REY, 2002), pois a realidade não é linear e determinada. Temos imprevisibilidade, interpenetração, desordem, que se desdobram em diferentes momentos impossíveis de serem mensurados em parâmetros estáticos e sob controle (MORIN, 2007; SANTOS, 2007). Da mesma maneira, o conhecimento não é apenas condicionado, determinado e produzido, recursivamente ele é condicionante, determinante e produtor e está ligado à cultura, ao social e à prática histórica (MORIN, 2007).

Esta proposta apoia-se em três princípios (GONZÁLEZ REY, 1999), conforme se segue:

1. O conhecimento é produção construtivo-interpretativa, ou seja, “o conhecimento é uma construção, uma produção humana” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 6). O papel do investigador nesse processo é o de alguém que pensa e produz conhecimento no confronto das suas ideias com o momento empírico em que a teoria não está pronta, mas se constrói em permanente tensão com o momento empírico. Assim, a interpretação não se organiza com base em categorias universais para dar conta dos processos que aparecem no curso da investigação. A interpretação é uma construção do pesquisador, em que a teoria é um instrumento do investigador no processo interpretativo, que atua como “marco de referência que mediatiza o curso das construções teóricas do investigador sobre o objeto” (GONZÁLEZ REY, 1999, p. 38). A pesquisa nesse modelo não esgota o problema, mas gera novas zonas de sentido (representa uma forma de inteligibilidade sobre a realidade que se produz na pesquisa e não esgota a questão, mas abre possibilidades para diferentes aprofundamentos na construção teórica), abre novas possibilidades para construção teórica com relação ao problema abordado, passa-se de lógica da resposta para lógica da construção.

2. A produção de conhecimento tem caráter interativo, “a pesquisa é um processo de comunicação, um processo dialógico” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 13). Saímos de modelo que busca resposta enquadrando a expressão do sujeito em limites fechados, que empobrece sua expressão para a relação com o sujeito em um sistema conversacional, que permita a ele se envolver no processo dialógico e se expressar livremente (GONZÁLEZ REY, 2005). A comunicação é via de construção de conhecimento, pois por meio dela, a pessoa se expressa, implicando-se no processo da pesquisa e possibilitando o aparecimento de diferentes processos de sentido subjetivo que caracterizam a expressão desse sujeito. Com isso não queremos afirmar que conheceremos diretamente os sentidos subjetivos organizados na produção da pessoa, mas que eles irão emergir por vias indiretas durante o processo dialógico.

3. O conhecimento não se legitima pela quantidade de sujeitos pesquisados, mas pela qualidade de sua expressão, sobre a qual é desenvolvido o modelo teórico e os significados produzidos no curso da pesquisa. A pessoa na sua constituição subjetiva é única, assim como a qualidade de sua expressão, pois as diferentes configurações subjetivas singulares nos permitem desenvolver uma representação abrangente dos sentidos subjetivos que se organizam em relação a

um determinado problema, por meio da qual podemos estudar a dimensão subjetiva desse problema (GONZÁLEZ REY, 1997). Desse modo, saímos de investigação que vê a pessoa como entidade objetivada para outra, que a percebe numa relação de recursividade entre social e individual produzindo emocionalidade diferenciada, de acordo com o momento de sua experiência.

O conhecimento se constrói ao longo do processo, as informações não têm versão final da realidade em si, mas constituem a fonte para o processo de produção de conhecimento. A produção de informação não está associada à significação estatística, mas à qualidade da interação pesquisador-sujeito, que permite a constituição do espaço relacional como cenário de pesquisa com base nas necessidades das pessoas envolvidas nele.

#### **4 O processo de construção de informação**

O pesquisador se posiciona constantemente em relação ao momento empírico, sem que pretenda chegar a verdades universais ou encontrar categorias estabelecidas *a priori* no processo. Isso se dá com o desenvolvimento permanente de suas ideias, movido pela tensão entre o momento empírico e sua produção intelectual, que se organizam em sistema de significações que não são evidentes, explicitamente, nos processos pesquisados (GONZÁLEZ REY, 2005).

As interpretações do pesquisador organizam-se em indicadores (GONZÁLEZ REY, 1997) que se expressam em categorias produzidas na construção de informação, e permitem geração de hipóteses sobre o problema estudado. Os indicadores se constituem de forma explicativa, o que significa que são construções para dar sentido ao não observável (GONZÁLEZ REY, 1997), rompendo com a ideia de construção como relação isomórfica com a realidade. Assim, por exemplo, ao dizer que uma pessoa tem ou não autoestima, não significa nada em termos pessoais, pois essa categoria está associada com diferentes sentidos subjetivos que se organizam na experiência da pessoa em diferentes contextos e que não aparecem na forma de uma característica estática da pessoa.

#### **5 Instrumentos**

Os instrumentos da pesquisa qualitativa são um meio para que o sujeito



possa expressar-se, “estimulando a produção de tecidos de informação, e não de respostas pontuais” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 43). O instrumento não é uma fonte de dados, mas é uma fonte de informação que toma forma nas informações produzidas pelo sujeito estudado (GONZÁLEZ REY, 1999). Os instrumentos são indutores de informações relevantes para os sujeitos participantes da pesquisa. Isso não significa que encontramos no instrumento, linearmente, as diferentes produções de sentido das pessoas, mas indicadores de sentido subjetivo que podem se constituir em hipóteses. Como bem coloca González Rey, (2005, p. 48) “Cada instrumento representa uma situação de sentido distinta, a partir da qual o sujeito estudado se posicionará, o que contribui para estimular o compromisso com a expressão de sentidos subjetivos.”

A pesquisa é processo que não se esgota em único instrumento, mas diferentes instrumentos possibilitam expressão diferenciada em momentos diferentes do cenário de pesquisa. Os instrumentos podem ser de expressão oral ou escrita, em grupo ou individual, dependem das necessidades do pesquisador, para que se eleja qual deles se adapta melhor às necessidades no momento. Nessa pesquisa, optamos pela dinâmica conversacional e o completamento de frases.

## 6 Dinâmica conversacional

A conversação se constitui pelo envolvimento dos participantes no processo de comunicação, facilitando a expressão individual sobre temas que são relevantes para essas pessoas. O sistema conversacional permite diálogo e o pesquisador desloca-se do lugar das perguntas para integrar-se na dinâmica de conversação (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 45). Os processos de comunicação são importantes vias de produção de informação em espaços relacionais.

A entrevista e a conversação diferem pela natureza dos seus processos. A primeira tem caráter instrumental em si, pois o pesquisador parte de questões feitas *a priori*, e o espaço de diálogo se centra nas respostas dadas pelos participantes, não pela qualidade da conversação, pois a implicação do pesquisador se limita à instrumentalização, que não envolve sua interação como participante do processo subjetivo que se inicia. A conversação caracteriza-se pela processualidade da relação pesquisador sujeito, “apresenta uma aproximação do outro em sua condição de sujeito e persegue sua expressão livre e aberta” (GONZÁLEZ

REY, 2005, p. 49), e, de forma gradual, possibilita o envolvimento dos participantes, facilitando o aparecimento de sentidos subjetivos diferenciados no processo:

A investigação se converte assim em campo de relações, que o sujeito legitima como próprio na medida em que se estende na expressão de suas necessidades e desenvolve novas necessidades dentro dele, nas relações que progressivamente se constituem no desenvolvimento da investigação (GONZÁLEZ REY, 1999, p. 89).

## 7 Completamento de frases

O completamento de frases é um instrumento composto por uma quantidade de frases incompletas, que deve ser preenchido pelo participante. As frases incompletas são indutoras de informação, que podem referir-se a atividades, a experiências ou a pessoas sobre as quais os sujeitos se expressam intencionalmente (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 57). O completamento de frases é mais uma ferramenta para a produção de informações, não representando um fim em si. As hipóteses que daí derivam se reafirmam por meio de informações provenientes de outros instrumentos, escritos ou não.

No presente capítulo, apresentamos o caso de Silvia, jovem de 26 anos, trabalha como atendente em uma empresa da cidade. Descobriu que tinha câncer com 24 anos. Teve uma recidiva e hoje está bem e em processo de alta. Além do seu trabalho como atendente é bordadeira. Silvia participa de um grupo terapêutico em uma instituição de atendimento ambulatorial a pacientes com câncer.

## 8 Análise e construção de informação

*Bom, na hora é uma bomba né? É devastadora a notícia, porque você não está preparada, mesmo no meu caso, eu tive casos na família, até óbito, mesmo assim, na hora que você recebe até o momento que eu cheguei na oncologia, aquela conversa que eu tive com a médica, eu sai preparada para o tratamento, para qualquer coisa que pudesse acontecer. Nossa, o médico começou a contar histórias, até que eu falei “doutor sem arroudeios, por favor”; eu acho que ele tava tentando me preparar mas eu falei doutor pode falar, até porque eu já sabia, então ele falou. Mas foram 24 horas horríveis, até eu chegar na oncologia, que foi com a doutora L, quando a gente conversou, minha primeira consulta com ela durou 2 horas e meia, então quando eu sai de lá eu já conseguia encarar o tratamento, ver que aquilo*

*ali não era um ponto final como a maioria das pessoas pensam ou a gente mesmo quando a gente descobre, saí mais tranquila, já aceitava mais a situação.*

É interessante notar a produção de sentido subjetivo de Silvia em relação ao diagnóstico. Ela sente o impacto da notícia, mas não se esquivava de ouvir o que o médico tem a dizer e pede que ele seja direto. Ainda que muitos pacientes já tenham uma representação do câncer, experienciar o adoecimento é doloroso. Silvia vivencia diferentes emoções em relação ao câncer que poderiam ter se tornado sentidos subjetivos dominantes nesse processo; o que não aconteceu como veremos nos diferentes momentos conversacionais que tivemos.

Ressaltamos o papel do médico no momento do diagnóstico, Farr (1995) explicita a importância de o médico informar ao paciente os diferentes aspectos do adoecimento para que o paciente possa representar a doença e seus desdobramentos para ele. Nesse trecho do relato de Silvia, temos indicador do valor da informação da médica para ela pelo impacto nos processos de sentido subjetivo de Silvia. Depois de uma consulta longa, Silvia fica mais tranquila e nos conta que percebe que o câncer não é um ponto final.

Destacamos, nesse sentido, um aspecto central na produção subjetiva da doença, pois a informação que a médica lhe dá, mesmo sendo uma informação objetiva sobre os aspectos físicos do câncer, permite-lhe organizar seu campo representacional, eliminar as incertezas e começar a ver o processo de adoecimento e a própria doença em outros termos que lhe permitem seguir adiante.

Mais uma vez nos deparamos com o tema da morte relacionada ao câncer. Percebemos que o “ponto final” para Silvia é um indicador do significado do câncer na nossa sociedade. No caso de Silvia, o impacto dessa representação do câncer se organiza a partir de outros processos da subjetividade social, como por exemplo, os sentidos subjetivos gerados a partir do apoio que ela teve da médica, que a auxiliaram a lidar com essa representação. No nosso trabalho em uma instituição de apoio a pacientes com câncer, pudemos conhecer o trabalho da médica L. A Dra. L invariavelmente passa mais de duas horas com seus pacientes na consulta inicial, mesmo que eles sejam provenientes de convênios e não paguem o valor da consulta particular.

O trabalho que a Dra. L desenvolve com seus pacientes é muito valioso, uma vez que ela trabalha com a dimensão da vida e para ela o adoecimento é um dos aspectos da vida das pessoas. Quando o paciente com câncer encontra

um médico que tem tempo para lhe explicar o processo de adoecimento e os diferentes momentos pessoais que estão envolvidos, o ele pode ser favorecido a se posicionar de outra maneira em relação à própria saúde. Com relação à Silvia, notamos que esse espaço que ela teve e tem para discutir com a médica é muito positivo, e somado a outros processos de subjetivação individuais auxiliaram-na a gerar sentidos subjetivos diferenciados em relação ao câncer e a si mesma; ou seja, enfrentar o tratamento e suas consequências. O valor da médica para Silvia revela-se em outros momentos do seu diálogo:

*Porque quando eu recebi a notícia eu fiquei desesperada. Eu não sabia... É um tratamento que a gente sabe que é caríssimo, que a gente jamais teria condições né? E Deus foi abrindo todas as portas né? Primeiro foi o plano de saúde, depois foi a Doutora L., que foi decisiva sabe? Porque eu não me imaginaria fazendo o tratamento com outro médico que não ela, sabe? A maneira como ela trata a gente, como ela trata todos os pacientes, porque não foi só comigo, eu vejo com outros pacientes que a gente conversa, assim, foi uma mãe pra mim né? Então...[...]E o pessoal de lá (ela está falando da clínica em que a Dra. L trabalha) é muito, muito, muito atencioso. A maneira como eles te tratam, com o maior carinho. Todo mundo sabe? Todo mundo, todo mundo... Desde o pessoal da limpeza até a ela. É diferente, a gente não tá acostumado a chegar numa clínica, num hospital de ser tratado daquela maneira. Só aquilo ali pra gente já é um ânimo a mais.*

No caso de Silvia, é interessante que a médica tem um valor subjetivo importante pela qualidade do diálogo que estabelece com a paciente e a auxilia a compreender a própria doença e como ela se organiza. Nesse trecho, temos indicadores de sentidos subjetivos configurados ao redor da doença, tais como, esperança, confiança, segurança, tranquilidade, bem-estar que expressam uma produção subjetiva desenvolvida no vínculo com a Dra. L. e no espaço institucional da clínica. A médica e a instituição passam a fazer parte das configurações de sentido subjetivo do adoecimento. Assim, ressaltamos a importância dos processos sociais na configuração da doença, pois ela (a doença) não se organiza em termos individuais unicamente, mas relaciona-se com aspectos sociais que têm impacto importante na vida das pessoas.

Os processos de comunicação são muito importantes nas relações humanas, pois por meio deles compartilhamos espaços de relação com os outros e

expressamos diferentes necessidades que organizamos a partir da nossa vivência. “A comunicação implica a criação de novas necessidades e representações dentro do espaço interativo dos sujeitos que dela participam, espaço que chega a ter uma expressão permanente na configuração subjetiva resultante de cada relação humana estável e significativa” (GONZÁLEZ REY, 1995, p. 6). O espaço de diálogo que a médica estabelece com Silvia é importante para que ela possa representar o seu processo de adoecimento dentro de um marco diferente daquele que é compartilhado na subjetividade social.

No completamento de frases, Silvia não escreveu sobre todos os indutores, mas quando fomos conversando sobre cada trecho do completamento, que não foi preenchido, ela fez reflexões que são indicadores do seu posicionamento ativo com relação à vida e ao adoecimento:

*Atualmente eu estou muito bem graças a Deus, alegre, feliz...*

*Quando tenho dúvidas sei lá, a gente tem tantas dúvidas às vezes...*

*Eu procuro me informar, saber sobre o assunto, sobre o que eu tenho dúvida, procurar alguém que fale sobre né?...*

*Eu pergunto então o que ela fez quando soube que tinha câncer:*

*Eu comecei a procurar tudo que diz respeito ao câncer e principalmente ao linfoma né? Procurava saber em sites, revistas, livros, porque tem livros né? Na clínica por exemplo né? Por que lá tem, em todos os blocos tem falando sobre o câncer, sobre o tratamento, sobre as reações que a gente sente após a quimio, tudo né? Então, o que eu achava na minha frente, o que alguém pegava e trazia também, conversei também com... Esqueci... Hematologista!*

*Esperam que eu não sei, até porque é assim, eu sou do tipo: eu faço o que eu quero e o que eu gosto. Não faço o que alguém espera que eu faça ou fazer para agradar especificamente alguém. Eu fazendo, eu me sentindo bem, tá ótimo. Então eu não sei o que esperam de mim, esperam, talvez, provavelmente. Não sei, dependendo eu posso até né;*

*Luto pela vida. Cada dia. (risos). Porque eu preciso né? Lógico, todos nós precisamos, mas independente do fato, do que aconteceu, lógico isso pra mim é mais... Pelo menos eu vejo dessa maneira que outras pessoas podem não ver né?*

Nos trechos acima, vemos que a doença para Silvia não a paralisou, nem

a impediu de procurar entender o que é o câncer, o que a auxilia a produzir novos sentidos subjetivos na representação da doença. A produção de novas representações é importante no caso de pacientes com câncer, pois muitas vezes o desconhecimento da própria doença e o impacto das representações dominantes fazem com que a pessoa se veja sem recursos diante do impacto do diagnóstico.

Ainda nas frases acima, evidencia-se o valor da vida para Silvia assim como seu próprio valor como pessoa que decide e escolhe aquilo que é favorável nesse momento. Significa dizer que Silvia se posiciona a partir das suas necessidades e o outro não perde seu valor, mas a sua relação com o outro pauta-se pelas suas necessidades e sentidos subjetivos que surgem nessa relação.

Em outro momento, Silvia nos fala da família e dos amigos depois do diagnóstico:

*Eu sou uma pessoa que não gosta muito de ficar fechada, parada e primeiro foi isso, já não podia sair, não podia fazer nada, isso é horrível, horrível, horrível, ou você tem um psicológico muito bom ou então você pira de vez. Você está acostumada a sair todo dia a ver pessoas diferentes e de repente você para, você não pode fazer nada e o que você vai fazer ainda é assim, nem sair na rua eu não podia as vezes. É a imunidade fica muito baixa, às vezes uma coisinha simples que você é acostumada a fazer e não pode, então é difícil.*

Nesse trecho, temos a expressão diferente de um indicador que destacamos no início da construção de informação que diz respeito ao seu posicionamento frente ao adoecimento. Silvia nos fala sobre o forte impacto sobre a sua forma de viver que é parte de sua identidade. Os sentidos subjetivos que são produzidos em razão dessa mudança evidenciam-se quando Silvia nos fala da dificuldade de lidar com esse novo aspecto da sua vida. Silvia está acostumada a sair, e, de repente, vê-se privada dessa oportunidade, ou seja, os sentidos subjetivos que produz perpassam a configuração da sua identidade. Ainda que esses novos sentidos tenham impacto na sua configuração de identidade, o posicionamento ativo de Silvia em relação ao adoecimento não é afetado negativamente pela dificuldade de estar com os amigos, ela sente o impacto, mas continua a ser sujeito da doença. E continua nos contando sobre os amigos:

*Ah os amigos... É engraçado porque quando eu tava em casa, nossa eu tinha pavor de telefone porque quando a gente faz quimio a gente se irrita muito facilmente, e o telefone não parava, era direto, direto, direto e visita direto, direto*

*inclusive a minha mãe, a gente é do Maranhão, a gente é de lá, e na hora que ela soube ela veio, ai ela falou assim, que ela não sabia que eu era tão querida, que eu tinha tantos amigos.*

*Porque tipo assim, todo mundo passou a viver, principalmente na família, em função desse tratamento. A minha mãe largou tudo lá no Maranhão, veio pra cá, ficou aqui, durante todo o tempo que eu tinha que fazer o tratamento ela ficou aqui. A minha irmã ficou um monte de dias sem trabalhar porque não tinha quem ficasse comigo no hospital; meu outro irmão veio do Maranhão também pra cá. A família principalmente... Nossa... É fundamental. Saber que tem alguém ali que te apoia em tudo, em tudo que você precisar a qualquer hora é... É muito importante.*

A família e os amigos aparecem diretamente na conversação que temos, mas isso não significa que os sentidos subjetivos que se produzem nessas relações se esgotem na sua expressão direta. O que significa dizer que a expressão direta “é um momento possível de sentido que adquire significação em relação com outros momentos e formas de expressão do sujeito ou dos espaços sociais estudados que podem estar muito distantes do que estamos estudando” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 126).

Nesse trecho temos um indicador da importância da família e dos amigos na configuração da doença. O que é importante não é apenas o apoio, mas a forma de viver e vivenciar esse apoio. Silvia tem objetivamente o apoio da sua família, mas ela é capaz de produzir subjetivação dessa forma de apoio. O fato de um paciente com câncer ter familiares ou amigos que o apoiem não necessariamente o leva a processos de subjetivação que lhe permitem posicionar-se ativamente. Os sentidos subjetivos produzidos pelo paciente nesse espaço de relação é que permitem que a pessoa se veja de uma maneira ou outra. No completamento, temos também outros indicadores da configuração da doença. Como dito anteriormente, Silvia não completou todas as frases que lhe foram entregues, mas quando algum trecho a levava a alguma reflexão sobre seus amigos e família, ela completava as frases escrevendo:

*Eu gosto de sair e conversar com meus amigos.*

*Minha família tudo*

*Meus amigos importantíssimos.*

*Amo minha família e amigos.*

*Quando estou sozinha fico muito triste.*

Nesse trecho, temos indicadores da sua persistência, dos seus interesses e desejos, a doença não é considerada impossível de lidar, pois Silvia está viva, aberta e é capaz de expressar seus interesses. Relacionando o completamento com os trechos de informação anteriores, temos indicadores do valor dos amigos e da família, mas valor que está condicionado ao posicionamento de Silvia como sujeito nesses relacionamentos. Os amigos são importantes, mas desde que ela se sinta bem nesses relacionamentos. Reitero essa discussão, pois muitas vezes, em relação ao câncer, a pessoa é representada como alguém que perde sua identidade e é vista a partir do adoecimento. Temos, no caso de Silvia, um sentido subjetivo associado ao vínculo com as pessoas com quem ela se organiza e no seu valor como pessoa. Esse sentido subjetivo é alimentado, também, pelas diferentes representações que Silvia tem do câncer, pois não o vê como processo que a limita e a faz perder o valor.

## **9 Considerações finais**

Nesse estudo de caso, destacamos a importância da articulação dos processos de subjetivação individual e social além de uma visão dicotômica. Os processos sociais e individuais se constituem mutuamente na experiência do câncer, pois a saúde e a doença são subjetivados também a partir de diferentes práticas sociais que têm diferentes desdobramentos para as pessoas. Da mesma maneira, o viver a doença faz com que a pessoa seja, muitas vezes, estimulada para novas formas de subjetivação que muitas vezes se expressam em novas representações e práticas sociais em relação aos processos de saúde e doença.

O caso de Silvia nos traz reflexões sobre a qualidade do diálogo que o profissional de saúde estabelece com os pacientes que lhe permitem novas representações sobre o seu processo de adoecimento, assim como uma produção de sentidos subjetivos que auxiliam no enfrentamento do câncer. Muitas vezes as representações dominantes em relação ao câncer limitam a pessoa no seu processo de saúde e sua produção de sentidos subjetivos é delimitada por uma emocionalidade que o paciente se vê sem alternativas frente à vida. Os processos de comunicação são essenciais para que as pessoas tenham possibilidades de produção subjetivas alternativas às que são dominantes, o que muitas vezes implica na impossibilidade de seguir em frente na vida.



Destacamos, também, a especificidade da categoria sentido subjetivo para reflexões sobre diferentes processos humanos, pois nos possibilita a compreensão de fenômenos diversos a partir do seu caráter como produção humana e, além disso, um efeito imediato das influências externas, mas como processo gerado na relação da pessoa com a cultura. Nesse sentido, é uma categoria que gera visibilidade sobre a singularidade dos processos da pessoa nos diferentes campos da sua experiência. Do mesmo modo, o social aparece como configurado na produção de sentidos subjetivos e não como um elemento externo à pessoa que determina modos de subjetivação que não fazem parte da sua vivência.

Nesses termos, a configuração subjetiva, organização como sistema de diferentes sentidos subjetivos, é outra categoria que amplia o reconhecimento da experiência da pessoa como singular e contraditória, pois não há configurações universais que nos permitam conhecer a vivência do câncer. Assim como a sua organização é contraditória por não haver uma linearidade em nenhum processo humano, pois os diferentes sentidos subjetivos que configuram qualquer fenômeno são procedentes de momentos diversos da vida da pessoa e têm organização singular.

O estudo da categoria sentido subjetivo na experiência do câncer, ou de outros processos na vida das pessoas, representa a possibilidade de avançarmos em relação à patologização, universalização e categorização da experiência da pessoa, reconhecendo a organização subjetiva desses mesmos processos. É uma ferramenta teórica que vai significar em termos singulares qualquer processo configurado na cultura. A reflexão sobre sentidos subjetivos reconhece o papel ativo da pessoa nas suas práticas, e não suscetível a forças que a determinam sem nenhuma produção sua em relação a elas.

## Referências

FARR, R. Representation of health, illness and handicap in the mass media of communication: a theoretical overview. In: MARKOVÁ, I.; FARR, R. (Ed.). **Representations of health, illness and handicap**. New Jersey: Harwood Academic Publishers, 1995. P. 3-30.

GONZÁLEZ REY, F. **Epistemología cualitativa y subjetividad**. São Paulo: EDUC, 1997.

GONZÁLEZ REY, F. **La investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos**. São Paulo: EDUC, 1999.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: caminhos e desafios. São Paulo: Thomson, 2002.

GONZÁLEZ REY, F. **Sujeito e subjetividade**: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson, 2003.

GONZÁLEZ REY, F. Psicologia social e saúde. In: SILVA, M.; AQUINO, C. (Org.). **Psicologia social**: desdobramento e aplicações. São Paulo: Escrituras, 2004. P. 115-135.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Thomson Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, F. **Psicoterapia, subjetividade e pós modernidade**: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson, 2007.

GONZÁLEZ REY, F. Epistemologia e ontologia: um debate necesario para la psicologia hoy. **Revista diversitas, perspectivas em psicología**, Colombia, v. 5, n. 2, p 205-224, semestral, 2009.

GONZÁLEZ REY, F. Las categorias sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. **Revista universitas psychologia**, Colombia, v. 9, n. 1, p. 241-253, quadrimestral, 2010.

GROULX, L. Contribuições da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: POUPART, J. et al. (Org.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 95-126

LAPARRIÈRE, A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: POUPART, J. et al. (Org.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 410-436.

MITJÁNS, A. A teoria da subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia. In: GONZÁLEZ REY, F. **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo: Thomson, 2005. p. 1-25.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2007.

PIRES, A. P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências humanas. In: POUPART, J. et al.(Org.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 43-94.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**. São Paulo: Cortez, 2007.



Os capítulos desta coletânea, produzidos a partir de um diálogo entre a psicologia e as outras ciências humanas, propõem uma leitura de temáticas de saúde articuladas ao problema das relações entre subjetividade e cultura. Estes convergem em perceber o tema do ponto de vista da produção de saúde, como decorrente da possibilidade dos sujeitos produzirem novos sentidos para os dilemas de sua existência, inclusive para os processos de adoecimento. Neste sentido, contrastam com perspectivas ainda comuns nas ciências de saúde que focam na patologia, e no enquadramento e redução de sujeitos a quadros diagnósticos.