



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**  
**MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A PRODUÇÃO DE SENTIDOS SUBJETIVOS  
EM PACIENTES HIPERTENSOS**

**HELIO RICARDO MACHADO LOPÉZ**

Brasília, Março de 2013



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A PRODUÇÃO DE SENTIDOS SUBJETIVOS  
EM PACIENTES HIPERTENSOS**

Por

**HELIO RICARDO MACHADO LOPÉZ**

Dissertação apresentada para Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília - UnB, como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação, na área de Aprendizagem e Trabalho Pedagógico, na Linha de Pesquisa de Sujeito que aprende, sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Luis González Rey

Brasília, DF  
Março 2013

**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Educação**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA  
EXAMINADORA:

---

Prof. Doutor Fernando Luis González Rey - Orientador  
Faculdade de Educação – Universidade de Brasília

---

Prof.<sup>a</sup> Doutora Cristina Massot Madeira Coelho  
Faculdade de Educação – Universidade de Brasília

---

Prof. Doutor Maurício da Silva Neuburn  
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

---

Prof.<sup>a</sup>. Maria Carmem Villela Rosa Tacca (suplente)  
Faculdade de Educação – Universidade de Brasília

Brasília, 07 de Março de 2013

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus familiares que tanto auxiliaram na formação do meu caráter e possibilitaram que eu chegasse até aqui.

Ao Meu Pai (Véio Helio), que tantas lições de vida me ensinou e continua ensinando, sendo que a principal delas é nunca esquecer de ser eu mesmo.

A Minha Mãe (Tia Dilis), com quem aprendo até hoje a ter delicadeza como forma de expressão e conviver.

A Minha Irmã Heliane (Vai Maninha!!!), por ser um exemplo de garra, determinação e afeto na minha jornada.

A Minha Irmã Elaine (Mana), por ser um referencial de ser humano e brilhantismo acadêmico.

A Minha Irmã Rosane (Zaza), por me ensinar constantemente que as diferenças podem ser motivo de crescimento.

Aos Meus Avós Paternos: Vó Póps e Vô Pulido (*In Memorium*) que onde quer que estejam nunca saíram de perto de mim.

A minha esposa Mariana (Minha Vida!!!!), por ser meu chão, meu mar, meu céu, meu tudo. Te amo!!!!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por me dar força e serenidade de completar mais essa jornada em minha vida.

Agradeço a *Mi Querido Maestro*, Fernando Rey, que com muito carinho e desprendimento acompanhou minha trajetória acadêmica, sempre valorizando meus posicionamentos sem nunca esquecer de nortear meu caminho, deixando-me muito a vontade para criar e desenvolver meus potenciais como um verdadeiro mestre, ensinando que o sentido da descoberta e da inquietude acadêmica só tem valor quando nos deparamos com o humano que está ao nosso lado. *Gracias Maestro!!!*

Agradeço a todos os meus Mestres Professores, que de uma forma ou outra participaram do meu processo de formação, em especial à professora Carmen Tacca, que mostrou que avançar no mundo do conhecimento é sempre possível; ao Professor Maurício Neuburn, que me acompanha desde a graduação, me ensinando as várias formas de enxergar o mesmo referencial; à Professora Albertina Mitzáns-Martinez, pela forma elaborada e extremamente enriquecedora de ensinar; à Professora Cristina Coelho, que gentilmente aceitou fazer parte de minha banca; à Professora Teresa Cristina, com quem aprendi que educar é antes de tudo se autoeducar!!!!

Agradeço aos amigos e colegas de grupo que conviveram comigo ao longo desses anos, em especial, a Vanessa Rubim, que com seu jeito meigo e poético de ser, cativa a todos, ao Francisco Neylon, o Flamenguista (rs,rs), mais bacana que conheço, pela sagacidade intelectual e senso de humor refinado, a Alice Marques, pela sua autenticidade e comprometimento com a vida, a Ana Orofino, parceira fiel e amiga querida, a Elias Caires, pelo desprendimento e a forma leve de tocar a vida, a Elis Mundim, por demonstrar carinho em tudo que faz.

Agradecimento ao “grupo da Teresa”, que me acolheu e juntos iniciamos uma jornada literária: Eunice Nóbrega, amiga fiel, incansável e parceira de trocas acadêmicas, a dupla dinâmica Denise de Oliveira Alves e Katia Marangon, pessoas de alma leve que encantam a todos.

Agradeço imensamente a Fernanda, a Lia (*In Memoriam*) e a Meire (*In Memoriam*), participantes dessa pesquisa que com muita coragem e esforço dedicaram seu tempo e abriram seus corações para mim. O meu muito obrigado!!!!

**EPIGRAFE****Vida!!!**

Vida é chuva, é sol  
Um barquinho a rodar  
Um retrato, um farol  
Deus nos deu, Deus dará

Vida é o filho que cresce  
Uma estrada, um caminho  
É um pouco de tudo  
É um beijo, um carinho

Vida é solidão  
É a turma do bar  
É partir sem razão  
É voltar, por voltar

Vida é palco, é platéia  
É cadeira vazia  
É rotina, odisséia  
É sair de uma fria  
É um sonho tão bom  
É a briga no altar

Vida, é um grito de gol  
É um banho de mar  
É inverno, verão

Vida, é mentira, é verdade  
E quem sabe  
A Vida, é da Vida  
A razão

**Vida!!!**

## RESUMO

Esta dissertação está orientada a compreender como a educação auxilia na produção de sentidos subjetivos no processo de saúde e doença, tendo como objetivo geral investigar a produção de sentido subjetivos no contexto educativo da saúde em pacientes hipertensos, e objetivos específicos: compreender, de forma articulada, a configuração dos sentidos subjetivos associados à processualidade das respostas hipertensivas; explicar alguns dos processos que facilitam a emergência do sujeito para contribuir com a reconfiguração no processo educativo em saúde; apresentar a Teoria da Subjetividade histórico-cultural como aporte metodológico sensível à discussão do tema na educação em saúde. Utiliza como aporte teórico a Teoria da Subjetividade na perspectiva histórico-cultural desenvolvida por González Rey, assim como os princípios da Epistemologia Qualitativa na construção das informações produzidas no campo da pesquisa. Participaram desse estudo três pacientes hipertensos que recebiam orientações na rede pública de saúde. Os instrumentos utilizados foram dinâmica conversacional, complemento de frases, diário reflexivo, perguntas geradoras e o grupo focal, sendo empregados de forma simultânea, de acordo com o andamento da pesquisa. Com o avançar da pesquisa elaboramos dois eixos temáticos para investigação, quais sejam: as configurações subjetivas responsáveis por uma emocionalidade que facilita a resposta da hipertensão; e as produções de sentido subjetivos dos sujeitos no processo educativo na instituição de saúde. Os resultados da pesquisa indicam que a educação em saúde vai muito além das práticas meramente informativas, vinculando-se a história e ao modo de vida da pessoa, tendo proximidade com a realidade vivida pelo sujeito e as emoções desencadeadas neste processo.

**Palavras chave:** educação, saúde, subjetividade.

## ABSTRACT

This thesis is oriented to comprehend how education helps in the production of subjective senses in the process of health and disease, aiming general investigate the production of subjective senses in the educative context of health in hypertensive patients and specific objectives: to understand, in a coordinated manner, the configuration of the subjective senses associated with the processuality of the hypertensive responses; explain some of the processes that facilitate the emergency of the subject to contribute to the reconfiguration in the educative process in health; present the historical-cultural Theory of Subjectivity as a methodological support sensitive to the discussion of the topic in health education. This study uses as theoretical support the Theory of Subjectivity in the historical-cultural perspective developed by González Rey, as well as the principles of Qualitative Epistemology in the construction of the informations produced in the research field. Participated in this study three hypertensive patients who received guidance in the public health system. The instruments used were the conversational dynamics, completing phrases, reflective diary, generating questions and the focal group, being employed simultaneously, according to the progress of research. With the advance of the research we developed two thematic axes for investigation, namely: the subjective configurations responsible for an emotionality that facilitates the response of hypertension and the productions of subjective senses of the subjects in the educational process at the health institution. The survey results indicate that health education goes far beyond practices merely informative, linking to the person history and way of life, having proximity to the reality experienced by the subject and the emotions triggered in this process.

**Key words:** education, health, subjectivity



## SUMÁRIO

<b>1. Apontamentos iniciais: de onde partimos .....</b>	<b>1</b>
<b>2. A transmissão de informações como processo educativo.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Objetivo geral.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Objetivos específicos .....</b>	<b>9</b>
<b>4. Fundamentação teórica .....</b>	<b>9</b>
<b>4.1 A Subjetividade na Educação .....</b>	<b>9</b>
<b>4.2 Subjetividade e sujeito na Educação em Saúde .....</b>	<b>12</b>
<b>4.3 Sentido subjetivo: a singularidade da experiência .....</b>	<b>17</b>
<b>4.4 Configuração subjetiva: a organização dos sentidos subjetivos.....</b>	<b>19</b>
<b>4.5 A saúde, a doença e a educação como produções subjetivas .....</b>	<b>21</b>
<b>4.6 Educação em Saúde: modelo tradicional versus modelo dialógico .....</b>	<b>23</b>
<b>4.7 Modelo tradicional de Educação em Saúde: as velhas práticas ainda atuais .....</b>	<b>24</b>
<b>4.8 Modelo dialógico de Educação em Saúde: compartilhamentos e reciprocidades.</b>	<b>26</b>
<b>5. Metodologia: o caminho a percorrer .....</b>	<b>28</b>
<b>5.1 A epistemologia qualitativa.....</b>	<b>28</b>
<b>5.2 Os instrumentos da pesquisa .....</b>	<b>30</b>
<b>5.2.1 Dinâmica conversacional .....</b>	<b>31</b>
<b>5.2.2 Complemento de frases .....</b>	<b>32</b>
<b>5.2.3 Diário reflexivo .....</b>	<b>33</b>
<b>5.2.4 Perguntas geradoras.....</b>	<b>34</b>
<b>5.2.5 Grupo focal.....</b>	<b>36</b>

5.2.6 Outros momentos na pesquisa.....	37
6. Sujeitos da pesquisa.....	38
7. A Construção da informação.....	40
8. Considerações finais.....	81
Referências.....	85
ANEXOS.....	90
Anexo A.....	90
Anexo B.....	92

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A PRODUÇÃO DE SENTIDOS SUBJETIVOS EM PACIENTES HIPERTENSOS**

### **1. Apontamentos iniciais: de onde partimos**

O estudo da educação em saúde foi fortemente influenciado pelo higienismo, doutrina que remonta ao século XIX, tendo sido inspirada pela revolução bacteriana. No Brasil, no início do século passado, o discurso higienista associou-se à ideia de polícia sanitária, cumprindo o papel de controle sobre a sociedade, tanto no que se refere às questões sanitárias, quanto aos aspectos referentes à vida cotidiana das famílias pobres (BOARINI e YAMAMOTO, 2004).

Segundo Acioli (2008), essa ideia é perpassada pela concepção de que as classes pobres são perigosas e mais vulneráveis às epidemias, pois oferecem problemas para a organização das cidades, além da possibilidade de transmissão e contágio de doenças, o que nos remete ao cenário brasileiro do século XIX, acompanhando a administração pública da época que associava as ações saneadoras nas cidades com a incorporação de um modelo europeu de civilização. Dessa forma, as práticas inspiradas no higienismo pressupõem uma necessidade de mudar a vida das pessoas pobres, ensinando-as hábitos de higiene e cuidados para ter saúde. Esse tipo de abordagem educativa enfatiza a responsabilidade individual no que se refere à mudança de hábitos ou de estilos de vida, limitando-se ao repasse de informações.

No período de aproximadamente 50 anos (1916 a 1964), o movimento educativo denominado Educação Sanitária, que teve como base o higienismo, se converteu em política pública, com o objetivo principal de controlar as doenças tropicais com métodos de tratamento de baixo custo. Um dos objetivos deste movimento educativo era o de promover o serviço de educação sanitária, mostrando à população os benefícios das ações em saúde e a necessidade de observar as regras de assepsia pessoal e coletiva: nada mais eficaz do que a

propaganda como ação profilática contra as doenças transmissíveis (BOARINI e YAMAMOTO, 2004).

No Brasil, entre os anos de 1964 e 1980, a área da saúde sofre uma série de mudanças organizacionais: separação dos Ministérios da Saúde e da Educação, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), entre outras, em que se destaca criação da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) em 1976. Foi a partir da criação desta secretaria que se promoveu a discussão sobre os novos modelos de educação em saúde pública, considerando apenas a participação dos órgãos governamentais, em que o resultado é a alteração do conceito de educação sanitária para educação em saúde (SOUZA e JACOBINA, 2009).

De acordo com Alves (2005), este novo conceito de educação em saúde tem por objetivo não apenas informar para a saúde, como vislumbrado no modelo sanitarista, mas, também, de construir e transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico, exclusivo do profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento de práticas educativas que sejam emancipatórias em ambas as partes.

Segundo Pereira (2003), embora representem concepções totalmente diferentes, a educação sanitária e a educação em saúde continuam a existir até os dias de hoje, em que a primeira tem prevalência em relação à segunda nas ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde. As atividades educativas ainda têm caráter higienista, imperativo e de transmissão linear de informações, em um retorno histórico às raízes da educação sanitária, raramente envolvendo objetivos de autonomia e cidadania.

Carvalho (1996) afirma que a educação em saúde baseia-se, principalmente, no modelo definido como reprodutivo. Esta visão é veiculada nos serviços de assistência a saúde, muito inspirada nos manuais governamentais que

contém macro estratégias e diretrizes voltadas para o controle e tratamento das doenças. Prosseguindo no pensamento do mesmo autor, tais estratégias, como, por exemplo, as campanhas de conscientização sobre as doenças, por serem globais e generalistas, não consideram os hábitos de vida da população, a cultura de cada localidade, entre outros aspectos na proposição de ações educativas. Os projetos educativos em saúde baseados na lógica reprodutiva, consideram que, para aprender o que é proposto pelos profissionais de saúde, é preciso esvaziar os conhecimentos construídos anteriormente pela pessoa. O aspecto reducionista deste modelo pauta-se por uma unidirecionalidade no processo educativo, alicerçado em uma concepção reificada da relação ensino-aprendizagem, que desconsidera a singularidade e o caráter ativo da aprendizagem.

Menéndez (1998) revela que a maior parte dos estudos apresenta uma abordagem universalista sobre como ocorre o ensino-aprendizado, muito carregada por uma concepção adaptativa e instrumental, que aparelha a aprendizagem no viés utilitarista. Segundo o mesmo autor, a prática mais recorrente dentro desta visão é a hipertrofia de métodos e tecnologias de ensino que, em muitas ocasiões, empobrecem a prática educativa. A perspectiva objetivista contida neste enfoque desconsidera não somente a dimensão subjetiva do aprender, como também os aprendizes que dela participam. Como exemplo, verificamos por meio de uma pesquisa bibliográfica realizada nos artigos do Caderno de Saúde Pública<sup>1</sup> que, entre os anos de 2000 a 2010, não houve qualquer publicação que versasse sobre a educação em saúde considerando a subjetividade como aporte teórico.

Entendemos ser este o modelo educativo que norteia as ações interventivas em educação nas Unidades Mistas de Saúde (UMS) do Sistema Único de Saúde (SUS), local escolhido como cenário desta pesquisa com pacientes hipertensos. A UMS é uma forma intermediária do cuidado entre as modalidades hospitalar e ambulatorial, sendo destinada à assistência na atenção básica de saúde, e esta é

---

<sup>1</sup>Ver em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issues&pid=0102-311X&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0102-311X&lng=pt&nrm=iso)

caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) preconiza que sejam realizados e organizados nas UMS palestras, grupos de apoio, campanhas de comunicação e mobilização social para que a população possa, entre outros objetivos, ampliar seus conhecimentos sobre o cuidado com a saúde e aumentar a autonomia de decisão quanto à sua vida, orientar-se quanto aos procedimentos a tomar em caso de doenças, acidentes e demais agravos, conhecer medidas de promoção e prevenção para evitar o surgimento de doenças e de situações de risco à sua saúde. Cabe salientar que fazemos menção aos centros de referência ao atendimento dos usuários do SUS, uma vez que a pesquisa será realizada nesse estabelecimento de saúde pública, local em que poder-se-ão visualizar as práticas educativas preconizadas pelas políticas governamentais e os desdobramentos em relação à aprendizagem decorrente do tratamento da hipertensão.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), inseridas neste sistema de atenção à saúde, encontram-se as ações no tratamento da hipertensão arterial, doença esta que representa uma das situações clínicas com maior incidência na população, atingindo cerca de 20% dos adultos brasileiros. A hipertensão arterial está associada à presença de diversos fatores de risco, tais como: a hereditariedade, o sedentarismo, o tabagismo, o etilismo, a ingestão elevada de sal e a obesidade. De acordo com as estratégias de enfrentamento da doença preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o sucesso do tratamento inclui, essencialmente, além da utilização alopática, a mudança dos hábitos de vida, geralmente informadas ao paciente no momento da confirmação do diagnóstico. Com intuito de minimizar os riscos apresentados pela doença, as autoridades em saúde acreditam que, para prevenir a hipertensão, o melhor remédio é a combinação entre informação e educação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). As práticas pedagógicas na saúde inseridas no SUS, em que há uma hipervalorização da informação, são fortemente marcadas por uma visão

passiva na relação educando/educador (CECÍLIO, 1994). Entendemos que esta relação não estimula o processo criativo e independente de posicionar-se na construção do próprio pensamento. Antes disto, reforça a ideia da verticalização no processo ensino-aprendizagem, uma vez que acena negativamente a qualquer descoberta que esteja além dos conteúdos repassados pelo profissional de saúde. Segundo González Rey (2008), no intuito de manter a assimetria nas práticas pedagógicas, este modelo coloca em um papel subalterno algo de grande valia ao aprendiz: a produção de idéias imbricadas em formas imaginativas nas quais a fantasia compareça como momento da subjetividade e da criatividade do sujeito.

Compreendemos a importância de fomentar um processo de educação em saúde por meio de uma *práxis* mais reflexiva, permitindo não apenas contrapor os aspectos padronizantes e universais de compreender a pessoa, constituintes do saber hegemônico dos profissionais da saúde que, muitas vezes, reduzem o indivíduo a objeto, mas também criar espaços de diálogos acadêmicos permanentes com as diversas áreas de intersecção ao tema (Gadamer, 2006). Diálogos que sejam capazes de produzir novas zonas de conhecimentos interligados ao modo de vida do sujeito, gerando reflexões sobre esse grande desafio das ciências da saúde: superar o caráter prescritivo e a reificação da aprendizagem (GONZÁLEZ REY, 2004; 2008).

O que almejamos é pesquisar como se articula a educação em saúde no âmbito subjetivo de pacientes hipertensos, incorporando as relações entre o sujeito e a sociedade sem dicotomias, bem como a interface entre o histórico, o social e o cultural e, sobremaneira, integre a participação ativa do sujeito. Trata-se de educar a pessoa para vir a ser um sujeito ante a sua realidade, compondo um processo educativo que não seja centrado na transmissão de informações, mas que seja facilitador de um questionamento profundo da pessoa sobre sua vida, permitindo novas opções de enfrentamento da doença, podendo se expressar de diferentes maneiras, mas que essas maneiras impliquem novas decisões nas diferentes esferas da vida.

## **2. A transmissão de informações como processo educativo**

A ideia de que existam esforços significativos no campo da educação em saúde com intuito de transformar as práticas pedagógicas rumo a um desenvolvimento mais qualificado é quase um consenso entre os pesquisadores da área, uma vez que se vislumbra a reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas que ultrapassem as formas dicotômicas em se fazer educação nesse contexto (SILVA, 2001).

Todavia, enquanto a área da saúde constitui cada vez mais um tema relevante nas diferentes áreas das ciências sociais, não se observa com igual intensidade esse movimento na educação. Pode-se verificar pela bibliografia consultada (ALVES e RABELO, 1998; ALVIN e FERREIRA, 2007; AYRES, 2001) que os trabalhos sobre educação em saúde são demandados, principalmente, pelas áreas da enfermagem ou da medicina. Os estudos na área da educação não abarcam este tema da maneira como ocorre em outras áreas, a exemplo da antropologia e sociologia, situação que pode ser constatada ao se realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto. Este fato denuncia, ainda mais, a necessidade de se dar ênfase ao tema da educação em saúde, com intuito de ampliar suas bases teóricas e práticas tanto quanto seu nível de inserção nos diferentes campos na produção do conhecimento.

De acordo com Alves e Rabelo (1998), o esforço empregado pelas áreas que se dedicam ao estudo da educação em saúde ainda não tem sido suficiente para gerar ações educativas promotoras de novas abordagens. Ressaltam os mesmos autores que as práticas na educação em saúde não se desenvolveram no mesmo ritmo da teoria e continuam utilizando os modelos pedagógicos desenvolvidos pela psicologia tradicional, em especial a contribuição behaviorista do século passado, acarretando assim, uma defasagem entre a teoria e a prática.

Segundo Alves e Rabelo (1998), a dificuldade de vencer as barreiras na educação em saúde pauta-se pela permanência das ações que, verticalmente,



preconizam a adoção de novos comportamentos para que se tenha saúde, tais como manter o peso ideal, evitar o cigarro, praticar exercícios físicos regularmente, entre outros. Desta forma, os autores criticam esta compreensão, em que o novo comportamento adquirido é definidor do processo educativo que deságua na saúde plena. A partir do momento em que o indivíduo adquire informações, conhecimentos e, por consequência, tem *consciência* do certo e do errado, estes requisitos são suficientes para que ele adote um novo estilo de vida, bem mais saudável que o anterior.

Como assinala Laplantine (1991), o agente causador da doença encontra-se, invariavelmente, na externalidade da pessoa, não fazendo parte, em nenhum momento das suas relações emocionais, dos aspectos transversalizados pela cultura, das formas singulares com que o sujeito enxerga a si mesmo. Sendo assim, quando diagnosticado o agente dos malefícios, podemos eliminar todo e qualquer vetor que venha a favorecer o surgimento da doença. Desta forma, se estabelece uma relação direta e externa com os causadores e a doença e, com este enfoque, quem ocasiona a hipertensão é o excesso de sal na comida, por exemplo. Segundo o mesmo autor, por este pensamento, estes fatores não são colocados em relação a outros possíveis causadores da doença que integram a complexa trama do binômio saúde-doença, mas como agentes diretamente responsáveis pelo adoecimento. Noutras palavras, se retirarmos do contato os causadores dos malefícios à saúde, o paciente será curado.

Werner (2001) sinaliza que a prática educativa alicerça-se, muitas vezes, na seguinte premissa: é necessário adotar um modo de vida adequado e isolar a doença, pois, dessa forma teremos uma pessoa refeita de seus males e gozando de sua saúde plenamente. Este princípio da educação em saúde parte da hipótese de que vários problemas relacionados às doenças são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas corretivas ou educativas. Nesta direção, a educação em saúde se constituiu de estratégias vinculadas à ideia de *saúde é saber* e que a apreensão do saber instituído sempre leva, diretamente, à aquisição de novos comportamentos e práticas suficientemente necessárias à promoção da saúde e prevenção da doença.

Esta perspectiva em que a mudança do comportamento é geradora, por si só, de saúde, encontra-se vinculada no documento criado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1981), intitulado Diretrizes da Educação para a Saúde, que define educação em saúde como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde” (p, 370). Fica claro para nós que este conceito de educação em saúde não engloba os aspectos subjetivos: o sujeito ativo, criativo, detentor dos seus próprios saberes, a emocionalidade subjetivada na descoberta da doença, entre outros.

Para exemplificar o que apontamos, no sítio do Ministério da Saúde<sup>2</sup> há um *jingle* referente a uma campanha publicitária que aborda o tema da promoção da saúde e da prevenção da doença para pacientes hipertensos com o título “Suas Escolhas”. A letra da música inicia com a seguinte frase: “*Você pode escolher, como vai querer viver*” e segue dando dicas do que fazer e que hábitos devem ser adquiridos para a obtenção da qualidade de vida. No mesmo sítio, ainda encontramos mais uma campanha<sup>3</sup> de conscientização da população sobre os riscos que corre o hipertenso, com o título de “Sou 12 por 8” (alusão a pressão arterial considerada saudável), que no conteúdo da mensagem elenca os “10 Mandamentos” que devemos obedecer à risca caso desejemos viver longe da “pressão alta”.

Segundo Lopéz e Nóbrega (2012), as campanhas educativas do governo esclarecem que se seguirmos à risca suas orientações estaremos livres da hipertensão, simples assim!!! Mas se pensarmos: onde estão as escolhas para termos saúde que devemos fazer, com base nos mandamentos pré-definidos por terceiros? Que escolhas são estas que já vêm prontas e basta seguirmos o roteiro pré-determinado para garantirmos a saúde? Afinal, estes *mandamentos*, que continuam firmemente ancorados nas práticas desenvolvidas na educação em saúde, preconizadas por uma concepção unilateral e sem reciprocidade permitem

---

<sup>2</sup> Ver: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?co\\_seq\\_campanha=3824&id\\_area=137&pagina=dspDetalhe](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?co_seq_campanha=3824&id_area=137&pagina=dspDetalhe)

<sup>3</sup> Ver: <http://www.eusou12por8.com.br/dez-mandamentos.aspx>.

quais espaços de autonomia ao sujeito? De que maneira o processo educativo se articula na subjetividade do sujeito que aprende tendo este modelo educacional?

Diante do exposto, emergem questões como estas que inquietam e produzem reflexões que esta dissertação irá discutir, sem ter a pretensão de exauri-las, mas contribuir de alguma forma na busca de novos caminhos ao entendimento do tema. Para tal, elencamos dois eixos temáticos do trabalho: as configurações subjetivas responsáveis por uma emocionalidade que facilita a resposta da hipertensão e as produções de sentidos subjetivos dos sujeitos no processo educativo na instituição de saúde (UMS).

### **3. Objetivo geral**

- ✓ Investigar a produção de sentidos subjetivos no contexto educativo da saúde em pacientes hipertensos.

#### **3.1 Objetivos específicos**

- ✓ Compreender, de forma articulada, a configuração dos sentidos subjetivos associados à processualidade das respostas hipertensivas;
- ✓ Explicar alguns dos processos que facilitam a emergência do sujeito para contribuir com a reconfiguração no processo educativo em saúde; e
- ✓ Apresentar a Teoria da Subjetividade histórico-cultural como aporte metodológico sensível à discussão do tema na educação em saúde.

### **4. Fundamentação teórica**

#### **4.1 A Subjetividade na Educação**

A especificidade da abordagem que apresentamos nesta dissertação possui relações com as práticas pedagógicas que representam produções subjetivas das

pessoas e não meramente conjugadas como hábitos ou formas de comportamentos, mas sim com todo o envolvimento de sua subjetividade. A compreensão do lugar da subjetividade na educação nos leva a abandonar, por uma parte, a reificação dos processos associados à educação e, de outro modo, a compreender os diferentes momentos do processo educativo por meio da integração de significação e sentido gerados em diferentes fontes do tecido social em que o sujeito transita.

O processo educativo não pode ser compreendido como conjunto de aquisições ordenadas por etapas, em que, por exemplo, a idade determine o início e término do desenvolvimento humano. Diferentemente disto, deve ser visto com características assimétricas e irregulares que permitam novas operações ao sujeito. Este processo proporciona o surgimento de elementos configurados subjetivamente que estão além da capacidade de simbolização dos sujeitos, tornando a aprendizagem contraditória e não linear, não podendo assim ser reduzida a um modelo universal (GONZÁLEZ REY, 2008). O entendimento que temos do ensinar-aprender é uma forma viva e repleta de incompletudes, em que sentidos subjetivos de diferentes procedências se configuram no processo dialógico do sujeito em seus diferentes espaços de vida (GONZÁLEZ REY, 2008).

Para desenvolvermos o tema da educação com o enfoque histórico-cultural da subjetividade faz-se necessário conceituar as categorias que compõem este escopo teórico: sujeito é definido como ativo, criativo, que toma decisões e assume a responsabilidade individual pela ação, apresentando uma capacidade singular de gerar novos sentidos subjetivos sobre as atividades concretas (GONZÁLEZ REY, 2005); o conceito de sentido subjetivo se refere à integração inseparável do aspecto simbólico e do emocional em ambientes culturalmente estabelecidos que implicam relacionamentos e atividades do indivíduo (GONZÁLEZ REY, 2002); a configuração subjetiva é definida como a rede dinâmica de sentidos subjetivos gerados a partir de várias experiências que se organizam sobre uma ação, sendo a integração relativamente estável de elementos

de sentido que emergem ante o desenvolvimento de uma atividade em diferentes áreas da vida (GONZÁLEZ REY, 2003).

Desta forma, nos embasamos na Teoria da Subjetividade, considerando que a subjetividade é tanto uma teoria quanto uma categoria. É uma teoria porque articula ao redor do termo um conjunto de categorias inter-relacionadas que dá lugar a caminhos diversos de significação em processo, os que implicam um posicionamento epistemológico e metodológico congruente com a representação teórica criada. (GONZÁLEZ REY, 2012). A Teoria da Subjetividade se expressa por meio de um conjunto de categorias (sujeito, configuração subjetiva, sentido subjetivo) que se articulam em relação à categoria subjetividade. Assim sendo, a subjetividade é uma categoria central definida como um sistema em desenvolvimento cuja unidade principal é a configuração subjetiva que integra o atual e o histórico, o individual e o social, que nunca está pré-determinada. As configurações subjetivas mais estáveis da pessoa constituem o sistema que, nessa perspectiva, se define como personalidade (GONZÁLEZ REY, 2003).

Muito mais que conceitos, o sujeito, o sentido subjetivo e a configuração subjetiva representam a emergência de um novo marco teórico, uma nova organização para estudar a educação na perspectiva histórico-cultural da subjetividade, em que os temas como emoção, cognição, aprendizagem e a atuação do sujeito se articulam no desenvolvimento do processo educativo (GONZÁLEZ REY, 2008). O desenvolvimento das categorias de sujeito, sentido subjetivo e configuração subjetiva possuem uma característica ontológica distinta, uma vez que apontam para uma compreensão qualitativa da psique humana traduzida no termo subjetividade. Desta forma, a subjetividade é objetiva se vista como uma característica geral do ser humano nas interfaces da cultura e do meio social, contudo, torna-se subjetiva quando especifica uma nova qualidade do psiquismo humano: é por meio da produção de sentido subjetivo que se expressa o seu caráter gerador de alternativas e a sua autonomia em relação às influências externas imediatas (GONZÁLRZ REY, 2003).

Diante disto consideramos que os conceitos de sujeito, sentido subjetivo e as configurações possuem uma dimensão central na educação em saúde e podem abrir novas frentes de entendimento sobre as práticas pedagógicas diferenciadas que reconheçam de vez seu caráter singular. O que almejamos com este escopo conceitual é que as novas ações na educação em saúde, ao inserir a subjetividade como referencial em seu escopo, devam refletir sobre alguns aspectos em sua organização:

- ✓ Quanto às práticas educativas, cujo foco são conteúdos e objetivos unilaterais, as atividades em educação em saúde devem se orientar pelas necessidades que convirjam às singularidades dos sujeitos, considerando sua realidade de vida e contexto social;
- ✓ Em relação aos métodos centrados na transmissão de informações e a utilização, apenas, da memória, ou seja, a “decoreba” deve-se ponderar a construção do conhecimento que considere as experiências anteriores do sujeito e a emocionalidade no processo de aprendizado, a provocação e a reflexão como facilitadores para estimular a curiosidade dos aprendizes;
- ✓ Quanto ao foco da capacitação dos profissionais em conteúdos, deve-se preocupar com a formação de professores abertos à diversidade do aprendizado, preparando-os para os processos de comunicação, discussão e reflexão com os alunos;
- ✓ De ensinar-aprender com observação passiva das pessoas, para o aprender a construir conhecimentos compartilhados, com participação ativa dos aprendizes; e
- ✓ A atenção episódica à saúde, centrada na doença, precisa ser suprida pela atenção continuada, centrada no cuidado das pessoas com o estabelecimento de vínculos afetivos no modo de vida da pessoa.

#### **4.2 Subjetividade e sujeito na Educação em Saúde**

A categoria da subjetividade, sob o marco teórico desenvolvido por González Rey (2002), possibilitou um avanço epistemológico para além dos

modelos dicotômicos do pensamento moderno. Com o aprofundamento do tema podem-se visualizar os fenômenos sociais e individuais não mais como díspares e sim como agentes interatuantes de um mesmo sistema. A partir do exposto, González Rey (2003) assinala que a:

(...) subjetividade social integra os elementos de sentido subjetivo que, produzidos nas diferentes zonas da vida social da pessoa, se fazem presentes nos processos de relação que caracterizam qualquer grupo ou agência social no momento de seu funcionamento. Da mesma forma a subjetividade social aparece constituída de forma diferenciada nas expressões de cada sujeito concreto, cuja subjetividade individual está atravessada de forma permanente pela subjetividade social. (p. 215)

Meyer (2000) assinala que o profissional de saúde, entendido por nós como educador e corresponsável pela educação, deve realizar um esforço para dar um salto além do academicismo de formação eminentemente técnica, ainda enraizado em práticas diagnósticas e sintomatológicas, para outra relação que permita ao sujeito o questionamento sobre os temas correlatos de sua saúde. Tais temas podem ser associados em suas reflexões sobre o processo de saúde e doença, baseados em suas experiências do cotidiano, sobre alguma história que povoa o imaginário social, tendo, a partir disto, uma postura receptiva e instigadora. Dessa forma, o profissional de saúde poderá ter sinalizações que o levem ao entendimento de como o sujeito percebe a realidade, quais aspectos do aprendizado são significativos em sua vida e qual a forma de sensibilizá-lo quanto ao tratamento, por exemplo. Assim, é possível refletir sobre como a prática pedagógica pode ser compartilhada e como a subjetividade pode se expressar na prática do profissional de saúde tendo como ponto de partida os aspectos subjetivos do sujeito.

A prática pedagógica, nesta perspectiva, considera o desenvolvimento humano como um processo *continuum*, no qual qualquer novo momento será resultado do modo em que a experiência do sujeito surge como uma configuração subjetiva. Dessa forma, novos sentidos subjetivos emergem a todo instante, provocando mudanças na rede de configurações dominante da qual se constituíram (GONZÁLEZ REY, 2003). Novos sistemas predominantes de configurações subjetivas estão aparecendo ao longo do processo de saúde-doença,

criando novos recursos subjetivos que são qualitativamente diferentes daqueles que o caracterizaram em momentos iniciais (GONZÁLEZ REY, 2004). Cada novo momento do desenvolvimento humano também implica novos caminhos percorridos pelo sujeito e a possibilidade de novas aprendizagens.

Segundo Freire (2005), a aprendizagem lida com duas circunstâncias: o momento em que se ensina e aprende o conhecimento já produzido e aquele outro, da descoberta. Desta maneira, acreditamos que ambos, o profissional da saúde e o usuário, podem agregar novos valores em suas experiências e questionar as prescrições universais ainda vigentes nas práticas da educação em saúde, avançando assim de maneira significativa em direção a novas aprendizagens quando se permitem adentrar na esfera do não explorado, do novo conhecimento. Com este prisma, a educação em saúde adota uma postura dialógica em que se envolvam e se desenvolvam rupturas, conflitos e, sendo estes aspectos possíveis encadeadores de novas configurações subjetivas na vida dos sujeitos (GONZÁLEZ REY, 2003).

A categoria do sujeito é central na teoria proposta por González Rey (2003). Por meio de suas ações concretas pode-se visualizar a subjetividade nas mais variadas nuances. O sujeito é constituído subjetivamente em sua história, em que o sentido subjetivo aparece como registro e também como presença permanente dessa trajetória nas formas de viver o presente nas formas simbólico-emocional de sua trajetória. Por isso, a elaboração desta categoria torna-se uma peça-chave para entender os complexos processos de constituição subjetiva tanto nos processos sociais como nos individuais, compreendendo assim o processo de educação em saúde.

Segundo González Rey (2009), os aspectos da diferenciação na elaboração subjetiva dos sujeitos, quando não considerados nos processos de aprendizagem, sendo compreendidos como uma função aleatória, acaba por negligenciar um momento constitutivo de fundamental importância. Este momento é definido pela produção de sentido configurado pelo sujeito dentro da condição singular em que se encontra. Quando nos propomos a estudar os processos educativos em saúde,



considerando a condição subjetiva do sujeito, buscamos também conhecer as emoções geradas em diferentes contextos de sua vida que aparecem nos mais variados espaços de sua atuação, o que é essencial na compreensão do processo de aprendizagem.

O resgate da categoria emoção, como sendo um dos registros mais importantes da subjetividade humana e, sendo assim, preponderante desta forma na aprendizagem do sujeito, foi uma das contribuições de González Rey (2008) ao tema da educação. A relevância dada às emoções no processo de aprendizagem reconhece o sujeito imerso na relação recursiva com os complexos registros subjetivos que se articulam com as emocionalidades vividas nos diferentes espaços do seu convívio. Desta forma, as emoções não são reflexos que se constituem no processo de aprendizagem como resultado destas experiências, mas sim como processos simbólicos em que atuam simultaneamente a fantasia, a imaginação, a criatividade, entre outros elementos (GONZÁLEZ REY, 2008).

Ao aprofundar o tema da investigação nos processos subjetivos constituintes do sujeito na educação, encontramos subsídios para esta discussão em Tacca (2008). A autora assinala a coletivização da aprendizagem, em que as ações são propostas por métodos e programas desenvolvidos à revelia das reais necessidades pedagógicas do sujeito propiciam as atividades de “tamanho único” (p, 57). Tal enquadramento no processo de aprendizagem pode acarretar ao sujeito os seguintes desdobramentos: uma aprendizagem meramente cumulativa e conteudista; a instrumentalização do seu funcionamento psíquico; a perspectiva exclusivista da carência e não dos potenciais do aprendiz; a aprendizagem reprodutiva, sem trilhas alternativas ao saber; a visão monolítica da aprendizagem; a perda da singularidade do sujeito que aprende (TACCA, 2009). Dessa forma, o cunho investigativo, desafiador, promotor de novos caminhos na aprendizagem ficam excluídos deste processo e em seu lugar entram concepções educativas uniformes, que não se aventuram no risco da descoberta prazerosa do aprendizado e, assim, ancoram-se na homogeneização pedagógica.

A homogeneização pedagógica não é exclusiva da área da educação, pois percebemos movimentos similares na saúde. Neste sentido, Alvim e Ferreira (2007) consideram um aspecto importante no contexto da educação em saúde: contrária à perspectiva da mudança instantânea do comportamento, que estabelece a linearidade entre saber apreendido e conhecimento assimilado, nem sempre o reposicionamento do sujeito frente à doença acontece de maneira imediata, como de certa forma esperam os profissionais de saúde. Esta produção de sentidos subjetivos só será possível a partir de uma nova configuração a partir da experiência vivida, que não tem prazo para acontecer, muito menos pode ser constatada pela simples observação do comportamento (GONZÁLEZ REY, 2003).

As autoras Alvim e Ferreira (2007), acrescentam novamente subsídios para pensarmos a relação da educação em saúde, em especial, à discussão acerca da posição subalterna do *paciente* diante do tratamento. Desta forma, *o paciente*, ao escolher como orientação única para os cuidados com sua saúde a “informação científica” do médico, desconsiderando suas próprias experiências e conhecimentos, torna-se dependente desta informação ao entendê-la como verdade absoluta em sua vida. Daí surge uma situação desafiadora para o ato educativo dialógico em saúde: questionar a posição ingênua *do paciente*, em posição crítica do *sujeito*, diante deste suposto encerramento ou *pseudo-conclusividade* do conhecimento dito como científico.

Como assinala Coelho (2009), as implicações da categoria sujeito na educação, de acordo com a teoria da subjetividade, remetem-nos a considerar que o sujeito está para além dos aspectos biologicistas que, aprioristicamente, definirão até onde poderá chegar o seu aprendizado; tampouco consideramos que o sujeito está à mercê das contingências ambientais e, por meio destas, não poderá ascender em seus conhecimentos caso não seja estimulado suficientemente; muito menos consideramos a universalidade nos padrões do seu desenvolvimento, que por meio de etapas rígidas reconheçam a maturação do ser humano vinculada à sua faixa etária.

### 4.3 Sentido subjetivo: a singularidade da experiência

A Teoria da Subjetividade de González Rey (2003), sob a perspectiva histórico-cultural, nos apresenta a categoria de sentido subjetivo tendo como aporte significativo na construção do conceito os apontamentos de Vygotsky (1935), em especial sobre os estudos da categoria de sentido. Vygotsky não conseguiu concluir seus estudos em relação a esta categoria, mas o entendimento deixado pelo autor já dava mostras que iria utilizar esta definição como forma de entender o humano em sua complexidade.

González Rey (2009) amplia a visão do conceito de sentido e desenvolve a categoria de sentido subjetivo, com o intuito de marcar a relação indivisível entre a produção de sentidos e os múltiplos espaços de configuração subjetiva. Nas palavras do autor:

O sentido subjetivo como unidade simbólico-emocional, que existe no movimento e tensão entre ambos os processos dentro das definições simbólicas da cultura em que se inscrevem as diferentes práticas urbanas, se organizam com base nos múltiplos efeitos colaterais e desdobramento das ações de relações humanas. Organiza-se sobre a base da configuração subjetiva atual do sujeito, desses processos e do cenário sociais em que as ações acontecem. Portanto a categoria de sentido subjetivo permite nos expressar os processos de subjetivação que estão além da intencionalidade e da consciência do sujeito, e que estão estreitamente associadas ao percurso das emoções que atuam como uma unidade inseparável com os processos simbólicos (p. 130-131).

Com este embasamento, acreditamos que a conversação, o diálogo reflexivo e a abertura do espaço relacional para os novos posicionamentos dos sujeitos tornam-se aliados importantes na produção de sentidos subjetivos, uma vez que estimulam o envolvimento dos sujeitos em assumirem posições, convidando-os a refletir, a compartilhar suas experiências e trazerem os seus saberes para o espaço da discussão. Dessa forma, o sujeito elabora seus questionamentos, reflete sobre suas perguntas, para que, de fato, se comprometa pessoalmente com o que aprende, o que em nosso entendimento ocorre quando há uma facilitação da emergência das emoções constituintes nesses cenários. (GONZÁLEZ REY, 2009).

Na área da saúde, concordamos com González Rey (2010) quando o autor assinala que as representações de saúde e das doenças se configuram como uma produção social de caráter simbólico, em relação à qual se articula uma multiplicidade de sentidos subjetivos. Esta produção acontece, em boa parte, em virtude dos discursos e das representações sociais definidoras da construção social da doença e das configurações subjetivas dos sujeitos que se relacionam nesses espaços sociais.

Em relação à universalidade, a produção de sentidos subjetivos evidencia que saúde e doença, em virtude da forma particular que o sujeito as vivencia, não podem ser analisadas meramente pelo olhar objetivo da realidade. Diferente disto devem ser compreendidas a partir da subjetividade que as vincule em torno das características de cada sociedade e aos seus aspectos histórico-culturais (GONZÁLEZ REY, 2003; 2010).

No entendimento da Teoria da Subjetividade, assim como não existe nenhuma situação que *a priori* seja aversiva ou traumática em si, o mesmo ocorre com a produção de sentidos subjetivos, pois o que caracteriza a patologia é a forma como o sujeito elabora e desdobra o acontecimento vivido a partir da emergência emocional configurada em seu contexto.

A utilização da categoria sentido subjetivo nesta dissertação busca compreender o sujeito dentro da especificidade do seu processo de saúde-doença, o que inclui aspectos emocionais que se configuram com esta experiência. Isto permite entender o sujeito no processo de resgate de sua singularidade e não reduzido a um conjunto de órgãos ou a uma patologia específica. Compreender o *paciente* como *sujeito* implica, portanto, considerá-lo em todos os aspectos da sua subjetividade e também como interlocutor de um conjunto de representações sociais e culturais que podem permitir a configuração de novos sentidos subjetivos em relação à forma de viver a saúde e a doença (GONZÁLEZ REY, 2003; 2010).

#### 4.4 Configuração subjetiva: a organização dos sentidos subjetivos

As experiências humanas procedem dos mais variados cenários e de processos associativos de diversas ordens. Além disto, outro importante aspecto deste processo é a maneira pela qual o sujeito organiza psicologicamente os eventos significativos em sua vida. Segundo González Rey (2005b), as múltiplas identificações que ocorrem neste processo representam uma dinâmica relacional de desenvolvimento entre o sentido subjetivo e a ação concreta presente no atual momento de vida do sujeito. De outra forma, o conceito de configuração subjetiva surge como “responsável pelas formas de organização da subjetividade como sistema e são relativamente estáveis por estarem associadas a uma produção de sentidos de qualquer ação nova em termos da organização do sistema” (GONZÁLEZ REY, 2005b, p.35).

Dentro de uma mesma configuração subjetiva, expressam-se e organizam-se sentidos subjetivos paradoxais que mantêm uma tensão constante entre si, os quais podem ser mais incisivos na composição de um determinado sentido subjetivo em diferentes momentos da expressão do sujeito, de acordo com seu estado emotivo e a forma que interatuam os seus diferentes contextos em seu cotidiano. González Rey (2009a) acrescenta:

Los sentidos subjetivos y las configuraciones subjetivas son producciones que tienen lugar en el curso de la vida social y la cultura, pero que no están determinados ni por una ni por la otra, no son un reflejo de esos múltiples procesos, sino una nueva producción que los especifica en sus efectos para quienes los viven (p. 252).

Com este entendimento, pensamos as práticas pedagógicas na educação em saúde como uma ação imbricada nas redes de configuração em que se articulam os sentidos subjetivos no cotidiano dos sujeitos, para também entendê-las como momentos dinâmicos, tendo nas contradições e tensões a formação de um momento que se faz vinculado à emocionalidade vivida. De uma forma dialógica, estas dimensões de continuidade e ruptura se interpenetram de modo que não concebemos a fragmentação de uma delas ou de ambas. Com estas assimetrias relacionais, em que o sujeito ora se apropria do seu processo educativo como

protagonista, ora retorna ao *status* paciente/usuário do sistema, é que trazermos à tona a dimensão emocional que se insere no processo da saúde e doença do sujeito e que tem sido colocada em um plano secundário quando pensamos as práticas pedagógicas.

Desta forma, a produção de sentidos em relação à doença configura-senos diversos fatores relacionados com os espaços que compõe a dinâmica do tratamento e da vida da pessoa (GONZÁLEZ REY, 2004). Acerca de tais aspectos González Rey (1998) assinala:

(...) configuraciones subjetivas que expresan el sentido subjetivo de las diferentes formas de actividades, relaciones y de la experiencia integral del hombre, sin embargo, las unidades subjetivas en que se constituye la experiencia en la personalidad, se modifican y desarrollan en el curso de la propia experiencia (p. 91).

Inseridas neste contexto, encontram-se as emoções. Para que a aprendizagem não se torne vazia de sentidos ocorrem processos de subjetivação envolvidos com as emocionalidades geradas no âmbito educativo, em que este mesmo contexto torna-se a possibilidade real e efetiva do envolvimento do sujeito. Concordamos com González Rey (2008), quando o autor cita:

As emoções que o sujeito vai desenvolver no processo de aprendizagem estão associadas não apenas ao que ele vivencia como resultado das experiências imediatas do aprender, mas às emoções que têm sua origem em sentidos subjetivos muito diferentes, que trazem o momento atual da aprendizagem, momentos de subjetivação produzidos em outros espaços e momentos de vida. Daí a importância de considerar o sujeito que aprende na complexidade de sua organização subjetiva, pois os sentidos subjetivos que vão se desenvolvendo na aprendizagem são inseparáveis da complexidade desta atividade do sujeito (p. 34).

De acordo com González Rey (2010), o impacto emocional produzido na rede configuracional dos sentidos do sujeito a partir do desdobramento de uma realidade como a descoberta da doença, por exemplo, é da ordem do imprevisível. Tal aspecto supõe uma heterogeneidade nas motivações e interesses do sujeito, inviabilizando assim, generalizações na aprendizagem. Muito além de “apenas aprender” em como lidar com esta nova realidade, o que se busca é desenvolver alternativas facilitadoras de novas produções subjetivas em que o aprender é

apenas um momento desse processo, sendo considerado por nós como algo muito mais abrangente.

Neste tocante, esta realidade, por ser diferente na maneira de viver e sentir do sujeito, não pode possuir práticas em cuidados da saúde que atendam a todos indiscriminadamente. Por meio do entendimento da categoria sujeito, a educação em saúde deixa de ser um processo reprodutivo para converter-se em um processo produtivo, em que a aprendizagem passa a não ser institucionalizada por políticas públicas com bases exclusivas em dados estatísticos, mas particularizada na vida da pessoa.

#### **4.5 A saúde, a doença e a educação como produções subjetivas**

De acordo com Good (1977), a biomedicina fundamenta-se em um paradigma unitário, admitindo a existência de uma verdade universal a respeito do corpo, da saúde, da doença e do tratamento. A tolerância a paradigmas médicos alternativos é frágil ou inexistente. Em conformidade, o modelo biomédico reconhece uma única cadeia de causas às doenças, sendo esta localizada no corpo e explicada em termos de disfunções fisiológicas. Assim sendo, a biologia é imperativa. A realidade sobre a doença corresponde àquela que pode ser vista pelo microscópio e atestada pelos exames laboratoriais, sendo a narrativa do paciente e sua experiência social postas em segundo plano, quando não totalmente desprezadas.

Conforme Langdon (1995), reconhecer subjetividade implica em considerar que nem todos os sujeitos, que podem estar situados em uma mesma cultura, são iguais no seu pensamento ou na sua ação. A subjetividade permite a heterogeneidade, não só porque as culturas sempre estão em contato com outras, que têm outros conhecimentos, mas também porque os indivíduos dentro de uma mesma cultura têm percepções diferentes devido à subjetividade individual e a experiência que nunca é análoga à dos demais. Desta forma, a subjetividade ressalta a relação entre percepção-ação e padronização-heterogeneidade, possuindo várias implicações na visão sobre saúde-doença.

O enfoque da subjetividade preconiza o desenvolvimento de uma construção teórica diferenciada sobre a saúde, que implica superar sua definição em termos de normalidade, equilíbrio e ausência de sintomas e doenças perceptíveis a partir do diagnóstico médico, como colocados na Carta de Ottawa<sup>4</sup> (1996). Para tal, torna-se necessário definir saúde em termos de um sistema vivo, interatuante com as complexas formas de vida e espaços sociais que ultrapassem a barreira do fisiológico e expresse a qualidade do desenvolvimento do sistema, tendo como referência os elementos constitutivos de sua subjetividade. De acordo com González Rey (1997a), o conceito de saúde deve ser entendido por quatro aspectos, a saber:

A saúde não se pode identificar com um estado de normalidade, pois a nível individual é um processo único e com manifestações próprias. A saúde não é uma "média", é uma integração funcional que a nível individual se alcança por múltiplas e diversas alternativas; A saúde não é um estado estático do organismo, é um processo que constantemente se desenvolve, onde participa de forma ativa e consciente o indivíduo como sujeito do processo; Na saúde se combinam de forma estreita fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais e psicológicos. A saúde é uma expressão plurideterminada e seu curso não se decide pela participação ativa do homem de forma unilateral; A expressão sintomatológica da enfermidade é resultante de um processo que precede o surgimento dos sintomas. A doença, como a saúde, é um processo que se define qualitativamente antes do surgimento dos sintomas, os quais não são mais do que um momento do desenvolvimento da doença (p. 2).

Outro ponto importante é o fato de que tanto a saúde como a doença não são definidas de antemão em relação às configurações subjetivas organizadas pelo sujeito, que frente a novos cenários pode ocorrer à emergência de múltiplos sentidos, permitindo assim viver e sentir de maneira única a experiência (GONZÁLEZ REY, 2010).

O resgate da subjetividade na dimensão educacional, como um atributo essencial de sua própria definição histórico-cultural, permite o reconhecimento das práticas educativas como processos de sentido, promotoras de uma compreensão que não renuncia ao seu caráter ativo e subjetivo e, por isso, não

---

<sup>4</sup> Ver em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>



pode se limitar a estratégias alienantes e condicionadas no ato de aprender. Esta visão desenvolvida por González Rey (2008) esclarece que:

O caráter singular da aprendizagem vai nos obrigar a pensar em nossas práticas pedagógicas sobre os aspectos que propiciam o posicionamento do aluno como sujeito da aprendizagem e o que necessariamente vai implicar um aluno com suas experiências e ideias de aprender (p. 38).

A partir desta concepção, o processo educativo deixa de ser mimetizado para envolver-se no campo das construções subjetivas do sujeito, articulado nos diálogos, nas reflexões e nas contradições, tendo estes elementos como fortes aliados na composição da tessitura simbólica da aprendizagem. González Rey (2008) afirma:

Recuperar o sujeito que aprende, implica integrar a subjetividade como aspecto importante deste processo, pois o sujeito aprende como sistema e não só com o intelecto. Os sentidos subjetivos na forma em que temos desenvolvido esta categoria representam um sistema simbólico emocional em constante desenvolvimento, no qual cada um desses aspectos se evoca de forma recíproca, sem que um seja a causa do outro, provocando constantes e imprevisíveis desdobramentos que levam a novas configurações de sentido subjetivo (p. 33, 34)

O desafio da educação em saúde, tendo como referencial a teoria da subjetividade, será o de transitar entre a igualdade e a diferença, considerando que o conhecimento não deve ser fragmentado, tampouco estereotipado e que existem diversas formas de aprender. Tal ponto nos leva a reflexão sobre o modo como devem ser pensadas as práticas educativas em saúde, pois quando adotada uma aprendizagem descritiva e rotineira, que subjuga não só o sujeito, mas também o educador, e assim os conhecimentos e emocionalidades de ambos, instala-se o modelo monológico de educação.

#### **4.6 Educação em Saúde: modelo tradicional *versus* modelo dialógico**

O tema da educação em saúde é um campo marcado por diferentes concepções e práticas pedagógicas que tiveram, a partir da década de 70, um maior aprofundamento, tanto metodológico como epistemológico, ainda ancorado nas iniciativas das elites políticas e econômicas da sociedade e, portanto, subordinada aos seus interesses. Esta concepção impunha marcos regulatório em

termos de comportamentos adequados e saudáveis que promoviam o bem-estar físico e social da população. Com a ordem e paz social instauradas pelo golpe de 1964, segundo a concepção do regime militar, concentram-se esforços na expansão da economia, reduzindo sensivelmente os investimentos com as políticas sociais (VASCONCELOS, 1991).

Com a fragmentação de vários setores da sociedade, novas formas de ação social surgem nesta época, em especial a comandada por intelectuais das mais variadas áreas. Para exemplificar, o método da Educação Popular, sistematizado por Paulo Freire, se constitui como norteador destas relações sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Neste contexto social de múltiplos interesses, conflitos, resistências, emergem os modelos que irão ditar as práticas na educação em saúde. Atualmente existem dois modelos de referência que são considerados nos estudos de educação em saúde, os quais serão aprofundados a seguir: modelo tradicional e modelo dialógico.

#### **4.7 Modelo tradicional de Educação em Saúde: as velhas práticas ainda atuais**

O modelo tradicional, constituído historicamente pelo saber hegemônico biomédico, caracteriza-se por dar-se primazia ao tratamento da doença e à intervenção curativa, sendo, portanto fundamentado no referencial biologicista (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Nesse enquadramento, o sujeito deixa de ser produtivo e torna-se uma patologia: é como se a partir de um determinado diagnóstico, estático e imutável, tivéssemos todas as informações necessárias para iniciar o tratamento. Além disso, a descaracterização do sujeito não fica restrita apenas ao diagnóstico, pois que também aliena sua identidade quando se fala que o paciente do quarto X apresenta a doença Y. Esta forma de agir esboça o quanto a doença é mais valorizada que a saúde e que o próprio sujeito.

Segundo Gadamer (2006), a forma controladora e dicotômica como são tratadas as doenças, a saúde e o sujeito, evidenciam-se na dimensão *sui generis*

que a doença alcança: a doença ganha vida própria, desvinculada de todo e qualquer processo que envolva o sujeito. Por esse enfoque, a dimensão de saúde-doença é vista sem singularidade, asséptica e naturalizada. O sujeito passa a ser *usuário* do sistema oficial de saúde e fica totalmente institucionalizado aos procedimentos de cura que geram um “isolamento social das funções produtivas e emocionais do sujeito” (GONZÁLEZ REY, 2003).

Um possível desdobramento desta prática educativa em saúde é o que Martínez-Hernaez (2010) considera como unidirecionalidade:

(...) a existência de um fluxo comunicativo que se movimenta a partir dos profissionais em direção à chamada (de forma desafortunada) "população-alvo", mas não a partir desta em direção aos primeiros. (...) O ponto de partida da lógica unidirecional é que, uma vez que os conhecimentos nativos são leigos, não é necessário ter conhecimento deles para o desenvolvimento das intervenções. Trata-se novamente da atualização da imagem dos usuários como recipiente "vazio" de conhecimentos ou "cheio" de preconceitos. Em ambos os estereótipos, o que permite definir a posição dos usuários em seu suposto não-saber é estar diante do posicionamento dos profissionais da saúde como sujeitos do saber (p. 399).

Em nosso entendimento, a concepção bancária, não só faz de depositário do conhecimento o educando, como também o educador, que nada mais é que a própria reprodução de um processo educativo sem nenhuma inquietação. Com um mundo circunscrito aos conteúdos, ao livro didático, aos manuais de saúde e aos protocolos de atendimento, ficam alienados deste escopo uma série de elementos que são fundamentais numa aprendizagem mais qualificada e, assim, troca-se a criação pela reprodução, a aventura da descoberta pelo “porto seguro da anamnese descritiva”, a criatividade pelo pensamento linear, noutros termos, nega-se a condição ontológica da aprendizagem. Disto resulta que os educandos inquietos, problematizadores, criativos e refratários à coisificação dos seus processos educativos sejam vistos como subversivos, inadaptados, desajustados ou rebeldes (FREIRE, 1967).

A lacuna produzida pela assepsia relacional entre os profissionais de saúde e o usuário do sistema pode ser verificada, de uma forma geral, nas dificuldades de traduzir e interpretar a realidade da saúde ou da doença vivida por aquele

sujeito. Geralmente, não se realiza uma reflexão sobre a realidade e o contexto social da ação educativa proposta, tampouco qualifica a intervenção com intuito de formar uma parceria estratégica que corresponsabilize os partícipes. Tais aspectos corroboram às ideias de Martínez-Hernaez (2010), que assinala:

Isso inclui ausência de conhecimentos em ciências sociais e em comunicação nos currículos dos educadores sanitários, confusão entre o papel terapêutico e o papel educativo e a aplicação de modelos individualistas na compreensão dos fenômenos sociais e culturais que condicionam os comportamentos em matéria de saúde. Dessa maneira, a perspectiva profissional tem se inclinado a adotar um enfoque unidimensional ou exclusivamente biológico, embora os processos de saúde e doença possuam claramente um caráter multidimensional biológico, social, político, econômico, simbólico, entre outros. (p. 403).

Esta tendência à unidimensionalidade de enquadrar e perceber o sujeito nas relações educativas em saúde pode ser vista nos estudos de Cordeiro e Minayo (1997), que citam a visão do sistema caracterizando o paciente e não o sujeito que deveria participar ativamente desta incursão. Salientam ainda que na área de saúde é necessário integrar na formação de seus profissionais visão sistêmica que dialogue com as outras áreas do conhecimento que expressam o sujeito para além dos processos fisiológicos. Segundo esses mesmos autores:

O que reivindicamos é que o centro do pensamento médico e dos profissionais de saúde, ou seja, a pessoa, seja valorizada e não a especialidade médica ou as técnicas em si mesmas. A especialidade é necessária, temos que ser técnicos altamente qualificados, mas tendo incorporado, como parte da atividade, a dimensão do humano (p. 61).

Acreditamos, assim como Alves (2005), que uma das defasagens mais impactantes no modelo em educação acima citado, é a negação do sujeito que, por trás de um corpo, carrega uma história de vida registrada nos mais diferentes níveis de subjetividade, com que carrega uma série de elaborações sociais e culturais que podem gerar saúde-doença.

#### **4.8 Modelo dialógico de Educação em Saúde: compartilhamentos e reciprocidades**

Segundo Morin (1991), o conceito do princípio dialógico permitiu-nos manejar duas realidades concorrentes, em que, no mesmo momento seriam

antagônicas entre si mesmas e impossíveis de estabelecerem algum tipo de interação, tais como a lógica da ordem e da desordem. Nas palavras do autor:

O que disse, da ordem e da desordem, pode ser concebido em termos dialógicos. A ordem e a desordem são dois inimigos: uma suprime a outra, mas ao mesmo tempo, em certos casos, colaboram e produzem organização e complexidade. O princípio dialógico permite-nos manter a dualidade no seio da unidade. Associa dois termos ao mesmo tempo complementares e antagônicos (p, 74).

De acordo com Alves (2005), um dos desdobramentos da interposição entre educandos e educadores, entre profissionais de saúde e a população, é o reconhecimento dos sujeitos portadores de saberes distintos, em que tanto os conhecimentos de um, como os do outro, são imprescindíveis para o desenvolvimento da autonomia de ambos, sem que haja prevalência do saber técnico-científico sobre o construído por meio das práticas sociais. O desnivelamento dos conhecimentos não se torna um impeditivo na composição das ações na educação em saúde, muito pelo contrário, vislumbra que no modelo dialógico, em que todos atuem como iguais em suas singularidades, ainda que com papéis diferentes. Este novo olhar permite um reordenamento no conceito da educação em saúde, como sinaliza Alves (2005):

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias (p. 48).

A institucionalização de espaços educativos, mediados por dados e estatísticas nem sempre condizentes com a realidade subjetiva da população, tende a acarretar uma participação pouca ativa e sem criatividade por parte dos sujeitos. O modelo dialógico em saúde também abre outras reflexões sobre o problema, em especial quando aponta que a aprendizagem não se limita, exclusivamente, aos programas educacionais formalizados. De certa forma, também se situam além dos meios e espaços institucionalizados pelas políticas

públicas, alcançando assim, os múltiplos acessos no percurso terapêutico (ALVES, 2005).

Pensar o modelo dialógico, segundo Bosi e Uchimura, (2007), é pensá-lo em termos de aprendizagens que articulem as subjetividades coletivas e as relações de interação que se concretizam nos movimentos itinerantes do sujeito. Tal ponto implica a aproximação entre a formalidade dos profissionais em saúde e as informalidades presentes no cotidiano da população, diminuindo a distância entre a assistência e a promoção dos saberes. Esta postura representa um avanço de uma intervenção pontual, com dia e hora marcados para acontecer, para o conceito de cuidado. O conceito de cuidado envolve ações de promoção da saúde, de prevenção da doença, que são baseados em experiências anteriores, na cultura, nas crenças, nos valores e nas interações sociais, envolvendo a compreensão de aspectos integrais do sujeito, que significa o estabelecimento de relações subjetivas em tempo contínuo e em espaço não institucional (BOSI e UCHIMURA, 2007).

## **5. Metodologia: o caminho a percorrer**

### **5.1 A epistemologia qualitativa**

Para definir como objetivo geral de pesquisa<sup>5</sup>, investigar a produção de sentidos subjetivos no contexto educativo em pacientes hipertensos, adotamos a metodologia qualitativa fundamentada nos princípios da Epistemologia Qualitativa apresentados por González Rey (1997, 2005a, 2005b). A escolha deste modelo para balizar nossa pesquisa baseia-se, principalmente, em três princípios desta metodologia, a saber: a dimensão construtivo-interpretativa do conhecimento, a legitimação do caráter singular e o processo dialógico/interativo da produção do conhecimento, sem esquecer que esses aspectos se encontram em

---

<sup>5</sup> O projeto de pesquisa foi aprovado em 30/04/2011 pela fundação de ensino e pesquisa em ciências da saúde (FEPECS), obedecendo às normas e diretrizes da lei orgânica do Distrito Federal.

contínua aproximação com as categorias da teoria da subjetividade explicitadas anteriormente.

A dimensão construtivo-interpretativa do conhecimento busca a compreensão, o sentido e o significado que determinado dado representa no horizonte de atuação do (s) sujeito (s) pesquisado (s). Para alcançar seu objetivo, a análise qualitativa se desprende de generalizações indutivas e representações estatísticas, quando assumidas como critério de legitimidade do saber, permitindo que o pesquisador realize uma interpretação particular do material da pesquisa.

Neste momento, o conhecimento é uma produção construtivo-interpretativa, legitimado pela qualidade da expressão única do pesquisador, que compreende o entendimento da realidade como produção e não apropriação linear. Dessa forma o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento é focalizado como uma produção que está em constante processo de transformação, diferentemente de ser cristalizado pelo ordenamento da realidade social e reificado como uma categoria de valor imutável. Para que a interpretação se torne possível são formulados indicadores. A esse respeito González Rey (2002) esclarece:

Um indicador é uma construção capaz de gerar um significado pela relação que o pesquisador estabelece entre um conjunto de elementos que, no contexto do sujeito estudado, permitem formular uma hipótese que não guarda relação direta com o conteúdo explícito de nenhum dos elementos tomados em separado (p.113).

Os indicadores e a construção da informação encontram-se envolvidos com a carga subjetiva que lhes dá sentido, por isto são vivos, dinâmicos e, dessa forma, podem influenciar na decisão do pesquisador de usar novos instrumentos orientados à procura de novos indicadores sobre uma hipótese levantada no curso da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2005a).

De acordo com González Rey (1997), a dimensão interativa no processo de produção do conhecimento encontra-se vinculada à qualidade da relação entre pesquisador e pesquisado. O diálogo e a reflexão conjunta entre eles possibilitam a emergência de aspectos importantes que estão subjacentes à expressão do

sujeito diante da situação estudada. O cenário de pesquisa, nos moldes propostos pela epistemologia qualitativa, possibilita o interesse do participante em se envolver na investigação e nas reflexões oriundas de temas de sua experiência, permitindo assim uma elaboração mais refinada.

A legitimação da singularidade no processo dialógico e na produção do conhecimento situa-se na matriz do saber que considera a pesquisa como produção teórica, sendo essa uma construção que legitima a capacidade criativa dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Assim, o estudo das particularidades estabelece um vínculo no processo construtivo-interpretativo (GONZÁLEZ REY, 2005a).

Nossa escolha foi direcionada a esta metodologia uma vez que seu escopo teórico proporciona um reconhecimento do sujeito enquanto aquele que produz o conhecimento na pesquisa é também produzido por ela na interface relacional entre participante e pesquisador. Com este entendimento, o pesquisador não fica engessado pelos instrumentos utilizados, muito menos pelo método escolhido. Com esta implicação, há um diálogo estabelecido entre os atores envolvidos nesta pesquisa, em que a qualidade destas informações são expressas na medida do que elas representam em sentido e significado para os sujeitos pesquisados e que se convertem, pela construção interpretativa do pesquisador, em elemento singular à elaboração teórica. Assim, a elaboração de hipóteses por parte do pesquisador na construção da informação é capaz de ir além dos dados mortos e do instrumentalismo estanque que não envolve o caráter especulativo da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2005a).

## **5.2 Os instrumentos da pesquisa**

Direcionados ao modelo teórico adotado, os instrumentos utilizados na pesquisa são, predominantemente, abertos, no intuito de facilitar a formulação de indicadores que auxiliam na construção das informações. Desta maneira, o instrumento não é em si mesmo o que expressa a qualidade das informações que subsidiarão as reflexões do pesquisador. Nesta perspectiva metodológica



qualitativa, os instrumentos passam a atender as necessidades do pesquisador que surgem ao longo do percurso investigativo e caracterizam-se pelo aspecto dinâmico e fluido de atender as demandas da pesquisa. Considerando que o processo dialógico é da ordem do imprevisível, o instrumento não necessita de uma validação *a priori* e não será utilizado como um recurso rígido: a conversação é um processo dinâmico em que emergem diversas possibilidades de entendimento em seu percurso (GONZÁLEZ REY, 2002). Vale ressaltar que não apenas a comunicação, mas todos os instrumentos são recursos para provocar a expressão do sujeito e que sempre estão inseridos num contexto dialógico.

Diante disto, é possível uma criação teórica por parte do pesquisador que considere a realidade assimétrica, plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representam a subjetividade humana (GONZÁLEZ REY, 2005b). Por este viés, a pesquisa não é uma mera apropriação da teoria, apenas como uma assimilação linear da experiência vivida em que *isto* está diretamente vinculado *aquilo*, mas um processo que mantém o caráter recursivo com os instrumentos utilizados na pesquisa, os quais estão descritos a seguir.

### **5.2.1 Dinâmica conversacional**

Na medida em que a relação entre pesquisador e pesquisado começa a ter reciprocidade e confiança, os diálogos começam a ter um aprofundamento maior e, dessa forma, se convertem em fonte importante de informações sobre o tema estudado. Os diálogos que emergem dessa relação podem ser formais ou informais e adquirem vital importância, pois ambos são considerados (GONZÁLEZ REY, 2002). Acreditamos que, além da caracterização do processo conversacional, possibilitado pela autenticidade dos sujeitos, essa aproximação com discussões/contradições, pontos de vista convergentes e divergentes, só acontece na medida em que o instrumento adquire um sentido subjetivo para os sujeitos, principalmente, no nível de relações constituídas no momento de sua aplicação e ao longo da pesquisa em geral.

Nos encontros com os participantes, procurei deixá-los à vontade e promovi um clima agradável em que possam sentir confiança. Desta forma, acreditamos ter-se constituído uma relação de parceria, camaradagem, respeito mútuo e afeto, para que os participantes sintam-se acolhidos e iniciem a troca de experiências. Assim, a premissa da dinâmica conversacional não é o trabalho de coleta de dados, mas uma interação propositiva entre pesquisador e participantes, em que o processo dialógico possibilite a construção das informações de forma qualificada.

### **5.2.2 Complemento de frases**

Nesta metodologia por nós adotada, um dos recursos utilizados para facilitar a expressão das participantes foi o Complemento de Frases, desenvolvido por González Rey (1997, 2005a, 2005b). Trata-se de um recurso instrumental que consiste na apresentação de frases escritas incompletas, para que o sujeito as complete a partir daquilo que primeiramente emergir em sua mente ao lerem a frase em questão. A quantidade de frases, a ordem de apresentação, bem como o seu conteúdo, são flexíveis e mutáveis, para que possam ser adaptados aos temas e objetivos das diferentes propostas de pesquisa.

Portanto, complemento de frases é um instrumento escrito, construído pelo pesquisador, com objetivo de acessar e construir os conhecimentos organizados na relação entre ele e o sujeito pesquisado. Os indutores são de caráter geral e também podem referir-se a “atividades, experiências ou pessoas, sobre as quais queremos que o sujeito se expresse intencionalmente.” (GONZÁLEZ REY, 2005a, p. 57). O complemento de frases se organiza por uma quantidade variável de frases incompletas (ver anexo A), como por exemplo:

A minha saúde...  
Minha família...  
Eu sinto...  
O dia mais feliz...

Como descrito acima, as frases encontram-se incompletas para que dessa forma estimulem os participantes a escrever sobre o que bem entenderem,

podendo relatar suas experiências vividas, seus conflitos, desejos, valores e inquietações. As frases incompletas permitem que o sujeito se descentre da sua intencionalidade, facilitando assim, a produção de indicadores de sentidos subjetivos.

### **5.2.3 Diário reflexivo**

Para Zabalza (1994) os diários reflexivos constituem instrumentos que permitem ao pesquisador seu uso em contextos distintos e têm em comum a capacidade de responder à dupla exigência metodológica: centrar as análises em situações concretas, integrando a dupla dimensão referencial e expressiva dos fatos. Desta forma, seria possível trabalhar a objetividade da expressão escrita por meio da elaboração subjetiva que os sujeitos lhe conferem.

O diário reflexivo é um instrumento que, além registrar as informações, as falas e outras expressões relevantes à pesquisa, também viabiliza as reflexões teóricas que se entrelaçam à produção intelectual do pesquisador. Assim, após as consultas, palestras com os profissionais de saúde ou encontros com o grupo de apoio, cada participante, assim como o pesquisador, farão seus apontamentos no diário sobre as dúvidas, entendimentos e demais reflexões ante a experiência vivida nesta aprendizagem. Os participantes terão liberdade total em escrever aquilo que compreenderem e também relatar suas percepções dos conteúdos que foram abordados, assim como estabelecer associações com a vida cotidiana, memórias e outras percepções que emergirem frente àquela realidade.

O que faremos com este instrumento será a constituição de um espaço dialógico que possibilite questionar a expressão escrita e demais posicionamentos, tanto do pesquisador como dos participantes. Com isto, pretendemos desestabilizar uma situação de conforto e criar conflitos que oportunizem a descoberta de uma nova resposta, novas reflexões que, por sua vez, podem originar novas perguntas. Esse processo de problematizar busca refinar a qualidade reflexiva dos sujeitos envolvidos em sua aprendizagem e abrir outros níveis de reflexão em relação ao tema abordado.

Em determinado momento da pesquisa, os diários foram solicitados aos participantes, para que o pesquisador possa confrontar a expressão escrita e construir as informações de acordo com suas hipóteses. Nesse momento buscamos desvelar quais são os desdobramentos das produções subjetivas e como as categorias sentido subjetivo e configurações subjetivas nos possibilitam tecer esse sistema por meio da construção da informação. Assim, podemos investigar os momentos da produção de sentidos subjetivos e a forma como se configuram vários aspectos da aprendizagem em relação à saúde e doença na livre expressão dos sujeitos.

Acreditamos que os diários forneçam informações importantes sobre os potenciais, dilemas e, sobretudo, na forma como o sujeito elabora a aprendizagem da saúde em relação à patologia. Por meio do processo investigativo e formulação das hipóteses será possível a (re) organização das sessões de acompanhamento, em que as dificuldades e conquistas foram compartilhadas e as sugestões em como adquirir saúde e enfrentar à doença foram trocadas, discutidas e construídas pelos participantes, segundo suas próprias experiências. Assim, as informações contidas nos diários reflexivos tornaram-se elementos importantes para planejamento e continuidade da pesquisa.

Vale ressaltar que o conhecimento científico, na concepção proposta por González Rey, possui, invariavelmente, um caráter inacabado e, portanto, provisório no avanço da ciência. Desde já salientamos que as construções da informação por nós formuladas a partir dos instrumentos utilizados foram, apenas, mais uma contribuição para a compreensão do trinômio: educação-saúde-subjetividade.

#### **5.2.4 Perguntas geradoras**

Segundo Gamboa (2009), no contexto da transmissão dos saberes e sua institucionalização nos sistemas escolares, as práticas pedagógicas, ainda alicerçadas na educação tradicional, desempenham um papel significativo na massificação do conhecimento em que as repostas já vêm prontas, acumuladas

nos saberes acadêmicos, mas sem considerar as perguntas que as geraram, muito menos os sujeitos dessa aprendizagem. Tentar transmitir respostas e saberes deslocados das perguntas e dos problemas que lhes deram origem acarreta uma despersonificação na aprendizagem.

Segundo Freire (1997), a ação problematizadora do homem denota a *práxis* na qual se buscam soluções para a realidade vivida e o torna capaz de transformá-las pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que ele se transforma. Nessa ação, ele detecta novos problemas num processo ininterrupto de pensar e agir. De acordo com Berbel (1998), na problematização o sujeito percorre trajetórias diferenciais e, nesse processo, repensa sobre a situação global de uma realidade concreta, dinâmica e complexa, exercitando ação-reflexão-ação para formar possibilidades de atuação no cotidiano com que até então não havia se deparado.

Enquanto a educação orientada a respostas tende a ser generalizadora, repetidora, inibidora e domesticadora da pessoa, as perguntas geradoras se apresentam como uma proposta nova, criativa, podendo estimular a capacidade humana de desvelar-se, de se inventar e, muito mais que resolver seus problemas, possibilita ao sujeito apropriar-se do seu processo vivencial na junção com a sua singularidade. Enquanto o caminho mais fácil é a pedagogia da repetição, porque não há riscos no aprender, as perguntas geradoras compõem um caminho reflexivo, da inquietude, que incorpora o “erro” como mais um componente na trama do saber.

Diante do exposto, pensaremos perguntas geradoras que foram endereçadas aos participantes tanto durante o trabalho no grupo como também após a discussão, com o intuito de colaborar com a reflexão do grupo e do diário. As perguntas podem ser de vários matizes, mas elas devem vincular-se a uma hipótese elaborada pelo pesquisador, como também podem servir para o aprofundamento de um aspecto subjetivo ainda a ser investigado, em que as especulações e contradições formuladas são bem-vindas.

Como forma avaliativa desta nova aprendizagem configurada pelo sujeito utilizaremos os indicadores que vislumbrem a forma diferenciada em que ele usa o que aprende frente às diversas situações que, direta ou indiretamente, podem se relacionar com o aprendido. A compreensão centrada nos significados explícitos deixa de ser o elemento chave para compreender a qualidade da aprendizagem, dando vez à capacidade geradora do sujeito frente às situações nas quais utiliza esse saber de forma particularizada, sendo esse o elemento essencial da aprendizagem com implicações para o desenvolvimento pessoal do sujeito no enfrentamento da doença.

Portanto, o entendimento que temos da problematização promovida pelas perguntas geradoras não é apenas o de apresentar questionamentos, mas, sobretudo, expor e discutir os conflitos inerentes ao problema em que possam estar presentes a singularidade e a curiosidade como formas expansivas do pensamento humano.

### **5.2.5 Grupo focal**

O grupo focal, como técnica de pesquisa qualitativa, segundo Lervolino e Pelicioni (2001), tem sido utilizado de várias formas: para o planejamento de atividades educativas, como objeto de promoção em saúde e podendo ser utilizado também para a revisão do processo de ensino-aprendizagem. Relativamente simples e rápido, o grupo focal parece responder a contento à nova tendência da educação em saúde, que tem se deslocado da perspectiva do indivíduo para a do grupo social e da educação calcada em conteúdos e abordagens universais para a educação centrada na perspectiva singular dos sujeitos.

O lugar do pesquisador na condição de organizador do grupo será fundamental. Para realização um bom entrosamento, devemos promover discussões alinhadas com as motivações dos participantes e os objetivos da pesquisa, sem, entretanto, fixar exclusivamente em um deles e introduzindo, paulatinamente, questionamentos e buscando reflexões que sejam debatidas em

conjunto. Desta forma, nosso papel é o de proporcionar o fluxo livre de ideias e expressões, favorecendo a participação e engajamento de todos.

As discussões ocorrerão aproximadamente durante uma hora, em que foram utilizados os instrumentos da pesquisa citados e os eixos temáticos por nós construídos, os quais foram divididos apenas por forma didática, para facilitar o entendimento do leitor, e sua construção será realizada de acordo com sua ocorrência. Antes do encontro com o grupo, já teremos preparado algumas linhas de pensamento a serem usadas como fios condutores que nos guiam a reflexão da produção subjetiva do sujeito (GONZÁLEZ REY, 1997). Convém ressaltar que esses apontamentos preparados anteriormente não foram utilizados como uma “âncora metodológica”, mas devem servir apenas como *pistas* deixadas pelos sujeitos, que foram rastreadas na construção da informação.

Salientamos que as discussões em grupo não foram apenas para buscar indicadores às construções das informações, mas um espaço de posicionamentos, discussões e trocas produtivas em relação ao tema. Pretendemos contar com oito pessoas no grupo, com as quais trabalharemos utilizando técnicas já citadas e conversas individuais, em que os temas propostos à discussão, em geral, são decididos pelos próprios participantes. O grupo sempre começa depois de uma sequência de conversações livres.

#### **5.2.6 Outros momentos na pesquisa**

Consideramos que os momentos de informalidade sejam espaços ricos em que poderão surgir elementos interessantes para o desenvolvimento desta pesquisa (GONZÁLEZ REY, 1997). Neste sentido, o pesquisador, que também é Educador Físico, utilizará seus conhecimentos para organizar outras atividades com os participantes da pesquisa. Estes encontros aconteceram uma vez por mês, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Os encontros aconteceram fora da UMS, em ambiente livre (parques, ruas de lazer).

A atividade acima descrita, por se tratar de momentos em que a informalidade é mais acentuada, os imprevistos também ocorrem com mais

frequência. Desta forma, a produção de sentidos subjetivos que ainda não compareceram na pesquisa pode emergir, possibilitando, assim, uma qualidade diferente da informação e aguçando a atenção do pesquisador para pontos que podem estar encobertos.

O que pretendemos com o escopo metodológico e instrumental escolhido é suscitar no sujeito a expressão espontânea de uma multiplicidade de questões que se entrecruzam com o tema da pesquisa. Assim, estes são os objetivos na utilização deste referencial:

- ✓ Mergulhar nos *não ditos*, trazer à tona as expressões que subjazem à compreensão das emocionalidades geradoras de tensão, alegria, conflitos nos contextos de atuação do sujeito e, deste modo, auxiliar na produção dos indicadores que demonstrem o sentido implícito na vivência dos participantes;
- ✓ Proporcionar o rompimento nas “cristalizações educacionais” que motive a transformação do indivíduo em sujeito, assumindo sua autoria, construção e reelaboração do saber;
- ✓ Estimular a “reflexão desobediente” e que esta seja capaz de transgredir receitas prontas e formatadas na educação em saúde, aproximando o sujeito do seu cotidiano, possibilitando novas configurações, deixando-o aberto para escrever, falar e construir seu aprendizado;
- ✓ Fomentar o processo educativo em que se use a “segurança teórica” e ainda assim não utilizá-la como defesa indiscriminada em relação ao desconhecido, e que esta mesma segurança seja apenas restrita ao encontro com o singular que habita em cada sujeito, lugar onde não há amarras do conhecimento já revelado.

## **6. Sujeitos da pesquisa**

Para realização desta pesquisa foram convidados oito sujeitos que estejam participando ou já tenham participado de algum tipo de atendimento a



hipertensos. Para as entrevistas individuais na pesquisa foram elencados quatro participantes. Entretanto, na fase final da pesquisa, em que ocorre um refinamento das informações e é preciso voltar aos encontros, deu-se a morte de duas participantes escolhidas e a desistência de outra. Tais situações nos impossibilitaram de contar com as quatro participantes como havíamos pensado inicialmente. O fato de termos um sujeito para realizarmos esta pesquisa fundamenta-se em que o conhecimento científico, na perspectiva metodológica adotada, não se pauta pelo aspecto quantitativo de participantes, mas pela qualidade das expressões de sentido subjetivo dos sujeitos pesquisados (González Rey, 2005a).

Os participantes, ao ingressarem no grupo, foram informados a respeito do objetivo geral da pesquisa e de seus direitos. Dentre os direitos mais comuns, destacam-se o direito de confidencialidade em relação aos seus nomes reais, podendo cada um escolher um nome fantasia para protegerem suas identidades; de serem tratados com dignidade e respeito; de não serem obrigados a responder a todas as perguntas ou até mesmo abandonar a pesquisa por quaisquer motivos sem receber por isso nenhum um tipo de censura; de saberem que todos os encontros foram gravados e que as informações foram utilizadas na construção da informação; que esta pesquisa destina-se ao trabalho empírico de uma dissertação e, em razão de qualquer desconforto, terão acesso livre ao pesquisador.

Em seguida, esclarecemos o que é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver anexo B). Por conseguinte, o participante, já sem nenhuma dúvida, aceita ou não as condições de participar da pesquisa e compartilhar sua história de vida.

O critério de escolha dos participantes será por empatia, ser hipertenso (a), pela disposição em participar da pesquisa, pela forma reflexiva de se posicionar em relação aos temas, tendo opiniões convergentes ou divergentes com o pesquisador, sem considerar idade, gênero, etnia, credo ou cor.

Para o início da pesquisa foi realizada uma pesquisa cadastral no prontuário dos pacientes hipertensos que já recebiam acompanhamento na UMS. Por meio de contatos telefônicos e abordagem pessoal em conjunto com os profissionais de saúde da UMS, foram convidados cerca de trinta pessoas. Destas, apenas dez pessoas demonstraram interesse e efetivamente oito participaram do grupo.

Realizamos um encontro semanal, de uma hora cada durante dez meses, sendo alternadamente um em grupo e outro individual, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Os encontros em grupo acontecerão na UMS, de acordo com o espaço disponível na instituição e os individuais no consultório do pesquisador.

## **7. A Construção da informação**

Como primeiro momento do processo interpretativo, procedemos à apresentação do caso selecionado, visando contextualizar o leitor sobre quem é a participante escolhida que faz parte de nossa pesquisa.

Explicitaremos tais informações no início, por entendermos que no modo de vida, como em toda e qualquer configuração subjetiva, estão imbricadas a subjetividade individual e a social. Tais aspectos contribuem para constituição de cada pessoa, entre eles a produção subjetiva associada ao credo, gênero, a origem, à raça, aos não costumes locais da comunidade em que se vive com suas múltiplas inter-relações, que aparecem por meio de inúmeros sentidos subjetivos configurados nos modos de vida individual do sujeito.

Reconhecer a importância dos contextos de vida da participante estudada permite, ao mesmo tempo, uma compreensão mais refinada desta realidade, assim como postular novos arranjos sobre as configurações subjetivas e as produções de sentidos subjetivos dos sujeitos pesquisados. Vale ressaltar que as experiências de vida não aparecem como reflexos lineares na subjetividade, entretanto o conhecimento de como se dá a experiência de vida na realidade em que ela acontece facilita ao pesquisador entender as produções subjetivas em tais

condições. De acordo com este posicionamento solicitamos à participante que elaborasse um pequeno memorial e que relatasse como foi à infância, onde morava, qual era a ocupação dos pais, quando entrou na escola, quando começou a trabalhar, quais lembranças possui da adolescência, como e quando descobriu a doença e o que hoje faz para se cuidar, quando e como começou a se relacionar com o atual marido, falar sobre a família (marido e filhos: o que fazem?) comentar religião/igreja e outros temas que achasse relevante.

*Fernanda*<sup>6</sup> é mestiça, católica não praticante, chegou em Brasília ainda criança com seis anos de idade vinda do Piauí com os pais e mais quatro irmãos, sendo ela a caçula. Motivados pelo desejo de uma vida melhor e pela falta de condições de sobrevivência em sua terra natal, aportaram na capital federal no final dos anos 60 como muitos retirantes daquela época: sem nenhuma garantia de trabalho e com baixa escolaridade. Chegando aqui, moraram num lugar chamado Ipê, enquanto o pai conseguiu um emprego como cozinheiro da Presidência da República e a mãe tomava conta da família. Nessa época havia muita fartura e harmonia na família: residiam numa casa grande, Fernanda lembra da Kombi que vinha toda semana e trazia todo tipo de comida, tudo do bom e do melhor. Aliás, deste período tem poucas recordações, a mãe e os irmãos mais velhos é que contavam o que tinha acontecido.

Logo em seguida seu pai enfartou e se mudaram para Taguatinga: começava então um período de muitas dificuldades financeiras, pois seu pai teve que se aposentar e, mesmo sem ter condições físicas ideais, trabalhava à noite em um restaurante para complementar a renda da família, enquanto a mãe lavava roupas para fora para ajudar no sustento da casa.

Começou a estudar com sete anos em uma escola que ficava bem nos fundos da casa onde residiam. Dependia da ajuda dos amigos da família para comprar uniforme, e os livros ela pegava com um colega que era vizinho e copiava todos os dias duas lições para poder acompanhar as atividades na escola. Não bastassem as dificuldades escolares, tem início a violência doméstica: pai e

---

<sup>6</sup> O nome da participante é fictício e foi escolhido por ela. Todas as falas da participante estão grifadas em itálico e são registros das expressões literais apresentadas nos diversos momentos da pesquisa.

mãe começaram constantemente a se agredirem fisicamente e os filhos no meio do fogo cruzado sem saber o que fazer. Fernanda não entendia porque eles não se separavam e não compreendia como seu pai podia ser duas pessoas ao mesmo tempo, pois sem beber ele era uma pessoa de fino trato. Dessa fase da vida, lembranças boas só quando estavam todos no quarto, tarde da noite esperando o pai chegar e tinham crises de risos só de olhar para os rostos dos irmãos: talvez fosse o nervosismo, de tão apreensivos que ficavam, porque se o pai chegasse bêbado tinham que correr e muitas vezes dormir na rua ou chamar os vizinhos para evitar uma tragédia maior.

Quando a irmã mais velha se casou, com 17 anos, logo veio a primeira filha e também a depressão pós-parto. Com isso, Fernanda foi morar com a irmã para ajudar na lida diária com a sobrinha. Por um lado foi bom porque deixou de presenciar a violência entre os pais, mas, por outro, tornou-se a empregada doméstica da irmã, não recebendo nenhum tipo de ajuda de custo por esse trabalho. Morou com a irmã por volta de cinco anos e, nesse tempo, cuidava de três crianças, lavava, passava, cozinhava, fazia tudo sozinha.

Com 14 anos arrumou um namoradinho chamado Millor, que era amigo do seu cunhado: se encontravam escondidos dos pais, mas a irmã mais velha sabia do relacionamento. Com este namoro tinha dois objetivos em mente, sendo o primeiro ficar noiva e marcar o casamento para o ano seguinte e, o segundo, se livrar de tanta confusão morando bem longe da família e da escravidão imposta pela irmã. Começaram a namorar escondidos e Fernanda engravidou. A mãe escondeu este fato do pai e exigiu que se casassem, para só depois anunciar o acontecido à família.

Millor entrou para a Marinha, alugaram uma casa, casaram, seu filho nasceu e se viram obrigados a voltar para casa dos pais. Fernanda acredita que esta nova inserção no convívio familiar foi decisiva para desencadear a doença, mas que só foi confirmada anos depois quando realizou um exame admissional. Desde então, toma medicamentos há aproximadamente dez anos, faz acompanhamento periódico, se diz PhD em hipertensão, participou de vários

grupos de apoio e tomou conhecimento da presente pesquisa por meio de um convite feito pelo pesquisador. Hoje Fernanda tem 45 anos, permanece casada com Millor, que é motorista profissional, é mãe de um casal, mora em uma cidade satélite no entorno, possui o ensino médio, trabalha em uma empresa *telemarketing* como agente de treinamento e a renda familiar é da ordem de R\$ 3.500,00.

O primeiro eixo temático<sup>7</sup> organizado por nós são as configurações subjetivas responsáveis por uma emocionalidade que facilita a resposta da hipertensão. Como um dos primeiros momentos com o grupo questionamos aos participantes: Para você o que é ser hipertenso? A partir desta pergunta surgiram as seguintes expressões:

**Fernanda:**

*“Porque a minha mãe teve derrame, tinha pressão alta, então eu vou ser igual à minha mãe, vou ter um derrame igual a minha mãe. (...) Ainda para me ajudar a enfermeira vai aplicar a primeira verificação de pressão e diz: - Bem vinda ao mundo dos hipertensos. E continuou: Daqui você não sai nunca mais. Gelei nesta hora, perdi as forças, não sabia mais onde estava”.*

A forma como os profissionais de saúde abordam a descoberta da doença é um momento de fundamental importância na vida do paciente, uma vez que o contato com aquele que vai explicar como será realizado o tratamento e esclarecer dúvidas, pode ser gerador de uma relação afetiva propícia para novos sentidos subjetivos e para gerar alternativas no modo de vida da pessoa. Essa nova condição no cuidado com a saúde, a partir de uma postura mais acolhedora por parte da enfermeira, poderia ser facilitadora de uma emocionalidade que fizesse Fernanda se sentir menos tensa no primeiro contato com a doença, pois esta patologia possui uma representação como sendo silenciosa, sem sintomas, e aparece abruptamente na vida da pessoa causando muitas vezes danos irreparáveis. Fernanda comenta que por perceber sua aflição com a nova

---

<sup>7</sup>Cabe ressaltar que eixos temáticos por nós elaborados foram divididos em dois momentos apenas como norteadores daquilo que buscamos investigar e não como uma prática dicotômica em que o encerramento de um estabelece o começo do outro.

realidade que se descortinava a sua frente, a enfermeira contemporiza: “*vou ensinar tudinho para você viver bem*”.

Neste momento em que as emoções tomam parte do sujeito de forma inesperada por meio da confirmação do diagnóstico, a tentativa racional da enfermeira em tranquilizá-la não foi escutada por Fernanda, pois o termo “*perdi as forças, não sabia mais onde estava*” vai muito além do que as palavras podem traduzir: expressa uma incapacidade de reação, uma emocionalidade paralisante a que comparecem os múltiplos desdobramentos simbólicos que expressam o sentido subjetivo dessa experiência.

Atentando para o que Fernanda expressa, observamos a necessidade de um ponto de contato emocional entre a enfermeira e a paciente como elemento facilitador de uma relação que se inicia: a necessidade de um acolhimento com a paciente deveria ser envolvido por uma relação que permitisse uma aproximação afetiva entre ambas, que possibilitasse explorar os conflitos, o modo de vida da pessoa, fato esse que não ocorreu, uma vez que Fernanda expressou o estado afetivo de *perdi o chão*.

A continuação do diálogo “*Gelei nesta hora*”, é acrescentada por Fernanda que menciona: “*(...)nunca tinha visto esta enfermeira antes*”, pois era sua primeira vez no posto de saúde. Podemos perceber é que tal emocionalidade gerou sentidos subjetivos os quais organizam momentos de seu primeiro contato com a doença em um caminho subjetivo que nos permite pensar que para haver um encontro (entenda-se encontro como um processo investigativo e mais humanizado por parte da enfermeira) é necessário que se crie um clima emocional favorável no referido espaço, evidenciando assim que conhecer com quem se fala é fundamental para abrir um diálogo que se aproxime da realidade vivida pela pessoa, o que é essencial na função educativa do profissional de saúde.

Cabe a pergunta: como a enfermeira iria “*ensinar tudinho*”? Trataremos dos aspectos educativos mais adiante, mas que fique aqui registrada a reflexão:

como alguém pode saber “*tudinho*” em relação à saúde do paciente já no primeiro encontro? É possível por meio de um diagnóstico prever como serão os desdobramentos da doença na vida da pessoa? Ainda em relação ao primeiro trecho é importante destacar como Fernanda se representa frente à hipertensão, supondo algo oriundo da mãe e que, de forma idêntica, também irá acometê-la. Tal representação já aparece como um indicador que possivelmente dificultará as mudanças na forma de viver de Fernanda, podendo fazer toda a diferença entre a mãe e ela, como analisaremos no decorrer da pesquisa.

A partir das expressões citadas anteriormente a impressão que fica é que a enfermeira, de antemão, já sabia o que fazer antes mesmo de conversar com Fernanda, pois todos os hipertensos apresentam os mesmos sintomas, logo deverão ter o mesmo tratamento. Prosseguimos com Fernanda quando sinaliza:

***Fernanda:***

*(...) “É aquilo que eu falei, a gente não consegue separar o físico do emocional. Quando você vai no médico ele separa, ele está tratando o seu físico. Ele não quer saber se você está separando do marido, se você está bem, se a seu filho está seguro em casa ou o que aconteceu até ali na sua vida. Ele não quer saber de algo além, ele quer saber o resultado do exame, do diagnóstico e da medicação. Pronto!!!”*

***Fernanda:***

*(...) Você vai ali e fala (refere-se à consulta médica): eu estou me sentindo mal, você chora, o médico mede sua pressão, que está alta, daí te dá um remedinho e pronto (...). Não tenta entender o porquê de estar com pressão alta...Vai embora. Se vira aí, engole a medicação, se o teu marido te largou, se o seu filho foi não sei pra onde (...)*

As expressões utilizadas por Fernanda para manifestar sua posição, mais do que um significado semântico, esboçam uma dimensão simbólica e emocional que é transversalizada pelo surgimento da doença e pelo atendimento médico. Tais ponderações nos levam à reflexão de que o diagnóstico, assim como o tratamento, deveriam ter um cunho mais qualitativo e menos padronizado, com objetivo de conhecer os possíveis sentidos subjetivos associados às configurações subjetivas que se articulam na vida de Fernanda e no processo de viver a doença.

Dessa forma o médico poderia realizar ações educativas em conjunto com Fernanda, envolvendo aspectos relacionados ao seu estilo de vida, às suas predileções, pois assim estaria possibilitando-lhe alternativas produtoras de novos sentidos subjetivos que poderiam levar a uma mudança do modo de vida e, conseqüentemente, das emoções envolvidas nesse movimento. Além disso, poderia informar Fernanda sobre opções para mudar a vida de forma que auxilie na promoção de sua saúde, como por exemplo, a importância de uma alimentação mais saudável, a prática de exercícios físicos, os conflitos atuais de sua vida, pois é essa é uma forma de levar a pessoa para o seu mundo, facilitando o seu envolvimento com o tratamento, o que é essencial na educação em saúde.

Dizemos isso, pois em vários momentos distintos no grupo, assim como no trecho acima citado, Fernanda trouxe como exemplos a dificuldade de relacionamento com o marido e a distância do filho, que são, a partir do nosso entendimento, possíveis indicadores potenciais de emocionalidades vinculadas à configuração da hipertensão e a sua produção de sentidos subjetivos frente à doença, mas que não foram exploradas pelo médico. Ao desfocarmos a lógica do médico, a hipertensão passa a fazer parte de uma expressão integral vinculada à teia de sentimentos, relações afetivas e vivências profundamente inter-relacionadas que aparecem organizadas na configuração subjetiva de Fernanda, em que essas diferentes áreas de sua vida adquirem uma conotação simbólico-emocional que de forma simultânea e por meio de expressões concretas diferenciadas sinalizam a existência de seus sintomas, sofrimentos e limitações de várias origens.

Vamos a alguns destes indicadores:

***Fernanda:***

*Aí, eu disse assim: Esse churrasco é pra comemorar nosso aniversário de casamento. E aí, ele (referindo-se ao marido) fez uma piadinha na frente dos convidados dizendo: - Pra comemorar o dela, porque o meu não lembro mais (risos). Eu fiquei com aquilo muito tempo, aquilo me magoou muito. Por que eu não falei pra ele? Por que eu não desliguei o som e falei pra todo mundo ir embora, porque agora não ia ter comemoração nenhuma?*



*A gente não tem coragem de fazer isso (...) Detesto essas piadinhas, pois minha pressão sobe quando escuto isso (...).*

É interessante atentarmos para relação de causa e efeito que Fernanda entende a configuração da resposta hipertensiva, a qual não estabelece nenhuma vinculação para além do fato ocorrido, ou seja, ficou com a pressão alterada motivada pela piada de Millor. O que podemos especular a respeito das emoções envolvidas na relação do casal é que Fernanda as coloca de forma totalmente secundária e isolada, em que a ideia do aumento da pressão é o resultado das brincadeiras inadequadas do cônjuge e não por sentir-se desvalorizada, exposta na frente dos convidados, subestimada em relação ao seu esforço em comemorar o aniversário de casamento, a dificuldade em posicionar-se e de outros processos que estão afetando a sua situação atual.

Ainda sobre o recorte anterior, iniciamos delineando os contornos emocionais da configuração subjetiva de Fernanda em relação à resposta hipertensiva que não está apenas vinculada ao que o marido fala, mas evidencia uma confluência simbólico-emocional que expressa os múltiplos efeitos e desdobramentos do vivido que seriam incompreensíveis a partir da análise das relações de causa e efeito, sem considerarmos as expressões subjetivas de sua história. Essa rede de afetos e sentimentos parte das elaborações subjetivas integradas que Fernanda faz de si mesma, da representação que Millor possui em sua vida, do papel do casamento e dos convidados (os outros) em suas relações sociais, por exemplo. Assim, os sentidos subjetivos produzidos por Fernanda não aparecem no dizer diretamente vinculado a sua fala, mas na organização e nas formas em que esses elementos são elaborados e vividos como sendo uma construção mais geral destas expressões. Cabe a nós investigar até que ponto esses indicadores se constroem como sentidos subjetivos configurados nas emocionalidades potencializadoras da resposta hipertensiva de Fernanda.

Outro indicador que reforça nossa hipótese desta posição secundária, desvalorizada, e também da representação de “vítima” está no memorial de Fernanda:

**Fernanda:**

*Tornei-me a empregada doméstica da minha irmã, não recebendo nenhum tipo de ajuda de custo por esse trabalho. Morei com minha irmã por volta de cinco anos e, nesse tempo, cuidava de três crianças, lavava, passava, cozinhava, fazia tudo sozinha (...) Tanta pressão, tanta dor de cabeça prá nada (...)*

Neste trecho da fala de Fernanda podemos observar que ela aponta a experiência com a irmã, julgando-se vítima, pois relata que fazia as tarefas domésticas sozinha, situação que não lhe foi imposta, como uma obrigação geradora de sofrimento. Ao utilizar a expressão *empregada doméstica* Fernanda denota o papel subserviente que assume voluntariamente e assevera que o faz *não recebendo nenhum tipo de ajuda de custo por esse trabalho*. Porque Fernanda se submeteu a essa situação, caracterizada por ela como *tanta pressão, tanta dor de cabeça prá nada*? Essa situação se assemelha a outras citadas anteriormente por Fernanda e ganha destaque em nosso entendimento como possíveis indicadores de alienação, do papel secundário e de menor valia que pode ser a expressão de uma configuração subjetiva envolvida com outros elementos e que possuam implicações afetivas em sua doença.

Analisaremos agora um conjunto de indicadores que revelam um fio condutor em como Fernanda se expressa emocionalmente na relação com Millor, com a família e consigo mesma, sendo composto por uma fala no grupo, uma reflexão em seu diário e no complemento de frases, respectivamente:

**Fernanda:**

*Eu fiquei com aquilo guardado por muito tempo, aquilo me magoou muito. Por que eu não falei pra ele? Por que eu não desliguei o som e falei pra todo mundo ir embora, porque agora não ia ter comemoração nenhuma? (...)*

**Fernanda:**

*Na relação com minha família não era permitido que eu fosse eu mesma, não podia expor minha opinião sobre nada, apenas aceitar e fazer o que era mandado (...)*

**Fernanda:**

*Meu maior medo.... Não ser amada.*

*Eu prefiro.... Sofrer do que ver as pessoas que eu amo sofrendo.*

*Gostaria.... De não me importar com o que as pessoas pensam.*

*Eu gosto muito... Estar com amigos.*

No primeiro trecho Fernanda viveu uma mágoa por muito tempo e não falou nada, apenas verbalizou no momento do grupo, o que para nós é mais um indicador que evidencia a qualidade da relação com Millor e a sua subserviência em relação à vontade do outro. Assim como, para não desagradar a irmã, Fernanda assume o papel de *empregada doméstica* e, para não enfrentar o marido, ela se cala. Mas esse “silenciamento”, temos por hipótese, não é só para não enfrentar o marido, mas também para manter a posição social que os outros esperam dela e para não ter o conflito de um posicionamento diferenciado ante o que lhe traz desconforto, podendo ser entendido por nós como parte de uma subjetividade social que implica em produções simbólicas associadas à questão de gênero.

Neste processo, especulamos, apesar das intensas e progressivas transformações que vêm ocorrendo na sociedade, em que as mulheres assumiram um papel de provedoras do lar, tal fator impactou a divisão no trabalho, à estrutura das famílias e o papel da mulher, porém esta representação social em relação às mulheres obteve poucos avanços no caso de Fernanda: a participação igualitária no rateio das despesas da casa e o fato de ganhar mais que o marido, são aspectos que não afetaram a condição de ela ter pouca, ou nenhuma, voz ativa em sua relação conjugal.

Nas expressões de Fernanda, podemos evidenciar indicadores de sentidos subjetivos fortemente associados à construção de gênero vinculados em nossa cultura, em que o papel atribuído a mulher é representado simbolicamente, em muitos momentos, como sendo o da alienação. Fernanda se assume de forma secundária, estando na família cheia de deveres para cumprir, o que a faz se situar em um espaço de demanda e de trabalho orientado aos outros. Esse conjunto de sentidos subjetivos podem ser visualizados em vários momentos de

sua história pessoal e nos múltiplos discursos e produções da subjetividade social e da própria subjetividade individual de Fernanda, como mostraremos a seguir.

Nas entrevistas individuais, quando questionada sobre o indicador *Meu maior medo.... Não ser amada*, Fernanda expressa:

***Fernanda:***

*(...) A gente que é mulher sempre faz de tudo para ser amada, né”? Tem que agradar, senão já viu, o marido vai embora, né? Se ele (marido) faz alguma coisa de errado é melhor relevar do que bater de frente, do que chutar o “pau da barraca” (...)*

É interessante ressaltar como Fernanda adota uma postura condescendente e, mais uma vez, se diz vítima, ao contemporizar os deslizos de Millor e continua ao seu lado sem tentar abrir um espaço na relação que permita falar sobre as suas insatisfações. Podemos pensar que tais sentidos subjetivos configurados na história de vida de Fernanda traduzem uma posição de gênero como mais um elemento de sentido subjetivo do conflito atual que impacta sensivelmente a resposta hipertensiva da participante: *às vezes, por um segundo, tenho vontade de jogar tudo pro alto, mas quando vem essa vontade a minha pressão também vai pro alto.*

Para nós, as atitudes de Fernanda servem para demonstrar como as questões de gênero envolvem e possuem articulações geradoras de sentido subjetivo que a levam a permanecer em situações de inércia e sofrimento.

Continuando a análise dos trechos acima, mais uma vez se integra outro indicador à emocionalidade desenvolvida por Fernanda na procura de carinho e compreensão por meio de sua condição de *fazer tudo e aceitar tudo* e não pelo que ela realmente é ou gostaria de fazer. Tal posicionamento ganha força em nossa construção quando Fernanda expressa no diário reflexivo o que foi para ela responder ao complemento de frases:

***Fernanda:***

*Nunca pensei que um questionário relativamente simples seria tão difícil de responder, em algumas questões eu*

*não sabia o que dizer dos meus próprios desejos e sentimentos.*

A integração desta construção com outros elementos expressados por Fernanda anteriormente reforçam nossa hipótese de que há um processo de banalização da sua vontade, em que Fernanda se coloca num lugar de menor valia e, quando tem a possibilidade de se expressar e falar sobre o que é seu desejo mais íntimo, o faz como sendo algo genuinamente seu, ocorre um travamento, um esvaziamento de si mesma.

Podemos refletir que o modo de vida de Fernanda acaba integrando de forma reificada seus comportamentos, em especial consigo mesma, no qual ela perde a capacidade questionadora, passando a considerá-la *normal*, o que acarreta a eliminação de sua disposição à crítica frente a esses mesmos comportamentos. Nesse processo Fernanda anestesia a sua capacidade de sentir emoções desconfortáveis em relação a essas dinâmicas afetivas familiares, acomodando-se no lugar da vítima e, de forma não consciente, se coloca em um “engessamento afetivo” em que os sentimentos oriundos dos conflitos não têm espaço, pois ela também não os enxerga como formas produtivas em sua subjetividade, o que poderia lhe permitir avançar na busca de alternativas diante desses mesmos problemas.

O que podemos perceber é que Fernanda configurou uma emocionalidade vinculada às tarefas como um arranjo de sentidos subjetivos protetores de suas relações sociais e conjugal e, efetivamente, tenta neutralizar os conflitos que ela experimenta no momento atual de sua vida, mas que também possuem indicadores desde a época da infância.

Isso nos faz pensar que Fernanda lança mão desta *armadura*, termo utilizado por ela mesma no encontro individual, justamente pelo fato de não ter conseguido construir uma relação em que seja possível ou permitido a ela assumir quem realmente gostaria de ser, muito influenciada pelas questões de gênero e familiares, o que fica claro nas expressões acima citadas. Fica para nós os questionamentos: Quais configurações estão inseridas nessa “armadura” de

Fernanda? Como essa “proteção” se relaciona com os afetos desenvolvidos por ela? Quais afetos estariam aprisionados?

Fernanda sempre fez questão de cumprir as regras sociais ao pé da letra e que na sua época *mulher tinha que cuidar da casa, do marido e dos filhos*. Isso fez com que Fernanda acabasse construindo para si um mundo que de seu tinha muito pouco. Neste sentido, ela comenta:

***Fernanda:***

*Estou tentando mudar, raramente consigo, na grande maioria das vezes não (...) Preciso me permitir errar, deixar de ser a boazinha como minha mãe, a certinha como minha mãe me fez acreditar, me sacrificando por não saber dizer não, sempre digo sim aos outros e daí minha saúde (fala sobre a hipertensão) vai pro bebelê (...)*

A configuração subjetiva de Fernanda se organiza em múltiplos sentidos subjetivos que se encontram associados ao esquecimento de si mesma, o seu lugar na família, a relação com a mãe e que na sua integração se expressam na configuração subjetiva presente na gênese da hipertensão. Entre os aspectos subjetivos que comparecem nessa configuração estão os sentidos subjetivos associados a sua representação atual como pessoa, a forma como vivencia a saúde/doença, a dificuldade em dizer não, que acabam se tornando um conjunto de sentidos subjetivos associados com as emoções que disparam a sua reação de hipertensão, na qual seu mal-estar parece ser o foco central de sua configuração subjetiva dominante associada às outras dimensões de sua vida.

Em relação às outras dimensões que pontuamos acima, iremos analisar aquela que comentamos anteriormente e que neste momento entendemos ser um forte indicador de sentido subjetivo na vida de Fernanda, que é a relação com sua mãe. Iniciamos pelos trechos do complemento de frases:

***Fernanda:***

*O tempo mais feliz..... Quando minha mãe era viva.  
Minha principal preocupação....Ser uma boa mãe para  
minha família.*

*Dedico maior parte do meu tempo... A minha família como minha mãe me ensinou.*

*O passado....Algumas vezes doloroso, mas valioso aprendizado com minha mãe.*

*Penso que os outros... Me vêem como uma mãe.*

Para Fernanda, a mãe representava (e representa até hoje) um grande sustentáculo afetivo, uma verdadeira referência emocional que se construiu desde muito cedo em sua vida. O que podemos refletir, a partir dos indicadores do complemento de frases e no conjunto de expressões da participante, é como Fernanda se aliena e a forma dependente que lhe caracteriza as diversas áreas de sua vida. Tais indicadores apresentam-se como uma fonte de sentidos subjetivos que se configurou no relacionamento com sua mãe, o qual, ainda que muito impregnado de afeto, não lhe permite assumir suas decisões e formas próprias de ver e se posicionar frente à vida.

Esse aspecto que caracteriza a dificuldade em se posicionar fica notório quando Fernanda responde a seguinte pergunta geradora no diário reflexivo: Como você enxerga a relação que tinha com sua mãe?

***Fernanda:***

*A minha mãe era o burro de carga da família. Meu irmão tá desempregado: “Ah, liga pra mãe que a mãe me arruma um cheque pra não sei o quê, não sei o quê, não sei o quê...” (...). Aí, o outro irmão se drogou e foi preso e “Ah, liga pra mãe que a mãe dá um jeito...”. E a mãe fazia o quê mesmo? Ligava pra Fernanda. Pronto. Onde você acha que minha pressão ia parar? (...) Então, tudo se resolvia sempre assim.*

Antes de prosseguirmos na análise do trecho, fica a pergunta: Quem era mesmo o “burro de carga” da família? Esse relacionamento com a sua mãe se revestiu de uma força subjetiva de tal proporção que, praticamente, inibiu o desenvolvimento de novas configurações subjetivas em seus posicionamentos. Em mais de uma oportunidade, Fernanda demonstra a sua pouca consideração sobre a importância de sua saúde, combinada com os interesses da família, em especial pela intersecção da mãe. Ela corre o risco de desencadear um AVC ou

qualquer outra complicação mais grave em virtude da emocionalidade configurada nos jogos de sentidos subjetivos que se articulam com a hipertensão.

Entretanto, o preço pago por ela em troca de uma “migalha afetiva”, vale a pena, pois segundo o outro indicador, *Dedico maior parte do meu tempo a minha família, como minha mãe me ensinou*, Fernanda acredita ser essa a atitude correta a ser tomada, uma vez que além de seguir à risca os ensinamentos da mãe, expressa que a família é *sagrada* e é *tudo* pra ela, segundo um relato seu no grupo.

Uma reflexão que consideramos importante salientar a partir das elaborações subjetivas de Fernanda e que se integram nessa complexa configuração subjetiva pela multiplicidade de sentidos subjetivos que caracterizam seus comportamentos em relação à família e ao papel de mãe refere-se ao indicador *Minha principal preocupação....Ser uma boa mãe para minha família*.

O conceito de ser uma boa mãe para Fernanda é a reprodução mimética do que foi ensinado pela sua genitora, como por exemplo, *ser obediente, não deixar um irmão desamparado, assistir a família no que for preciso e não retrucar uma ordem vinda da mãe*. Primeiro ponto que questionamos é o conceito de ser boa mãe. O que é ser uma boa mãe? Uma boa mãe, como Fernanda considera a sua, faz tudo pelos seus filhos, incluindo o fato de não permitir que aprendam com seus próprios erros? Que cresçam sem serem responsáveis por suas escolhas? Que delega a responsabilidade dos irmãos à irmã? A partir destes questionamentos e em conjunto com os trechos anteriormente construídos, podemos pensar em sentidos subjetivos que emergem frente à questão de gênero configurado na vida de Fernanda, da falta de legitimidade na relação com a mãe e a responsabilidade por atos de terceiros.

O segundo ponto de reflexão se refere à expressão *Então, tudo se resolvia sempre assim*, em relação a configuração familiar em que Fernanda está situada, e também corrobora a sua manutenção, deixando poucos espaços às mudanças,



afinal de contas, *tudo se resolvia sempre assim*, ou seja, Fernanda não possui recursos para se posicionar de forma ativa e diversa quanto às questões familiares. A discriminação de gênero, a pobreza, a falta de afetos, a perda da mãe, o lugar submisso diante dos homens de sua família se combinam nos sentidos subjetivos de sua pouca valorização como pessoa, de sua insegurança, medo de se posicionar ativamente e indiferença por si mesma.

O resgate da intencionalidade produtiva e o posicionamento ativo de Fernanda quanto à própria mudança poderiam ser momentos de ruptura com a continuidade e reificação instaladas nas relações em que se vincula afetivamente e que se convertem em ações alheias à sua vontade, sem nenhuma possibilidade ao processo alternativo de subjetivação àquele que hegemonizou a produção de sentidos subjetivos desta relação. O que acreditamos ser possível com a mudança é a produção alternativa de novos processos de subjetivação, podendo ser uma prática geradora de novas possibilidades à Fernanda de lidar com a família, por exemplo, e, nessa condição, esses processos fazerem parte da emergência de novos sentidos subjetivos que possam modificar as próprias configurações implicadas nas emocionalidades que se articulam na resposta hipertensiva.

Pensando o conjunto informacional acima descrito, sobressalta-nos a capacidade ímpar de seguir regras que Fernanda possui, de ser *a certinha* o tempo todo. Vamos a alguns indicadores que emergiram no trabalho de grupo:

***Fernanda:***

*Sempre houve muita cobrança em cima de mim, de ser a perfeitinha da família, a certinha da mamãe (...) Então, eu não me permitia errar, até hoje eu não me permito errar e quando eu erro eu fico me cobrando: por que você não cumpriu o que foi estabelecido? (...)*

A partir das expressões de Fernanda, elaboramos uma pergunta geradora à participante: Como estas regras foram/são estabelecidas em sua vida? Fernanda esboça o seu pensamento no diário reflexivo:

***Fernanda:***

*Eu acho que essas regras vem da criação que eu tive, da relação com minha mãe, na época em que eu ainda era criança... Acho que na verdade nem sei muito bem de onde elas vêm (...) Acho que herdei isso (...)*

Fernanda não sabe bem ao certo por que segue as regras, muito menos participa em sua elaboração, ou seja, não há um investimento seu que possibilite uma corresponsabilização neste processo decisório, uma vez que define como algo herdado, algo que não se pode optar, restando apenas a aceitação. Neste momento em que Fernanda se coloca como a fiel depositária de sua herança, ou seja, um receptáculo praticamente vazio em que a mãe preenche sua inoperância frente às decisões e “incorpora o papel” *de ser a perfeitinha da família*, ela se torna capaz de enormes sacrifícios pelos outros, ser amável em tempo integral, compreensiva e equilibrada.

A partir destes desdobramentos, as “regras” estabelecidas pela mãe passam a ter um investimento afetivo na vida de Fernanda, gerador de sentidos subjetivos que a tornam incapaz de ser uma pessoa emancipada, desobediente e transgressora da ordem vigente, o que, possivelmente, acarretaria uma inadequação social.

Pensando ainda sobre o trecho anterior, em que a participante segue mais uma regra imposta pela mãe, em especial, quando fala *não deixar um irmão desamparado*, Fernanda relata em uma sessão de grupo um acontecimento em que “peitou” o marido.

Comenta um caso com seu irmão, que foi para um prostíbulo, ficou a noite inteira na farra e, na hora de ir embora, não tinha dinheiro pra pagar. Os seguranças da boate espancaram-no ao ponto de quebrarem a sua perna. No meio da madrugada ligam do hospital para casa de Fernanda avisando o acontecido. O irmão que estava desempregado e sem moradia não tinha condições de se restabelecer sozinho, precisaria de apoio dos familiares, que neste momento se ausentaram e Fernanda “pega” à incumbência dos cuidados para com o irmão. Fernanda relata uma discussão mais acalorada com Millor:

**Fernanda:**

*O meu marido não queria de jeito nenhum. Aí eu falei: “Não, não tem condições, ele (o irmão) vai ficar aqui em casa sim”. “Agora não tem condições, quando ele voltar a andar, ele vai cuidar da vida dele. Aonde o miserável vai ficar desse jeito?”. Então eu encarei isso aí e fiquei super mal com o Millor, porque o Millor detestava, odiava que ele ficasse lá em casa. E aí entra o meu lado humano falando mais alto. (...) Haja isordil (medicação comumente utilizada para hipertensão) prá agüentar mais essa barra (...)*

Vários pontos de interpretação surgem nesta construção da informação a partir dos indicadores identificados por nós e que podem revelar os sentidos subjetivos produzidos e captar a integração desses sentidos subjetivos na organização mais complexa das configurações subjetivas da doença de Fernanda, sendo entendidos por nós como momentos vivos dos processos geradores de inteligibilidade destas possíveis configurações que construímos agora.

Algumas perguntas geradoras endereçadas a mim mesmo se fazem necessárias para dar maior visibilidade naquilo que pensamos sobre o trecho acima citado: será que Fernanda, em especial na relação familiar, consegue andar com as “próprias pernas” e cuidar da sua própria vida? Será que Fernanda também não possui configurações subjetivas em que sentidos subjetivos de várias áreas de sua vida também expressam algum tipo de dependência familiar, tal qual seu irmão? Será que o “altruísmo” da participante não encobre uma dificuldade em deixar para trás uma das tantas regras criadas pela mãe?

O que de fato nos perguntamos é até que ponto Fernanda conseguiu elaborar subjetivamente um enfrentamento com o marido que lhe fosse gerador de novos espaços relacionais e de configurações subjetivas que abrissem uma alternativa a qualidade de vida ou mais uma vez repetiu o mesmo “padrão” de ficar refém das normas ditadas por sua mãe? Noutros termos, podemos considerar que Fernanda, a partir da confluência de diferentes zonas de tensão exposta em seu diálogo com o marido, foi capaz de gerar uma mudança em sua emocionalidade alimentada por sentidos subjetivos emergentes nas ações de ser sujeito?

Em outro momento da discussão em grupo, Fernanda traz um depoimento que ganha força em nosso pensamento: a questão do papel subalterno que ocupa na configuração familiar, aliado com as questões na relação com a mãe:

***Fernanda:***

*Eu consigo em algumas situações deixar de fazer essas coisas (Fernanda fala sobre os afazeres domésticos), mas eu me cobro muito, é da criação da minha mãe, sabe? Por exemplo, tem dias que eu dou conta de deitar e deixar a louça pra lavar no outro dia. Daí ele (Millor, o marido) fica bravo, né? Pronto, levanto já estressada e vou lavar (...) Minha pressão até sobe com isso (...)*

Neste trecho do diálogo Fernanda traz três posicionamentos que chamam nossa atenção: o primeiro quando menciona *da criação da minha mãe, sabe?*; o segundo é *Daí ele (Millor, o marido) fica bravo, né? Pronto, levanto já estressada e vou lavar*; e o terceiro é *Minha pressão até sobe com isso*.

Quando assinala *Minha pressão até sobe com isso* podemos pensar o quão vulnerável Fernanda se tornou nesta relação. Primeiramente, devemos entender que essa “vulnerabilidade” dita por nós, não se iniciou com o fato de Fernanda ter que levantar e realizar uma tarefa, mas encontra-se nos arranjos afetivos construídos a partir de sua submissão na relação com seu cônjuge, que vem carregada de afetos e encontra-se na contramão de sua autenticidade e que os sentidos subjetivos que configuram esse afeto não se restringem ao matrimônio.

Isso nos possibilita pensar que essa “vulnerabilidade” não é uma entidade auto explicativa e cristalizada, já definida *a priori*, mas como uma produção de sentidos subjetivos que não se define diretamente a partir de elementos ou condições concretas e singulares. Nesta expressão, não se vislumbra um reconhecimento de si mesma orientado à capacidade geradora de Fernanda que facilite novos sentidos subjetivos em sua relação com Millor. Em um atendimento individual, uma das poucas vezes que Fernanda consegue externar uma quebra das regras sociais e elevar o tom de voz para se posicionar, ela expressa:

**Fernanda:**

*Olha, eu vou te falar uma coisa: você não pensou em nada (Fernanda fala com Millor já no hospital a respeito de um acidente de carro sofrido por ele). Você não pensou na sua família, você não pensou em ninguém quando pegou o carro e saiu bêbado. Tô com ódio de você (...) Depois desta atrocidade que falei, já em casa, eu pedi perdão... Justamente fiz isso por aquela regra da minha mãe, por ser muito certinha (...)*

O fato de ser *a certinha* configura emoções em Fernanda que geram mal estar quando manifesta raiva ou qualquer outro sentimento que aspire uma condição diferenciada da que está habituada a viver.

Acreditamos que nesse cenário emocional descrito por Fernanda produziu-se uma configuração subjetiva que traz no mesmo arranjo afetivo a estigmatização de ser “uma esposa desnaturada”, bem como o medo da exclusão social vivida pelo julgamento dos amigos, ou seja, Fernanda precisa se desculpar pelo que falou ao marido, independentemente de esta ser a sua real vontade, ter motivos para isso ou por, simplesmente, dizer o que pensa.

O posicionamento de Fernanda também pode ser visualizado no complemento de frases:

**Fernanda:**

*O casamento.... Bom e ruim.  
As contradições.... Me deixam confusa.  
Sofro..... Por não saber expressar o que sinto.  
As emoções.... Ainda me deixam baratinadas.  
Eu... gostaria de saber quem eu sou.*

Este trecho evidencia as contradições de Fernanda que foram discutidas na construção da informação até aqui elaboradas. No trecho “*Eu... gostaria de saber quem eu sou*” verificamos a crise de identidade que se configura nas relações construídas por Fernanda, na medida em que não reconhece espaço para uma expressão genuína de suas vontades e afetos. O que podemos pensar a partir do conjunto informacional por nós construídos é que Fernanda ainda não se sente segura para andar sobre o terreno do desconhecido e “pega carona” nas decisões de terceiros.

Tanto no trabalho de grupo, como no atendimento individual, Fernanda vai se engajando paulatinamente em seu processo de desenvolvimento pessoal. Na medida em que adentra mais profundamente em seus questionamentos, nas discussões do grupo, nas contradições em relação ao que faz e sente, Fernanda permite a construção de novas hipóteses por meio das informações sobre as quais a configuração subjetiva da hipertensão ganham novos contornos.

Quando questionada sobre: Como era estar participando no grupo há três meses? Como enxergava esta experiência? Eis o relato de Fernanda no diário reflexivo:

***Fernanda:***

*Tenho me sentido melhor, este é um lugar calmo tranquilo (...) às vezes me sinto como se estivesse num rio e que a relação com meu marido é a água barrenta, feia como enxurrada causada pelas dores e dificuldades da minha vida, mas algumas horas depois que estou aqui esta água fica limpa, calma, serena e transmite paz e tranqüilidade (...) Aqui eu posso ser eu mesma!!!*

Mesmo que Fernanda ainda atribua ao marido a responsabilidade por suas *dores e dificuldades*, o *status* que ela adquire no grupo é o de ser quem é. Isso ocorre devido ao acolhimento percebido no grupo, pelo respeito que ela sente aos integrantes do grupo e pelo fato de encontrar ali uma referência social de si mesma que ela não tem em nenhum outro espaço social. O que pensamos é que, com isso, Fernanda dá mostras de uma abertura que poderá ser favorecedora na lida com seus recursos e limitações, na medida em que busca reflexões, mesmo que ainda incipientes neste momento, já vislumbra a água *limpa, calma, serena*. Ficaremos atentos a essas expressões, uma vez que podem representar os velhos enraizamentos à isenção do conflito na vida de Fernanda. Porém, acreditamos que tais indicadores nos permitam pensar, talvez, que Fernanda sinta-se escutada, aceita e quem sabe assim, valorizada a ponto de criar novos referenciais em suas relações.

Em dado momento, Fernanda escreve em seu diário reflexivo que vive em função da família, do que é bom para cada um deles. Também comenta que identificou uma zona de conforto familiar em que está situada e ali sente sufocar seus desejos, seus sonhos, pois não se coloca, não faz a sua vontade, porém, expressa: *Eu tô tentando me conhecer, buscar realmente o que eu quero.*

No transcorrer do trabalho de grupo Fernanda foi questionada pelas colegas em explicar como tinha sido elaborado por ela o que o grupo denominou com sendo a “experiência das águas”:

***Fernanda:***

*(...) o interessante foi que num primeiro momento eu quis que minha mãe, meu marido, meus filhos estivessem aqui comigo no grupo, mas depois preferir ficar só (...) Estranho, pois tenho medo de ficar sozinha, mas foi uma sensação tão boa e relaxante que fiquei leve como uma pluma, me emocionei tanto que chorei, chorei de alegria, por me sentir tão bem, apenas por ter me dado alguns minutos do dia para relaxar e pensar só em mim (...).*

Antes de prosseguirmos na construção, vale mencionar que esta foi a primeira vez em que todos os participantes interagiram de forma simultânea e se interessaram em saber uns dos outros, trocaram experiências e falaram mais abertamente sobre suas vidas. A partir disso, fica a dica para analisarmos os demais indicadores que poderão surgir no grupo expressando camaradagem, os processos de identificação, a possibilidade da pessoa se sentir acolhida, a valorização da história da outro, a autenticidade surgida no contato com o pesquisador e, quem sabe, surja a possibilidade do “eu” se transformarem “eu” e não mais ou só em “problema” ou “doença”.

Percebemos que Fernanda dá os primeiros passos na direção de conseguir manter uma atividade orientada à mudança do seu modo de vida, mesmo que no primeiro momento as velhas formas de viver ainda compareçam como sentidos subjetivos que permanentemente trazem momentos de sua história ao presente, vinculados à prevalência dos outros sobre ela. De qualquer forma, vale o registro de que Fernanda passa a se “enfronhar” na pesquisa e que tal posicionamento

pode servir de subsídio à reflexão produtiva, sendo considerado por nós como um indicador da emergência de um novo momento de sentidos subjetivos atrelados à representação que Fernanda faz de si mesma.

As expressões colocadas no grupo por Fernanda, tais como: (...) *o interessante foi que num primeiro momento eu quis que minha mãe, meu marido, meus filhos estivessem aqui comigo no grupo*, trazem a tona um indicador já discutido anteriormente, que configura a emocionalidade que a levaram na produção de sentidos subjetivos de medo da solidão, tristeza, isolamento e falta de apoio emocional, o que pode ter gerado ansiedade, esquecimento de si e incertezas, sendo esses elementos influenciadores em seu modo de vida. Porém, agora, temos esses mesmos indicadores configurados em um arranjo emocional diferente daqueles pesquisados no primeiro momento, aparecem como geradores de sentidos subjetivos de bem-estar com a solidão, de ter tempo para si, de não ter medo em ficar só. Além disso, verificamos anteriormente que os filhos, o marido e a mãe aparecem todos colocados num mesmo lugar em sua expressão, algo que evidencia que a configuração subjetiva da família de forma geral é algo gerador de emoções que ela não desfruta. Agora, percebemos que Fernanda não necessita mais carregar os familiares a todos os espaços de convivência em que transita e inicia um retorno a sua centralidade.

Outro indicador que desponta neste novo cenário de Fernanda é o da responsabilidade consigo mesma, que torna possível sentir *uma sensação tão boa e relaxante que fiquei leve como uma pluma*. Tais expressões denotam um caráter afetivo em que Fernanda “tira de suas costas” o peso de ser *aquela que tem que dar conta de tudo e de carregar a responsabilidade da família sozinha* por se colocar em primeiro lugar na relação com seus familiares e se permitir, por mais *estranho* que possa parecer, ter tempo para si.

Em um dos encontros individuais subsequentes, percebi que Fernanda estava mais aberta a crítica e que era hora de formular perguntas geradoras que ajudassem as novas reflexões e também pudessem, acredito eu, ter um impacto



em seu complexo sistema configuracional, em especial na produção de sentidos vinculada ao papel que representa na família.

Fernanda inicia sua fala discorrendo:

***Fernanda:***

*Eu me sinto útil, me sinto bem, eu me sinto à vontade com as pessoas da minha família, pois sei que tenho um compromisso com cada um deles. (...) Mesmo com as pessoas que são chatas, pra mim é meio que um desafio, sabe? Desafio assim, de tentar levar pra aquelas pessoas um pouco da minha experiência.*

Começo minha ponderação com muito respeito e cuidado, porém sem deixar de expressar o que penso do posicionamento de Fernanda. Vamos a minha fala: “A impressão que tenho Fernanda quando você coloca esse senso de utilidade e desafio com sua família é que por trás disso está um egoísmo muito grande de sua parte”. Continuo: “Não seria mais útil para você e também para sua família se você permitisse que cada um buscasse se comprometer consigo mesmo? Até que ponto Fernanda, quando você faz tudo para os outros, você não tira a possibilidade de aprendizagem dos teus familiares? Acredito que o seu maior desafio seja esse: aceitar que as pessoas possam viver sem que você esteja auxiliando a toda a hora”.

Fernanda fica visivelmente chateada, uma vez que meus questionamentos e ponderações são a antítese da submissão, daquela que se doa incondicionalmente, do papel de sacrifício aos outros e de outras representações que ela nutre nas relações familiares.

Apesar disso, Fernanda se envolve no diálogo efetivamente e me interroga várias vezes querendo saber de onde eu tinha tirado aquelas ideias sobre ela. Entre outros aspectos, pontuei que, em meu entendimento, tanta dedicação aos outros era uma maneira de fugir de sua vida, passando a viver a dos seus familiares, fato esse que lhe isentava das responsabilidades em cuidar de si, que sua mãe, mesmo sendo um ponto de apoio afetivo em sua vida, lhe tirou alguns espaços substanciais de desenvolvimento, e que ela também aceitará essa relação,

posicionando-se, muitas vezes, como a vítima da história e como essa dificuldade de mudança afeta a sua emocionalidade, impactando significativamente em sua hipertensão. Tentei, neste momento em que a relação permitia abordar o assunto de forma mais incisiva, aproveitar o diálogo sincero e autêntico como um recurso educativo ímpar que permitiu a Fernanda perceber alguns aspectos em relação a si mesma e sobre os quais nunca se havia detido a pensar, o que lhe possibilitou questionar e rever posições pessoais frente à vida.

Após a discussão Fernanda retorna ao grupo em outra semana, ainda muito pensativa, porém com um “ar diferente”. Fernanda se posiciona no grupo:

***Fernanda:***

*(...)Eu acho que eu espero muito dos outros pra ser feliz. Eu acho que aí tá uma das armaduras que eu tenho que tirar, porque eu não tenho que gerar uma perspectiva em torno daquilo que eu nunca vou saber do outro e aproveitar o máximo disso sem cobrança (...) Tem a ver todas essas cobranças que eu faço de mim mesma com a pressão alta?*

Essa reflexão frente ao grupo suscita em nós mais um indicador de que Fernanda começa a se enxergar como um ser humano viável, possível de viver por conta própria, tomar as rédeas de sua vida sem ficar na relação de dependência exclusiva de atender as expectativas dos outros. Fernanda também traz em sua fala as vivências subjetivas que ela identifica associadas à hipertensão.

Outro indicador que não podemos deixar de frisar é o fato de, pela primeira vez, Fernanda questiona algo no grupo, tendo uma postura mais participativa e buscando saber como as cobranças que faz para si mesma podem se desdobrar em aumento da pressão.

Prosseguindo na construção, Fernanda traz uma novidade que divide com os colegas: decide tirar a carteira de motorista:

**Fernanda:**

*Essa carteira de motorista é pra mim, não é pra mais ninguém, não, viu? Às vezes eu fico pensando: “Gente, por que eu não tirei essa carteira ainda? Dificuldade todo mundo tem, mas e daí? Então, eu decidi que eu vou encarar agora e vou encarar mesmo!!!! E se eu não passar eu vou de novo, vou de novo!!!! Não interessa, eu vou fazer.*

Em uma primeira análise os termos *eu vou de novo, vou de novo*, podem dar a impressão de teimosia, rigidez e birra, porém, essas expressões dizem respeito a algo muito além do seu significado verbal, pois possuem indicadores de uma configuração subjetiva em que Fernanda não está mais fixada ou inibida na relação de dependência com Millor, fato esse que pautou boa parte de nossa construção anteriormente, e consegue “soltar as amarras” e visualizar caminhos alternativos no processo de se tornar sujeito nesta relação, o que implica, necessariamente, em rever conceitos anteriormente construídos.

Neste momento da pesquisa o grupo passa a se auto-gerenciar, buscar outros encontros e possibilidade de desenvolvermos outras atividades em conjunto que não sejam, apenas, a de “conversar” nos espaços institucionais.

Pergunto então, o que poderia ser feito. Depois de algumas discussões surge a ideia de fazermos um piquenique no parque. De pronto todos aceitaram. Achei muito interessante não só a ideia, mas também a mobilização do grupo em se auto-organizar e estabelecer tarefas e responsabilidades. A partir disso também propus que antes do piquenique realizássemos uma caminhada orientada, que teve a adesão imediata dos participantes. Para esse encontro, os participantes receberam orientação em como se vestir adequadamente à prática da atividade física, como caminhar com melhor aproveitamento, qual a frequência cardíaca adequada de acordo com a idade, hábitos de vida de cada um, dicas de alimentação antes dos exercícios, hidratação, sempre lembrando que partimos dos conhecimentos dos participantes nesta elaboração.

Durante a caminhada Fernanda menciona uma reflexão em relação aos seus hábitos e alguns questionamentos em relação à doença:

**Fernanda:**

*(...) Lá em casa agora tá assim: eu durmo doze horas, quem comeu, comeu, quem não comeu, come amanhã e quem se incomodar que lave a louça (...)Então, será que é por isso que minha pressão disparava? Será que eu me coloquei como empregadinha da família e aí tava me atrapalhando de me cuidar?Porque eu tive um período da minha vida querendo viver as coisas tão certinhas? (...) mas hoje em dia eu quero mais é chutar o pau da barraca (...)*

Fernanda segue buscando respostas e gerando reflexões acerca de por que tomou certas atitudes durante um período de sua vida. *Chutar o pau da barraca* para ela possui uma conotação de quebrar os padrões estabelecidos, transgredir algumas regras.

Esse modo de se posicionar, por meio da confrontação, gera novos sentidos que contribuem às modificações que a levaram ao enquadramento e ao bloqueio dos seus processos de singularização. As emoções envolvidas neste processoreflexivo de Fernanda, que mobiliza a consciência de si e a engaja em uma reorganização crítica de seu auto-desenvolvimento ou até mesmo na interrogação dos seus pontos de vista, tornam-se elementos fundamentais para reassumir novas posições dentro dos contextos sociais em que se insere e, são considerados fortes indicadores de mudança, em especial, do posicionamento de mulher passiva em relação à família.

Neste mesmo dia do piquenique Fernanda lembra uma consulta médica que teve na UMS e comenta:

**Fernanda:**

*Mais uma medicação e pronto, é isso então?Tudo o que eu senti emocionalmente, toma aí uma pílula que vai resolver? Não, eu tenho que aprender a ter esse controle sozinha. Eu tenho que aprender isso. Já tomo três remédios da hipertensão, né?*

**Fernanda:**

*Aquela coisa (...) você vai ao médico e o médico dá um diagnóstico pra você. Ele dá o diagnóstico e trata aquela doença, agora ele não trata aquilo que você tá sentindo,*

*que tá influenciando a doença (...) Então, são situações, assim, que a gente tem que ir tentando descobrir e resolver.*

Mesmo estando em um piquenique, peguei um gancho nos apontamentos de Fernanda e levantei uma questão mais provocativa junto ao grupo enquanto caminhávamos, o que acabou gerando uma discussão mais acalorada entre os participantes. Minha pergunta foi a seguinte: Mas afinal de contas, de quem é a responsabilidade sobre a saúde e doença?

A maioria do grupo frisava que era do médico, pois ele tinha estudado e era a pessoa mais gabaritada para falar sobre o assunto. Para além das representações sociais que envolvam a figura do médico e que o conhecimento é a base no tratamento da doença e a aquisição de saúde, pois analisaremos tais aspectos no segundo eixo desta pesquisa. Vamos à resposta de Fernanda:

***Fernanda:***

*Eu acho que o médico tem que fazer a parte dele: se ele não tem conhecimento suficiente que encaminhe ao psicólogo, ok!!! (...) Mas é igual ao que eu falei: essa responsabilidade também é minha. Onde fica a minha parte nessa história? Vou ficar esperando uma resposta? Claro que não, eu vou correr atrás (...)*

Observamos que pela primeira vez nesse momento Fernanda expõe seu pensamento de forma direta se confrontando com as opiniões de seus colegas do grupo que estavam mais centrados no valor do médico, o qual é mais um indicador importante de sua segurança, decorrente do espaço que ela adquire no grupo, aspecto muito relevante para o desenvolvimento de sua identidade como pessoa e que facilita um posicionamento mais crítico e reflexivo em diversas áreas de sua vida.

A partir do momento em que Fernanda guarda mais proximidade com aquilo que é seu não estando mais vinculada, exclusivamente, ao determinismo externo, é possível que haja uma maior sensibilidade à construção de sua autonomia. Efetivamente, trata-se de um momento em sua subjetividade, cujas expressões marcadas por pequenas diferenças, apresentam grande significância

no atual momento vivido por ela, o que são geradores de sentidos subjetivos que configuram emocionalmente Fernanda em relação à doença.

A partir dos últimos encontros faríamos uma avaliação com a participante. Fernanda se antecipa faz uma auto-avaliação em seu diário reflexivo comenta:

***Fernanda:***

*Olha que interessante, quando Hélio me convidou para fazer parte do grupo de hipertensos na UMS, não me interessei, pois já participo de outro há oito anos (...) Porque imaginei assim que seria como outros tantos grupos que conheço, onde os médicos e enfermeiras tratam sintomas. Sem desmerecer o trabalho deles, que me trouxe muito conhecimento sobre a doença, conhecimento este, tão questionado por mim agora, é que continuo a ver pessoas com a pressão arterial alterada, inclusive eu. Porém, hoje tenho consciência que qualquer coisa que eu venha a fazer em relação à minha saúde ou a doença, depende muito mais de mim do que dos outros (...)*

Neste trecho, percebemos que é apontada uma diferença entre o grupo de apoio proposto por nós, cujo objetivo é educar os sujeitos à mudança, no aspecto pessoal e no modo de vida em relação aos grupos formais orientados apenas a dar informações que dominam as práticas das instituições de saúde no momento atual. Observamos que o processo educativo quando não se baseia, exclusivamente, na transmissão de informações, possibilita um questionamento mais aprofundado da pessoa sobre sua vida, sendo gerador de novas possibilidades de enfrentamento da doença e do melhor entendimento sobre sua realidade.

Ainda no mesmo encontro Fernanda comenta a sua *façanha* em tirar a carteira de motorista:

***Fernanda:***

*Nossa, que conquista!!!! Que parto foi tirar essa carteira, viu? Depois das aulas teóricas, tantas aulas práticas, sair correndo do trabalho para dar tempo de pegar o*

*instrutor, três tentativas frustradas e brigas homéricas com Millor, finalmente consegui tirar essa bendita habilitação, né?*

Importante destacar como esse ato tão simples gera confiança em Fernanda, sendo uma expressão de que consegue vencer obstáculos em sua vida, e procura o reconhecimento do grupo que tem se convertido num espaço social importante nesse momento de sua história, possivelmente o único em que possa ser ela mesma.

Fernanda também traz outra reflexão:

***Fernanda:***

*Como são coisas na vida da gente (...) nunca pensei em me separar do Millor depois de tantos anos, acho que são quase trinta entre namoro e casamento (...) mas agora, igual eu falei, eu falei prá ele, já falei em separação, eu coloco tudo na balança. Eu me coloco, coloco o Millor, eu coloco meus filhos (...) Eu tenho um filho de 26 e uma filha de 22 anos e se eu decidir, o lado que vai pesar mais é meu (...)*

Também comenta que Millor queria participar dos encontros para “tirar satisfações” com o pesquisador, tamanho era o seu incômodo causado na pela “rebeldia” de Fernanda.

Fernanda traz outro relato sobre as mudanças em sua vida que agora passam a compor suas atividades diárias:

***Fernanda:***

*Voltei a fazer atividade física, mas nada de academia, nunca gostei, ia na obrigação e fazer coisa obrigado é um porre, né? (...) Mas agora aprendi que a caminhada é meu esporte favorito (...) Ah, já ia esquecendo, agora também só tomo uma medicação por dia, Dr. Sebastião tá feliz comigo e eu mais ainda!!!!*

Fernanda, mesmo que de maneira não consciente, atenta à percepção de que os aspectos psicológicos participam, de alguma forma, na etiologia e no desenvolvimento da doença. A partir do momento em que as elaborações subjetivas de várias procedências, sejam elas sociais ou individuais, aparecem

nas configurações subjetivas de Fernanda, essa trama afetiva gera um conjunto de emoções que se constituem nos diferentes momentos em suas ações, podendo tornarem-se fontes para o desenvolvimento de novas configurações ou ser um momento na evolução das já existentes. O nosso entendimento é que a doença não é produzida pelo somatório de sintomas passíveis de serem diagnosticados, mas por configurações qualitativas diferenciadas de caráter sistêmico e, quando ficamos presos nas “evidências físicas”, corremos o risco de simplificar a complexidade em que se situam tais produções de sentido, o que empobrece nosso olhar em relação ao sujeito.

Para abordar o tema do processo educativo em saúde, iniciamos uma sessão com a seguinte pergunta aos participantes do grupo: Como vocês analisam o processo educativo na saúde? Eis as repostas de Fernanda:

***Fernanda:***

*O médico chegou prá mim e já foi logo dizendo assim: Garota, você vai agora pro hospital!!! Você tem que ir pra uma emergência e tomar a medicação, porque se a sua pressão subir mais um pouco, você corre risco de morte (...) não há conversa, você apenas faz isso (...) Fiquei chocada de pavor!!!!*

Fernanda comenta ainda:

***Fernanda:***

*Era assim, o médico falava um monte de termos técnicos que eu não entendia nada e também não vou lembrar agora, senão lembrei na época, imagina agora (...) Não sei se sai melhor ou pior depois da consulta (...) acho que bem pior (...)*

O diálogo é o “motor primário” na educação, e nos cuidados com a saúde não é diferente, em que os profissionais de saúde e a comunidade deveriam fazer trocas e negociarem os diferentes significados que possui a saúde, a doença, o tratamento e suas implicações, o que proporciona reflexões e o caráter ativo dos sujeitos que participam deste processo educativo. Desta forma, o conhecimento tende a se distanciar de uma perspectiva mecanicista no aprender, que enfatiza



quase que exclusivamente o produto de aprendizagem e não a sua processualidade, ficando entendido como uma dinâmica que se constrói na confluência dialética entre os saberes, tendo em vista o desenvolvimento integral dos sujeitos envolvidos na educação.

A partir dos relatos e das discussões no grupo, elaborei outra pergunta geradora: Como vejo o conhecimento frente a minha doença?

***Fernanda:***

*O conhecimento e a razão prá mim são tudo (...) Se eu não tivesse buscado o conhecimento não teria essa atitude agora de me cuidar, mas se continuasse sem saber, teria um AVC (...) Daí seria o momento que eu ia lembrar do meu conhecimento. Agora, se eu não tivesse esse conhecimento talvez eu ficasse perdida, sem saber o que fazer (...) Eu acho assim: tudo tem uma razão na vida e o conhecimento vai me ensinara ter consciência da minha doença (...)*

A relevância dessas expressões, acreditamos, está no valor que Fernanda dá ao conhecimento, atribuindo a ele o seu bem-estar integral. Fernanda acredita ao conhecimento um peso significativo em lhe estabelecer a saúde, tanto é assim que em seu memorial Fernanda se intitula *PhD em hipertensão*. Com essas expressões podemos considerar que Fernanda busca segurança também pela via do conhecimento, como forma de se apropriar do cuidado com a própria saúde, o que favorece seu processo de tornar-se sujeito.

Nós do grupo de apoio somos convidados a participar de uma palestra com uma das médicas que iria discorrer sobre os cuidados relativos à prevenção e o tratamento da pessoa hipertensa. Agradecemos o convite feito e nos dirigimos ao auditório da UMS. Aproveitando a oportunidade, solicitei aos participantes que levassem consigo os seus diários reflexivos para que anotassem aquilo que achassem interessante, pois após o término do evento discutiríamos o que cada um havia produzido.

Antes de iniciar esse trecho da construção temos que informar ao leitor que fomos comunicados desta palestra no mesmo dia em que ela seria realizada e que

os temas a serem expostos, bem como o seu conteúdo, não foram construídos, em nenhum momento, com a nossa participação. Tais acontecimentos acima descritos passam a ser considerados por nós como indicadores de uma representação “asséptica” da aprendizagem e também da posição deslocada que nosso grupo se encontrava na instituição de saúde e, que tais posturas norteiam as práticas pedagógicas da educação em saúde na UMS

Depois do que ouviu na palestra sobre como evitar a hipertensão Fernanda expressa em seu diário reflexivo:

***Fernanda:***

*Tava ouvindo a médica falar lá e eu aqui pensando comigo (...) O que é que tá me incomodando agora na minha vida é o que eu tô comendo (...) Concordo com a médica quando ela diz que a gente tem que evitar alguns comportamentos e situações de risco (...) Descobri o que fazer prá melhorar a minha saúde: não comprar nada de porcaria. Nada, nada, nada. Aprendi na palestra que agora lá em casa só entra biscoito sem sal, requeijão é light, não tem leite condensado, não tem creme de leite, não tem chocolate (...) Eu não compro mais nada disso (...)*

Percebemos que a postura de Fernanda após ouvir a palestra indica uma produção de sentidos de maior responsabilidade consigo. Essa atitude também denota o seu desenvolvimento, pois expressa sua preocupação com o saber e com o cuidado em adquirir hábitos saudáveis como recursos para atuar sobre si mesma.

Observamos na evolução de Fernanda que o processo de tornar-se sujeito evidencia-se em atitudes como: tirar a carteira de motorista, retomar a atividade física, posicionar-se de forma crítica em relação ao papel do médico na instituição de saúde e buscar o conhecimento e o cuidado consigo como formas autônomas de lidar com sua saúde. Tal evolução foi facilitada pela relação de reciprocidade, acolhimento e questionamento envolvidos em uma atmosfera de reflexão propiciada durante a condução do grupo, na qual as discussões possibilitaram a emergência da singularidade dos participantes.

A partir de então, Fernanda começa a modificar seu modo de vida, que é um processo integral em seu viver, no qual sentidos subjetivos se entrecruzam, se configuram na personalidade e na forma que o sujeito envolve suas emocionalidades sendo, esses momentos, essenciais no desenvolvimento do processo educativo em saúde.

Em outro momento do grupo Fernanda traz à tona novamente a questão de aprender a se alimentar:

***Fernanda:***

*(...) Aquela coisa, prá mim é difícil aprender isso (Fernanda fala dos cuidados com a alimentação que o hipertenso deve ter), por exemplo, chega a época do Natal daí é época de comer cucas, comer rabanada, só coisas engordantes (...) Assim, aprendi com a doutora do grupo que não posso comer essas coisas. Daí eu penso: “Não, eu não vou comer essa rabanada”. Mas não tem como evitar, parece que comendo aquela rabanada eu tô dando um abraço na minha mãe (...).*

***Fernanda:***

*(...) Minha filha tá de aniversário, me dá o primeiro pedaço de bolo (...) eu não sou diabética, mas sou hipertensa (...) Eu não posso comer bolo, eu sei disso. Então pra mim, assim, é imperdoável não comer aquele pedaço de bolo porque tá ligado a um sentimento. Tá ligado ao fato dela ter me dado aquele primeiro pedaço de bolo. Então, eu não tenho esse autodomínio (...)*

As expressões acima descritas são mais um indicador que podemos pensar em como as emoções de Fernanda impactam seu processo de aprendizagem em relação à hipertensão. Esses arranjos afetivos que se configuram em múltiplos sentidos subjetivos e que denotam a dificuldade de Fernanda em manter ativamente aquilo que aprendeu, estão associadas não apenas com o que ela vivencia como resultado das experiências implicadas no aprender, ou seja, as “regras” ditadas pela doutora, mas por meio de emoções que têm sua origem em sentidos subjetivos muito diferentes, como por exemplo, a relação afetiva com a mãe e com sua filha, e que trazem ao momento atual do aprender processos de

subjetivação produzidos emocionalmente em outros percursos de sua história de vida.

Em um momento de suas reflexões no diário Fernanda se questiona:

***Fernanda:***

*Eu acho que a gente tinha que ter um acompanhamento psicológico (...) eu acho que o ser humano não é só instrução e informação. Eu acho que se a gente fosse assim, não tinha problema nenhum no mundo: falou, tá dito e entendido, então tá pronto, tava todo mundo perfeito. Instrução e informação é o que a gente tem hoje na fundação(...). Tem grupos? Tem. Tão instruindo? Tão informando? Tão. Mas tão cuidando de mim? Não!!!*

Destas expressões de Fernanda podemos considerar algumas questões em nossa construção: o reconhecimento de que apenas a informação e a instrução não dão conta de abarcar a complexidade do fenômeno humano de aprender; uma concepção educativa na saúde que incorpore de vez o cuidado integral do sujeito, envolvendo os aspectos psicológicos neste contexto; e, a capacidade dos profissionais de saúde em fazer uma autocrítica quando as ações educativas não corresponderem às demandas dos pacientes.

Fernanda traz uma inquietação que nos leva a refletir sobre *eu acho que o ser humano não é só instrução e informação*, não apenas no sentido literal, mas, sim, significando possibilidades de configurações subjetivas as mais diversas como organizadoras dos sentidos subjetivos emergentes na processualidade da construção do seu conhecimento.

Fernanda esboça um conjunto de emoções que podem ter indicadores de sentido que se caracterizam por uma confluência de expressões que desafiam o instituído, tanto no nível da própria subjetividade individual, uma vez que Fernanda passa a se posicionar de forma mais questionadora, como em termos do papel e das representações relacionadas às instituições de saúde. O posicionamento ativo de Fernanda permite-lhe uma visão crítica diante do estabelecido, o que representa um aspecto importante em sua aprendizagem: Fernanda retoma o diálogo com suas necessidades, em que o “diálogo sem

sujeitos”, muito caracterizado pela postura dos profissionais de saúde em não considerar o outro como partícipe deste processo, torna-se, agora, uma possibilidade de uma nova configuração de ser sujeito em Fernanda.

O que também visualizamos no trecho anterior é um indicador de que Fernanda inicia uma construção ativa da própria aprendizagem, sob as oportunidades e limites imbricados na relação com a instituição de saúde, seus profissionais e também consigo mesma que, por meio das relações dialógicas que começam a se fazer presentes neste momento, tornam possível um envolvimento mais efetivo da participante na produção do seu próprio conhecimento.

Ainda em relação ao trecho anterior, Fernanda destaca *Instrução e informação é o que a gente tem hoje na fundação (...). Tem grupos? Tem. Tão instruindo? Tão informando? Tão. Mas tão cuidando de mim? Não!!!* O que percebemos é que Fernanda apresenta um indicador de não estar mais “fundida” dentro deste modelo educativo pautado pela primazia informacional e que busca alternativas mais sistêmicas no cuidado de si mesma, em especial, quando insere os aspectos psicológicos nesta relação.

As impossibilidades que a *instrução e informação* possuem no processo de satisfazer as necessidades afetivas de Fernanda, produzem um conjunto de emocionalidades que a colocaram em uma posição de alteridade na perspectiva de seu aprendizado em relação a este modelo, na qual a percepção de incompletude e incongruência perpassada nesta relação pode desencadear desequilíbrios favorecedores da mudança, por exigirem uma reorganização do campo afetivo de Fernanda. O indicador que visualizamos neste momento é que Fernanda avança nas fronteiras de sua aprendizagem quando busca se diferenciar do conhecimento institucionalmente produzido.

Para minha grata surpresa, após as discussões sobre os desdobramentos da palestra surgiu no grupo à ideia de realizar uma peça de teatro que pontuasse a forma mais saudável em promover a saúde e prevenir a doença. Imediatamente Fernanda e outras duas colegas tomaram a frente e começaram a dialogar com os

demais participantes realizando um *brain storm* em relação ao roteiro, quem seriam os personagens, suas falas e tudo mais. Na semana seguinte trouxeram um texto tirado da internet e adaptado por elas de acordo com seus entendimentos.

Para mim, esta foi uma maneira de enriquecer a pesquisa baseado em vários motivos: primeiro, foi que esta demanda surgiu espontaneamente no grupo; segundo, a partir dos escritos e das adaptações realizadas teria como avaliar as produções de sentido dentro deste novo contexto educativo que por ora se apresenta; e terceiro, poderia ser essa a possibilidade diferente em se fazer educação em saúde na UMS.

A partir dos escritos iniciais, Fernanda sugere que seja criada uma cidade fictícia onde se passaria a história. Sugere também que os nomes sejam de pessoas comuns, assim como cada um de nós: o grupo acolhe as ideias de Fernanda e começa a escrever os diálogos em conjunto, criando uma situação hipotética entre o agente de saúde que vai à casa de uma moradora fazer uma visita para checar as condições de saúde da família em que o marido é hipertenso:

**Agente Tobias:** “Mas me responda uma coisa Dona Alice: alguém aqui tem pressão alta?”

**Dona Alice:** “O meu marido Mané, tem!”

**Agente Tobias:** “E ele fuma daquele jeito”? Tobias vê Mané acender um cigarro atrás do outro. “Eu vou marcar uma consulta pra ele com o médico do Posto. Vou lá fora medir a pressão dele”. Diz saindo e se aproximando do Sr. Mané.

**Agente Tobias:** “Mas o senhor está fumando? Assim não adianta nada olhar a pressão!” E começa a orientá-lo.

Neste momento Fernanda faz uma intervenção:

**Fernanda:**

(...) Mas olha só gente, daí a gente vai fazer a mesma coisa que fazem com a gente? Esse monte de regras prá isso, regras prá aquilo, não pode isso e não pode aquilo???

A discussão esquenta e Patrícia, a outra participante que estava à frente do trabalho, questiona Fernanda se haveria outro jeito de escrever o diálogo. Fernanda responde:

***Fernanda:***

*Assim, se a aqui a gente não vai poder discutir aquilo que aprendemos da subjetividade e tal, que cada um tem um jeito de entender as coisas, né? Então onde vai ser? Então, a gente não vem discutindo onde fica o humano na medicina? O humano que a gente sente tanta falta?*

***Fernanda:***

*Daí é aquilo, a gente não consegue sair do lugar (...) quando me perguntaram o que eu faria pra mudar essa situação eu disse: “A gente tem que saber das pessoas o que passa na mente de cada um” (...) Po que as pessoas são diferentes (...)*

No meio do conflito, João, outro participante do grupo, sugere que seja colocada uma fala em que a Dona Alice tente conversar com o marido Mané. O grupo concorda com esse desfecho. Seguem as discussões e a escrita permanece sendo realizada em conjunto:

***Sr. Zé das Codornas:*** “*Nossa companheiro, sua pressão tá alta mesmo? Eu disse que aquela biritinha e esse cigarro iam te prejudicar, né? Olha que pode até ficar meio... brocha*”

***Sr. Mané:*** “*Será? Acho que não. E você, já passou por isso?*”

***Sr. Zé das Codornas:*** “*É claro. Mas agora eu é que não corro esse perigo, a minha pressão agora está controlada!*

***Sr. Mané:*** “*Ah, então o senhor podia me emprestar um comprimido seu para ver se a minha pressão abaixa também...*”

***Sr. Zé das Codornas:*** “*Mas eu não posso fazer isso, eu aprendi lá no grupo de Hipertensos do Posto que não adianta nada e pode até ser perigoso fazer isso sem a orientação do médico ou da enfermeira. Além do remédio, devemos manear no sal e na gordura e fazer caminhadas para desenferujar! Peça ao agente de saúde Tobias para marcar uma consulta de controle com o médico do Posto!*”

Fernanda se expressa:

**Fernanda:**

*Gente de Deus, olha só, de novo a história da medicação (...) eu to me sentido um papagaio de pirata aqui que fica só no repeteco, repeteco, repeteco (...) Assim, vamos botar a cachola prá funcionar e pensar outro jeito, sei lá, inventar na história um psicólogo de plantão com os médicos (...)*

**Fernanda:**

*Por que assim (...) cada um tem de participar, dizer aquilo que acha certo, se colocar e dar uma saída prá coisa (...)*

O que mais interessava nesta situação não era saber quem estava certo ou errado ou qual seria a melhor forma de escrever o roteiro, pois essa solução caberia ao grupo desenvolver, mas sim, a maneira que a discussão começava a tomar forma na dinâmica do grupo e percorria um caminho por trilhas desconhecidas que levam aos novos posicionamentos, muitos deles defendidos por Fernanda, representando um momento das novas produções de sentido em sua própria aprendizagem e aos questionamentos coletivos que envolviam todos os participantes.

Quando Fernanda expressa *Assim, se a aqui a gente não vai poder discutir aquilo que aprendemos da subjetividade e tal, que cada um tem um jeito de entender as coisas, né?* ela passa a ser o “estranho no ninho” no grupo, que incomoda por tentar subverter uma ordem estabelecida, ordem essa ancorada na reprodução dos conteúdos da prevenção à hipertensão a serem escritos no roteiro da peça.

Cabe ressaltar que a noção de subversão ora citada não agrega nenhum tipo de valor em si. Não se trata de uma ideia qualificadora, que esteja associada a um valor (a pessoa subversiva é boa ou má), muito menos, representa uma válvula entre dois pólos: negativo ou positivo. Também não representa a passagem de um estado estático para outro, contrário ou diferente, uma vez que a constituição do sujeito e da subjetividade acontece de forma dinâmica, processual e sistêmica. Trata-se de um aspecto configuracional pela geração de sentido que Fernanda produz, sendo assim, a subversão deve ser entendida dentro do grupo e das



relações de aprendizagem apresentadas por ela, em que se representa como sujeito destas mesmas relações.

Nessa perspectiva, Fernanda passa a se educar e também educar os colegas, desafiando-os a adentrarem nas dinâmicas de erro e acerto da aprendizagem, as aventuras do não saber, a sintonia ao questionamento propiciadora de superação das mudanças e de formas de aprender sem o *repeteco*, não mais alicerçadas nas certezas do conhecimento já estabelecido. O protagonismo que por ora percebemos em Fernanda diz respeito a mais um indicador associado a sua condição de sujeito, a forma ativa como assume seu papel no grupo e a maneira articulada como começa a entender seu processo educativo.

Fernanda busca organizar seu pensamento, aqui entendido por nós como parte de sua “atuação pedagógica” e produtora de sentidos subjetivos para além da escrita, do roteiro e dos recursos didáticos disponíveis, e sim pelo modo subjetivo que questiona a subordinação da aprendizagem perante os elementos reificados neste processo, como por exemplo, os “velhos chavões”, tais como, menos sal na comida, não beber, não fumar e etc. Que fique claro ao leitor que em nenhum momento fazemos apologia ao uso de qualquer substância, seja ela lícita ou não, o que questionamos é a forma absoluta e universal como são tratados os “possíveis” agentes aversivos da saúde humana.

Quando Fernanda expressa *Gente de Deus, olha só, de novo a história da medicação (...) eu to me sentido um papagaio de pirata aqui que fica só no repeteco, repeteco, repeteco*, consideramos que as emoções, o pensamento e os afetos envolvidos neste processo de aprender passam a compor uma função de sentido na vida de Fernanda, o que nos conduza considerar, também, a aprendizagem como um processo de sentido, o que implica Fernanda como sujeito que aprende na rota singular de sua aprendizagem. Essa busca pela singularidade em que Fernanda se situa neste momento da pesquisa pode ser expressa pela produção de sentidos envolvidos no caráter subversivo de seu posicionamento em questionar o uso da medicação, entendido por nós aqui como mais um indicador desta nova configuração.

Outro indicador que se pode visualizar é a tentativa de Fernanda em considerar que a aprendizagem não é um ato instrumental, mas um processo subjetivo essencialmente interativo. Tal expressão *Assim vamos botar a cachola prá funcionar e pensar outro jeito* serve de base para pensarmos o convite feito por Fernanda aos demais participantes para interagirem e buscarem uma nova solução, em que as capacidades individuais de cada membro do grupo podem se comprometer na aprendizagem de todos, entrando em cena os diferentes sistemas de relação que se estabelecem no grupo.

Num primeiro momento da pesquisa, em relação a esse eixo temático, podemos pensar sobre os sentidos subjetivos emergentes em Fernanda quanto a ser hipertensa e a aprendizagem com sua saúde e a doença, associados com uma postura um tanto quanto passiva na relação com os profissionais de saúde e seus saberes, o que denotam as dificuldades em expor seus pensamentos, os quais são indicadores de uma organização subjetiva substanciada por uma emocionalidade em esquecer de si, muito relacionada com o modelo educativo em saúde. Tal modelo está vinculado à centralidade do médico como detentor pleno do conhecimento, o que de fato, deixa poucos espaços à constituição do sujeito.

Entretanto, a análise que fazemos é que a organização do aprendizado se configura de outra qualidade quando Fernanda assume a liderança no grupo em criar uma dramatização sobre a hipertensão e seus cuidados, fato muito contraditório, uma vez que Fernanda desenvolvia uma emocionalidade sem força suficiente para criar novos espaços de ser sujeito ante este processo, refugiando-se, muitas vezes, no papel de indefesa.

Apontamos tais expressões porque ao percebemos as mudanças produtivas na vida de Fernanda, não as relacionamos a este ou aquele encontro, ou antes, ou depois de tal reflexão pontual, mas sim por uma infinidade de processos simbólicos e emocionais em uma constelação de arranjos afetivos em que quebras, considerações, cisões, contradições, reificações, hipóteses tiveram alguma participação nesta produção de sentidos subjetivos conscientes ou não.

O que podemos pensar é que facilitamos a emergência de novos sentidos subjetivos; entretanto, não temos nenhum tipo controle sobre a forma em que se articularam, tampouco os desdobramentos que aparecerão nas atividades diárias de Fernanda, cuja trajetória é uma fonte constante de novos processos de subjetivação que propiciaram a mudança.

## **8. Considerações finais**

Esta pesquisa investigou como ocorre a produção de sentidos subjetivos em pacientes hipertensos no contexto educativo da saúde e as articulações emocionais envolvidas neste processo de promoção de saúde e prevenção da doença.

A dissertação discorreu sobre as produções de sentidos subjetivos no contexto da pessoa hipertensa inserida no atendimento da UMS e seus possíveis desdobramentos: o que é ser hipertenso, quais papéis surgem desta relação com a família, como ocorre o processo de aprendizado dentro do sistema oficial de saúde e como se configuram emocionalmente essas relações no cotidiano da pessoa.

Os eixos temáticos aqui elencados por nós, quais sejam, as configurações subjetivas responsáveis por uma emocionalidade que facilita a resposta da hipertensão e as produções de sentidos subjetivos dos sujeitos no processo educativo na instituição de saúde, foram se construindo ao longo da pesquisa e possibilitaram uma série de reflexões e apontamentos que iremos discorrer a seguir.

Em relação ao primeiro eixo, podemos compreender a multiplicidade de fatores que configuraram as emoções de Fernanda frente à doença: o esquecimento de si mesma em prol da família e do outro; uma dificuldade significativa em se posicionar e saber dizer não; a postura de submissão e os poucos recursos afetivos para enfrentar os conflitos, articulados com as questões de gênero, sua criação familiar e as representações que fazia de si mesma.

O que entendemos a partir da perspectiva teórica por nós adotada da subjetividade é que as produções subjetivas de Fernanda nos evidenciam como a hipertensão responde às configurações subjetivas muito distintas, que se integram afetivamente em sua história de vida e a multiplicidade de caminhos, conflitos e desdobramentos que são aspectos recursivos neste processo.

Em relação ao segundo eixo, percebemos nessa pesquisa que a produção de sentidos subjetivos de Fernanda se expressava de forma distinta em momentos em que ela se posicionava como sujeito e, enquanto sujeito, estava implicada pela qualidade das relações estabelecidas, pela abertura ao diálogo como possibilidade de compreensão de seus caminhos tão singulares, mobilizando seu pensamento e o transformando em estímulos provocadores de sua condição favorável as mudanças, promovendo assim uma postura mais ativa como uma via de emergência de ser sujeito.

O que podemos perceber em relação às mudanças de Fernanda, é que a qualidade das novas relações construídas por ela foram fundamentais neste processo, tais como os afetos mutuamente vividos e compartilhados com o grupo, em que foram criadas condições que possibilitaram o diálogo e o encontro consigo, na qual aparecem os sentimentos de controvérsia, de responsabilidade, de aceitação.

Nesse contexto, não podemos deixar de salientar a importância da posição do facilitador diante do grupo e de Fernanda, assim como os espaços vivenciais que se abriram nessas relações, o que lhes permitiu organizar o ambiente social de forma a possibilitar condições à experiência nos momentos de intimidade e parcerias, criando oportunidades para os processos de desenvolvimento e autenticidades afetivas de todos. A partir desta autenticidade favorecedora das mudanças em Fernanda, autenticidade esta entendida por nós como uma configuração versátil, complexa e com infinitos desdobramentos, Fernanda passa a se envolver definitivamente com aquilo que é seu, do seu processo, das suas dificuldades, assume riscos, não hesita em colocar na balança seus próprios

medos e cria um clima em que a auto-expressão passa a coexistir com outros espaços em sua vida.

Sugerimos a partir da pesquisa que se busquem alternativas objetivas nas práticas da educação em saúde e que estas sejam pautadas no compartilhamento social e submetidas à legitimação dos sujeitos que constroem estes saberes subjetivamente. Desta forma estamos reconhecendo as dimensões incoerentes e transitórias dos sujeitos que as vivenciam. Assim, o que objetivamos é recuperar o sujeito que aprende integrando a subjetividade como sistema dialógico e, para tal, é preciso considerar alguns aspectos neste trajeto:

- ✓ Conceber a subjetividade como via de acesso, que não almeja enquadrar o sujeito em uma categoria teórico-explicativa, mas compreender a sua singularidade e gerar um modelo de inteligibilidade que permita definir o sujeito como um dos elementos relevantes para o tema da educação em saúde;
- ✓ Que a saúde, a vida, a doença, o corpo sejam concebidos além da evidência orgânica, natural, meramente objetiva, percebendo que estas mesmas categorias estão intimamente ligadas à subjetividade individual, ao sistema de relações sociais e, enquanto questões humanas, só podem ser compreendidas de forma complexa imbricadas com os aspectos histórico-culturais de uma sociedade;
- ✓ Que as práticas pedagógicas em saúde partam por uma via investigativa, em que as percepções registradas pelos profissionais de saúde na relação com os sujeitos, possam ser indicadores dos sentidos subjacentes ao que os sujeitos representam e vivenciam, a fim de se chegar à compreensão das articulações constitutivas das particularidades inerentes à saúde e doença do sujeito;
- ✓ Que os conceitos de *educação-saúde* e *ensino-aprendizagem* sejam concebidos de forma que o hífen não dicotomize esta relação, mas materialize a reciprocidade entre ambas as dimensões e que também seja colocado ali pela insuficiência de um único termo que abarque tamanha complexidade.

O que pretendemos com a utilização do escopo teórico da Subjetividade com relação à educação em saúde nesta dissertação é introduzir categorias que instiguem novas reflexões sobre a prática de ensino no campo da saúde, possibilitando uma remodelagem dos processos de ensino-aprendizagem desvinculada de propósitos finalísticos (meio-fim). Assim, torna-se viável a emergência de um sujeito ativo frente às exigências e dinâmicas subjetivas que cobram seu posicionamento, e sua responsabilidade sobrepõe-se à da repetição mimética e acrítica do aprendido. Ressalta-se que não há garantia para a emergência do sujeito que aprende, pois os sentidos subjetivos são produções da pessoa contextualizadas no espaço social em que tais produções se materializam e não como “reações pontuais” às influências externas. Porém, acreditamos, repensar a experiência do aprender deve ser um agente facilitador da emergência de configurações subjetivas encadeadas nesse processo para o qual o envolvimento do sujeito se faz necessário.

## Referências

ACIOLI, Sonia. **A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública.** Revista Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro. v.61. n.1. p,117-121. Fevereiro 2008.

ALVES, Paulo Cesar e RABELO, Miriam Cristina. **Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras.** Rio de Janeiro. Relume-Dumará/ Fiocruz.1998.

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Revista Interface – comunicação, saúde e educação. Botucatu. v. 9, n, 16. p.39-52. Julho 2005.

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FERREIRA, Márcia de Assunção. **Perspectiva problematizadora de la educación popular en salud y la enfermería.** Revista Texto contexto - Enfermagem. Florianópolis, v. 16, n, 2. p. 309-319. Setembro 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** Revista ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n, 1. p. 63-72. Agosto 2001.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas.** Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação. v.2, n, 2. p,139-154. Abril 1998.

BOARINI, Maria Lúcia; YAMAMOTO, Oswaldo. **Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem.** Psicologia Revista. v,13, n,1.p,59-72. Junho 2004.Disponível em:[http://www.coc.fiocruz.br/psi/pdf/higienismo\\_eugenia.pdf](http://www.coc.fiocruz.br/psi/pdf/higienismo_eugenia.pdf)

BOSI, Maria Lúcia Magalhães e UCHIMURA, Kátia Yumi. **Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?** Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 41, n, 1. p. 139-153. Março 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ação educativa nos serviços básicos de saúde.** Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Série Educação e Saúde. Brasília. v. 2. n, 1. Outubro 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.** Brasília (DF): Ministério da Saúde: Brasília. mar/abr 2001. Disponível em: URL:[http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicações/reorganizacao\\_plano.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicações/reorganizacao_plano.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de doenças cardiovasculares: Doenças cardiovasculares no Brasil**. Sistema Único de Saúde, Brasília. Novembro 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. Junho 2007. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno de educacao popular e saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf)

CARVALHO, Antonio. Da saúde pública às políticas saudáveis: Saúde e cidadania na pós-modernidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 1. n.1. p.104-121. Março 1996.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994.

COELHO, Cristina Massot Madeira. Sujeito, Linguagem e aprendizagem. In: MARTINEZ, Albertina Mitjás; TACCA, Maria Carmem Villela Rosa (Orgs.). **A complexidade da aprendizagem: destaque ao ensino superior**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2009, p, 31-54.

CORDEIRO, Hesio e MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Saúde: Concepções e políticas públicas. In: **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**. AMÂNCIO, Filho e Marcio, MOREIRA (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997. p, 49-61.

FREIRE, Paulo. **Papel da educação na humanização** (Resumo de palestras realizadas em maio de 1967, em Santiago, sob o patrocínio da OEA, do Governo do Chile e da Universidade do Chile. Disponível em: [http://www.uniso.br/hs/educacionismo/docs/etica\\_moral\\_e\\_filosofia\\_educacionista.pdf](http://www.uniso.br/hs/educacionismo/docs/etica_moral_e_filosofia_educacionista.pdf)

-----**Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa** . Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1997.

-----**Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 2005.

GADAMER, Hans Georg. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2006.

GAMBOA, Silvio. **Saberes, conhecimentos e as pedagogias das perguntas e das respostas: atualidade de antigos conflitos**. Revista Práxis Educativa. Ponta Grossa: PR. v.4, n.1, p.9-19. Setembro 2009.

GOOD, Benjamin. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. **Culture, Medicine and Psychiatry**. Illinois v, 1, n.1.p, 25-58. April 1977.



GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Epistemologia Cualitativa y Subjetividad**. São Paulo. Educ. (1997).

\_\_\_\_\_. La cuestión de la subjetividad en un marco histórico-cultural. Doxa - **Revista Paulista de Psicologia e Educação**. Araraquara, SP. v. 3. n1. p 87-118. 1º. Semestre de 1998.

\_\_\_\_\_. Psicologia e saúde: desafios atuais. **Revista Psicologia Reflexão e Crítica** Porto Alegre, v. 10. n, 2. p, 01-24. Março 1997a.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson. 2002.

\_\_\_\_\_. **Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson. 2003

\_\_\_\_\_. **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo. Thomson. 2004

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Thomson Learning. 2005.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005a.

\_\_\_\_\_. O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. Em González Rey, F. L (Org). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. (pp. 27-52) São Paulo: Pioneira Thompson Learning. 2005b.

\_\_\_\_\_. O Sujeito que Aprende: desafios do desenvolvimento do tema da aprendizagem na psicologia e na prática pedagógica. In: MITJANS MARTÍNEZ, Albertina; TACCA, Maria Carmem Villela Rosa. (Orgs.) **Aprendizagem e Trabalho Pedagógico**. Campinas: Editora Alínea. p. 29-44. 2008.

\_\_\_\_\_. Questões Teóricas e Metodológicas nas Pesquisas Sobre Aprendizagem: a aprendizagem no nível superior. In: MITJANS MARTÍNEZ, Albertina e TACCA, Maria Carmem Villela Rosa (Orgs.) **A Complexidade da Aprendizagem: destaque ao ensino superior**. Campinas: Editora Alínea. p. 119-147. 2009.

\_\_\_\_\_. Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. **Revista Universitas Psychologica** v. 9 n. 1,p, 241-253. Maio 2009a.

\_\_\_\_\_ **Revista Psicologia Ciência e Profissão.** As Configurações Subjetivas do Câncer: um Estudo de Casos em uma Perspectiva Construtivo-Interpretativa. v. 30, n. 2. p.328-345. Julho 2010.

\_\_\_\_\_ **Subjetividade e Saúde: superando a clínica da patologia.** São Paulo. Editora Cortez. 2012.

LANGDON, Ester Jean. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica.** Antropologia em Primeira Mão. Florianópolis. 1995.

LAPLANTINE, Francois. **Antropologia da doença.** São Paulo. Martins Fontes Editora. 1991.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem. USP,** São Paulo, v. 35, n. 2. p.111-21. Fevereiro 2001.

LOPÉZ, Helio Ricardo Machado; NOBREGA, Eunice. **A educação em saúde: um diálogo com a subjetividade na perspectiva histórico-cultural.** In: As Representações Sociais e a Subjetividade no contexto educativo. CERQUEIRA, Teresa Cristina (Org). Brasília. Editora Thesaurus. 2012. p. 212-235.

MARTINEZ-HERNAEZ, Angel. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 44, n. 3. p. 393-405. Outubro 2010.

MENÉNDEZ, Eduardo. **Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização?** In: ALVES e RABELO, (orgs). Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro. Relume-Dumará; v, 2. n 2. p. 71-93. Dezembro 1998.

MEYER, Dagmar Estermann. **Educação, saúde e prescrição de “formas de ser e habitar”:** uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade. In: FONSECA, Tiago. (org). Formas de ser e de habitar a contemporaneidade. Porto Alegre. Editora UFRGS. 2000, p. 71-80.

MORIN, Edgar. **Introdução ao Pensamento complexo.** Lisboa: Instituto Piaget. 1991.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.5. p. 51-63. Agosto 2003.

SILVA, Jaqueline Oliveira. **Educação e saúde: palavras e atos.** Porto Alegre: Da casa Editora. 2001.

SMEKE, Elizabeth De Leone Monteiro; OLIVEIRA, Nayara Lúcia Soares de. Educação em saúde e concepções de sujeito. In VASCONCELOS, Eymar Mourão. **A saúde nas palavras e gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 115-136.

SOUZA, Isabela Pilar Moraes Alves de; JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. **Educação em saúde e suas versões na história brasileira**. Revista Baiana de Saúde Pública; v, 33. n, 4. Setembro 2009.

TACCA, Maria Carmen Villela Rosa. Estratégias pedagógicas: conceituação e desdobramentos com o foco nas relações professor-aluno. In: TACCA, Maria Carmen Vilela Rosa. (Org.) **Aprendizagem e trabalho pedagógico**. Campinas: Alínea, 2008, p, 45-68.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991.

WERNER, Jairo. **Saúde & Educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno**. Rio de Janeiro. Gryphus. 2001.

ZABALZA, Miguel. **Diários de sala de aula: contributo para o estudo dos dilemas práticos dos professores**. In: LIBERALI, Fernanda Coelho (Org). O diário como ferramenta para a reflexão crítica. Porto. Porto Editora, 1994.

## ANEXOS

### Anexo A

#### Complemento de Frases

Eu gosto...
O tempo mais feliz...
Gostaria de saber...
Lamento...
Meu maior medo...
Na escola...
Não posso...
Sofro...
Fracasso...
A leitura...
Meu futuro...
O casamento...
Algumas vezes...
Este lugar...
Minha principal preocupação...
Desejo...
Secretamente eu...
Eu...
Meu maior problema...
O trabalho...
Amo...
Minha principal ambição...
Meu principal problema...
Luto...
Gostaria...
Acredito que minhas melhores atitudes...
A felicidade...
Considero que posso...

Quando tenho dúvidas...
Diariamente me esforço...
Sinto dificuldade...
Meu pai...
Sempre quis...
Minhas aspirações são...
Meus estudos...
Minha vida futura...
Farei o possível para conseguir...
Com frequência reflito...
Esperam que eu...
Dedico maior do meu tempo...
Sempre que posso...
Minha mãe...
Com frequência sinto...
O passado...
Me esforço...
As contradições...
Minha opinião...
Penso que os outros...
O Lar...
Me incomodam
Ao me deitar....
Os homens...
As pessoas...
Sinto...
Os filhos...
Quando era criança...
Quando tenho dúvidas...
No futuro...
Necessito...
Meu maior prazer...
Detesto...

**Anexo B****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

O (a) Senhor (a) está sendo convidada a participar do projeto: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A PRODUÇÃO DE SENTIDOS SUBJETIVOS EM PACIENTE HIPERTENSO**. O nosso objetivo geral é compreender a produção de sentido subjetivos no contexto educativo da promoção da saúde em pacientes hipertensos. O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor da Educação na Universidade de Brasília (UnB), podendo ser publicado posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para o psicólogo Helio Ricardo Machado Lopez, (61) 9666 1234 ou (61) 3340 2825, no horário vespertino (das 14 às 18hs). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

-----

Pesquisador Responsável: Nome e assinatura:

-----

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_