



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

**Para Além da Doença Inflamatória Intestinal:
subjetividade, sentidos subjetivos e modo de vida de um paciente**

Marinês Bortolete Popović

Brasília
Dezembro de 2014



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

**Para Além da Doença Inflamatória Intestinal:
subjetividade, sentidos subjetivos e modo de vida de um paciente**

Marinês Bortolete Popović

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como requisito
básico para a obtenção do grau de psicólogo.
Professor-Orientador: Dr. Fernando L.G. Rey.
Professor Co-Orientador: Daniel M. Goulart.

Brasília
Dezembro de 2014



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

Folha de Avaliação

Autora: Marinês Bortolete Popović

Título: Para Além da Doença Inflamatória Intestinal: subjetividade, sentidos subjetivos e modo de vida de um paciente.

Aprovada pelos membros da banca examinadora em:

Brasília, _____/_____/_____, com menção (_____).

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Fernando Luís González Rey

Brasília
Dezembro de 2014

Agradecimentos

Ao querido mestre-amigo-orientador, Fernando Rey, pelo apoio e carinho durante meu percurso acadêmico. Muito obrigada por confiar em mim, por sempre motivar meu desenvolvimento intelectual e, acima de tudo, por me inspirar até mesmo quando não sabia que o estava fazendo. Sua alegria de viver é contagiante!

Aos queridos “professores substitutos”, Daniel Goulart e José Fernando Patiño, pelas orientações e sugestões preciosas. Obrigada por me ajudarem a ampliar meus conhecimentos e provocarem em mim reflexões acerca de vários temas. Enfim, minha eterna gratidão pela ajuda inestimável para a construção deste trabalho. Vocês são verdadeiros “Fofos”!

A todos os professores que tive durante o curso e que contribuíram para minha formação de psicóloga. Agradeço especialmente, com profunda admiração e carinho, às queridas professoras, Ciomara Schneider, Marcella Laureanno, Morgana Queiroz e Valéria Mori. Com vocês aprendi “para além da Academia!”

Aos meus colegas da disciplina de Monografia, pela convivência carinhosa e pelas inúmeras trocas e aprendizados conjuntos.

Aos amigos que fiz durante o curso e que levarei “para além dos muros do CEUB”. Em especial à, Adriana Krieger, Alcione Tinôco e Carla Balduino. Em alguns semestres formamos duplas, em outros trios e em alguns outros quartetos, mas nunca deixamos de “tocar os instrumentos” da amizade, do respeito, do companherismo e da afinidade.

À minha querida Comadre, Heloisa Sally de Figueiredo, que mesmo estando “*far away*” está sempre presente em minha vida. Obrigada pela ajuda inestimável em todas as fases de redação deste trabalho.

À Rachel do Valle Dettoni, pela profunda e sincera amizade de tempos longínquos, pela presença constante em minha vida, pelo apoio incondicional e pela generosa disponibilidade em revisar o texto final deste trabalho.

À Heloisa Tupiná, amada filha do coração, obrigada por sua suave presença em minha vida, por suas observações preciosas sobre a redação do trabalho e por me revelar tão graciosamente aspectos da minha **subjetividade** que nem eu mesma havia percebido! “Nós” te agradecemos!

Aos meus pais, por me proporcionarem na infância a liberdade que eu necessitava para constituir-me enquanto “pessoa independente” e por nunca impedirem, desde a mais tenra idade, que eu “corresse atrás dos meus sonhos”.

Aos queridos amigos e familiares que, de perto ou de longe, estão sempre presentes em minha vida.

Ao Srđan Popović, marido, amigo, companheiro de vida, obrigada por existir. A vida é muito mais bela e doce com você. *Puno te volim, zlato moje!*

Ao Sr. Newton que, com tanta delicadeza e generosidade, confiou em mim ao compartilhar suas produções de sentidos subjetivos, me possibilitando estender o conhecimento “para além da doença inflamatória intestinal”.

“Nenhum sintoma é inerente a uma configuração subjetiva definida a priori, mas sim resultado das formas e desdobramentos que uma configuração subjetiva singular toma no curso da experiência vivida.”

González Rey

Resumo

A presente pesquisa tem como objetivo a realização de um estudo qualitativo em Psicologia, a partir de uma investigação baseada na Teoria da Subjetividade e na Epistemologia Qualitativa de González Rey. O principal interesse da pesquisa foi buscar compreender alguns dos processos subjetivos de um paciente previamente diagnosticado como portador de doença inflamatória intestinal crônica. A proposta de investigação qualitativa aqui utilizada, por meio de um estudo de caso, é a de uma epistemologia voltada para a construção de um saber em que não cabe comprovação a priori, mas, ao contrário, que legitima o processo construtivo-interpretativo que caracteriza a produção do conhecimento sobre a **subjetividade**. Para tanto, foram realizados três encontros com o participante e utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa: a dinâmica conversacional, o complemento de frases e a redação livre. A análise e a construção da informação permitiram à pesquisadora elaborar indicadores acerca de algumas produções subjetivas do participante relacionadas à sua capacidade para gerar alternativas saudáveis de vida, de modo a contribuir na construção de um caminho de vida **para além da doença inflamatória intestinal**. Além disso, constatou-se que realizar esta pesquisa a partir dos referenciais teórico e epistemológico adotados permitiu maior atenção à qualidade da comunicação e do vínculo construídos com o participante, favorecendo sua emergência enquanto **sujeito** de seu processo de vida.

Palavras-chaves: Teoria da Subjetividade, Epistemologia Qualitativa, Doença Inflamatória Intestinal Crônica.

Abstract

The present research aims to conduct a qualitative study in Psychology, from an investigation based on Gonzalez Rey's Theory of Subjectivity and Qualitative Epistemology. The main interest of the research was to try to understand some of the subjective processes of a patient previously diagnosed with chronic inflammatory bowel disease. The proposed qualitative investigation, undertaken herein through a case study, is an epistemology focused on the construction of knowledge which does not require a priori evidence, but rather legitimizes the constructive-interpretative process that characterizes the production of knowledge about **subjectivity**. Thus, three meetings were held with the participant and the following research instruments were used: conversational dynamics, sentence completion and free writing. The analysis and the construction of information enabled the researcher to develop indicators concerning some of the participant's subjective productions related to his ability to generate healthy alternatives of life in order to contribute to the construction of a way of life **beyond the inflammatory bowel disease**. In addition, it was observed that by conducting this research from the theoretical and epistemological frameworks adopted allowed greater attention to the quality of communication and relationship built with the participant, favoring his emergence as the **subject** of his life process.

Keywords: Theory of Subjectivity, Qualitative Epistemology, Inflammatory Bowel Disease.

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo realizar un estudio cualitativo en Psicología con base en la investigación de González Rey sobre la “Teoría de la Subjetividad” y sobre la “Epistemología Cualitativa”. El principal interés de esta investigación fue buscar a comprender algunos de los procesos subjetivos de un paciente previamente diagnosticado con una enfermedad inflamatoria intestinal crónica. La investigación cualitativa propuesta aquí, la cual fue emprendida a través de un estudio clínico, es una epistemología enfocada en la construcción del conocimiento, la cual no requiere una evidencia a priori, sino más bien legitima el proceso constructivo-interpretativo, el cual caracteriza la producción del conocimiento sobre la **subjetividad**. Para tanto, fueron realizados tres encuentros con el participante y utilizados los siguientes instrumentos de pesquisa: la dinámica conversacional, lo complemento de frases y la redacción libre. El análisis y la construcción de información permitieron al investigador elaborar indicadores acerca de algunas producciones subjetivas del participante relacionadas con su capacidad para generar alternativas de vida saludable, con el fin de contribuir a la construcción de una forma de vida **además de la enfermedad inflamatoria intestinal**. Además, se señaló que llevar a cabo esta investigación desde las referencias epistemológicas y teóricas adoptadas permitieron una mayor atención a la calidad de la comunicación y el vínculo construido con el participante, favoreciendo su aparición como **sujeto** de su proceso de vida.

Palabras Claves: Teoría de la Subjetividad, Epistemología Cualitativa, Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica.

Sumário

1. Introdução	1
2. Fundamentação Teórica	8
2.1. Teoria da Subjetividade.....	11
2.2. Sujeito.....	12
2.3. Subjetividade.....	13
2.4. Sentidos Subjetivos	15
2.5. Configurações Subjetivas	16
2.6. Modo de Vida.....	16
2.7. Pesquisa e Intervenção Terapêutica	17
2.8. Objetivos	18
Objetivo Geral	18
Objetivos Específicos	18
3. Metodologia	18
3.1. Cenário de Pesquisa	20
3.2. Instrumentos	22
4. Construção da Informação	24
4.1. Breves Considerações Iniciais.....	24
4.2. Construções a Partir das Conversas com o Sr. Newton	25
Considerações Finais	39
Referências Bibliográficas	43
Anexos	47

1. Introdução

O interesse pelo estudo com pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais surgiu primeiramente devido ao significado que o assunto apresenta para mim, que convivo com uma doença inflamatória intestinal (DII) - doença de Crohn - há quinze anos e, também, pela oportunidade em contribuir com uma produção científica numa área com escassez sobre o tema.

O eixo central de minha pesquisa foi buscar identificar e compreender algumas das dimensões mais significativas nos processos de quem convive com uma DII. Para tanto, utilizei como aporte teórico e delineamento epistemológico a Teoria da Subjetividade e a Epistemologia Qualitativa (1997, 2002, 2003, 2006, 2010), ambas desenvolvidas por González Rey.

A pesquisa foi desenvolvida a partir de um estudo de caso com um homem diagnosticado como portador de DII há treze anos, quando ele ainda se sentia altamente produtivo profissionalmente, envolvido com as atividades familiares e com disposição para jogar futebol com os amigos nos finais de semana. Como veremos no transcorrer da pesquisa, sua rotina não é mais a mesma, mas isso não o impediu de produzir novos sentidos subjetivos, que o levaram a se posicionar ativamente frente à condição crônica vivenciada por ele e a viver a vida **para além da doença inflamatória intestinal**.

Para a realização de uma análise baseada na metodologia construtivo-interpretativa, foram realizados três encontros com o participante. Por meio da dinâmica conversacional ele se expressou com desenvoltura e espontaneidade. Inicialmente de maneira mais reservada, mas, sem muita demora, com a segurança e a confiança de que não estava ali, sob hipótese alguma, sendo julgado ou avaliado. Foram utilizados também dois indutores escritos: (i) o complemento de frases e (ii) a redação livre, que visavam à obtenção de informações sobre

certos aspectos da vida do participante que pudessem contribuir para o enriquecimento da pesquisa.

Depreendi com este trabalho que, além do desafio da produção intelectual, a presente pesquisa representou um desafio emocional, pois foi essencial não só a ampliação do conhecimento médico acerca das DII, o que nem sempre foi agradável, bem como me levou a entrar em contato com as experiências, as emoções e as produções subjetivas de outro paciente diagnosticado com DII, que, em diversos momentos, me sensibilizaram de maneira *sui generis*. Por outro lado, representou uma oportunidade única de reflexão e de construção sobre o implicar-se na pesquisa, corroborando o pensamento de González Rey (2010):

A produção teórica na pesquisa faz o pesquisador comprometer-se de forma permanente, implicando sua reflexão constante sobre as informações que aparecem nesse processo. O pesquisador, como sujeito, não se expressa somente no campo cognitivo, sua produção intelectual é inseparável do processo de sentido subjetivo marcado por sua história, crenças, representações, valores e todos aqueles aspectos em que se expressa sua constituição subjetiva (p.36).

Ainda no sentido de implicar-se na construção do conhecimento, González Rey (2010) destaca as “zonas de sentido” que, para a Epistemologia Qualitativa desenvolvida pelo autor, têm o interesse voltado para aqueles espaços de inteligibilidade produzidos na pesquisa científica e que levam o pesquisador a inquietar-se constantemente. A respeito disso ressalta:

A única tranquilidade que o pesquisador pode ter nesse sentido se refere ao fato de suas construções lhe permitirem novas construções e novas articulações entre elas capazes de aumentar a sensibilidade do modelo teórico em desenvolvimento para

avançar na criação de novos momentos de inteligibilidade sobre o estudado, ou seja, para avançar na criação de novas zonas de sentido. (González Rey, 2010, p.7).

Concordando com o autor e ampliando a reflexão acerca do excerto acima, apreende-se que, embora a criação de novos momentos de inteligibilidade, que constituirão novas zonas de sentido, possam ser interpretadas como produção exclusiva do pesquisador, faz-se mister assinalar que elas só podem ser geradas a partir do estabelecimento de um espaço dialógico, pois o que está de fato implicado na construção e na qualidade do conhecimento surge essencialmente a partir da relação desenvolvida entre pesquisador e pesquisado.

Assim é que, nesse sentido, González Rey (2002) enfatiza a importância da comunicação no desenvolvimento da pesquisa qualitativa, quando o pesquisador converte-se em “sujeito intelectual ativo”, participando das relações, produzindo ideias e confrontando os sujeitos pesquisados conforme novos elementos vão surgindo no decorrer da pesquisa.

Tão importante quanto o espaço dialógico, dialético e a comunicação para a presente pesquisa são as **categorias** aqui trabalhadas. Como suas nomenclaturas podem ser empregadas diferentemente em outras linhas de pesquisa, ou mesmo foram adotadas pelo senso comum com sentidos diversos, faz-se mister defini-las de acordo com o referencial teórico da **Teoria da Subjetividade e da Epistemologia Qualitativa** (1997, 2002, 2003, 2006, 2010), ambas desenvolvidas por González Rey, a fim de que o leitor seja informado sobre a singularidade de sua utilização.

Dentre as categorias trabalhadas, as quais serão aprofundadas mais detalhadamente num capítulo adiante, destaco em minha pesquisa: i) a **subjetividade**, que é compreendida por González Rey (2002) como parte de um sistema “processual, plurideterminado e contraditório” e não como uma categoria intrapsíquica, inerente à pessoa; ii) o **sentido subjetivo**, descrito por ele como a “relação inseparável do emocional e o simbólico, onde um

evoca ao outro sem ser a sua causa” (p. 168); e iii) o **modo de vida**, que é definido pelo autor (2011) como “um sistema de configurações subjetivas em desenvolvimento que ganham certas dimensões dominantes no espectro de comportamentos aparentemente diversos das pessoas” (p. 39).

Além da definição dessas categorias desenvolvidas por González Rey e no intuito de facilitar a compreensão sobre a construção das informações nessa pesquisa, elaboradas a partir da dinâmica conversacional com um sujeito diagnosticado como portador de doença inflamatória intestinal, considero também importante apresentar inicialmente a descrição das duas doenças crônicas classificadas nesta categoria e que ainda são desconhecidas pela maioria das pessoas.

A retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) e a doença de Crohn (DC) são doenças inflamatórias intestinais que fazem parte de um grupo heterogêneo de doenças crônicas, de etiopatogênias ainda não totalmente esclarecidas, embora acredite-se hoje que os fatores imunológicos, inflamatórios, genéticos, infecciosos, ambientais, dietéticos e psicossociais desempenhem um importante papel no aparecimento e na evolução da doença (Victoria, Sassak & Nunes, 2009).

Enquanto a RCUI acomete prioritariamente o intestino grosso, a DC acomete geralmente o intestino delgado, podendo, no entanto, acometer qualquer segmento do trato digestivo, desde a boca até o ânus, não excluindo a possibilidade de afetar outros órgãos do organismo. Ainda, na RCUI, as úlceras típicas que caracterizam a doença e produzem sangramento distribuem-se por toda a extensão do cólon sendo, porém, superficiais, enquanto na DC as lesões, embora mais espaçadas, são profundas, assimétricas e segmentares, podendo causar fístulas, que são caracterizadas pela comunicação anormal entre o tubo digestivo e qualquer víscera oca ou cavidade abdominal (fístula interna) ou, ainda, com a superfície cutânea (fístula externa), através da qual ocorre a drenagem dos líquidos digestivos. Outra

complicação frequente na DC são as estenoses, caracterizadas pelo estreitamento de um segmento do intestino grosso ou do delgado que pode levar à obstrução intestinal (Hanauer, 2006).

Quanto às manifestações clínicas, as mais comuns são: dor abdominal, febre, dores articulares e diarreia (usualmente mais de seis episódios diários). A formação de fístulas e sintomas obstrutivos intestinais são mais comuns na DC, enquanto a friabilidade difusa e erosões com sangramento são mais frequentes na RCUI (Biondo-Simões, Mandelli, Pereira & Faturi, 2003).

As DII são consideradas doenças crônicas e manifestam-se mais frequentemente na segunda e terceira décadas de vida, podendo, no entanto, aparecer em qualquer faixa etária. Não são clínica ou cirurgicamente curáveis e são marcadas por períodos alternados de agudizações e remissões (Poli, 2007). Nos períodos de recidivação da doença, elas podem causar grande impacto na rotina dos pacientes, normalmente restringindo o convívio social, devido ao embaraço e constrangimentos oriundos das manifestações clínicas, em particular, das diarreias frequentes e incontroláveis.

O tratamento clínico é feito com aminossalicilatos, corticoides, antibióticos, imunossupressores e anticorpos monoclonal, e objetiva diminuir os sintomas da fase aguda para mantê-los em remissão após este período. O tratamento cirúrgico pode ser necessário, principalmente na DC, para tratar obstruções, complicações supurativas e casos refratários ao tratamento clínico (Quillici, 2002).

Há relatos da ocorrência de RCUI e DC desde o Século XVIII, mas foi apenas em 1932 que Crohn, Ginsburg e Oppenheimer descreveram “uma doença de íleo terminal, afetando principalmente adultos jovens, caracterizada por uma inflamação crônica ou subaguda, necrotizante e cicatrizante, com ulcerações, fístulas e estenoses” (Poli, 2007). Foi,

no entanto, a partir da década de 40 do século XX que ocorreu um sensível aumento do número de casos relatados em nível mundial (Quillici, 2002).

Segundo Colli (2007), dados baseados na população sugerem que a DC aumentou antes e durante os anos 40, nos Estados Unidos; antes e durante os anos 50 na Suécia, durante os anos 50 no Reino Unido e, mais tarde, no sul da Europa. Estima-se que de 1 a 2 milhões de norte-americanos sofram de DII na atualidade.

No Brasil, a incidência das DII, particularmente a da DC, vem aumentando, embora Souza et al. (2002) e Victoria, Sassak e Nunes (2009) afirmem que a incidência e prevalência populacionais das doenças inflamatórias intestinais são desconhecidas por este ser ainda um tema pouco abordado e apresentar um sistema de dados e registros deficientes, dificultando, portanto, a realização de um levantamento e acompanhamento dos quadros estatísticos de DII no país.

Com o crescente número de casos de DII, destacam-se duas grandes correntes distintas na tentativa de “explicar” a sua manifestação. Para a primeira, a ciência médica, quatro aspectos, que interagem entre si e com fatores ambientais, sugerem ser os responsáveis pelo aparecimento das DII. São eles: “a) fatores genéticos; b) fatores luminais, relacionados à microbiota intestinal, seus antígenos e produtos metabólicos, e os antígenos alimentares; c) fatores relacionados à barreira intestinal, incluindo os aspectos referentes à imunidade inata e à permeabilidade intestinal; e d) fatores relacionados à imunorregulação, incluindo a imunidade adaptativa ou adquirida” (Damião & Sipahi, s/d, p.36).

A segunda corrente, influenciada pelo movimento psicossomático psicanalítico, que teve como principal precursor Sigmund Freud, é a de que inúmeras “doenças”, entre elas incluem-se as doenças autoimunes, portanto, as DII, resultam de um fenômeno somático que “explica”, a partir de estudos acerca do simbolismo dos sintomas e da linguagem através do corpo e dos órgãos, as influências psíquicas nas doenças (Farias, 2007).

Muito embora a teoria da etiologia psicossomática das DII tenha lentamente perdido credibilidade na área médica (Aronowitz, 1988 citado por Farias, 2007), até meados do século XX, muitos pacientes foram tratados exclusivamente pela psicoterapia, uma vez que muitas patologias eram consideradas quase que exclusivamente doenças psicossomáticas, nas quais os “aspectos psicológicos” ou “emocionais” eram considerados parte de sua etiologia (Rodrigues, 2006).

Assim, ambas as correntes chamam a atenção para os possíveis e incalculáveis prejuízos causados aos pacientes que, face à visão reducionista e universalista, seja por meio do modelo biomédico ou da rigidez de estruturas psíquicas, resumia-se a focar exclusivamente o “corpo” ou a “psique doente”, fazendo com que o paciente carecesse de uma intervenção global, que o contemplasse numa visão holística de homem. Dessa forma, os pacientes não recebiam um tratamento integral, o qual acredito ser mais apropriado para o tratamento de qualquer enfermidade humana.

Quero ressaltar que não rejeito, em absoluto, as descobertas da ciência médica, tampouco discordo do pensamento de que “fatores psicológicos” podem influenciar um grupo de enfermidades ou de sintomas corporais. Meu entendimento, no entanto, concordando com González-Rey (2011), é de que os processos de “saúde” e de “doença” são complexos sistemas em desenvolvimento, influenciados por uma variedade de fatores e que não se restringem a uma causa determinista, tampouco ao modelo intrapsíquico individual.

Esclareço, ainda, que o interesse em minha pesquisa não está voltado à etiologia da “doença”, nem à uma classificação nosológica ou a um fator psicológico “gerador de doença”. Assim, busco por meio da Epistemologia Qualitativa de González Rey (1997, 2002), desenvolver a construção de um saber que visa a compreender algumas das produções de **sentido subjetivo** da pessoa que adoece dentro de um mesmo contexto sócio-histórico-cultural e como a “doença” é percebida e assumida no seu **modo de vida**. Pergunto-me de

que maneira o lugar que tem o contexto na vida das pessoas contribui ou não para o modo específico como elas assumem suas vidas a partir do diagnóstico? Como esses posicionamentos levam à adoção desse ou daquele **modo de vida**? Quais os processos subjetivos que pressupõem respostas diferentes face às experiências vividas por pacientes que tenham recebido o mesmo diagnóstico?

Para tanto, utilizando-me dos conceitos de **sujeito, subjetividade, sentidos subjetivos** e **modo de vida**, busquei contemplar o sujeito do pensamento, da emoção e da linguagem, que possibilitam o surgimento de um sujeito reflexivo e participativo no seu processo de adoecimento, lembrando que, para González Rey (2003), “a reflexibilidade é uma característica do sujeito com a qual está comprometida a produção de sentidos subjetivos em todas as esferas da vida” (2003, p. 240).

Busquei, também, construir caminhos de inteligibilidade que me permitissem pensar, sem nenhuma garantia de que conseguiria atingir esse objetivo, em novas formas de compreensão e de atuação terapêutica durante o desenvolvimento da pesquisa, na qual o participante pudesse encontrar momentos para refletir sobre os aspectos que o tornam um sujeito singular.

2. Fundamentação Teórica

Ainda hoje, o conhecimento dentro da ciência médica acerca das doenças crônicas autoimunes é muito limitado. De modo geral, embora os médicos assumam desconhecer sua etiologia, usualmente atribuem suas causas a fatores genéticos e ambientais (Damião & Sipahi, s/d). Por outro lado, os psicólogos, dependendo da abordagem teórica que professam, usualmente não comungam de uma mesma ideia sobre sua natureza. Esse fato, segundo Carvalho (2002), referindo-se aos pacientes de câncer, mas cuja assunção pode ser estendida

aos pacientes portadores de DII, pode prejudicar o paciente já que não há concordância sobre a condução do processo terapêutico, pois, enquanto alguns psicólogos focam as crises recidivas e suas consequências em uma terapia breve e focal, outros preocupam-se em buscar as origens da doença em certos tipo de “personalidade”, que seriam as responsáveis pelo desencadeamento de doenças psicossomáticas.

Além disso, na década de 40, a psicossomática, como expressão da psicanálise freudiana, surgiu como a “grande e nova promessa para aliviar o homem de seus sofrimentos psíquicos ou somáticos, acenando inclusive com a possibilidade de ir além mesmo do âmbito terapêutico e de tornar o homem melhor, mister até ali exclusivo da filosofia, da religião e da educação” (Alexander F. & Szasz T., 1962, citado por Eksterman.A., s/d).

Subentende-se da afirmação acima que o sujeito é “criador” do mal que padece. Assim, partindo-se do pressuposto psicossomático e dito de maneira psicanalítica, poderíamos concluir que a relação entre o material recalcado pelo inconsciente e o adoecimento estão estreitamente interligados numa relação invariavelmente direta e causal. Considerando-se essa hipótese, com a qual não concordo, proponho as seguintes reflexões: (a) não estaria a universalização dos sintomas e das doenças desconsiderando que tanto os processos de simbolização quanto a fisiologia humana têm seu próprio funcionamento e, em muitos aspectos, singulares a cada indivíduo?; (b) se o sujeito é capaz de, por sua “própria vontade”, ainda que inconscientemente, “gerar” uma doença, não poderia ele também conscientemente extingui-la se assim o desejasse?; (c) se a doença surge pela supressão de material inconsciente recalcado, não bastaria trazê-lo à consciência para que a doença desaparecesse?

Em suma, o que fica evidenciado a partir das reflexões acima apresentadas é que ainda hoje a biologização do fenômeno, seja físico ou psíquico, pretende “dar conta” e conduzir, a partir de um modelo hegemônico e mecanicista de se produzir ciência, ao

estabelecimento de procedimentos empíricos. Muitas vezes, meramente quantitativos, esses métodos visam a descrever o psiquismo do sujeito e propor tratamentos, embora ele [o sujeito] seja parcial ou totalmente excluído daquilo que, de fato, se deveria investigar. Busca-se o conhecimento **sobre o sujeito**, mas não o conhecimento **do sujeito**!

A respeito disso, González Rey (2004) explica que a exclusão do sujeito de seu processo crônico de adoecimento ocorre a fim de que a ênfase fique restrita à patologia, numa visão organicista, em detrimento de uma investigação da saúde que privilegie a organização subjetiva do sujeito. Essa visão reducionista é questionada pelo autor, que concebe o homem como ser social e histórico, e para quem as emoções e simbolizações representam aspectos da **subjetividade**, determinados pelas experiências vividas pelo indivíduo e, portanto, partes integrantes do sujeito. Dessa forma, concordando com o autor, faz-se mister considerar as dimensões histórico-culturais nas pesquisas sobre saúde para que todos esses aspectos sejam contemplados, a fim de que pensemos sobre a representação da psique como “(...) uma nova dimensão complexa, sistêmica, dialógica e dialética, definida como espaço ontológico, à qual temos optado pelo conceito de **subjetividade**” (González Rey, 2003, p. 75).

González Rey (2007, 2010), influenciado por Vygotsky e Rubinstein, que propuseram a noção da psique humana enquanto produção histórico-cultural, considerando as múltiplas formas de registros sociais em seu processo de desenvolvimento, tem contribuído sobremaneira para a ruptura do modelo hegemônico sobre a psique humana como uma realidade encerrada no indivíduo, potencializada em atributos de mecanismos universais. A contribuição da abordagem histórico-cultural permite uma visão da psique como uma organização sistêmica complexa, cuja proposta é da implementação de um saber diferenciado, que visa a superar a ênfase dada às patologias e que seja capaz de enxergar **o sujeito para além da doença**.

Ao propor um “olhar complexo”, multifacetado sobre o sujeito, apresento uma proposta de atuação terapêutica durante a realização da pesquisa qualitativa, que visa a alcançar a revitalização da singularidade como fonte legítima para a produção científica, bem como para a melhoria da qualidade de vida do participante da pesquisa.

Dessa forma, com embasamento na Teoria da Subjetividade desenvolvida por González Rey, pretendo apreender alguns aspectos da experiência subjetiva do processo de adoecimento, tendo em vista o seu enraizamento no contexto cultural e, assim, buscar maneiras de ampliar as possibilidades de compreensão do **sujeito**.

Concordando com Mitjás (2005), que traz que o *corpus* teórico da **Teoria da Subjetividade** apresenta-se na definição e na articulação das categorias de **subjetividade**, **sujeito**, **sentido subjetivo** e **configuração subjetiva**, passemos a um breve resumo de cada uma delas, sem a mínima pretensão de esgotá-las em sua abrangência e complexidade. Falarei também um pouco sobre o **modo de vida**, bem como a **pesquisa e intervenção terapêutica**.

2.1. Teoria da Subjetividade

A Teoria da Subjetividade (González Rey, 2003; Mitjás, 2005) tem como principais influências o desenvolvimento da psicologia soviética e do materialismo dialético. É com base nesses aportes teóricos, mas não apenas neles, que o autor tem, incessantemente, trabalhado teoricamente com o intuito de desenvolver categorias fundamentais que possibilitem a compreensão dos processos relacionados ao sujeito a partir de uma perspectiva histórico-cultural. Ao longo de sua longa trajetória acadêmica e intelectual, dentre outros conceitos, González Rey desenvolveu as categorias de **sujeito**, **subjetividade**, **sentido subjetivo**, **configurações subjetivas**, **modo de vida**, que têm contribuído para ampliar a

compreensão acerca da complexidade do psiquismo humano e dos processos singulares do sujeito, que são partes integrantes de sua subjetividade.

Diante da relevância dessas **categorias** para o presente estudo, busquei discutir ao longo de minha pesquisa alguns dos aspectos que compõem a complexidade de suas definições, destacando que elas são utilizadas para dar visibilidade à produção da teoria, uma vez que possibilitam uma organização sistemática. Ressalto, no entanto, que essas categorias não são fixas nem universalizantes, ao contrário, estão permanentemente movimentando-se com a construção da teoria, que encontra-se em constante desenvolvimento (González Rey, 2010).

2.2. Sujeito

Para González Rey (2003), a ideia de **sujeito** está estreitamente ligada à uma representação dialética de homem, portanto, inconciliável com a ideia de um sujeito apartado do social. A respeito disso o autor escreve:

A ideia de sujeito recupera o caráter dialético e complexo do homem que de forma simultânea representa uma singularidade de um ser social, relação esta que não é uma relação de determinação externa, mas uma relação recursiva em que cada um está simultaneamente implicado na configuração plurideterminada dentro da qual se manifesta a ação do outro (González Rey, 2003, p.224).

Assim, é nessa interrelação entre o individual e o social que o sujeito se constitui e age simultaneamente, podendo, a partir daí, afetar outros espaços sociais nos quais atua. No entanto, é importante destacar que, para o autor (2003), tanto a sua constituição quanto a sua atuação não são simplesmente opções cognitivas, mas representam a manifestação de um

sujeito da emoção, que é uma condição *sine qua non* para a definição do conceito de **sujeito** para sua teoria.

2.3. Subjetividade

O desenvolvimento da **subjetividade** para González Rey “não responde a uma simples preferência teórica, mas sim à tentativa de reconceituar o fenômeno psíquico em uma ontologia própria, específica do tipo de organização e processos que o caracterizam” (2003, p. 73).

Para definir o conceito de **subjetividade**, o autor (2003) utiliza-se de duas categorias: a **subjetividade individual** e a **subjetividade social**. A divisão entre essas categorias não pressupõe a existência de uma subjetividade individual e uma subjetividade social, mas a existência de dois espaços que a constituem de maneira permanente e contínua numa relação de contradição, interrelação e recursividade produzidas a partir da história e das circunstâncias atuais da vida do **sujeito** (González Rey, 2003; Mitjans, 2005).

A **subjetividade individual** não é compreendida como um fenômeno pessoal, intrapsíquico, uma vez que ela também integra o cultural e o social (González Rey, 2004b; Mori & González Rey, 2011). Ela é concebida pela representação da história singular de cada indivíduo, em que os processos de subjetividade individual estão constantemente articulados com os sistemas de relações sociais, o que faz com que eles se expressem em dois níveis distintos, ou seja, no individual e no social, o que pode gerar tensão recíproca na integração e na coexistência desses dois sistemas (González Rey, 2003). A respeito disso, complementa o autor: “A subjetividade individual mostra os processos de subjetivação associados à experiência social do sujeito concreto, assim como as formas de organização desta experiência por meio do curso da história do sujeito” (2003, p. 241).

Portanto, para González Rey (2002), a **subjetividade individual**, embora sempre produzida em contextos sociais, não se dá de modo linear ao partir do social para o subjetivo, mas sim da sua constituição através de um processo de integração simultânea entre a subjetividade individual e o espaço social, onde ambos passam a constituir dois níveis que se integram para a definição qualitativa do sujeito. Nas palavras do autor:

(...) a subjetividade se constitui, não se interioriza; o que quer dizer que é resultante de um complexo e contraditório processo de integração entre a história do sujeito, a subjetivação dessa história na personalidade e os momentos atuais de sua vida, os quais, embora sejam subjetivados em termos congruentes com sua constituição subjetiva atual, não são por eles anulados em sua potencialidade de mudança no desenvolvimento da personalidade. Muitas das experiências constituídas por seu sentido subjetivo aparecem distorcidas nas representações do sujeito ou, então não aparecem (González Rey, 2002, p. 90).

A **subjetividade social**, por outro lado, ocupa-se das realidades e dos contextos que compreendem os processos subjetivos da sociedade nas suas mais diferentes instâncias. Ou seja, o espaço social é “coabitado”, simultaneamente, tanto por moções individuais quanto sociais, onde os **sentidos subjetivos** são produzidos. Resumindo, para González Rey “O social é um espaço heterogêneo e parte dessa heterogeneidade é a composição individual diferenciada de todo espaço social” (2010, p. 133).

González Rey ainda aponta para o desenvolvimento de sistemas complexos, em que “a subjetividade permite uma reconstrução não só da psique individual, como também das várias formas de produção psíquica, próprias dos cenários sociais em que vive o homem, assim também como da própria cultura” (2004b, p. 125).

Portanto, a questão da **subjetividade** apresentada a partir da perspectiva histórico-cultural considera que o fenômeno subjetivo não é concebido apenas como individual, mas como constituinte dos diferentes espaços sociais da atividade humana, cujos sentidos subjetivos advêm das vivências culturais do sujeito (González Rey, 2002, 2003, 2010, 2010b). Neste sentido, esclarece o autor:

A subjetividade não é algo que aparece somente no nível individual, mas que a própria cultura dentro da qual se constitui o sujeito individual, e da qual é também constituinte, representa um sistema subjetivo, gerador de subjetividade. Temos de substituir a visão mecanicista de ver a cultura, sujeito e subjetividade como fenômenos diferentes que se relacionam, para vê-los como fenômenos que, sem serem idênticos, se integram como momentos qualitativos da ecologia humana em uma relação de recursividade (González Rey, 2003, p. 78).

2.4. Sentidos Subjetivos

Outro conceito importante presente na representação teórica sobre a subjetividade são os **sentidos subjetivos**, em que as produções estão relacionadas à ação dos sujeitos, cujos sentidos subjetivos e significados, embora gerados num contexto social, referem-se sempre à construções singulares (González Rey, 2003) . Logo, podemos concluir que a produção de **sentidos subjetivos** está sempre relacionada à definição de espaços simbólicos produzidos pela cultura como gênero, moralidade, religião, parentesco, sexualidade etc, além das emoções singulares que estão configuradas na história do sujeito concreto.

É importante enfatizar também que o **sentido subjetivo** não se limita à sua dimensão simbólica, ao contrário, ele está sempre integrado a processos emocionais, que culminam em complexas configurações em que estão envolvidas as ações do sujeito. Essas configurações

expressam a organização histórica de diferentes sentidos que marcam a peculiaridade dos processos subjetivos. A respeito disso, González Rey (2003) escreve:

Definimos como sentido subjetivo a unidade inseparável dos processos simbólicos e as emoções num mesmo sistema, no qual a presença de um desses elementos evoca o outro, sem que seja absorvido pelo outro. O sentido subjetivo representa uma definição ontológica diferente para a compreensão da psique como produção cultural. A integração de elementos de sentido, que emergem ante o desenvolvimento de uma atividade em diferentes áreas da vida, denominamos configurações subjetivas (p.127).

2.5. Configurações Subjetivas

As **configurações subjetivas** são compreendidas por González Rey (2003) como as formas mais complexas de organização dos sentidos subjetivos, pois representam um sistema que encontra-se permanentemente envolvido com outras configurações. Para o autor:

As configurações subjetivas representam formações estáveis geradoras de sentidos variáveis dependendo do próprio comportamento da personalidade como sistema, dentro do qual uma configuração pode ter diferentes momentos de integração dentro de outras, dependendo do contexto e condições sociais dentro das quais tem lugar a ação do sujeito (González Rey, 2003, p. 257).

2.6. Modo de Vida

Outro aspecto importante considerado no presente trabalho foi o envolvimento do participante da pesquisa em seu tratamento. De acordo com González-Rey (2010b), as

doenças crônicas representam um importante campo de estudo para a psicologia, tanto no que diz respeito ao impacto que elas têm na subjetividade, quanto na importância do envolvimento dos pacientes para as mudanças no seu **modo de vida**. Este fato é de suma importância, uma vez que tal envolvimento influenciará a qualidade de vida dos pacientes e determinará muitos dos aspectos da vivência dessa experiência.

Para González Rey (2010b) há dois elementos fundamentais que definem o **modo de vida** dos indivíduos: os fatores sociais e os fatores da personalidade. O primeiro, induz a determinadas formas de atividades concretas, enquanto o segundo aponta para as potencialidades que, se desenvolvidas, levarão o indivíduo a “tornar-se sujeito ativo do seu comportamento”.

2.7. Pesquisa e Intervenção Terapêutica

Sabe-se que a produção subjetiva de cada **sujeito** é peculiar à sua história de vida, à cultura que o influencia, aos seus valores e hábitos, além do contexto atual em que se encontra inserido (González Rey, 2003; Mitjans, 2005). Assim, compreendo que os **sentidos subjetivos** nunca estão limitados a um evento específico ou a uma “doença”, mas integram **sentidos subjetivos** constituídos em várias áreas da vida da pessoa.

Dessa forma, busquei, durante a realização deste trabalho, contribuir para a produção de novos sentidos a partir da experiência do adoecimento, considerando todas as esferas relacionais do participante da pesquisa, ou seja: a família; o tratamento médico; o acompanhamento psicológico, no caso, a ausência dele; as relações sociais, dentre elas o grupo de apoio do qual o Sr. Newton participa.

Acredito que os encontros que tive com o participante da pesquisa possibilitaram a criação de um espaço de “pesquisa-terapia”, onde primei pela valorização e pelo resgate da singularidade do **sujeito**, considerando-se que não visava com a pesquisa “coletar dados”,

mas, sim, estabelecer um espaço interrelacional que possibilitasse a criação de um espaço terapêutico e a construção de um saber que me permitisse gerar novos espaços de inteligibilidade para a **Teoria da Subjetividade**.

2.8. Objetivos

Objetivo Geral

1. Analisar a produção subjetiva de um paciente diagnosticado como portador de DII.

Objetivos Específicos

1. Identificar alguns elementos subjetivos implicados na vivência da DII.
2. Refletir sobre as dimensões mais significativas no processo de expressão da pessoa que convive com uma DII.

3. Metodologia

Diferentemente das pesquisas psicológicas fundamentadas dentro do empirismo e do positivismo, que compreendem o instrumento como o recurso para a obtenção de resultados finais, utilizei, para a realização do presente trabalho, a Epistemologia Qualitativa desenvolvida por González Rey (1997, 2002, 2010), que compreende a pesquisa como um processo de comunicação ativo, de caráter interpretativo-constutivo, singular e dialógico. Nas palavras do próprio González Rey (2010):

O processo de construção da informação é regido por um modelo que representa uma síntese teórica em processo permanente a ser desenvolvida pelo pesquisador em sua

trajetória pelo momento empírico. Tal síntese teórica está envolvida sempre com representações teóricas, valores e intuições do pesquisador, mas também está aberta ao momento empírico de seu trabalho, assim como às novas ideias que aparecem nesse momento, algumas das quais podem ser totalmente inéditas (p. 116).

Ainda nesse sentido, González Rey (2010) complementa “(...) o teórico não se reduz a teorias que constituem fontes de saber preexistentes em relação ao processo de pesquisa, mas concerne, muito particularmente, aos processos de construção intelectual que acompanham a pesquisa (p.11)”.

Assim sendo, comungando com a compreensão da pesquisa qualitativa em que o conhecimento não se legitima pela quantidade de sujeitos a serem estudados, mas por sua expressão (González Rey, 2010; Silva, 2008), optei por realizar um estudo de caso para buscar compreender alguns dos processos subjetivos de um paciente diagnosticado como portador de doença inflamatória intestinal.

Quero com isso enfatizar que os estudos de casos, a partir de um delineamento epistemológico embasado na Epistemologia Qualitativa de González Rey (González Rey, 2010), não apenas traduzem uma produção de um conhecimento de valor heurístico, mas possibilitam gerar inteligibilidade sobre a abrangência de configurações subjetivas que, mesmo sendo singulares, permitem a construção de um conhecimento acerca dos processos geradores de **subjetividade**. Ainda que apresentem diferentes conteúdos, os estudos de caso possibilitam ao pesquisador interpretar certas configurações subjetivas, cientes de que a doença, faixa etária ou condição social não possuem uma relação linear com a produção subjetiva, mas que cada sujeito produz **sentidos subjetivos** peculiares à sua singularidade.

Ainda, para a Epistemologia Qualitativa desenvolvida por González Rey (1997, 2002, 2010), o caráter qualitativo da pesquisa refere-se aos processos que caracterizam a produção

de conhecimento, sendo que os instrumentos utilizados desempenham apenas uma função secundária para sua elaboração. Na verdade, para a pesquisa qualitativa, o instrumento mais importante é o pesquisador que, a partir da sua capacidade epistemológica, é capaz de gerar inteligibilidade, tornando-se, portanto, o principal instrumento do estudo.

3.1. Cenário de Pesquisa

Em abril de 2014, durante uma consulta com meu gastroenterologista em Brasília, perguntei se ele tinha algum paciente diagnosticado com DII que pudesse me indicar para colaborar com minha pesquisa. Ele imediatamente me disse que tinha uma pessoa em mente e que iria pedir seu consentimento para me passar seus dados, a fim de que eu pudesse contatá-lo. Ali mesmo, na minha frente, ligou para o seu paciente e explicou a ele que eu estava buscando um participante para meu trabalho de conclusão de curso e perguntou se ele gostaria/poderia participar, pelo que ele concordou imediatamente. Assim fui “apresentada” ao Sr. Newton.

Nossos primeiros contatos foram por telefone, quando, em conversas informais, falamos um pouco de vários assuntos. Já no primeiro contato percebi que o Sr. Newton era uma pessoa comunicativa e brincalhona. Depois de um tempo de conversa ele me disse que estava pronto para me ajudar com minha pesquisa e que poderíamos marcar nosso primeiro encontro.

Assim, depois de três conversas telefônicas informais nos encontramos pela primeira vez. Até então não nos conhecíamos pessoalmente. Combinamos de nos encontrar no Conjunto Nacional (sugestão dele) e lá buscaríamos um local tranquilo para conversarmos. Como não nos conhecíamos, no dia anterior ao encontro, combinamos ao telefone um local exato para nos encontrarmos e também passamos algumas das nossas descrições físicas e das roupas que vestiríamos para que pudessemos nos reconhecer facilmente. Uma das descrições

de si mesmo, a qual retomarei na parte das construções a partir das conversas com o Sr. Newton, já me chamou a atenção: **“Sou um velho preto e feio”**.

Nos encontramos no horário e local combinados, nos apresentamos e decidimos nos sentar na praça de alimentação. Devido ao horário, 8h, o shopping ainda estava fechado e a praça de alimentação estava praticamente vazia, o que nos possibilitou manter a privacidade que necessitávamos para nossa conversa e para que pudéssemos estabelecer os vínculos necessários para o desenvolvimento da pesquisa.

Nesse primeiro encontro, por meio da dinâmica conversacional, foram apresentados temas gerais para discussão a fim de que se estabelecesse um vínculo entre nós. A partir das informações apresentadas na primeira entrevista, iniciei o trabalho construtivo-interpretativo.

No segundo encontro entreguei ao participante o instrumento de Complemento de Frases (Anexo II), no qual indutores foram apresentados ao entrevistado para serem por ele completados, com o objetivo de que fossem apreendidos elementos singulares que permitissem enriquecer o desenvolvimento da pesquisa.

No segundo e terceiro encontros, mantendo a dinâmica conversacional, conduzi mais diretamente as conversas, seja através da sugestão de temas, seja através do resgate de pontos levantados no complemento de frases e na redação que considerei relevantes. Ele não apresentou nenhuma timidez ou embaraço para expressar-se verbalmente a respeito de nenhuma questão. Além disso, o próprio Sr. Newton levantou alguns temas, inclusive confidenciando-me um assunto delicado que, segundo ele, não havia compartilhado com outras pessoas. Este fato levou-me a concluir que tal comportamento devia-se ao vínculo que ali estava sendo estabelecido comigo, pois, ao sentir-se mais à vontade, pôde conversar com menos reservas sobre assuntos que o mobilizavam.

Dessa forma, aproveitando-me da dinâmica conversacional, que é um processo de comunicação ativo, busquei criar naqueles momentos um espaço facilitador que implicasse na

emergência de **sentidos subjetivos** do participante da pesquisa. A respeito disso, González Rey comenta: “O cenário da interpretação deixa de ser os instrumentos tomados como um fim em si mesmos e passa a ser o sujeito na complexidade de todas as suas expressões” (2010, pp. 47-48). Assim é que, concordando com o autor, estava ciente de que mais importante do que qualquer “interpretação a posteriori”, o que realmente importava naquele momento era o **sujeito** à minha frente.

3.2. Instrumentos

Partindo do pressuposto da Epistemologia Qualitativa desenvolvida por González Rey (2010), referente à noção de instrumento, esse é compreendido como um recurso facilitador para registrar-se a expressão dos participantes da pesquisa e não como um recurso para obtenção de resultados. Os instrumentos, segundo o autor, servem para facilitar a expressão da pessoa, e devem envolvê-la emocionalmente, o que fará com que os **sentidos subjetivos** sejam manifestados com mais facilidade. Nessa acepção, González Rey enfatiza a definição de instrumentos da seguinte maneira: “designamos [como instrumentos] todos os procedimentos encaminhados a estimular a expressão do sujeito estudado, são simplesmente indutores de informações que não definem o sentido final dela (2002, p. 79)”.

Ainda, segundo González Rey, “O uso dos instrumentos abertos facilita a expressão do sujeito em toda a sua complexidade e aceita o desafio que implica a construção de ideias e conceitos sobre a informação diferenciada que expressam os sujeitos estudados (2010, p.81)”. Nesse sentido, o instrumento é compreendido como um “provocador” para a produção de ideias e não como “coletor de dados”, pois é ele que vai subsidiar as explicações dos fenômenos.

González Rey (2010) esclarece ainda que os indutores auxiliam o pesquisador a direcionar o entrevistado para assuntos nos quais deseja que o **sujeito** se expresse

intencionalmente. Eles podem se referir a aspectos gerais, assim como a atividades, experiências ou pessoas. O instrumento é uma rica fonte de indicadores e possibilita a elaboração de hipóteses que se associam e marcam o caminho da produção da informação. Ainda, segundo o autor, os indutores curtos permitem que o pesquisador desloque a pessoa, fazendo com que a informação trazida por ela implique na produção de **sentidos subjetivos** de diferentes áreas e momentos de sua vida. Assim, escolhi utilizar os seguintes instrumentos para a realização da presente pesquisa: a dinâmica conversacional, o complemento de frases e a redação.

A dinâmica conversacional consiste num diálogo entre o pesquisador e o pesquisado. Este processo dialógico é dinâmico e ativo e objetiva a criação de um espaço relacional que facilite a expressão do outro conforme suas motivações pessoais, sem que haja um roteiro pré-estabelecido. É nesse processo de comunicação que surge a partir da dinâmica conversacional que, segundo González Rey (2010), pesquisador e pesquisado vão se envolvendo e permitindo reflexões sobre os temas que vão surgindo durante os diálogos. Desse modo, a dinâmica conversacional valoriza não somente a presença do pesquisador, como também oferece todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para o desenvolvimento da pesquisa.

É importante ressaltar ainda que a participação ativa do pesquisador no processo da dinâmica conversacional é de extrema importância pois, como partícipe na construção de conhecimento ele deverá conduzir a conversa de modo que comentários e expressões carregadas de sentidos subjetivos possam surgir, a fim de que diferentes elementos constitutivos da **subjetividade** e dos **sentidos subjetivos** possam ser apreendidos (González Rey, 2010).

Desse modo, González Rey (2010) ressalta a participação ativa do pesquisador, não como mero “aplicador e leitor de instrumentos”, mas como alguém que deve tanto ter

iniciativa e criatividade para manter vivo o interesse do sujeito pelo diálogo, quanto como alguém capaz de produzir conhecimento. A respeito disso afirma o autor:

(...) muitos pesquisadores se orientam no campo da pesquisa, apoiados no princípio de que pesquisar é aplicar uma sequência de instrumentos cuja informação se organiza, por sua vez, em uma série de procedimentos estatísticos sem precisar produzir uma só ideia (González Rey, 2010, p.03).

O segundo instrumento utilizado foi o complemento de frases (Anexo II), no qual indutores foram apresentados ao participante da pesquisa para serem por ele completados; e o terceiro instrumento utilizado foi a redação, na qual o participante foi solicitado a escrever sobre o seguinte tema: “A vida é...”. O principal objetivo na utilização desses dois instrumentos escritos foi o de apreender elementos singulares que permitissem completar, confrontar, comparar tópicos levantados durante a dinâmica conversacional e que pudessem contribuir para o enriquecimento da pesquisa.

4. Construção da Informação

4.1. Breves Considerações Iniciais

Antes de passarmos à construção a partir das informações do participante da pesquisa, é importante esclarecer que a produção de informação refere-se também às conversas telefônicas informais que precederam a realização dos encontros presenciais, quando as conversas foram gravadas e quando me utilizei da dinâmica conversacional e de indutores escritos. Para a construção da informação também foram utilizadas observações feitas durante os momentos informais surgidos nos encontros, assim como minhas reflexões acerca do tema,

principalmente ao reler as transcrições das entrevistas e os instrumentos escritos entregues pelo participante.

Considero que a contribuição de todos esses elementos foram essenciais para a construção da informação, pois, além da análise ser congruente com o referencial teórico adotado, para que tentasse compreender os processos subjetivos do participante da pesquisa, portador de uma DII, não poderia me limitar às questões restritas à doença ou apenas à sua expressão verbal, uma vez que os **sentidos subjetivos** não aparecem no dizer, mas na organização e na forma como as coisas são ditas, além de se manifestarem por meio da complexidade das expressões do **sujeito**. Ou seja, os **sentidos subjetivos** estão sempre para além da consciência e da representação do **sujeito** que fala, sendo que o único caminho para a produção de conhecimento sobre eles é a construção do pesquisador, em processos que se definem como geradores de inteligibilidade sem, no entanto, pretenderem se transformar em verdades últimas (González Rey, 2010).

4.2. Construções a Partir das Conversas com o Sr. Newton

O Sr. Newton é um homem de 67 anos, casado há 35 anos, pai de dois filhos, um homem e uma mulher, e avô de dois netos, filhos da filha. Muito carismático e sorridente, gosta de falar do tempo em que trabalhava como auxiliar de enfermagem e de contar “causos” daqueles tempos. Ele também é bastante ativo face à condição crônica que vivencia, fazendo acompanhamento médico regular, participando mensalmente de um grupo de apoio a portadores de DII no Hospital Universitário de Brasília (HUB) e cuidando da alimentação, não sem algumas “rebeldias”, sobre as quais falarei mais adiante.

O Sr. Newton participa também de outras atividades que contribuem para a melhoria da qualidade de vida. À época das entrevistas estava fazendo fisioterapia, indicada para melhor recuperação de uma cirurgia que havia feito no ombro. Além disso, estava

frequentando, três vezes por semana, um curso de computação para pessoas da “terceira idade”.

No primeiro encontro, o Sr. Newton, embora gentil, mostrou-se ressabiado, colocando-se muito mais numa postura de “observador da pesquisadora”, que estava encontrando pela primeira vez, do que de alguém que estava ali para ser “observado”. Dessa forma, no intuito de não transformar o encontro numa experiência invasiva, iniciei com uma pergunta aberta, pedindo que ele me falasse sobre o que quisesse de si mesmo, deixando-o à vontade para aprofundar as respostas da maneira que desejasse e para que conduzisse a dinâmica conversacional do modo que se sentisse mais confortável. É importante mencionar que este primeiro encontro durou pouco mais de uma hora, mas após os vinte minutos iniciais o Sr. Newton já demonstrava bem menos reservas e estava visivelmente mais relaxado.

Ao responder minha pergunta inicial, quando indaguei o que ele poderia me falar sobre si, trouxe elementos que me permitem propor reflexões acerca de aspectos de sua **subjetividade individual** que, segundo González Rey (2003) surgem não apenas no nível individual, mas também na cultura dentro da qual o sujeito individual se constitui e é constituinte. Consonante a diversas construções sociais acerca da religião ele disse:

(...) uma coisa que geralmente toca as pessoas – EU NÃO TENHO RELIGIÃO – SOU ANTI-RELIGIÃO, E NÃO CREIO EM DEUS, MAS CREIO NO HOMEM, CREIO NAS PESSOAS E CREIO MUITO NO AMOR (...).

Pode-se extrair desse trecho inicial da conversa com o Sr. Newton dois elementos expressivos: o primeiro, refere-se à uma intencionalidade em marcar a sua descrença em Deus; e o segundo, concerne ao valor atribuído por ele às pessoas e ao amor, os quais,

durante o desenvolvimento da pesquisa, percebi estar ligados à produção de **sentidos subjetivos** relacionados à importância do convívio social e da família em sua vida.

Em relação ao primeiro elemento, registrei também, em outro momento da pesquisa, uma contradição à sua afirmação categórica inicial de que não cria em Deus. Ele tentou explicar, por meio de uma negação racional, que é melhor não acreditar em Deus porque ele é “maldoso”. Ou seja, ao vislumbrar a possibilidade da existência de um Deus punitivo, “maldoso”, ele escolhe pragmaticamente não acreditar nele, conforme ressaltado no excerto abaixo:

(...) Aí até os meus 20 e poucos anos eu acreditava em Jesus. Depois eu comecei, eu li muito a bíblia. Eu comecei a ler, vi algum livro de espiritismo, Khalil Gibran, entendeu? Li Khalil Gibran, li alguns outros espiritistas e aí **decidi que eu não acredito**. Aí eu **desisti**. Eu não **acredito**, sinceramente, eu não **acredito** que exista um Deus e **às vezes que eu quero acreditar, eu acho que ele é maldoso, ele é ruim. E por isso que eu digo que eu não acredito**.

Percebo que, a utilização dos seguintes verbos volitivos: “**decidi, desisti, quero acreditar**”, apresenta-se tanto quanto um possível indicador de produção de **sentido subjetivo** acerca da não aceitação da existência de um Deus punitivo, hipótese esta que explorarei mais adiante, mas também de um indicador de alguém que se posiciona ativamente na vida, alguém que não se deixa conduzir nem pela cultura hegemônica da crença em Deus nem por outros temas naturalizados em nossa sociedade, dos quais falarei a seguir.

A respeito do posicionamento ativo do participante da pesquisa, pareceu-me, conforme evidenciado nos trechos transcritos abaixo, que o Sr. Newton, em variadas áreas da vida, não segue mecanicamente, sem reflexões próprias, determinadas orientações ou práticas vigentes das quais discorda:

- (...) Como eu lhe disse, eu não tenho religião, não participo de nenhuma igreja, não rezo, não peço apoio a nenhum ... Mesmo na minha fase mais difícil a minha esposa me entendeu. Primeiro ela trabalhava com um espírita, com um evangélico e com uma católica daquelas ... fervorosa. E os três se ofereceram a ir lá em casa. Iam fazer um culto, o outro fazer um terço e o outro me dar um passe, ou coisa assim. E eu disse pra ela que aceitava, que **podia ir qualquer um deles lá, que eles soubessem que eles iam fazer por eles, por mim não, porque eu agradecia se fosse pra mim** [risos].

- (...) Tenho uma alimentação quase normal. **Algumas restrições em que eu me faço mas porque eu gosto e eu quero.**

- (...) Os médicos medicavam muito, não davam a chance de conversar. No serviço público, o médico não tem tempo de conversar. Poucos eram encaminhados aos psicólogos e ao serviço social que pra mim era básico... Eu não acuso os médicos. Eles não tinham tempo. Eles só tinham tempo de chegar ali, conversar e passar a receita. **Era medicar, medicar, medicar. E não era isso. Era preciso conversar.** [este trecho refere-se às suas reflexões acerca da prática médica vigente, quando trabalhava como auxiliar de enfermagem num hospital psiquiátrico no DF].

Quanto ao segundo elemento expressivo trazido na primeira frase do Sr. Newton, concernente à importância da família, destacarei outros trechos da dinâmica conversacional, bem como alguns indutores contidos no complemento de frases (que são transcritos com a ordem numérica original, conforme disposição no Anexo II) , que se apresentam a mim como importantes indicadores de produção subjetiva do participante da pesquisa:

- (...) Então acho que isso aí, eu acho que apoio da família. Você ter, **por exemplo uma companheira** e que na hora que você reclama que tá com alguma coisa e ela te entende, ela nunca bota alguma coisa que você deixa de fazer ou uma agressão sua, que às vezes você fica meio agitado, e ela diz que é por causa da tua doença, então, então isso ajuda muito.

- (...) E eu, **o que eu lhe disse que é muito importante da família**. Meu filho só come baboseira, é X-burger, () burger, quer dizer, a carne que ele come é uma carne só se seja bem passada, se for a picanha tem que ser torrada () nada cozido. Costela. Carne cozida, nada. Galinha. Nada ele come. E ele passou a comer, tomar aquele ... Ela batia coco, mastruz e beterraba e cenoura e fazia uma gororoba que eu tomava todo dia de manhã. Ele tomava um copo que era pra que o Dr. X., se houvesse necessidade, teria que ser feito uma transfusão, teria que ser do meu filho pra mim () porque compatibilidade. Seria mais fácil. Entendeu?

- (...) **Então, todos que têm, todos que têm uma doença, seja essa, ou qualquer uma outra ... se tiver a família ajuda muito.**

- (...) **Ela preocupa com tudo**. [risos]. Entendeu? [risos]. É isso. Qualquer besteira que não precisa, ela... “não, mas bem, eu tenho que fazer isso” e tal. [referindo-se aos cuidados que a esposa tem para com ele].

- (...) Então é isso. **O que eu tenho é isso. Eu tenho uma família. A base é essa. E eu vivo bem**. Até hoje não tenho tenho, todos tem alguma dificuldade. Todos tem um crique, encrenca, até mesmo filho, com tudo, mas a gente ... **Quando eu respondo que a minha família é tudo, é no geral**. Quando eu fecho um bolo, que ele assa é porque ficou bom, aquelas primeiras pitadas, põe um pouquinho de sal, passa um pouquinho de

manteiga mais, ficou um pouquinho a menos, não adianta... quando ele fecha às vezes fica com um gosto tão bom que não precisa ... [risos].

Entendeu? [risos].

7. Meus amigos: **minha família.**

9. Minha família: **é tudo.**

Ainda, acerca da importância da família, transcrevo do instrumento da redação o seguinte trecho:

(...) **A vida só é boa com amor, não amor carnal, mas amor compreensão, dedicação, compartilhamento.**

Penso que os trechos acima transcritos me permitem falar em indicadores da importância da família para o participante da pesquisa não apenas nos processos de subjetivação da doença, mas também em todos os momentos de sua vida. Ainda que haja a construção de um sentido subjetivo acerca do papel da família face aos cuidados de um familiar que adoece, cada pessoa gera sentidos subjetivos singulares a este respeito. Assim, percebo, no caso do Sr. Newton, a construção de dois elementos significativos para ele: i) a família tem que ajudar sempre e “até” redobrar a compreensão e sacrificar-se em prol do “doente” em determinadas circunstâncias; e ii) a família é o sustentáculo em sua vida.

Assim, constatei, que a família desempenha não apenas um importante papel em seus processos de subjetivação, mas também confere ao participante da pesquisa importância fundamental para sua “razão de existir”. Por inúmeras vezes ele utiliza o advérbio de intensidade **TUDO** ao referir-se à família, que ocupa um lugar central em sua vida, um “lugar sagrado”, que pode ser substitutivo à figura religiosa de Deus. Percebi, nesse sentido, que ele inclusive escolheu um verbo comumente ligado a Deus para dizer: “**creio** nas pessoas e **creio** muito no amor”, ou seja, **crê na família**, que, para ele, pode “operar verdadeiros milagres”.

Tomo os exemplos acima como expressões da **subjetividade**, que apontam para indicadores de **sentidos subjetivos**, compreendidos por González Rey (2010b) não como a soma da unidade do afetivo e do simbólico, mas à relação dialética existente entre esses elementos. Dessa forma, é possível registrar-se uma interrelação que pressupõe uma unidade recursiva entre processos emocionais e simbólicos, associados aos diferentes momentos de vida do **sujeito**, considerando-se suas vivências e atividades nos diversos espaços sociais em que se constitui.

Registrei também um gerador de **sentidos subjetivos** quando ele me falou sobre a sua atuação profissional nos tempos em que trabalhava como auxiliar de enfermagem.

- (...) E era mais **pesado** quando eu tinha que ficar com criança (...)

- (...) **Principalmente criança. Porque o adulto eu não** () Por exemplo na UTI . Eu ... não é que eu sentisse, mas quando um adulto tava te passando ... ele já passou a vida, ele já viveu e **a criança não sabia de nada, simplesmente um ser indefeso, sem saber dizer o que tava sentindo, sem ... Entendeu? Muito difícil com criança.**

- (...) Tive, eu tive, tive momentos bons, tive muitos momentos alegres, tive tristes, entendeu? Tive muita criança com uns ... três pra quatro anos, **da idade do meu filho, tinha a mesma idade do meu filho. Com o mesmo nome, J. P.**, que me morreu assim, eu vendo. ... Eu saí, depois que eu tinha saído, mas uma () ficou e ele virou pra mim assim: “tio, por que aquela bicha [a criança se referia à cobra que a picou] fez isso comigo?” ... **EMOÇÃO** [nesse momento o Sr. Newton se emocionou e ficou com os olhos marejados].

- (...) Um dia eu cheguei a dizer pra mim: “ Olha eu não sou médico, não sou doutor, **mas eu sou doutor em enfermagem, de auxiliar de**

enfermagem. Tudo que for de auxiliar de enfermagem eu sei que não faço por empirismo, como macaco anda na bicicleta. Eu faço com conhecimento.

Tudo o que eu fiz em enfermagem, na área de auxiliar de enfermagem eu fiz com conhecimento médico.

Apesar da competência técnica marcada por ele, inclusive comparando o conhecimento do técnico de enfermagem ao do médico, como podemos ler no excerto acima, o Sr. Newton disse que era muito “pesado” trabalhar com crianças enfermas, evidenciando a recursividade existente entre os processos afetivos e simbólicos.

Ao falar sobre como era difícil trabalhar com crianças, ele se lembrou de um caso de um menino que morreu por envenenamento de picada de cobra e “coincidentemente” tinha a mesma idade e o mesmo nome que seu filho. Penso que esse “peso” sentido por ele pode estar relacionado à dificuldade de entrar em contato com a finitude das pessoas que ama. Parece-me que naquela situação viu seu filho projetado na criança que ele estava cuidando, e pode ter pensado na possibilidade de ser o próprio filho vivendo aquele drama, do qual só podia participar como espectador. Quando ele diz “...**a criança não sabia de nada, simplesmente um ser indefeso**”, não estaria ele se referindo à sua própria condição de impotência diante da morte? Assim, penso que a impotência do outro toca na sua própria impotência e isso o mobiliza de alguma maneira.

Nessa parte da construção percebi uma complexa produção de **sentido subjetivo** pois, parece haver muito mais que uma dificuldade de tomada de consciência acerca da finitude humana. Aqui, levanto a hipótese de um indicador de um embate relacionado ao conflito inicial explicitado pelo participante da pesquisa a respeito da sua descrença em Deus. Parece-me que, acreditar em Deus simboliza para ele a anuência da existência de “um Deus maldoso”, que “castiga”, que “permite” que a doença e a morte aconteçam, ao passo que negá-lo significaria não precisar confrontar essa ambiguidade.

Ressalto, no entanto, que os instrumentos utilizados me permitem apontar para indicadores acerca da dificuldade em aceitar a finitude que, aliados à minha interpretação, produzem uma inteligibilidade sobre o estudado. Sem a pretensão de se postular uma “verdade”, o que se busca aqui é apontar para uma possibilidade que legitime a hipótese teórica levantada. A respeito disso, comenta González Rey (2010) que “As teorias não são reflexos, são produções humanas que nos permitem representações possíveis do real”.

Nesse ponto, quero retomar o comentário trazido pelo Sr. Newton no início da construção da informação, quando ele se descreveu para mim, que ainda não o conhecia pessoalmente, da seguinte maneira: “**Sou um velho preto e feio**”. Destacarei, também, outros comentários semelhantes extraídos da dinâmica conversacional que irão subsidiar a hipótese que desenvolverei logo abaixo:

- (...) Olha, eu sou praticamente um cidadão comum, bem **rústico**.
- (...) Não entro em depressão porque sou **grosso**.
- (...) Esse grupo, eu acho que, por exemplo, eu, eu sou **meio rude**, eu não sei como divulgar o grupo, como fazer ele crescer.
- (...). Eu trabalhei muito, fui **muito burro**, entendeu?

Com base nos trechos acima, apreendi que o Sr. Newton tem um conceito muito crítico e severo sobre si mesmo, que pode também estar ligado ao modo como ele deduz ser percebido por outras pessoas. A opinião do outro parece ser muito importante para ele, como fica evidenciado nos seguintes trechos extraídos da dinâmica conversacional e de alguns indutores do complemento de frases:

- (...) **O que eu nunca gostei, porque mesmo eu com o Crohn, a minha aparência sempre foi muito boa, e os colegas dizem – “Pôxa, você com essa cara, pegando licença?”** Isso é ruim e aí eu conversei com meu

médico e ele disse: “Não, com essa doença você pode se aposentar e eu me aposentei.”

- (...) **Então, eu me aposentei mais por isso, pra não ficar ouvindo que eu não gostaria, não queria trabalhar, eu não gostaria, não queria trabalhar.** O Crohn não mostra, ninguém vê. A gente tem ele interno e as pessoas falam: “Você com uma cara dessas; por isso que o Brasil não vai pra frente. É, você tá bom”. **E isso incomoda.**

- (...) Eu cheguei ao ponto de até com a minha família, sentada na mesa, **eu ficar constrangido, porque a barriga fazia um barulho tão alto que todo o mundo ouvia.** Entendeu? Então às vezes meu filho me chamava pra ir a um restaurante . **“Vou não, cara”, porque o pessoal da mesa do lado ouvia, entendeu? Então é muito constrangedor, entendeu?** Pra viajar de avião, você fica colado ali, principalmente pobre que anda de terceira classe [risos]. (...) Entendeu? **E isso é muito constrangedor. Então a gente sente muito isso. Eu sinto isso (...).**

Percebe-se aqui que, conforme ressaltado por González Rey (2010), o **sentido subjetivo** e suas formas de organização estão constantemente envolvidos tanto no nível da **subjetividade individual**, quanto no da **subjetividade social**, interagindo de maneira permanente e contínua em todos os espaços onde o **sujeito** se encontra inserido. Não há uma linha divisória entre esses dois níveis, mas sim um espaço de confluência entre eles. Portanto, aqui, fica evidenciado que o barulho feito pela barriga, em uma situação pública, ainda que provocado por uma condição crônica, torna-se um aspecto gerador de tensão, não como um efeito, mas como uma produção do participante da pesquisa, fazendo com que apareçam **sentidos subjetivos** dessa experiência que o levam, em alguns momentos, a preterir o contato

social e familiar em busca de um refúgio onde não se sinta exposto. Ainda nesse sentido o Sr. Newton complementa:

- (...) Tenho às vezes esse problema e você tá num grupo e tal e às vezes você fica, aí diz: “Não, eu posso sair ali no banheiro, fazer (...) Aí, mas se sujar?”. Eu acho (...), além de ter vindo da roça e de já gostava antes da roça, daí **eu me sentia mais à vontade. E às vezes acontecia isso e eu tava sozinho lá na chácara. Aí eu ia lá, trocava de roupa e jogava fora e tudo bem.** E a cidade dá mais essa (...). Entendeu?

2. O tempo mais feliz: **vivi na roça.**

8. Sonho: **voltar para a roça.**

25. Um dia: **voltar à roça.**

33. Tenho saudades: **da roça.**

Penso que esse seja talvez o ponto mais significativo da construção da informação, pois me deparei com aspectos acerca da forma como se organiza a **subjetividade** do participante da pesquisa em relação à sua experiência com a doença de Crohn e o desejo de retornar à roça, local este que faz parte da construção da sua identidade, apesar de ter passado a maior parte da vida longe dela.

É muito interessante notar que a vontade de apartar-se das pessoas não aparece como um simples desejo de isolar-se, em estar só em qualquer lugar, mas aponta exatamente para o local onde ele gostaria de estar, ou seja, a roça. Assim, penso que esse lócus, que é muito significativo em sua história de vida, aponta para um indicador de **sentidos subjetivos**, que sugere mais que um ”porto seguro”, pois suscita no Sr. Newton muitas lembranças afetivas e emocionais. Para consubstanciar essa hipótese, transcreverei abaixo outros trechos da dinâmica conversacional que evidenciam a sua relação emocional com a roça:

- (...) Nasci, me criei, vim pra cidade já com 19, 20 anos, entende? Meu pai ... e deixei a roça **sem assim ser um objetivo meu, vir à cidade. Eu vim praticamente trazido pelo meu irmão, confiava muito nele, entendeu?** E ele disse: “Cara, vamos sair daqui. Você vê ó, o pai ficou aqui a vida toda, trabalhou muito e não fez nada da vida, então você e minha irmã ()”. Eu tenho, eu tava com uma irmã mais nova do que eu. Ele disse: “Eu vou levar vocês dois para que vocês façam alguma coisa”.

- **E eu vim por isso. Não que eu quisesse vir.** Também já tava numa fase de namorar. Tinha uma namorada que quase casamos, entendeu? **E aí, tudo isso fazia prender lá na roça. E eu gostava do campo. Gosto.**

Considero que tanto a satisfação proporcionada pelo convívio familiar ou o seu desejo de retornar à roça e, conseqüentemente, distanciar-se da convivência diária com a família, podem ser indicadores de variados **sentidos subjetivos**. No entanto, não entendo que esse ou aquele sentido, por parecer contraditório, deve excluir o outro mas, justamente, é a partir dessa “ambigüidade complexa” que registrei o surgimento e/ou a “renovação” de processos subjetivos já existentes que, de maneira processual, contraditória e contínua se revelam no desenrolar de sua vida. Assim, entendo que voltar à roça não implica de modo algum querer se distanciar da família, mas simplesmente significa voltar para onde está a sua “alma”.

Ao longo da construção da informação enfatizei a categoria de **sentidos subjetivos** porque acredito que ela é fundamental para a compreensão e legitimação do singular no estudo de caso com portadores de DII, uma vez que é parte integrante da produção simbólica e emocional da pessoa que vivencia uma condição crônica.

Os **sentidos subjetivos** podem, de acordo com González Rey (2004, 2007), apontar para como se operam os sistemas de valores e crenças, os vínculos afetivos, as relações com as instituições sociais e a comunidade nas quais o **sujeito** participa e, inclusive, ao seu **modo**

de vida. Lembrando que para o autor supracitado, o **modo de vida** diz respeito à participação ativa do sujeito em seu tratamento. Assim, passemos à análise de alguns dos indicadores retirados das conversas com o participante de pesquisa a respeito disso.

Quando perguntado sobre como é para ele a rotina de conviver com uma doença crônica disse:

- Olha, eu encaro isso com muita naturalidade. Eu faço os exames quando tenho que fazer. Não tenho uma dieta pré-estabelecida, rigorosa. Eu fumo, eu bebo, entendeu? Não constante, vou a uma reunião, um fim de semana, de mês em mês, viu? Às vezes eu bebo de 2 ou 2 meses, 3, entendeu? Eu vou na reunião, tomo, não gosto de cerveja, tomo assim uns 2 copos, quando () tomo umas doses de uísque que eu gosto [risos]. **Então, eu fumo, nunca deixei de fumar.** Paro uma semana, paro duas. Quando eu sinto que num tô bem, assim, sinto alguma coisa na garganta ruim, assim, **eu paro de fumar até um ano, mas não deixo, porque eu gosto. E como eu gosto, eu nunca, nunca discuti com o médico porque não deixar.**

- **Eu acho que esse grupo que nós temos no HUB** [referindo-se a um grupo de apoio a portadores de DII que se reúne uma vez por mês] **ajuda muito.** O bate papo com eles, as coisas que eles falam, que eu tiro muito. Às vezes posso ter contribuído com alguma coisa, não sei se fiz, mas, ouvindo deles, conversando, ajuda, especialmente porque é o único grupo que eu participo. (...) Sobre alimentação, sobre o tratamento, sobre convivência, como conviver. Nós temos, tem alguns jovens que chegam lá, 15, 16 anos, que é uma fase difícil. Então eu vejo, **a gente encontra, troca algumas ideias e isso é bom. Esse grupo eu acho que é aquele, é o ponto que eu tenho de encontro todo mês.**

Ainda sobre o lidar com a cronicidade disse:

- (...) O que cansa é porque além dele [referindo-se ao gastroenterologista], eu tenho diabetes, hipertensão e pressão ocular, que não chegou ainda a confirmar o glaucoma, que o resultado do exame mas não confirmou, mas eu tenho um problema de pressão ocular. Tem colírio. Tem comprimido pra diabetes, comprimido pra pressão, comprimido pra Crohn. Aí, eu relaxo algumas vezes em alguns, eu não tenho dado muito problema ().

- (...) **Mas a maioria das crises foi por relaxo meu no tratamento. De alimentação.** Eu tomando medicação, tomei sempre normal, mas a alimentação. **Os excessos.** entendeu? **Alimentação à vontade.** Então, teve um período em que eu tomava muito, como eu lhe disse. Tomava leite de vaca direto do peito da vaca, tirava na caneca e bebia. Fazia aquele churrasco com **a carne mais gorda eu comia**, entendeu? Milho, meu intestino quando eu (), pra eu comer coisa com milho tem que ser bem triturado, **mas eu comia milho assado, cozido, pamonha, e isso desencadeava uma crise (...).**

- (...) [risos] Por exemplo, tem uma coisa que **é gorduroso demais.** Tem hora eu desço ali e eu tenho que comer um pastel da Viçosa. [risos] **Caldo de cana pra diabetes que é ruim que é danado. Eu tomo o caldo de cana. Eu tomo.**

Percebo assim que, embora haja um engajamento ativo na convivência com a doença crônica, o Sr. Newton manifesta sua “rebeldia”, que mencionei no início da construção da informação, em diversos dos trechos acima e, em alguns casos, inclusive numa forma desafiadora da própria saúde, conforme destacados em negrito na transcrição. No entanto, o que quero ressaltar aqui é que essa “rebeldia” é compreendida, dentro dessa linha de

pesquisa, como um forte indicador de **sentido subjetivo**, que leva o Sr. Newton a posicionar-se ativamente frente à condição crônica vivida por ele, escolhendo conscientemente gozar das coisas que lhe dão prazer no “aqui e agora”, ao invés de colocar-se numa posição de “assujeitamento”, de passividade diante das orientações médicas que, muitas vezes, levam a pessoa a buscar uma melhor condição de saúde no futuro.

Para finalizar, destaco outro aspecto significativo para a organização de seu **modo de vida**: sua participação assídua num grupo de apoio a portadores de DII. Percebo que nesse contexto ele se coloca tanto na posição de alguém que contribui mas, também, de alguém que se beneficia com a troca de experiências. Entendo que o posicionamento ativo adotado pelo Sr. Newton frente a sua doença resulta das emoções e processos simbólicos vividos por ele, os quais são compartilhados num sistema de relacionamentos sociais em que ele está inserido, e que é importante para ele, onde seus posicionamentos e recursos subjetivos entram em “cena” e dão visibilidade a um **sujeito** concreto (González Rey, 2010b).

Considerações Finais

De acordo com a proposta epistemológica e metodológica de González Rey (1997, 2010), orientada ao estudo da **subjetividade**, o processo construtivo-interpretativo que caracteriza a produção de conhecimento sobre a **subjetividade** constitui uma fonte ímpar na construção do conhecimento. Nesse sentido, os estudos de casos, para a Epistemologia Qualitativa, não apenas traduzem uma produção de um conhecimento de valor heurístico, mas abrangem as configurações subjetivas que, mesmo sendo singulares permitem a construção de um conhecimento acerca de processos subjetivos do participante da pesquisa.

Gostaria de enfatizar que, as hipóteses levantadas no presente estudo são construções minhas acerca da **subjetividade**, dos **sentidos subjetivos** e do **modo de vida** relacionados a

alguns processos de “saúde e doença” experienciados pelo participante da pesquisa, sem a mínima pretensão de encerrarem uma verdade em si. Assim, destaco que o conhecimento produzido foi gerado com base nas ideias e nas reflexões surgidas ao longo da construção da pesquisa, uma vez que o valor não se encontra na procedência, mas na capacidade de quem gera inteligibilidade (González Rey, 2002).

Ressalto, ainda, que a pesquisa não esteve limitada somente à questões teóricas ou epistemológicas pois, ao também ser portadora de uma DII, sei que gerei **sentidos subjetivos** que perpassam a minha própria **subjetividade** e que, certamente, contribuíram para a escolha do tema e da seleção dos recortes que escolhi aprofundar na pesquisa. Dizer que houve neutralidade na construção da pesquisa seria negar minha própria condição de **sujeito**, o que não seria possível e tampouco era esse o meu desejo.

No estudo de caso apresentado, observei que a produção de vários **sentidos subjetivos** funcionavam tanto como ferramentas propulsoras de ação do participante da pesquisa perante a vida, quando, por exemplo, ele assume o papel do autocuidado realizando exames periódicos, tomando a medicação, participando de um Grupo de Apoio a portadores de DII e, principalmente, quando ele opta muitas vezes por não seguir uma dieta rigorosa e não observar algumas restrições alimentares, muito embora seja bem informado acerca da importância da alimentação “correta” para a sua condição crônica.

Esse comportamento apresentado pelo Sr. Newton, que me referi anteriormente como “rebelde”, pode estar ou não relacionado ao impacto que a DII tem na sua vida, pois o seu posicionamento enquanto **sujeito** no processo de adoecimento está relacionado não apenas à organização de seus processos subjetivos individuais mas, também, encontra-se perpassado por aspectos da subjetividade social dos vários contextos onde está inserido.

Outro **sentido subjetivo** por mim destacado refere-se ao desejo de retornar à roça, que é um lugar de profunda significação afetiva para o Sr. Newton. Parece-me que o retorno à

roça integraria a produção de um aspecto da sua subjetividade ligada à sua infância, a um tempo passado e a um lugar de valor inestimável para ele. Além disso, acredito que o desejo de estar na roça se converte em espaço de “integração” de sua identidade, pois o valor atribuído à roça não está no passado, mas está presente em sua **configuração subjetiva** atual.

Concordando com González Rey (2007), ao falar numa produção singular do conhecimento, busquei analisar os processos de subjetivação de “saúde”, **focando a pessoa e não a doença**. Assim é que, primando pelo resgate do **sujeito** em seus complexos e variados aspectos subjetivos, tentei compreender as diferentes formas com as quais o Sr. Newton organiza sua condição crônica em sua história de vida. Nesse sentido, acredito ter cumprido o meu objetivo, tanto no que tange a produção de uma inteligibilidade acerca do estudado mas, também, na criação de um espaço facilitador que permitisse que o Sr. Newton falasse de si, de seus “segredos” e que pudesse expressar suas emoções, sabendo que ali não estava sendo “avaliado ou julgado” por isso.

Acredito que a experiência do Sr. Newton nos demonstra que o adoecer não encerra em si mesmo um significado de valor absoluto, uma vez que a “doença” não é sua única referência de vida, tampouco me pareceu ser a mais relevante. Entendo, assim, que esse aspecto expressivo na vida do Sr. Newton, e que considero saudável do ponto de vista psicológico, pode ser estendido e compartilhado com outras pessoas acometidas por uma DII. Na verdade, mesmo antes de iniciar a pesquisa já vinha refletindo sobre a importância da criação de grupos de apoio para esses pacientes, que funcionem como um local de troca de informações sobre alimentação, tratamentos, experiências e, acima de tudo, que se constituam em verdadeiros espaços terapêuticos, comprometidos com a promoção da saúde e que sirvam de facilitadores para a produção de novos sentidos subjetivos, no intuito de contribuir como geradores de bem-estar e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que convivem com essa condição crônica.

Gostaria de enfatizar que, embora tenha ousado postular hipóteses acerca de **sentidos subjetivos** e, até mesmo, de uma **configuração subjetiva** do participante da pesquisa, necessitaria de vários outros encontros e de maior conhecimento teórico sobre o assunto para compreender as nuances complexas que envolvem os processos de subjetivação do sujeito. No entanto, seguramente apreendi que a produção de um **sentido subjetivo**, associado à outras **configurações subjetivas**, onde um não invalida ou exclui o outro, é o resultado da articulação dialética entre as emoções e os processos simbólicos vividos pela pessoa (González Rey, 2010b).

Dessa forma, sem pretender esgotar o tema, busquei com a presente pesquisa e análise de um estudo de caso contribuir com uma produção científica numa área com escassez sobre o tema. Não apenas isso mas, também, ao escolher pesquisar a **subjetividade**, os **sentidos subjetivos** e o **modo de vida** do participante da pesquisa, ofereci a ele a oportunidade de se expressar e, a partir da experiência do adoecimento, resgatar sua condição de **sujeito** (González Rey, 2010). Assim, considero que nós, psicólogos, ao optarmos pela Epistemologia Qualitativa para produzir um saber, temos diante de nós uma excelente oportunidade de favorecer aos participantes da pesquisa a emergência enquanto **sujeito** de seus processos de vida.

Referências Bibliográficas

- Biondo-Simões, M.L.P., Mandeli K.K., Pereira M.A.C., Faturi J.L. (2003). Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. *Rev bras Coloproct*, 23(3):172-182. Retirado de http://www.jcol.org.br/pdfs/23_3/05.pdf
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, 13(1), 151-166. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0103-65642002000100008.
- Colli, M.V. (2007). *Toxicidade da azatioprina no tratamento da doença de Crohn: frequência, abordagem e evolução*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG. Retirado de http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=91574
- Damião, A.O.M.C; Sipahi, A.M. (s/d). Doenças inflamatórias intestinais: avanços patogênicos e terapêuticos. Capítulo 2, 35-44. Em *Gastroenterologia: Da Patogenia à Prática Clínica*. Retirado de http://www.fbg.org.br/Arquivos/20071026155734cap2_ISCX6E.pdf
- Eksterman, A. (s/d). *Abordagem Psicodinâmica dos Sintomas Somáticos*. Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Retirado de http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/abord_psicodin_sint_somat.pdf
- Farias, C.N.F. (2007). *Leitura psicanalítica do sintoma em pacientes com doenças inflamatórias intestinais*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-17012008-085523/en.php>

González Rey, F. L. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. São Paulo: EDUC.

González Rey, F. L. (2002). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*.

Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F. L. (2003). *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*.

Tradução: Raquel Souza Lobo Guzzo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F. L. (2004). *Personalidade, Saúde e Modo de Vida*. Tradução: Flor María

Vidaurre Lens da Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F. L. (2004b). *O Social na Psicologia e a Psicologia no Social*. Tradução:

Vera Lúcia Mello Joscelyne. Petrópolis-RJ. Vozes.

González Rey, F. L. (2006). Las representaciones sociales como producción

subjetiva: su impacto en la hipertensión y en el cáncer. *Psicol. teor. prat.*,

São Paulo, v. 8, n. 2, dez. Retirado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-

[36872006000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872006000200005&lng=pt&nrm=iso)

González Rey, F. L. (2007). *Psicoterapia, Subjetividade e Pós-modernidade: uma*

aproximação histórico-cultural. Tradução Guillermo Matias Gumucio. São Paulo:

Thomson Learning.

González Rey, F. L. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de*

construção da informação. Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo:

Cengage Learning. 1. reimp. da 1. ed. de 2005.

González Rey, F. L. (2010b). As configurações subjetivas do câncer: um estudo de caso em

uma perspectiva construtivo-interpretativa. Cancer subjective configurations: a case

study in a constructive-interpretative approach. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 30, n.

2, jun. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

[98932010000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200009&lng=pt&nrm=iso)

- González Rey, F. L. (2011). *Subjetividade e Saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez.
- Hanauer, S. B. (2006). Inflammatory bowel disease: Epidemiology, pathogenesis, and therapeutic opportunities. *Inflamm Bowel Dis*, 12: S3–S9. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/01.MIB.0000195385.19268.68/full>
- Mitjáns. A. M. (2005). A Teoria da Subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia. Em González Rey, F. L. *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia* (pp. 1-25). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Mori, V. D.; González Rey, F. L. (2011). Reflexões sobre o social e o individual na experiência do câncer. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe), 99-108. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400013&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-71822011000400013.
- Poli, D. D. (2007). *Impacto da raça e ancestralidade na apresentação e evolução da doença de Crohn no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5147/tde-01082007-164457/>
- Quilici, F.A. (2002). *Retocolite Ulcerativa*. São Paulo: Lemos Editorial, pp.5-95.
- Rodrigues, A. L. (2006 janeiro/março). O professor José Fernandes Pontes e a medicina sociopsicossomática. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v. 43, n. 1, 4-5. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032006000100003&lng=en&nrm=iso
- Silva, G. F. (2008). *Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer*. Dissertação de Mestrado. PUC, Campinas, SP.

Souza, M. H. L. P.; Troncon, L. E. A.; Rodrigues, C. M.; Viana, C. F. G.; Onofre, P. H. C.;

Monteiro, R. A.; Passos, A. D. C.; Martinelli, A. L. C.; Meneghelli, U. G. (2002).

Evolução da ocorrência (1980-1999) da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa idiopática e análise das suas características clínicas em um hospital universitário do sudeste do Brasil. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo , v. 39, n. 2, Apr. Retirado de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032002000200006&lng=en&nrm=iso

Victoria, C.R.; Sassak, L.Y.; Nunes, H. R.C. (2009). Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in Midwestern of São Paulo State, Brazil. *Arq.*

Gastroenterol., São Paulo, v. 46, n. 1, Mar. Retirado de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032009000100009&lng=en&nrm=iso

Anexos

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Para além da doença inflamatória intestinal: subjetividade, sentidos subjetivos e modo de vida de um paciente

Pesquisador Responsável (professor orientador): Prof^o Dr. Fernando Luis González Rey.

Contato: gonzalez_rey49@hotmail.com

Pesquisadora Auxiliar (graduanda em Psicologia): Marinês Bortolete Popović

Contato: (61) XXXX-XXXX e mbortolete@bortolete-popovic.com

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo desse estudo consiste em compreender alguns processos subjetivos, relacionados ao adoecimento, de um paciente diagnosticado como portador de doença inflamatória intestinal e identificar as dimensões mais significativas no processo de expressão da pessoa que convive com essa condição.
- Você está sendo convidado a participar exatamente pelo fato de a pesquisa consistir em um estudo de caso e a sua participação poder favorecer o processo de construção de informações relacionadas ao objetivo supracitado.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em alguns encontros que serão realizados pela pesquisadora auxiliar dessa pesquisa. A quantidade de encontros deverá ser de no mínimo três. Caso sejam necessários mais encontros, estes serão definidos e agendados de acordo com a sua disponibilidade. Todos os encontros deverão ocorrer no período de 20 dias, agendados com antecedência e respeitando-se os horários tanto do participante quanto da

pesquisadora, em local a ser combinado e acordado por ambas as partes. A duração dos encontros será de aproximadamente uma hora cada.

- Os encontros consistirão no que denomina-se dinâmica conversacional, que permite um diálogo interativo durante o processo da pesquisa. O diálogo consistirá em conversas sobre suas vivências atuais, sobre a sua história de vida e sobre como é o contexto da vida social que você lida diariamente, incluindo sua rotina e cuidados em relação à convivência com uma doença crônica.
- Nesse estudo utilizaremos a epistemologia qualitativa como método de estudo, que defende o caráter construtivo interpretativo do conhecimento, ou seja, o pesquisador também tem papel ativo na pesquisa como intérprete e construtor das informações obtidas nos diálogos, articulando todas as suas expressões ao foco do estudo.
- Será utilizado um gravador durante os encontros para posterior transcrição e análise das conversas. Caso este procedimento lhe cause algum constrangimento, poderá ser retirado.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

Riscos e benefícios

- Não existem riscos maiores do que os encontrados nas suas atividades cotidianas para a realização desta pesquisa. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo. Você poderá interromper sua participação a qualquer momento, e eu, como pesquisadora, o farei caso sinta que tenha aberto campos de sofrimento delicados, colocando-me à disposição para acolhimento e caso necessário acionar o professor responsável pela pesquisa e encaminhá-lo para serviço terapêutico especializado.
- Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre a compreensão de alguns aspectos da experiência frente à convivência com uma doença crônica. Com esse conhecimento, poderá colaborar em pesquisas futuras no desenvolvimento de estratégias alternativas de intervenção terapêutica.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores responsáveis e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as suas informações (gravações, anotações) ficará guardado sob a responsabilidade dos pesquisadores responsáveis com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade/ e será destruído após a pesquisa.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu, _____ RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Brasília, ____ de _____ de _____

Participante

Pesquisador responsável, telefone institucional (61) 3966-1474

Pesquisadora auxiliar, celular (61) XXXX-XXXX

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, com o código 29438814.3.0000.0023 em 14/05/14, telefone 39661511, email comitê.bioetica@uniceub.br.

ANEXO II**COMPLEMENTO DE FRASES**

1. Eu gosto
2. O tempo mais feliz
3. Minha vida
4. Amo
5. Hoje
6. Não gosto
7. Meus amigos
8. Sonho
9. Minha família
10. Meu pai
11. Eu prefiro
12. Eu sinto
13. Infelizmente
14. O futuro
15. Minha mãe
16. Às vezes
17. O dia mais feliz
18. Gostaria
19. Eu quero
20. Meu maior problema
21. Eu sou
22. Amanhã
23. Nunca

24. Tenho medo de
25. Um dia
26. Algumas vezes
27. Muitas vezes penso
28. Sinto-me
29. Ficar sozinho
30. Com frequência sinto
31. Detesto
32. Ser homem
33. Tenho saudades
34. Se eu pudesse
35. Tenho vontade de
36. Sofro
37. Antes
38. Preocupo-me
39. A vida
40. Fraqueza

ANEXO III

Convenções usadas na transcrição da entrevista¹

Na transcrição das conversas com o participante desta pesquisa, além dos traços da língua falada, reproduzidos fielmente no texto transcrito, foram usados alguns pequenos recursos comuns a processos de transcrição de fala em geral. Seguem, abaixo, as principais convenções utilizadas nos trechos de transcrição nesta pesquisa:

- a) reticências ... após um trecho de fala ou uma palavra indica uma pequena pausa;
- b) trechos ou palavras entre [colchetes] indicam inserções para recuperação de informação;
- c) a presença de () refere-se a incompreensão de palavras ou segmentos na gravação;
- d) palavras e expressões em CAIXA ALTA indicam entonação enfática;
- e) a presença de (...) no meio do texto indica trechos que foram saltados, não reproduzidos;
- f) a presença de **negrito** indica ênfase da autora.
- g) Sr. Newton (nome fictício) – participante da pesquisa

¹ Baseado nas convenções usadas em **Interação em sala de aula: as crenças e as práticas do professor**, de autoria da Prof^a Dr^a Rachel do Valle Dettoni.