



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE

**SUBJETIVIDADE E MODO DE VIDA:
UM CAMINHO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

MATHEUS VICENTE G. N. MILANE

Brasília
2018



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE

SUBJETIVIDADE E MODO DE VIDA:
UM CAMINHO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

MATHEUS VICENTE G. N. MILANE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília/UnB como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Luís González Rey.

Brasília
2018

MATHEUS VICENTE G. N. MILANE

Subjetividade e Modo de Vida: um Caminho para a Educação em Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília como exigência para obtenção do título de Mestre em Educação.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Luís González Rey – Orientador
Faculdade de Educação – FE/UnB

Prof. Dra. Valéria D. Mori - Examinadora
Centro Universitário de Brasília - UniCEU

Maria Carla Villela Rosa Tacca – Examinadora
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dra. Cristina Massot Madeira Coelho - Examinadora
– Universidade de Brasília - UnB

Aprovada em: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

À Universidade de Brasília, instituição na qual me faço presente de diversas maneiras desde meu nascimento e que me deu a oportunidade de ser um de seus discentes.

Ao grupo de pesquisa em Subjetividade, que se tornou mais que um grupo de trabalho nestes dois anos – se tornou um importante espaço de apoio para mim.

Ao Prof. Fernando Luis González Rey, que mesmo em momentos duros e conturbados nunca deixou de acreditar em mim.

À ONG Inverso, que também acreditou em mim nestes momentos e é um dos mais importantes lugares de minha vida. Graças a vocês, aprendi muito sobre o que nos é mais caro e precioso – sobre o que é ser humano em suas mais diversas possibilidades.

Aos mestres presentes nas matérias e grupos e a meus estudantes de Estágio em Docência. Vocês me ensinaram muito.

À minha família, cujo apoio fez-se fundamental nesta nova jornada. Em especial a meus pais, Sebastião e Norma, e à minha esposa, Sandra, casada comigo dias após a qualificação deste trabalho. Amo tu, morena.

A José Odair Meireles Nunes e Felix Robinson Jorge Samuells, *los jinetes del apocalipse*.

À equipe do Hospital Santa Lúcia Norte, em especial Dra. Angela e Dr. Luiz Augusto. Minha mais profunda gratidão pela sensibilidade e atenção dispensadas a mim nos dias mais críticos de minha vida.

A George Miranda de Souza – fique bem, irmãozinho.

A Tcharley Tavares da Silva (Charlinho).

RESUMO

Dissertação de mestrado que visa discutir interfaces e desdobramentos entre campos aparentemente distintos do saber psicológico, distinção esta no que diz respeito a produções teóricas e a campos de atuação, sendo estes campos os da educação e da saúde. Aqui se busca ressaltar o caráter de desenvolvimento a respeito de condições de adoecimento cardiológico por meio de estudos de caso de pessoas acometidas por determinadas condições, de maneira singular, articulando este aspecto a nossas concepções de educação, dialogicidade e desenvolvimento, posteriormente relacionando estes aspectos ao desenvolvimento e possibilidades geradas a partir da experiência e produções subjetivas, integrando estas e as perspectivas de cuidado ao modo de vida e demais aspectos que compreendam o indivíduo acometido de condições de cardiopatia como sujeito ativo, produtor de sentidos e presente em seus espaços relacionais. Durante os casos trabalhados na construção de informação, se pôde contemplar e construir conhecimento acerca dos objetivos e pressupostos deste trabalho, reconhecendo cada caso como único, singular e possibilitador de produção de inteligibilidade sobre os fenômenos em questão, em especial nas eventuais junções entre saúde, modo de vida, educação em saúde e produções subjetivas relacionadas a estes conceitos e aspectos que contemplam as vidas e histórias das pessoas acometidas pelas condições. Também se buscou gerar ainda mais inteligibilidade sobre os fenômenos em questão, no que tange à realidade em questão de múltiplos e distintos atores nestes cenários de cuidados, a participação de uma profissional de saúde que lida diretamente com, dentre outros, este tipo de adoecimento.

Palavras-chave: Subjetividade, Educação, Saúde, Cardiopatia, Modo de vida.

ABSTRACT

Master's degree research which seeks to discuss the interface and unfolding's between apparently distinct fields of psychological knowledge, this distinction being one related to theoretical productions and fields of work, being those the health and education fields. Here we look to bring up the developmental character regarding cardiac conditions from people suffering from those and one's subjective productions and generational spaces, articulating such an aspect to our conceptions of development and relational dialogical spaces, afterwards relating this development to the subsequent way of living as a subjective experience and expression., integrating perspectives of care to one's life and other aspects that understand the sickened individual suffering from cardiac conditions as an active subject, conveyor of senses and present in his/her many relational spaces. We also integrated a health professional who deals with such conditions as a working specialty.

Keywords: Subjectivity, Education, Health, Cardiac Conditions.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUBJETIVIDADE	13
2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Geral:	22
3.2 Específicos:	22
4 PESSOAS, SUJEITOS E INSTITUIÇÕES	23
5 CARDIOPATIA: DEFINIÇÕES GERAIS	27
6 METODOLOGIA	31
6.1 Epistemologia Qualitativa	31
6.2 Cenário de Pesquisa e Participantes	36
6.3 Instrumentos	37
6.3.1 <i>Dinâmica conversacional</i>	37
6.3.2 <i>Complemento de frases</i>	38
7 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO	40
7.1 O Caso. S.L.: Adoecimento Silencioso, Diagnóstico Raro e Mudanças	41
7.1.1 <i>Construção do cenário social de pesquisa</i>	41
7.1.2 <i>Processo de construção da informação</i>	41
7.1.2.1 <i>Dinâmica conversacional</i>	41
7.1.2.2 <i>Complemento de frases</i>	61
7.2 O Caso D.C.: Maternidade, Luta e Desdobramentos pelo Outro	65
7.2.1 <i>Construção do cenário de pesquisa</i>	65
7.2.2 <i>Processo de construção da informação</i>	65
7.2.2.1 <i>Dinâmica conversacional</i>	65
7.2.2.2 <i>Complemento de frases</i>	86
7.3 Os profissionais de saúde	90
7.3.1 <i>A médica C.S.: formação, dificuldades e a questão do outro</i>	90
7.3.2 <i>Construção do cenário de pesquisa</i>	90
7.3.3 <i>Processo de construção da informação</i>	90
7.3.3.1 <i>Dinâmica conversacional</i>	91
7.4 O caso A.S.: Saúde mental, um oceano de distância e “quem cuida de quem cuida”?	104
7.4.1 <i>Construção do cenário de pesquisa</i>	104
7.4.2 <i>Processo de construção da informação</i>	104

7.4.2.1 <i>Dinâmica Conversacional</i>	104
7.4.2.2 <i>Complemento de frases</i>	115
CONCLUSÃO	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
APÊNDICES	128
APÊNDICE A – Cronograma da pesquisa	128
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	129

INTRODUÇÃO

Em tempos nos quais a produção de conhecimento ganha forma em novas e complexas tramas, a demanda por produções que integrem campos de conhecimento aparentemente distintos gerando novas formas de inteligibilidade e zonas de sentido acerca dos fenômenos humanos se faz cada vez mais presente, ainda que eventuais distinções e separações por áreas e campos de conhecimento sejam, em diversos contextos, a realidade epistemo-ontológica quando da produção de conhecimento, em especial nas pesquisas da saúde. E na Psicologia, área esta dotada de heterogeneidade em suas tão diversas produções teóricas e campos de atuação aparentemente distintos, há rupturas marcantes e eventuais “barreiras” epistemológicas, como escreve González Rey (2011):

Em seu desenvolvimento histórico, a Psicologia frequentemente oscilou entre o cientificismo, procurando integrar-se, assim como um parente pobre, na alta linhagem das “ciências da natureza”, e a tentação do psicologismo, que pode ser entendido como uma mistura de impressionismo cômodo e humanismo ralo. [...] incapaz de se posicionar de modo consistente e crítico diante dos intrincados problemas que deve enfrentar. [...] No entanto, não se deve recuar diante de tal situação como se essa aparente aporia fosse insuperável. (p. 12).

Isto explicita, de maneira direta e contundente, problemas e contradições na produção de conhecimento da Psicologia e conseqüentemente, em seu *myster*, em suas diversas práticas aparentemente distintas, mas necessitadas de produções de saber que sejam condizentes com as demandas e realidades que se demonstram quando de seu exercício; trazemos aqui esta perspectiva a fim de demonstrar o que se busca no desenvolver deste trabalho, que consiste em ir em uma direção a esta realidade, distinção esta que busque romper com determinismos, metanarrativas e obtusidade de determinados paradigmas; buscamos então algo que não opere com reduções conceituais ou metodológicas, dada a interface entre os campos do conhecimento da saúde e educação e a complexidade inerente a esta eventual “junção”; ao passo que em um panorama maior que a simples atribuição de conceitos ou categorias, sujeito, subjetividade e afetividade são de extrema relevância ontológica neste trabalho. Sendo a Psicologia uma área do conhecimento relativamente “jovem”, em especial se comparada com a Medicina e outras ciências da saúde, é natural que se encontrem inúmeros desafios e correntes aparentemente dissidentes entre si. Entretanto, o que nos inquieta é que apesar da demanda por formas e contextos de se produzir conhecimento e práticas, há vários posicionamentos lineares e ortodoxos tomados como “coisa em si”, além de fortes influências de correntes estrangeiras alheias à nossa realidade; buscamos, por meio de nossas práticas

profissionais, de pesquisa ou nos diferentes espaços onde nos reconhecemos como profissionais psicólogos, algo que nos faça atender à complexa trama de significados com as quais nos deparamos e nos inquietamos. Sendo assim, contemplar nos processos educativos a afirmação de que “toda Psicologia é social” (VYGOTSKY, 1986) ao trazer a realidade concreta e suas subseqüentes nuances culturais para as práticas ligadas a esta ciência se mostra como algo condizente à seguinte afirmação: “a Psicologia Social não é uma especialidade, pois ela refere-se ao comprometimento social, à reflexão crítica e ao engajamento político que todo psicólogo deve ter.” (GUARESCHI, 2002, apud CORDEIRO e LOPES, 2003, p. 2).

Cabe ressaltar aqui que o que compreendemos como “social” não é apenas ligado a questões políticas, militantes e de movimentos profissionais – vemos o “social” como espaços diversos de organização e produções subjetivas humanas, relacionado às realidades que fazem parte de nossa existência, atuação e compreensão do mundo.

Ao trazer o contexto social das práxis desenvolvidas, nos remetemos imediatamente à cultura, que temos diversas definições e implicações para esta que arriscamos dizer que seja o conceito mais plural das ciências humanas. Não nos atrelaremos a uma discussão mais profunda sobre isto neste preciso momento, mas faremos uma breve síntese de aspectos que envolvam as áreas cruciais a esta pesquisa.

Nesta realidade das dicotomias (e demais limitações) da ciência moderna de forte inspiração positivista na saúde, entendemos que as fragmentações e separações de corpo e mente (modelo cartesiano) e a centralização da doença fazendo com que esta preceda aquele que está adoecido ou acometido de quaisquer condições fisiológicas adversas (modelo biomédico) (GOULART, 2013) são estritamente limitadas, em especial se são tomadas de forma apriorística e superficial, a respeito de uma sanha ainda persistente nas ciências de buscar evidências materiais e concretas, sem atenção epistemológica e teórica sobre como se estabelecem estas evidências – “o dado pelo dado”, sem maior crítica, criatividade e aprofundamentos teóricos - não nos permitem maior inteligibilidade acerca dos fenômenos humanos em questão.

Escreve González Rey (2016):

Um exemplo dessas formas naturalizadas de objetivação é a ciência que, em seu momento positivista, pretendeu alcançar a condição de um saber “objetivo” capaz de controlar e prever os processos naturais e humanos – ilusão que levou à esperança de legitimar sistemas e práticas humanas como científicos no intuito de transformá-las em supostas verdades. (p. 10).

A busca por “verdades” na ciência muitas vezes assume este caráter acríptico e ortodoxo que levantamos; no que se buscam crivos sobre leis, predições e demais aparatos teóricos aparentemente universais e replicáveis em quaisquer contextos, perde-se a dimensão do humano e conseqüentemente seu caráter singular, contraditório e repleto de possibilidades que nos é fundamental a qualquer compreensão ontológica de fenômenos humanos. Assim, no campo da saúde, constatamos também as limitações relacionadas à compreensão de aspectos dos indivíduos adoecidos que transcendam o simples escopo fisiológico, limitando assim o caráter gerador e criador da subjetividade, conforme veremos adiante, ao que esta perspectiva rotula e confina potencialidades a meros rótulos, classificações e estados arbitrários de “saúde e doença”, “anormal ou normal”, “patológico e saudável”, relegando a compreensão de múltiplos estados e momentos que se aproximam e inter-relacionam a dicotomias de estados absolutos e distantes. Sobre o modelo biomédico, escreve González Rey (2016):

A medicina foge do singular e procura protocolos de base estatística para todos os procedimentos, o que faz de muitos médicos aplicadores de protocolos profissionais, em lugar de um pesquisador sobre os processos singulares que afetam as pessoas que estudam. O singular é desconsiderado na representação objetual que orienta as práticas da medicina apoiadas no modelo biomédico. Nesse contexto, a psicologia não pode ser uma ferramenta servil e secundária do desenvolvimento desse modelo dominante, mas uma alternativa subversiva aos princípios que dominam a ação institucional das práticas assistenciais no campo da saúde atualmente. (p. 29).

Consideramos este artil que desconsidera o singular, fazendo das pessoas uma massa amorfa a ser diagnosticada e que pontualmente sofre intervenções sobre si em uma tentativa abstrata para estas pessoas de “cura” como grande problema do modelo biomédico e da “ciência dura” aplicada de maneira atórica. Buscamos, por meio de nossos recursos teórico-epistemológicos, notavelmente pela Teoria da Subjetividade e pela Epistemologia Qualitativa, uma ruptura e uma subversão, nas palavras de González Rey, a esta lógica que nega e destitui o caráter singular do humano.

Assim vemos estas concepções sobre os processos de saúde, adoecimento e demais aspectos compreendidos nos campos de conhecimento da saúde como algo a ser devidamente explorado e contextualizado neste momento inicial do desenvolvimento da pesquisa, ao que assumimos uma perspectiva que fuja a este paradigma de instrumentalização prática e teórica empregada de maneira acríptica e assujeitante - vemos este paradigma como um enorme descrédito no devir humano, ao que buscamos reconhecer e compreender as inúmeras possibilidades e potencialidades dos fenômenos humanos.

Portanto, buscamos aqui integrar as mencionadas áreas do conhecimento, sendo estas a saúde e a educação, áreas estas presentes também em campos específicos e de atuação do

conhecimento psicológico a fim de gerar maior inteligibilidade a respeito de fenômenos que as integrem tendo em vista os diversos aspectos, particularidades, lugares e contextos históricos destes. Ao que reconhecemos os processos educativos no que dizem respeito ao modo de vida e subsequentes desdobramentos como parte fundamental de uma perspectiva de saúde e bem-estar, discutiremos e contemplaremos aqui como se dá esta interface em um contexto que integre estas aparentemente distintas áreas como parte da experiência humana.

Por mais que partamos de uma concepção epistemo-ontológica distinta do arcaico positivismo presente em determinadas produções de conhecimento, nas quais o pesquisador pode se tornar um mero aplicador de instrumentos em busca de dados duros, absolutos, despidos de seus contextos culturais, históricos e sociais e pensados de forma acrítica, compreendemos aqui que toda produção teórico-epistemológica presente em uma pesquisa necessita de organização e fundamentação a serem empregadas de maneira a dialogar com os elementos da pesquisa.

Não nos propomos a criar epistemologias universais ou crivos que superem os tempos, mas sim, organizar os recursos de pesquisa que julgamos mais pertinentes ao que se desenvolve este trabalho a fim de compreender e produzir conhecimento sobre os fenômenos em questão da maneira mais inteligível possível, reconhecendo o quão complexos são e passíveis de inúmeros desdobramentos.

Sobre cultura, conceito plural este imprescindível a esta pesquisa, em uma breve reflexão histórica sobre o desenvolvimento desta no ocidente, escreve Neto (2003):

a Cultura foi durante muito tempo pensada como única e universal. Única porque se referia àquilo que de melhor havia sido produzido; universal porque se referia à humanidade, um conceito totalizante, sem exterioridade. Assim, a Modernidade esteve por longo tempo mergulhada numa epistemologia monocultural. E, para dizer de uma forma bastante sintética, a educação era entendida como o caminho para o atingimento das formas mais elevadas da Cultura, tendo por modelo as conquistas já realizadas pelos grupos sociais mais educados e, por isso, mais cultos. (p. 25).

Este aspecto monolítico e pouco flexível da cultura nos é extremamente descartável por não a considerar em seu caráter de recursividade, produção, identidade e características singulares e mutáveis. Compreendemos cultura como algo em permanente tensão e movimento, oriundo das diversas produções de determinados grupos em contextos históricos e sociais que ganham dimensões nos mais distintos contextos da vida humana, desde campos eventualmente “abstratos” como moral, ético e metafísico até mais “concretos” e materiais, como estética, fenotípica e artística. A crítica do autor também nos é importante porque revela a concepção de educação formal como pressuposto para a aquisição de cultura, como se fosse algo demasiado concreto e passível de ascensão a ela, desconsiderando-a em seu caráter

complexo. Este aspecto que confunde cultura e educação formal ainda é, em uma metonímia, presente em nossa cultura e subjetividade social. Cabe-nos aqui desmistificar tais pressupostos, em especial adiante, em nossa discussão sobre educação. Sobre os pressupostos que aqui defendemos, escreve González Rey (2016):

[...] cultura, subjetividade e instituições são processos inseparáveis, na medida em que a cultura e as instituições são consideradas como produções subjetivas que encontram suas formas de objetivação nos sistemas naturalizados que cada nova geração enfrenta como o “mundo real” e que, no curso de suas práticas e de suas histórias, será modificado por novos mundos, simbolicamente engendrados com as novas ferramentas culturais que cada geração irá produzir no curso de sua história. (p.10).

É-nos claro que os fenômenos que nos propusemos aqui a pesquisas e investigar se dão em uma realidade permeada por desdobramentos, contextos e produções simbólicas diversas, não estando assim em uma perspectiva etérea, ou algo a ser fragmentado e compreendido com separações aparentemente objetivas, como a exemplo dos crivos diagnósticos que no afã de facilitar sua compreensão, fragmentam os fenômenos em entidades aparentemente divisíveis entre si. Em uma nova reflexão sobre o multifacetado e heterogêneo conceito de “cultura” na perspectiva da educação em saúde, tem-se o seguinte questionamento:

O conceito de cultura também têm sido evocado no ofício do desenvolvimento da educação em saúde, mas não explorado em profundidade pelos autores da chamada corrente de educação popular e pelos profissionais de saúde em geral. Neste sentido, questiona-se: como podemos pensar o compartilhar de cuidados e saberes entre os profissionais de saúde (especialmente os da enfermagem) e os clientes, utilizando o conceito de cultura? De qual conceito de cultura estamos falando? (BOEHS, Astrid Eggert et al., 2007, p.3).

Pensem no seguinte questionamento dos autores: “De qual conceito de cultura estamos falando?” Tendo que as definições são vastas, heterogêneas e passíveis de mudanças ao longo do tempo nas diversas produções, (HALL, 2006) aqui podemos notar que não se trata de algo fixo, estático e por demais concreto; definir “cultura” é algo que, necessariamente, passará pelo crivo cultural daqueles que o fazem, retomando a perspectiva do conhecimento como produção humana implicada e permeada pelos que o fazem (GONZÁLEZ REY, 2005). De acordo com o mesmo autor,

The person is always within a network of symbolic processes and emotions, that characterises their social existence. Human activities and relations are configured to each other within a complex subjective system of the human existence. The person’s subjective configuration results from the multiple collateral and interrelated effects of his or her relations into those networks of social life. Collateral effects represent a subjective production. Cultural, social and natural facts and their reciprocal

relationships appear indissolubly organized in subjective terms within those subjective configurations which have resulted from lived experiences. (2011, p. 49).

Logo, temos aqui algo que será de suma importância teórica no desenvolvimento deste trabalho: A teoria da subjetividade como ferramenta teórico-epistemológica e seu conceito de “configuração subjetiva”, apresentado aqui como algo produzido e configurado a partir de relações decorridas de contextos culturais, sociais e naturais, estando intrinsecamente e indissolivelmente organizados nas produções subjetivas. Portanto, aqui reconhecemos o **caráter da cultura como indissociável dos fenômenos humanos**, assim como as produções subjetivas que os permeiam.

Assim sendo, como podemos contemplar a educação em saúde em uma perspectiva cultural? Pensamos que em uma cultura existem diversas representações, valores e demais aspectos da trama sócio-cultural a serem considerados quando do exercício destas práticas; adiante, exploraremos mais este aspecto com o importantíssimo conceito de “subjetividade social”. Logo, para o estabelecimento de práticas que não sejam massificantes, universalizantes, assujeitadoras, que podem se impor aos que são atendidos por tais práticas anulando-os como sujeitos, a exemplo de testes psicométricos aplicados acriticamente, a obediência cega a manuais diagnósticos ou demais crivos concebidos em determinados conceitos sócio-histórico-culturais que não dizem respeito aos que, supostamente, devem beneficiar-se destes, devemos estar atentos às diferentes tramas sócio-histórico-culturais que se desenham diante de nossos olhos, em nosso fazer e saber, a fim de que se contemplem os envolvidos nestes processos como seres ativos, dinâmicos, envoltos em tramas simbólico-emocionais que podem ser distintas entre si em diversos contextos. Escreve Silva (2008):

[...] a compreensão de saúde e doença é fortemente influenciada pelo contexto cultural em que elas ocorrem. O que é saudável e doente, normal e anormal, são e insano, varia de cultura para cultura. Além disso, o contexto cultural influencia o modo específico como as pessoas se comportam quando elas adoecem. A forma como comunicamos nossos problemas de saúde, a maneira como apresentamos nossos sintomas, quando e a quem recorremos para assistência, as explicações e medidas terapêuticas oferecidas pelo médico, o terapeuta, ou o curandeiro – tudo isso é fortemente afetado por nossa sociedade e nossa cultura. (p.13).

Portanto, aqui vemos os quão integrados e entrelaçados são os conceitos de “saúde” e “cultura”; práticas de promoção de saúde, de cuidados e representações sobre os fenômenos e processos de saúde-doença são necessariamente envoltos em complexas tramas culturais. Aqui se torna claro que é impossível abordar os fenômenos em questão sem trazer à tona os contextos culturais nos quais estes acontecem. Em uma cultura como a que vivemos, na qual os cuidados tem forte viés curativista e hospitalocêntrico, ou seja, fortemente centrada na cura

“imediate” por meio de insumos e em uma representação hospitalar, esta reflexão é extremamente necessária.

Temos aqui uma contextualização que nos diz categoricamente o quão complexos são os fenômenos em questão. Os processos saúde-doença são de uma intensa produção cultural dos que os vivem, não sendo entidades metanarrativas e universais, estando envoltos em tramas socioculturais que necessitam de olhares mais sensíveis, críticos e atentos aos múltiplos e específicos contextos em questão. Podemos perceber que os processos saúde-doença não são apenas fenômenos fisiológicos ou biológicos; são, na verdade, fenômenos com múltiplos determinantes e categorias, envoltos por tramas diversas que fazem parte das realidades em questão (GONZÁLEZ REY, 2004 2007, 2011). Ressaltamos que não nos propomos a negar nenhum dos aspectos envoltos nas tramas dos processos saúde-doença – remetê-los apenas a aspectos configuracionais e subjetivos (GONZÁLEZ REY, 2011) seria, de nossa parte, algo de enorme irresponsabilidade e ingenuidade, nos remetendo a outro extremo de determinismo absoluto. Os compreendemos como fenômenos complexos, envoltos por seus aspectos biológicos, subjetivos, culturais e sociais, não nos atendo apenas a um dos campos em questão, algo que tornaria nossa compreensão linear e por demasiado simplista. Portanto, aqui passamos a nos posicionar de acordo com a teoria da Subjetividade, que nos dá uma dimensão devidamente complexa e integrada de tal compreensão, neste ponto a partir do conceito de **sujeito**:

À luz da elaboração teórica de González Rey (2003, 2007), o conceito de sujeito alude à condição da pessoa que se torna capaz de gerar um espaço próprio de subjetivação nos diferentes momentos de sua vida, posicionando-se para além das normatizações sociais, tornando possível um desenvolvimento diferenciado e ativo nos diferentes espaços sociais que constitui. Assim, ser sujeito não é um status já adquirido na vida, mas uma condição a ser conquistada permanentemente na ação e em meio às relações sociais que acompanham o processo de subjetivação. (GOULART, 2013, p. 30).

Em um exemplo prático, citamos o uso de “jargões” ou terminologias demasiado restritas empregado quando em atendimentos em saúde; ao utilizar de vocábulos que não fazem parte do vocabulário de determinadas pessoas, perde-se o caráter relacional e possibilitador de desenvolvimento de recursos em uma eventual relação terapêutica; assim sendo, torna-se difícil o estabelecimento de práticas de **educação em saúde**, pela ausência de um bom contexto dialógico e relacional estabelecido entre os presentes no contexto terapêutico. (GONZÁLEZ REY, 2005, 2011; GOULART, 2013), assim como algo que não facilita a emergência do sujeito, ao relegar as pessoas a condições relacionais nas quais não possam se expressar, se desenvolver e produzir subjetivamente. É importante ressaltar que

vemos o estabelecimento de um cenário que proporcione a expressão das pessoas presentes em tal campo como algo crucial em práticas que digam respeito ao desenvolvimento humano; diante de tal perspectiva, vemos a educação como algo que transcenda a simples mimetização e reprodução de conteúdos definidos a priori, (TACCA & GONZÁLEZ REY, 2008) e as práticas em saúde como algo que transcenda as prescrições, crivos e assimetrias estabelecidas igualmente a priori, sugerindo assim uma crucial semelhança entre ambos como práticas e campos de atuação. (GONZÁLEZ REY 2011, 2013).

1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUBJETIVIDADE

Em uma realidade na qual “educação” é algo essencialmente representado pelo que se compreende por “educação formal”, faz-se necessária uma definição inicial desta, explicitada aqui na realidade brasileira:

A educação formal tem objetivos claros e específicos e é representada principalmente pelas escolas e universidades. Ela depende de uma diretriz educacional centralizada como o currículo, com estruturas hierárquicas e burocráticas, determinadas em nível nacional, com órgãos fiscalizadores dos ministérios da educação. (GADOTTI, 2005, p. 2).

A educação em saúde, tal como outras formas de educação, foge desta realidade que é a mais presente nas representações sociais acerca da educação, ao se dar em contextos e espaços significativamente distintos das escolas e universidades. Fazemos aqui uma crítica contundente em relação a isto no contexto que a educação não é costumeiramente representada como elemento que facilite e promova o desenvolvimento humano, ou integre a produção de sentidos e configurações subjetivas que permitam este desenvolvimento. Sentidos e configurações subjetivas, sendo estes conceitos cruciais a este trabalho, nos permitem maior inteligibilidade acerca dos fenômenos a serem estudados. **Os sentidos subjetivos** nos permitem compreender como a expressão subjetiva de experiências vividas pelos sujeitos em questão e como foram subjetivadas por estes es relacionados a uma complexa trama que envolve aspectos emocionais e simbólicos, intrínsecos à maneira de sentir estas experiências (GONZÁLEZ REY, 2004).

Sobre as **configurações subjetivas**, as compreendemos como produções relacionadas a cada momento e contexto específico das pessoas, em especial os mais significativos, que dão margem a que emergjam a multiplicidade, complexidade e pluralidade destes. (GONZÁLEZ REY, 2002 2004, 2011 GOULART, 2013;)

Tendo aqui estes conceitos, podemos avançar ao principal conceito deste trabalho: A **subjetividade**, cuja denominação é parte integral da teoria. Por subjetividade, se compreende:

[...] um macroconceito que integra os complexos processos e formas de organização psíquicos envolvidos na produção de sentidos subjetivos. A subjetividade se produz sobre sistemas simbólicos e emoções que expressam de forma diferenciada o encontro de histórias singulares de instâncias sociais e sujeitos individuais, com contextos sociais e culturais multidimensionais (GONZÁLEZ REY, 2004, p. 137).

Sobre a educação, ela é vista como algo relacionado apenas à cognição humana, em especial relacionada a processos mnemônicos e reprodução do que foi memorizado.

(GONZÁLEZ REY, MITJÁNSMARTÍNEZ & BEZERRA, 2016) Em outra distinção pertinente a respeito de representações sobre educação, o conceito de educação em saúde em um primeiro momento pode aparentar caráter de inflexão e submissão por parte dos educandos se associarmos educação apenas a valores e maneiras tradicionais de concebê-la, nas quais se caracterizam, dentre outros aspectos, alienação por parte dos educandos e massificação do saber, sem maiores reflexões em relação à realidade e às sociedades em questão. É-nos também claro que esta perspectiva de educação em saúde, assim como a institucionalização muitas vezes arraigada às práticas de educação em saúde, é assujeitante e por vezes etérea, deslocada das tramas sociais e culturais presentes nas realidades em questão. (LUCKESI, 1994; LÓPEZ & OLIVEIRA DOS SANTOS, 2014).

Outro conceito crucial é o de **subjetividade social**, que dadas as várias tramas simbólicas, emocionais e culturais dos fenômenos que nos propomos aqui a investigar e compreender, nos é tão importante nesta pesquisa:

La subjetividad social es la forma en que se integran sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas de diferentes espacios sociales, formando un verdadero sistema en el cual lo que ocurre en cada espacio social concreto, como familia, escuela, grupo informal, etc. está alimentado por producciones subjetivas de otros espacios sociales. Así, por ejemplo, los conflictos que se presentan en la familia están configurados no sólo por las relaciones concretas de las personas en la familia, como pensaban algunos de los autores sistémicos en los primeros enfoques de la terapia familiar. La organización subjetiva de esos conflictos en la familia expresa sentidos subjetivos en los que participan emociones y procesos simbólicos configurados en la subjetividad individual de las personas a partir de su acción en otros espacios de la subjetividad social. Desde esta perspectiva, las personas son verdaderos sistemas portadores, en su subjetividad individual, de los efectos colaterales y las contradicciones de otros espacios de la subjetividad social. (González Rey, 2008, p. 234).

González Rey aqui nos apresenta a definição de subjetividade social seguida de exemplos práticos da compreensão desta, assim como ela se mostra na experiência das pessoas. Em uma realidade repleta das tramas mencionadas anteriormente, em especial em áreas e campos da saúde e educação que convergem tantas destas tramas, buscamos aqui entendê-la como uma forma de gerar inteligibilidade sobre os fenômenos que pesquisamos considerando os participantes como envolvidos em uma trama mais ampla e organizada social e culturalmente com desdobramentos que experienciam e vivenciam diretamente, ainda que de forma não deliberada.

Feitas estas distinções iniciais, se tem a seguinte definição a respeito da educação em saúde: “Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997, p. 210).

Por esta definição, se pode contemplar a educação em saúde como algo essencialmente dinâmico, passível de diversas práticas e concepções quando do *labor* neste distinto campo, o que não significa necessariamente seu emprego de modo desordenado e sem a devida reflexão crítica acerca de si; tais práticas devem ser estritamente pensadas de acordo com os objetivos em questão, ainda que não sejam em si algo estritamente racional e aplicável a priori; pensamos que devem ser contemplados em especial os caracteres únicos e próprios das maneiras que as pessoas a integrarem estas práticas vivenciam seus processos saúde-doença, dando emergência à **subjetividade** destes. Logo, este caráter meramente racionalista e educativo não se aplica a fenômenos humanos em seu caráter amplo, multifacetado, recursivo e complexo. Ontologicamente, pensamos que há muito mais que simples mimetizações de conteúdos elaborados a priori e dados de maneira expositiva a seres humanos em desenvolvimento, em especial no desenvolvimento subjetivo e nas produções e configurações a respeito deste.

Entretanto, cabe-nos realizar uma crítica a esta definição que é por demasiado ampla e generalista; ações voltadas para a saúde não são, necessariamente, voluntárias, deliberadas ou racionalizadas a fim de que se busque “alcançar” saúde, como se esta fosse um atributo concreto; pensamos que em uma complexa organização subjetiva, as possibilidades, momentos e contextos distintos podem dar margem a uma infinidade de experiências, contextos relacionais e produções subjetivas referentes aos processos de saúde. (GONZÁLEZ REY, 2004)

Ressaltado o caráter amplo do que se compreende em educação em saúde, se segue a seguinte reflexão acerca de sua realidade prática:

A educação em saúde como área de conhecimento requer uma visão corporificada de distintas ciências, tanto da educação como da saúde, integrando disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia e antropologia. Esse entendimento é reforçado ao se afirmar a educação em saúde como um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. (MACHADO et. al, 2006, p. 339).

Aqui se pode notar o quão complexo é o campo da educação em saúde, em especial pelas diversas áreas presentes na atuação e conseqüentemente, diversas maneiras de inteligibilidade sobre o mundo e os fenômenos humanos. Nesta perspectiva, visões hegemônicas e hierarquizadas a respeito destes fenômenos, tal como o modelo biomédico, não são capazes de grande abrangência, inteligibilidade ou, em um aspecto essencialmente pragmático, alcance dos objetivos desejados. Sobre os objetivos da educação em saúde, estes se caracterizam por “desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria

saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva” (OMS, 2003)), perspectiva esta que ainda que de maneira breve e sucinta, pressupõe papel ativo dos envolvidos no processo, dando margem para uma “emergência do sujeito” tão distante de modelos e práticas em educação tradicionais, assim como seu *modus operandi* característico. Este sujeito ativo e complexo, histórico e social a ser contemplado quando do *mister* em práticas integradas de educação e saúde surge não apenas como categoria primordial em nossa produção de conhecimento, mas também como importante participante no cenário no qual se dão estas práticas, sendo que na realidade brasileira é devidamente reconhecido, dentre outros contextos, pelo princípio de **integralidade** do SUS. (MACHADO et. al, 2006)

Este indivíduo que se desenvolve, vivencia diferentes processos e se posiciona ativamente frente a estes processos, podendo ser sujeito destes em posturas e maneiras de ser que o façam ativo e não subserviente às condições materiais, psicológicas e relacionais com as quais se depara, aqui em especial os processos saúde-doença aqui se mostra inteligível epistemologicamente pela Teoria da Subjetividade, uma maneira de reconhecer e contemplar ontologicamente os fenômenos em questão.

Esta perspectiva já nos permite romper com preceitos absolutos que não contemplem os sujeitos em sua singularidade, tais como práticas massificantes de educação, assim como nos permite visualizar uma articulação entre dimensões tidas como distintas na perspectiva que dicotomiza o individual-social, dimensões estas fundamentais em processos educativos, rompendo assim com uma perspectiva intrapsíquica e focada em um “indivíduo” destituído de sua devida complexidade como ser ativo em suas diversas relações com o mundo de maneira singular. Ao abordar a educação como processo subjetivo, González Rey (2006) propõe:

Recuperar o sujeito que aprende implica integrar a subjetividade como aspecto importante desse processo, pois o sujeito aprende como sistema, e não só como intelecto. O sentido subjetivo, na forma como temos desenvolvido essa categoria, representa 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).

Antes de abordarmos os conceitos igualmente importantes de “sentido subjetivo” e “configurações subjetivas”, nos é claro aqui a questão do papel ativo do sujeito em seus processos; o intelecto que se insere em processos de desenvolvimento de recursos subjetivos, tendo a aprendizagem como mais uma vida possível de desenvolvimento não é apenas uma “tábula rasa” pronta para ser preenchida pelos educadores; é parte de um complexo sistema de sentidos, significados, configurações e afetos de um sujeito presente em determinado contexto

de ensino-aprendizagem. (AMARAL & MITJÁNS MARTINEZ, 2006). Esta dimensão humana é constantemente negligenciada em modelos e metodologias educativas fazendo com que este sujeito emergente se dissipe em um ambiente no qual matrizes institucionais precedem o ser. Não nos é interessante uma perspectiva em educação na qual o indivíduo como tal seja desprezado de suas potencialidades, eventualmente negligenciando eventuais papéis de sujeito de e em seus processos e não seja devidamente reconhecido quando no afã de desenvolver-se por meio de seus diferentes processos, em especial tão cruciais a sua saúde e bem-estar como na educação em saúde e subsequente desenvolvimento.

Portanto, nos é claro que a educação, por conseguinte a educação em saúde, é vista como algo que facilita, dado o caráter gerador da subjetividade, a criação de espaços relacionais e dialógicos que permitem novos processos de subjetivação, dando margem assim a inúmeras possibilidades de desenvolvimento (fisiológico, psíquico e subjetivo), saúde e bem-estar. Este caráter da educação em saúde dado em contextos que a dialogicidade, o contato com o outro e a inteligibilidade dos fenômenos em questão às pessoas acometidas das mais distintas condições são presentes é uma prática multifacetada e propícia a estas possibilidades de novos processos de subjetivação, dada a importância do diálogo e de demais aspectos relacionais a partir de espaços abertos com o outro, neste campo em específico muitas vezes profissionais de saúde, que abrem caminho para o supracitado desenvolvimento em suas diversas nuances, que não são categorias separadas e dissociadas uma da outra – mas sim, que contemplam a pessoa que se desenvolve em sua totalidade, como uma unidade na qual diferentes sistemas não são entidades isoladas, mas componentes de um todo complexamente articulado.

Outro conceito que nos é crucial na proposta deste trabalho é o de **modo de vida**, caracterizado por “um sistema de configurações subjetivas em desenvolvimento que ganham certas dimensões dominantes do espectro de comportamentos aparentemente diversos das pessoas”. (González Rey, 2011, p. 39) Esta categoria nos permite articular um possível sujeito ativo, dinâmico e presente em diversos espaços a posicionamentos, produções e demais possibilidades subjetivas frente aos processos que vive e experiência, logo resgatando o caráter de “sujeito” que perpassa o simples “corpo dócil”, suscetível integralmente a prescrições e ditames de especialistas, em especial no que diz respeito à adesão aos cuidados, que compreendemos como uma complexa produção subjetiva relacionada aos diferentes dispositivos de cuidado disponíveis quando do tratamento, e não apenas a submissão acrítica e integral às ordens dos especialistas. Esta categoria é intrinsecamente articulada à educação em saúde, pois estas configurações subjetivas se desenvolverão, em tese, de maneira mais fluida e

ampla a partir dos processos de subjetivação produzidos e configurados desde as práticas dialógicas da educação em saúde.

Sendo assim, nos posicionamos claramente a favor de uma perspectiva de educação em saúde que recupere o valor e o papel de sujeito muitas vezes destituído dos indivíduos em seus processos igualmente importantes de educação e saúde-doença, intrínsecos a complexas tramas de sentidos subjetivos e configurações subjetivas que dizem respeito aos seres em questão.

Ao que se propõe nesta pesquisa, a categoria **configuração subjetiva** nos é importantíssima no que diz respeito aos processos em questão, estes aparentemente distintos, mas que podem se integrar ao redor de sentidos psicológicos relacionados ao que mescla e dá margem à produção de sentidos em relação à qualidade destes processos quando vividos de maneira indissociável e integrada quando da experiência dos sujeitos. Ela nos é um conceito que não é absoluto ou meramente descritivo de entidades psíquicas, e sim, dado o caráter configuracional, ou seja, advindo de diversas produções, mobilizações e emoções ao se organizar e configurar, nos é uma importante ferramenta para gerar inteligibilidade sobre os fenômenos, sejam individuais ou em grupos, sociedades ou outras maneiras de organização social.

Ainda sobre as configurações subjetivas, escrevem Mori e González Rey, ao abordar a saúde como processo subjetivo:

[...] Esse sentido subjetivo que se organiza em relação à doença pode iniciar um núcleo de subjetivação, que, na forma de organização subjetiva do vivido, define uma configuração subjetiva (complexa rede de sentidos subjetivos organizados em relação a um tema ou uma ação humana) em relação ao adoecer. Desse modo, as configurações subjetivas não são vistas como causas do comportamento, mas como sistema complexo que é fonte de sentidos subjetivos para qualquer atividade humana. (2012, p. 8).

Portanto, o caráter configuracional da subjetividade é algo de extrema relevância sobre os fenômenos que nos propomos a abordar e seus devires; ao que se deixa de compreender a ideia de doença, adoecimento, educação, conhecimento e desenvolvimento como atributos concretos, passíveis de serem atingidos e lá repousarem indefinidamente, ao resgatar o caráter processual de tais aspectos, podemos compreendê-los como algo em permanente tensão e passíveis de inúmeros desdobramentos, possibilidades e contextos, tendo assim uma categoria que nos permite romper com perspectivas consolidadas e reificadas da ciência psicológica, tais como os “traços de personalidade”. (GONZÁLEZ REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2016)

Logo buscamos avançar de maneira que contemplemos os fenômenos em questão em sua devida dinamicidade e complexidade. Ao que temos o caráter configuracional, podemos

romper com descréditos no devir humano, como diagnósticos tomados como coisa em si ou dificuldades de aprendizagem prontamente rotuladas como algo eterno e efêmero; vendo a subjetividade como algo dinâmico, flexível e repleto de desdobramentos possíveis, podemos pensar de fato em **sujeitos** ativos e complexos, repleto de possibilidades configuracionais de desenvolvimento, saúde, bem-estar e assumindo posturas de resolução e integridade em relação aos tantos processos com os quais vive (GONZÁLEZ REY, 2011).

É importante ressaltar que é possível **ser sujeito** em determinadas experiências e contextos da vida e não sê-lo em outras, aqui nos cabe primordialmente investigar este possível sujeito nos processos de saúde, mas como em hipótese alguma nos propomos a fragmentar as dimensões subjetivas e transformá-las em pequenos compartimentos, é elementar que surjam outros processos relacionados à vida das pessoas participantes desta pesquisa advindos de outras dimensões subjetivas, que se inter-relacionam e se estabelecem de maneira aberta, como um “continuum” de sua subjetividade, articuladas na produção de sentidos subjetivos. (GONZÁLEZ REY, 2013)

Por sentido subjetivo, se tem esta outra definição:

Unidade inseparável dos processos simbólicos e emoções num mesmo sistema, no qual a presença de um desses elementos evoca o outro, sem que seja absorvido pelo outro. (GONZÁLEZ-REY, 2003, p. 127).

Esta definição já nos permite compreender a psique como algo devidamente mais complexo que as arcaicas concepções “intrapsoquistas”, “mentalistas” ou demasiado deterministas de algumas teorias psicológicas, ressaltando a multiplicidade em questão quando da experiência humana, assim como uma concepção de “sujeito” que supera a definição de “indivíduo”. Conforme González Rey (2007):

O sentido subjetivo não representa uma expressão linear de nenhum evento da vida social, pelo contrário, ele é o resultado de uma rede de eventos e de suas conseqüências [sic] colaterais, que se expressam em complexas produções psíquicas. (p. 172).

Portanto, remetendo a nossos objetivos de pesquisa, nos é claro que a educação deve contemplar as diferentes formas de organização e produção subjetiva dos educandos; parâmetros universais e massificantes podem resultar em alguma forma de aprendizado, mas sua eficácia é no mínimo questionável ao não levar em consideração as diferentes subjetividades em questão, em especial no que diz respeito a educação relacionada a processos de saúde-doença, cruciais para qualquer ser humano acometido de uma condição adversa de funcionamento psíquico e fisiológico. Entende-se também que esta educação deve visar a emancipação e a postura ativa dos “educandos” neste cenário, em perspectiva

semelhante à de Paulo Freire (FREIRE, 2002), ainda que em um ambiente e contexto distintos das salas de aula do ensino escolar. Aqui, tomamos a obra do brilhante educador brasileiro como referência no sentido de **ruptura**: Os corpos outrora dóceis e suscetíveis a prescrições e ditames dos especialistas, agora reconhecidos como parte de uma unidade e sistema fisiológico, subjetivo e relacional, passam a ocupar espaços antes negados por estas instâncias de poder (FOUCAULT, 2008), abrindo espaços para que se possam se tornar ativos e eventualmente sujeitos de seus processos. Longe destes ditames e ordens dados de maneira assimétrica como condição *sine qua non* para que se tenha saúde, bem-estar e qualidade de vida outorgados de maneira absoluta, reconhecemos as potencialidades e capacidades de desenvolvimento das pessoas; não em um caráter inato à humanidade como outras correntes psicológicas o fazem, mas devido ao caráter **gerador** da subjetividade, que compreendemos como algo que permita inúmeras possibilidades ao que estas pessoas produzem e se organizam subjetivamente frente a seus processos.

Apontamos aqui também uma breve reflexão sobre desenvolvimento subjetivo e práticas em educação. Escreve González Rey:

Os objetos, fenômenos e fatos da realidade social não afetam o desenvolvimento subjetivo desde sua condição externa, senão por sua expressão em termos subjetivos, o qual não significa que o real tenha um papel passivo, senão que é ativo em termos do sistema em que se constitui (1997, p. 109, *apud* MORI & GONZÁLEZ REY, 2012).

Logo, o desenvolvimento subjetivo, distinto também do desenvolvimento psicológico periodizado e de estágios e de caráter estritamente organicista e cognitivo (MEGALE & TEIXEIRA, 1998,), que se caracteriza por produções subjetivas que levem o indivíduo a gerar novas possibilidades, caminhos e configurações subjetivas, é marcado por estas produções de maneira que não se contemple o externo, o meio, o ambiente como algo obtuso e linear a produzir respostas imediatas por sua simples aparição e existência, mas sim, pelas tramas subjetivas originadas a partir destes determinados contextos.

2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA

Esta pesquisa visa compreender produções subjetivas de portadores de doenças crônicas caracterizadas por alto grau de morbidez (pacientes cardiopatas). (DUNCAN et al., 2011). Sendo este tipo de adoecimento fenômeno de extrema relevância nos dias atuais nos campos das ciências da saúde, busca-se uma perspectiva que contemple estes participantes como algo a mais que simples “pacientes”, ou seja, seres com histórias de vida e distintas produções subjetivas acerca de suas relações, condições e modo de vida quando da vivência de seus processos saúde-doença não mais apenas relegados a um *pathos* no qual corpo e mente são entidades dissociadas, e a pessoa adoecida passa a se confundir com o diagnóstico e a sintomatologia. Feito isso, abre-se margem para a emergência do **sujeito** presente nesta realidade. Também foi escolhida como participante uma médica que atende diretamente a estes pacientes, esta que não é acometida por este tipo de adoecimento, mas lida com ele de uma posição distinta e significativa no que diz respeito a práticas de educação em saúde e como as aborda em suas práxis laborais.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

Compreender como indivíduos acometidos das já mencionadas condições crônicas de cardiopatia se organizam, produzem sentidos e configurações subjetivas e desenvolvem-se a partir de práticas de educação em saúde, refletindo assim estas práticas por meio de sua organização subjetiva em seu modo de vida, assim como os profissionais de saúde que lidam com estas questões se posicionam e produzem subjetivamente sobre o *labor* de lidar com estes indivíduos.

3.2 Específicos:

- a) Compreender a educação em saúde e suas diversas nuances, práticas e desdobramentos como processo ativo e dinâmico quando da vivência do adoecimento;
- b) Compreender a educação como espaço comunicativo orientado ao desenvolvimento subjetivo de indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas, que permitam novos modos de vida e novas representações sobre os processos saúde-doença, assim como a importância de espaços de subjetivação advindos da comunicação com o outro no âmbito da saúde que possam auxiliar no desenvolvimento de recursos, práticas e cuidados referentes à saúde e ao modo de vida das pessoas acometidas de condições adversas de adoecimento.
- c) Estudar como os processos educativos se relacionam com a emergência de novas configurações subjetivas, facilitadoras de comportamentos e decisões que permitam uma melhor forma de viver, transcendendo as limitações subjetivas que a doença impõe, e facilitando um modo de vida sadio que contribuía com isso.
- d) Entender a subjetividade social e seus desdobramentos em realidades distintas nas quais pessoas de histórias de vida diversas produzem, configuram subjetivamente e vivem seus processos de saúde nas diversas nuances e contextos de subjetividades sociais presentes em suas realidades.

4 PESSOAS, SUJEITOS E INSTITUIÇÕES

Nas práticas e cuidados referentes a qualquer campo que engendre o que compreendemos por “saúde”, encontra-se a presença de uma gama de instituições diversas que têm por finalidade proporcionar os devidos cuidados e terapêuticas necessários aos que apresentem as demandas correspondentes a estes. Estas instituições e dispositivos de cuidado, até mesmo divididos em níveis de atenção, conforme visto a exemplo no Sistema Único de Saúde brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), visam a princípio garantir aos que necessitam de assistência e cuidados em saúde a devida atenção, o que novamente evidencia o já citado princípio de equidade das prerrogativas deste sistema. Este tipo de divisão em níveis de atenção torna-se mais escasso, ou inexistente, nas instituições privadas de saúde, com seu viés fortemente hospitalocêntrico e curativista (ROSA, 2005), fator este que, dentre outros, levou à criação do modelo citado anteriormente na saúde pública, mas que ainda persiste nos dias atuais.

Nas instituições hospitalares, nota-se que a abordagem institucional a estes fenômenos, prerrogativas e dispositivos dá-se de maneira assimétrica e unilateral, pouco privilegiando aqueles que são o foco da atenção à saúde: as pessoas que buscam e são tratadas em tais serviços, despidas de suas subjetividades e transformadas em relatórios, prontuários e prescrições. Ainda que o hospital não seja, necessariamente, uma **instituição total**, caracterizada por Goffman como “um lugar, um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (1987, p.11)”, podemos encontrar alguns destes elementos nas práticas e funcionamento destas instituições, como veremos a seguir.

Escreve Souza (2004), ao analisar a obra de Ivan Illich, este um grande estudioso e crítico da cultura médico-hospitalar:

Relacionando a desintegração entre o par autonomia/heteronomia nas sociedades modernas Illich aponta o lugar ocupado pela instituição médica na redução da autonomia dos sujeitos¹ em direção a uma heteronomia assumida pelas competências técnicas e *expertises*. (p.2).

Aqui nos é evidenciado como as instituições, em especial as que possuem forte presença das ciências médicas, que ainda persistem como hegemônicas perante as demais ciências da saúde podem levar à perda de características singulares e significativas dos

indivíduos em questão, já evidenciando o caráter de alienação destes perante o que é vivido e experienciado nestas instituições, distanciando-os da possibilidade de se tornarem sujeitos de seus processos. Prossegue Souza (2004) com a definição de **iatrogênese**, para nós importantíssima neste contexto referente à institucionalização:

Para Illich a iatrogênese clínica está referida ao ato médico e a sua técnica; a iatrogênese social é o efeito social não desejado e prejudicial do impacto social da medicina (medicalização do orçamento, invasão farmacêutica, controle social pelo diagnóstico que etiqueta as diferentes idades humanas, dentre outros); e a iatrogênese estrutural, que se refere ao processo de delegação de elementos característicos da vida humana (como o significado da dor física, da morte e da doença), ao uso ilimitado da medicina. Esses três níveis da iatrogênese, em seu conjunto, contribuem para o comprometimento da capacidade autônoma dos homens. (p.3).

Enfatizemos a última frase do fragmento citado; **o comprometimento da capacidade autônoma dos homens**. Este ponto é especialmente crítico no argumento que aqui formularemos, em relação à subjetividade e como práticas iatrogênicas podem limitá-la de forma sutil e pungente. Compreendemos a subjetividade como “orientada à criação”, de maneira recursiva e dialética frente a uma realidade que pode por vezes refreá-la e descaracterizá-la, o que no caso daqueles que são submetidos integralmente às práticas e ditames institucionais, infelizmente, é fato passível de ocorrência direta. Portanto, aqui temos uma negação de valor pleno do indivíduo institucionalizado; ao se submeter a práticas que não condizem com sua organização e expressão subjetivas, despido de si próprio em um cenário onde é tratado como “paciente” – (termo este que, particularmente, abominamos), perde em diferentes maneiras sua capacidade de organizar, produzir, criar e transformar o mundo à sua volta.

Ainda sobre isto, Illich destaca a “invasão farmacêutica e controle social”; já abordando inicialmente o que compreendemos como **medicalização**, que consiste em: “processo de transformação de problemas anteriormente não considerados "médicos" (ou "de saúde", acrescentaríamos) em problemas médicos, usualmente sob a forma de transtornos ou doenças.” (CONRAD, 2007 apud. CAMARGO JR., 2013, p. 1). Não nos posicionamos contra o uso de medicações ou algo similar; entendemos que os fármacos são importantíssimos na promoção de saúde, em especial no que tange às doenças crônicas. Entretanto, o que nos propomos aqui a criticar é o excesso de fármacos, e seu emprego desenfreado em quaisquer aspectos da vida humana, o que transforma e ressignifica até mesmo aspectos coloquiais e mundanos em patologias passíveis de prescrições, controlando e subjugando os que eventualmente receberem algum “diagnóstico”, muitas vezes atribuído de maneira acrítica e assimétrica, reforçando a posição de poder dos que podem atribuí-lo e tornando ainda menos

inteligíveis as condições de saúde-doença aos que são diagnosticados, este último se caracterizando como o oposto do que buscamos pelas práticas de educação em saúde. Também é interessante ressaltar que instituições não são apenas as instituições físicas, compostas por muros, uniformes e práticas administrativas próprias; instituições podem ser práticas arraigadas e presentes de maneira concreta e pouco contestável em uma cultura, a exemplo do casamento em sociedades mundo afora, ou neste caso, da medicalização, que se institui fortemente em nossos tempos.

Reconhecemos e contemplamos o caráter da subjetividade de produzir e configurar subjetivamente quaisquer aspectos relacionados à vida das pessoas, de maneira não linear, racional ou deliberada, logo reconhecendo a capacidade de sujeitos ativos e dinâmicos de vivenciarem seus processos, neste caso específico relacionado à saúde e doença, de possibilidades e maneiras diversas; entretanto, quando submetidos a práticas alienantes e totais, este caráter pode ser cerceado de inúmeras maneiras, afinal dentro de uma *práxis* total, perde-se o reconhecimento das possibilidades de ser **sujeito**, neste caso reduzindo o ser humano adoecido a um amálgama de sintomas e compartimentalizações de seu adoecimento, dadas as inúmeras “especialidades” que se apoderam deste uma vez que se torna institucionalizado. Sobre o sintoma em si, escreve González Rey (2012):

O sintoma como entidade descritiva não permite aprofundar na explicação diferenciada de sua organização subjetiva, levando à reiteração de sua presença como ritual de diagnóstico que oculta muitos elementos relevantes para o problema que o profissional enfrenta. [...].

Diante desses problemas, basta a receita do fármaco como forma de controle, pouco importando a qualidade de vida envolvida no problema. (p. 41).

Aqui temos claramente exemplos de alienação e controle por meio das práticas citadas anteriormente; o sintoma torna-se “coisa em si”, a ser extirpado e eliminado por meio da prescrição e administração dos fármacos, distanciando o indivíduo em questão de aspectos complexos, microgenéticos e subjetivos relacionados a si e seu adoecimento; o modelo biomédico, em sua vigência tardia, continua a se mostrar incapaz desta compreensão mais ampla e necessária na *práxis* em saúde. Em uma breve reflexão, acreditamos que a saúde seja algo a ser vivido e contemplado fora das instituições; não se produz e promove saúde apenas quando presente em ambulatórios, clínicas e etc.; compreendemos a saúde como processo complexo e com inúmeros desdobramentos e produções subjetivas em constante tensão durante todo o percurso de vida das pessoas.

Isto é algo que nos faz ver o modo de vida como tão importante para a compreensão deste(s) processo(s); no que tange às instituições, o vemos como um sistema de organização

subjetiva gerador de saúde nos diversos espaços ocupados pelos indivíduos em questão, e não apenas quando lotado em instituições de saúde. Até mesmo práticas passíveis de prescrição e orientações de acordo com o viés biomédico, como cuidados referentes a processos ocorridos após uma intervenção cirúrgica, ou os horários de ingestão/aplicação dos fármacos necessários à contenção/controlar/estabilização de algum sintoma, ou atividades físicas, lúdicas e laborais que culminem em saúde e qualidade de vida, ocorrem em sua maioria em espaços que não as instituições, como clínicas, postos de saúde ou ambulatórios; portanto, reiteramos aqui nossa compreensão da saúde como processo humano que independe de espaços formais e delineados a priori; em pesquisa na qual abordamos a cronicidade e a saúde mental, vimos por meio da informação construída nos dois casos que os participantes apresentavam indicadores de saúde, qualidade de vida e bem-estar quando estavam presentes em parques, piscinas e realizando atividades lúdicas e laborais (MILANE & GONZÁLEZ REY, 2015; GONZÁLEZ REY, 2004, 2012) assim desvinculando-se da eventual totalidade institucional como elemento principal de proporção e cuidados em saúde. Ainda que as instituições sejam um *logos* necessário para a promoção e prevenção em saúde, entendemos que esta transcende o pontual e limitado cuidado institucional; e principalmente, que **ser sujeito** não é, de maneira alguma, algo a se reduzir a um número de prontuário, de classificação de sintomas e de evoluções pela equipe de saúde quando em uma instituição; a subjetividade, em sua riqueza, caráter processual, dinâmico e recursivo nos permite compreender desta maneira como é possível transcender as normatizações e amarras institucionais presentes em nossa realidade, recuperando o caráter ativo e dinâmico destes indivíduos outrora relegados aos critérios e categorias mencionados anteriormente, mas plenamente capazes de transformação e autonomia. Por fim, reiteramos que não buscamos uma negação de toda e qualquer instituição; mas sim, o devido reconhecimento de seus limites, práticas e fatores que possam culminar no que podemos chamar de aniquilação, fragmentação ou cerceamento destes indivíduos.

5 CARDIOPATIA: DEFINIÇÕES GERAIS

Tendo em vista o diagnóstico etiológico presente nesta pesquisa, faz-se necessária uma discussão que, por mais que não seja de caráter estritamente etiológico-biomédico de acordo com nossa proposta nesta pesquisa, é pertinente a ser levada a fim de produzir alguma inteligibilidade sobre o fenômeno em questão. O termo “cardiopatia” abrange toda e qualquer doença que acometa o órgão do coração, sendo subdividido em algumas categorias. Escrevem Dutra et. al, sobre as cardiopatias graves, que englobam as condições crônicas, o foco específico desta pesquisa:

O conceito de cardiopatia grave engloba tanto doenças cardíacas crônicas, como agudas. São consideradas cardiopatias graves: a) cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, que se tornam crônicas, caracterizadas por perda da capacidade física e funcional do coração; b) as cardiopatias crônicas, quando limitam, progressivamente, a capacidade física e funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação), não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado; c) cardiopatias crônicas ou agudas que apresentam dependência total de suporte inotrópico farmacológico (como dobutamina, dopamina) ou mecânico (tipo Biopump, balão intra-aórtico); d) cardiopatia terminal: forma de cardiopatia grave em que a expectativa de vida se encontra extremamente reduzida, geralmente não responsiva à terapia farmacológica máxima ou ao suporte hemodinâmico externo. (p.2, 2006).

É interessante neste momento inicial no qual contemplarmos estas definições vermos o quanto um campo diagnóstico pode ser, ainda que de maneira distinta aos fenômenos sociais que mencionamos nesta pesquisa, à sua maneira complexo e multifacetado; o diagnóstico etiológico não se esgota em si se perdendo em uma definição única para diferentes estados sintomatológicos, corporais, etc; há de se reconhecer que existem inúmeras classificações nosológicas para doenças que por mais que sejam correspondentes ao mesmo espectro etiológico, se desenvolvem e se apresentam de diferentes maneiras nos seres humanos acometidos por estas, o que retoma o quão singulares podem ser os processos humanos, sejam fisiológicos ou de qualquer outra matriz de compreensão. É-nos implícito pela definição que determinados tipos de adoecimento podem se desenvolver em diferentes períodos da vida, em diferentes modos de vida e em diferentes organismos.

E por que a busca pelo caráter “crônico” deste tipo de adoecimento? Pensamos que o adoecimento crônico, por não ser passível de cura imediata por terapêuticas diversas, como a administração pontual de medicamentos, é um desafio e um campo fascinante para as ciências da saúde, ao romper com o ideal biomédico de “cura” e compreender um indivíduo que tem de conviver, configurar e produzir sentidos e desenvolver um modo de vida que necessita de

produções subjetivas condizentes a sua condição que ganha um caráter “permanente”, isto é, a necessidade de viver com uma determinada condição por tempo indeterminado. Compreender as produções subjetivas de pessoas acometidas desta(s) condições(s), conforme será explicitado mais detalhadamente nos objetivos desta pesquisa, nos é algo crucial a ser desenvolvido neste trabalho, a fim de gerar maior inteligibilidade e compreensão sobre este tipo de adoecimento a partir de nossas perspectivas teórico-epistemológicas.

Também nos é marcante a última das classificações; como a maioria das doenças graves, as cardiopatias podem tornar-se terminais, com perda significativa da qualidade de vida e expectativa de vida reduzidas, o que nos coloca em campos distintos mas igualmente integrados das práticas em saúde, a exemplo dos cuidados paliativos e de todas as diferentes terapêuticas que envolvem este tipo de cuidados, o que ressalta a complexidade da atuação em saúde.

Há também a distribuição dos pacientes em diferentes classes ou graus de seu adoecimento, por forma da avaliação da capacidade funcional do coração. Não iremos nos delongar nestas categorias, pois a nosso ver, fogem de nossa capacidade de atuação e compreensão das ciências da saúde, mas é interessante tê-las aqui como mais uma forma de tornar o fenômeno inteligível:

- a) GRAU I: pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito*, nem sinais e sintomas de baixo fluxo cerebral;
- b) GRAU II: pacientes portadores de doenças cardíacas com leve limitação da atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito;
- c) GRAU III: pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;
- d) GRAU IV: pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física. Estes pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito. (DUTRA, 2006, p. 3)¹.

Sendo assim, o que constatamos por esta apresentação dos distintos graus de adoecimento é que, conforme levantado anteriormente, existem distintas maneiras de comprometimento aparente em relação a este adoecimento, em especial no que diz respeito à capacidade de realizar atividades físicas e motoras e, conseqüentemente, à autonomia dos que são acometidos por estas condições. Fazemos aqui esta interface com as ciências médicas a fim de reconhecer a devida complexidade do campo em questão, assim como as distintas realidades quando da vivência deste adoecimento. Não trabalharemos tomando a categoria ou

¹“Angina de Peito” constitui-se em dor provocada por obstrução coronária

grau como coisa em si, ou como fim último; mas sim, reconheceremos pela expressão subjetiva de cada participante da pesquisa as quão estas realidades (conviver com os sintomas, tais como a autonomia reduzida) podem nos indicar e proporcionar a construção de informações a partir de cada experiência.

Outro fator que nos chama a atenção é que nesta categorização dos “graus” surgem sintomas atribuídos que aparentemente não são “especialidades” da cardiologia como campo de atuação médico, tais como “dispneia” (respiração alterada) ou baixo fluxo cerebral; sintomas aparentemente avaliados ou cuidados, em uma separação cartesiana grosseira, pela pneumologia ou neurologia, surgem nestas definições no âmbito da cardiologia, mais uma vez remetendo à ideia da **unidade** de um organismo, ou seja, um todo que é mais que a simples soma das partes. Aqui constatamos que se um órgão é afetado, isso trará consequências para todo o organismo, e não para apenas para este órgão ou o sistema que é classificado como parte. Tal pressuposto nos é importante ao que rompemos com separações aparentemente objetivas entre determinadas partes, sistemas e características humanas, assim como rompemos com a arcaica separação entre “corpo e mente”, o que deverá ser claro em nossa construção de informação.

Nossa escolha pelas cardiopatias graves como campo de investigação e pesquisa, conforme explicitaremos na justificativa, foi motivada principalmente pelo alto grau de morbidez presente neste tipo de adoecimento e sua imensa predominância em parte da população.

Escrevem De Resende et. al (2012):

As doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, as doenças cardiovasculares, representam a maior causa de morte e incapacidade no mundo (OPAS/OMS, 2003). Em 2008, foram 17 milhões de mortes por doenças cardiovasculares (Brasil, 2008/2009). No Brasil, em 2007, essas doenças foram responsáveis por quase um terço dos óbitos totais (31,88%) e, em 2008, por 1.096.888 casos de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006). As doenças cardíacas afetam mais de dois milhões de pessoas, com 240.000 novos casos diagnosticados por ano, com taxa de mortalidade anual em torno de 8%, ou seja, acarretam aproximadamente 23.442 mortes a cada ano. É a causa mais frequente das internações por doenças cardiovasculares, sendo considerado um problema de saúde pública nos países desenvolvidos e uma preocupação crescente nos países em desenvolvimento.(p. 153).

Vê-se por estes dados que as doenças cardiovasculares são um fenômeno de extrema relevância mundialmente, seja em países considerados desenvolvidos ou como em nosso caso, em países em desenvolvimento, como o Brasil e os demais países da América Latina. No caso da realidade brasileira, os números, ainda que em tempos nem tão recentes, são deveras alarmantes, ainda mais por se tratarem apenas do Sistema Único de Saúde, não contabilizando

as internações e óbitos em unidades de saúde do sistema privado, o que provavelmente inflaria estes números ainda mais. Logo, ao que nos deparamos com este fenômeno de extrema relevância, sentimo-nos compelidos a investigar e pesquisar esta realidade, tendo como viés a educação em saúde e o modo de vida, campos e contextos estes que transcendem os aspectos de hospitalização e internação, dando margem e profundidade para que conheçamos as realidades a fundo, e não apenas quando lotadas em instituições de saúde.

Defendemos piamente que a educação e a saúde não se dão apenas em ambientes institucionalizados e formais, tais como as escolas e hospitais, e sim, em todos os momentos da vida de um ser humano, principalmente quando longe destas instituições. Práticas educativas e/ou em saúde fazem parte da experiência cotidiana, não dependendo apenas do peso das práticas institucionais para que aconteçam. Para tanto, voltemos aos dados apresentados: Estes apresentam um interessante panorama de nossa realidade, mas como todo e qualquer dado coletado, o que indicam não está apenas nos dados apresentados de maneira numérica e empírica diante de nossos olhos; tratam de internações e óbitos, apresentando inclusive as doenças cardíacas como principal *causa mortis* em todo o planeta! Mas façamos aqui um breve questionamento: E os que ainda vivem, e que não foram hospitalizados? Certamente estariam em número imensamente maior, e estas pessoas, não presentes quantitativamente nos dados que aqui temos, são um dos focos principais desta pesquisa. Conforme dissemos, a saúde não depende apenas de instituições hospitalares para que aconteça, e cremos que há muitas pessoas invisíveis a estas estatísticas, mas acometidas das mais diversas cardiopatias e que merecem nossa atenção, de acordo com nossos objetivos.

Portanto, concluímos que uma compreensão interdisciplinar, abrangente e que aborde o(s) fenômeno(s) em questão em sua devida complexidade nos é condição imprescindível à proposta deste trabalho. Ansiamos por algo que não se esgote em si mesmo e que seja benéfico à população, tendo em vista o alto grau de incidência das mais diversas cardiopatias demograficamente distribuídas, atingindo número elevado de seres humanos. Ao abordar a educação em saúde nesta perspectiva de cronicidade e adoecimento cardíaco, buscamos abranger aspectos que digam respeito à saúde, modo de vida e conseqüente qualidade de vida dos acometidos por estas condições, a partir da informação construída por meio da pesquisa. Reiteramos nossa perspectiva de que “saúde” não é um atributo concreto a ser conquistado, e sim, algo em permanente construção e desenvolvimento.

6 METODOLOGIA

6.1 Epistemologia Qualitativa

A Epistemologia Qualitativa, ferramenta epistemológica desenvolvida por González Rey ao longo de sua obra (GONZÁLEZ REY, 1997, 2005, 2007), preconiza por uma ruptura com as formas tradicionais de produção de conhecimento e do “fazer científico”; as formas tradicionais de ciência se encontravam em um paradigma fortemente atrelado ao positivismo e ao simples uso de instrumentos para a coleta de dados ou informações, de maneira “asséptica” e pouco assertiva em relação ao papel de pesquisador e participantes no contexto da pesquisa; ao tentar instaurar uma suposta “neutralidade” científica, os métodos e instrumentos aplicados de maneira apriorística por vezes alienavam os participantes, os pesquisadores e o devido contexto histórico-cultural da realidade em questão dos fenômenos; estes paradigmas da ciência tradicional se faziam presentes em pesquisas quantitativas e qualitativas, sobre as quais o autor cita como tais propostas a fenomenologia, a hermenêutica e a análise do discurso, reificadas e pouco discutidas nas pesquisas em ciências humanas. (GONZÁLEZ REY, 2011). Assim sendo, a Epistemologia qualitativa apresenta, como alguns de seus pilares ontológicos, o caráter ativo, dinâmico e flexível dos participantes, prezando que por sistemas relacionais e dialógicos se pode construir conhecimento de maneira a contemplar a complexidade dos fenômenos em questão, superando uma simples troca direta de informações a fim de coletar dados brutos e meramente empíricos, a exemplo de questionários e escalas, em uma breve distinção; os que participam da pesquisa, tanto o pesquisador como os participantes, a partir da construção de um bom cenário de pesquisa comprometem-se com o processo de construção e produção de conhecimento, rompendo assim com o caráter de assimetria tão comum a contextos de pesquisa no qual o “suposto saber” do pesquisador se sobrepõe ao que os participantes podem oferecer e desenvolver, também assim, a partir do papel ativo dos envolvidos e a constante atenção do pesquisador ao que surge no decorrer da pesquisa, integrando momentos distintos dos processos envolvidos na pesquisa.

Escreve González Rey (2005):

As etapas de coleta e análise de informação aparecem na pesquisa qualitativa como um continuum em que se interpenetram, o que por sua vez gera a necessidade de buscar mais informação e de usar novos instrumentos. A linha condutora que une ambos é a produção teórica do pesquisador. O significado da informação não surge

como produto de uma sequência de dados, mas de sua integração no processo de pensamento que acompanha a pesquisa. (p.77).

Um conceito que traz à tona as já mencionadas características flexíveis e dinâmicas quando da produção de conhecimento é o de **zonas de sentido**, geradas a partir deste processo, que dado o caráter ativo e dinâmico da pesquisa, permitem construir e aprofundar pontos surgidos quando da prática da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 1997; MORI & GONZÁLEZ REY, 2011), assim não se limitando ao que se tem como discurso ou “dados” representados nos registros; ao que resgatamos os conceitos de configurações e sentidos subjetivos, estes não surgirão de maneira cristalina e concreta; logo, não se trata de uma simples análise semântica do que surge no diálogo com os participantes, mas sim, de uma complexa trama que se dá durante o processo de pesquisa. Por zonas de sentido, se compreende: “Zona de sentido representa uma forma de inteligibilidade sobre a realidade que se produz na pesquisa e não esgota a questão, mas abre possibilidades para diferentes aprofundamentos na construção teórica.” (González Rey, 2007).

Logo, estas formas de inteligibilidade não se tratam de produzir e apresentar “leis” ou “respostas” definitivas sobre os fenômenos em questão, e sim, gerar novos caminhos a serem percorridos na produção e construção de conhecimento. Pensamos que a ciência é algo processual e referente a seu contexto histórico-cultural específico, portanto o não-esgotamento da questão é visto como algo presente na produção científica, possibilitando que um fenômeno nunca seja tomado como “coisa em si”, a exemplo de etiologias e diagnósticos, mas como algo a ser abordado, compreendido e contemplado de distintas maneiras ao olhar dos que o fazem a partir da produção científica.

Ressaltado este caráter processual e não linear da Epistemologia Qualitativa, passemos agora a compreensões que clarifiquem como se dá a produção de conhecimento. Novamente, ressaltamos a postura ativa e implicada dos envolvidos no processo de pesquisa; um bom contexto dialógico entre os presentes, o que explicitaremos melhor adiante ao abordarmos o que se compreende como **cenário de pesquisa** é fundamental para tanto; pelo diálogo e sistemas conversacionais podemos contemplar um cenário no qual “os participantes se envolvam em conversações nas quais suas expressões não sejam unicamente respostas isoladas a estímulos apresentados pelo pesquisador, mas verdadeiras reflexões e construções que se articulam em um sistema no curso da conversação” (González Rey, 2011, p. 51).

Isto significa que a postura adotada pelo pesquisador ao utilizar de sistemas conversacionais abertos e dinâmicos que convidem e integrem os participantes ao processo de pesquisa, assim como os desdobramentos do que se dá na construção da informação, por meio

de indicadores e categorias sendo construídos, contemplam a construção da informação como algo essencialmente processual. Ao reconhecer que todas as pessoas têm histórias e subjetividades únicas, busca-se a produção de conhecimento a partir destas. Isto já nos permite iniciar uma compreensão do método construtivo-interpretativo e dos princípios ontológicos importantes desta, a exemplo da singularidade de todos os processos:

O valor do singular está estreitamente relacionado a uma nova compreensão acerca do teórico, no sentido de que a legitimação da informação proveniente do caso singular se dá através do modelo teórico que o pesquisador vai desenvolvendo no curso da pesquisa. A informação ou as ideias que aparecem através do caso singular tomam legitimidade pelo que apresentam para o modelo em construção, o que será responsável pelo conhecimento construído na pesquisa. Se o critério de legitimidade for empírico ou acumulativo, o caso singular não tem legitimidade como fonte de informação. (GONZÁLEZ-REY, 2005, p.11).

Portanto, aqui podemos compreender um dos princípios fundamentais do método construtivo-interpretativo: **a singularidade de todos os processos**. O valor do singular é intrinsecamente ligado ao conceito de indivíduo este único e que vivencia seus processos de maneira igualmente única e singular, de maneira ativa e resoluta, não se tornando vítima e se posicionando frente a eles; rompendo com supostas leis universais e padrões de desenvolvimento que contemplam de maneira geral e massificante os devires humanos. Conforme González Rey,

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

Ao que conceituamos “sujeito” como um ser ativo, produtor de sentidos e que ocupa e transforma diversos espaços sociais, relacionais e pessoais, temos aqui uma categoria importantíssima no que se propõe nesta pesquisa; este sujeito ativo e singular terá em sua história de vida vivências únicas e particulares, se postando de maneira ativa no mundo, em especial no que diz respeito aos processos saúde-doença, o foco desta pesquisa. Desta forma, cabe ao pesquisador reconhecer tal singularidade e tratá-la de maneira que não limite o sujeito à teoria e ao método em si, e sim concebê-los como ferramentas que auxiliem na compreensão destes e de suas produções subjetivas.

Retomando os já mencionados “sistemas dialógicos”, chegamos aqui a outro princípio da Epistemologia Qualitativa: A **comunicação**, vista como a abertura e construção de cenários e processos dialógicos que permitam a expressão dos participantes e pesquisador. A partir de tal cenário, se pode construir algo que transcenda a “impessoalidade” de maneiras

tradicionais de pesquisa; em um cenário dialógico no qual os atores estejam devidamente implicados e dedicados ao que se constrói em conjunto, a emergência subjetiva destes, em especial dos participantes que se propõe a serem integrantes da pesquisa. Tendo a conversação como sistema crucial que nos permite avançar sobre o que se está em questão no âmbito da pesquisa,

A conversação representa uma aproximação do outro em sua condição de sujeito e persegue sua expressão livre e aberta. Nas conversações, devemos partir do mais geral ao mais íntimo, aproveitando os momentos em que a própria conversação vai entrando nessas experiências. A conversação é um sistema que nos informa as características e o estado dos que nele estão envolvidos, e esta informação é a que nos indica os limites dentro dos quais nos moveremos. (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 49).

Aqui se pode contemplar a conversação, um sistema de comunicação, como meio privilegiado de construção de conhecimento, ao vê-la como meio de conhecer as expressões subjetivas em questão, sempre reconhecendo sua não linearidade e seu caráter configuracional. Sobre aqueles que estão presentes no contexto de pesquisa como participantes escreve González Rey:

O sujeito pesquisado não está preparado para expressar em um ato de resposta a riqueza contraditória que experimenta em face dos momentos que vive no desenvolvimento da pesquisa. A resposta, como construção complexa que implique o sujeito se desenvolve no curso da pesquisa. Os assuntos que recorrem à expressão do sujeito se reproduzem de diferentes formas nas técnicas e momentos de uma pesquisa, e o cenário que facilita esse desenvolvimento é a comunicação entre pesquisador e pesquisado e dos sujeitos pesquisados em si. (GONZÁLEZ-REY, 2005, p.55).

Sendo assim, nos é explícita a riqueza proporcionada em um cenário de pesquisa no qual se estabelece um bom contexto dialógico; respostas diretas e aparentemente “concretas” não podem ser tomadas como algo absoluto ou inquestionável; as contradições, hesitações e o que não é expresso diretamente podem ser construídos hipoteticamente como indicadores relevantes no curso da pesquisa. Portanto, pode-se dizer que não há cenário de pesquisa ou possibilidades de realização de uma pesquisa sem que haja comunicação entre os participantes por meio de nossos pressupostos epistemológicos. É também importante ressaltar que a busca por espaços dialógicos que permitam a expressão plena dos presentes no âmbito da pesquisa prima por algo que rompa diretamente com os métodos tradicionais de pesquisa não apenas por desejarmos maior proximidade dos participantes, e sim, pela busca de uma riqueza ontológica que não contemplamos nestes métodos tradicionais, por motivos já mencionados. A subordinação ao meramente empírico, à quantificação, aos testes padronizados e a todas as ferramentas que aqui classificamos como “impessoais”, demasiado instrumentalizados,

permeou as ciências antropológicas por um tempo significativo, e nisto reconhecemos um significativo prejuízo epistemológico. (GONZÁLEZ REY, 2005)

Por fim, explicitamos mais uma significativa diferença entre os sistemas e dinâmicas conversacionais e a epistemologia centrada na resposta:

Nas conversações, constroem-se verdadeiros trechos de informação entre os participantes que ampliam seu compromisso pessoal com o tema em questão. Diferentemente da epistemologia centrada na resposta, o conversar não é dirigido à produção de um conteúdo suscetível de ser significado imediatamente pelo mesmo artefato que o produziu: a conversação busca, sobretudo, a expressão compromissada do sujeito que fala. (GONZÁLEZ REY, 2005, p.48).

Sendo assim, rompemos definitivamente com as ferramentas e métodos apriorísticos e indutivos; as hipóteses e demais considerações do pesquisador surgem no decorrer da pesquisa, e não antes dela, como os tradicionais modelos hipotético-dedutivos. Tal perspectiva nos leva a outro paradigma significativo de todas as ciências: O conhecimento produzido visto como algo neutro e asséptico, sem maiores implicações dos envolvidos. A ideia de ciência neutra, despida de cargas políticas, ideológicas, culturais, sociais e subjetivas nos parece algo utópico, algo ingênuo, pois reconhecemos os processos humanos como implicados e carregados de marcas dos que deles participam.

Podemos aqui utilizar de um conhecido exemplo histórico de produção científica que mudou o curso da humanidade: As pesquisas atômicas, dos anos 1910-1950, que culminaram no infame “Projeto Manhattan”, a criação da bomba atômica pelos EUA, capitaneado pelo físico J. Robert Oppenheimer (MACHADO & NARDI, 2006). Logo, façamos um breve questionamento histórico: Que espécie de “neutralidade” poderia haver em semelhante produção? Buscamos aqui este exemplo a fim de ressaltar algo que teve consequências deveras significativas para os seres humanos de todo o planeta – a construção de armas de destruição em massa capazes da aniquilação da própria espécie, algo que alterou profundamente vários cenários globais, da guerra à maneira que países são reconhecidos em sua força e poder. Sendo assim, chegamos ao terceiro pressuposto fundamental da Epistemologia Qualitativa: **O conhecimento como produção humana**. Reconhecemos a produção de conhecimento como algo intrínseco aos contextos que o permeiam, e principalmente, as implicações dos que são sujeitos nestes processos. A ideia de ciência neutra, algo etérea, nos é completamente descartável, pois remete a simplificações e reducionismos das mais diversas ordens possíveis, nos quais se descarta a implicação daqueles que o produzem e os fins para que se produza conhecimento. A ciência nos é algo fascinante e fundamental para o desenvolvimento da humanidade, logo, que se reconheça o

quão complexa é e os pormenores de seu estabelecimento, produção e diversas linhas, áreas e abordagens teóricas de conhecimento.

Portanto, aqui vemos os três pressupostos da Epistemologia Qualitativa como conceitos complexos e profundamente interligados em um arcabouço teórico; sua indissociabilidade nos leva a reconhecer o valor do teórico na produção de conhecimento, em especial quando nos é apresentado de maneira a tornar inteligíveis os processos relacionados aos fenômenos em questão, de maneira não linear e não apriorística; aqui temos três pressupostos que, “entrelaçados”, compõem uma maneira de fazer pesquisa que não se mostra de maneira desprendida da realidade dos que a fazem, os reconhecem como sujeitos destes processos e implicam a comunicação entre estes, tornando assim o “fazer ciência” algo repleto de possibilidades, desdobramentos e diferentes maneiras de compreender os fenômenos humanos. Isto não representa um “ecletismo epistemológico”, e sim, o reconhecimento de que não há “leis” ou “verdades” duras e absolutas no que diz respeito à produção de conhecimento.

6.2 Cenário de Pesquisa e Participantes

A pesquisa se deu com 04 participantes, independentemente de gênero, etnia ou idade, sendo o único critério para escolha o fato de terem sido diagnosticados com alguma condição de cardiopatia crônica, a fim de contemplar históricos de vida com momentos distintos e complexos em relação aos fenômenos em questão, gerando subsequente inteligibilidade a respeito dos processos saúde-doença e subjetividades quando nesta perspectiva. O contato será estabelecido pelo pesquisador, e respeitando as possibilidades e disponibilidades dos participantes, serão definidos e acordados os *settings* de realização das atividades da pesquisa, a fim de que um bom cenário de pesquisa, rico e dialógico, seja construído.

Em nossa definição, o cenário de pesquisa surge como mais que o simples espaço físico e quantidade de participantes presentes no momento de construção da informação, como define González Rey (2005):

Entendemos por cenário de pesquisa a fundação daquele espaço social que caracterizará o desenvolvimento da pesquisa e que está orientado a promover o envolvimento dos participantes da pesquisa. É precisamente no processo de criação de tal cenário que as pessoas tomarão a decisão de participar da pesquisa, e o pesquisador ganhará confiança e se familiarizará com os participantes e com o contexto em que vai desenvolver a pesquisa. (p. 83).

Portanto, este cenário supera o simples rigor técnico utilizado em protocolos de pesquisa que não prezam por subjetividades quando do desenvolvimento da pesquisa, conforme nossas críticas anteriores a maneiras de se fazer ciência tradicionais; ao buscar um espaço onde se estabelece um contato legítimo entre os presentes e ao que se estabelece uma relação de confiança e reciprocidade, se pode compreender a partir desta relação elementos e produções subjetivas de maneira mais ampla, recíproca e direta.

Durante o trabalho de campo, foi também discutida e aceita a proposta da presença de um profissional da saúde que atua no campo da cardiologia como participante, a fim de levantar questões e posicionamentos sobre um lado que parece sufocado em críticas e questionamentos, reconhecendo e investigando também a dimensão subjetiva deste profissional, assim gerando maior inteligibilidade sobre os fenômenos propostos a serem pesquisados.

6.3 Instrumentos

Na proposta epistemológica que adotamos, concebemos os instrumentos como agentes geradores de dialogicidade e inteligibilidade, ou seja, ferramentas para que a abertura ao diálogo, à reflexão e à expressão subjetiva dos atores do processo de pesquisa seja facilitada e possibilite a construção de informações a respeito do que foi expresso e conversado no ambiente de pesquisa. Longe da simples aferição e coleta de informações a serem reproduzidas integralmente, pensamos os instrumentos como ferramenta flexível, viva e dinâmica para que se possa produzir conhecimento a partir de um cenário de pesquisa e demais práticas pertinentes a esta. (GOULART, 2013, GONZÁLEZ REY, 2011, 2012, 2017).

6.3.1 Dinâmica conversacional

Tendo já ressaltado as possibilidades que emergem a partir de um bom cenário de pesquisa e subsequente contexto dialógico estabelecido entre os participantes do processo de pesquisa, temos a conversação como elemento primordial e crucial para nossas práticas. Escreve Silva (2008) sobre a conversação:

[...] um processo vivo e dinâmico cujo objetivo é propiciar à pessoa estudada falar sobre campos significativos de sua experiência pessoal e, conseqüentemente, possibilitar ao pesquisador a visibilidade de indicadores, elementos hipotéticos que surgem durante a processualidade da fala do sujeito. (p.67).

Portanto, temos por meio desta algo que nos proporcione a riqueza epistemológica tão almejada no processo de pesquisa; ainda que nos seja claro que é impossível a apreensão completa e integral de um fenômeno, vemos o diálogo como elemento rico e amplo no que diz respeito à construção da informação, pois dele advirão possibilidades de construções de indicadores, emergências de configurações subjetivas e produções de sentidos subjetivos por parte dos envolvidos no processo. Ainda que estes não estejam acessíveis de maneira direta, compõem as configurações subjetivas daqueles que estão implícitos no diálogo, revelando assim que a emergência subjetiva a partir de cenários dialógicos, a respeito da dinâmica conversacional, se dê de maneira a compreender os fenômenos em questão a partir de uma construção de informação realizada pelo pesquisador, com a implicação direta e ativa dos demais participantes.

Também é importante ressaltar que em um contexto dialógico, rompe-se com a formalidade e o apriorismo de métodos tradicionais de pesquisa; vemos a dinâmica conversacional como um instrumento de pesquisa repleto de diferentes tensões, desdobramentos e momentos ao que os diálogos são estabelecidos. Logo, a dinâmica conversacional não é um instrumento “fechado”, tomado como “coisa em si” como questionários, escalas ou testes padronizados, e sim, um instrumento que propicia a emergência dos indivíduos em questão, não mais vistos em uma postura passiva e acrítica dos processos de pesquisa dos quais participa.

6.3.2 Complemento de frases

O complemento de frases, que consiste em algo que “[...] se organiza em torno de um número variável de frases que a pessoa estudada deve completar, e que sempre tomam formas singulares a partir do que é relevante para quem as responde. [...] é sempre apresentado aos participantes da pesquisa depois que o clima dialógico foi constituído dentro do grupo pesquisado (GONZÁLEZ REY, 2010, p.6) será trabalhado como “instrumento aberto para o estudo da subjetividade” (González Rey, 2010, p. 6), utilizando-o não como instrumento fechado ou como fim em si mesmo, mas com a finalidade de apreender a singularidade no que é expresso por meio do conteúdo presente nas frases. Foram utilizadas nas frases temáticas relacionadas à saúde, cardiopatia, cronicidade, dentre outros aspectos, mas que foram diversas vezes mudadas no curso da construção de conhecimento, o que evidencia mais uma vez o caráter flexível dos instrumentos. Sobre estes, escreve González Rey:

Os instrumentos são usados dentro de uma perspectiva que vai além do instrumentalismo, tão dominante na Psicologia. Não são os critérios de sua construção que definem o valor dos instrumentos, mas é a qualidade da informação que eles propiciam que deve ser construída e interpretada pelo pesquisador. (2010, p.4).

Portanto, ainda que tenhamos criado hipóteses e imaginado possíveis situações no decorrer da pesquisa, devemos manter-nos abertos à vasta gama de cenários, possibilidades e emergências no decorrer da pesquisa, sem ater-nos por demais aos instrumentos em si. Sobre termos gerais do contexto de pesquisa, escreve González Rey:

[...] o sujeito participante da pesquisa é compreendido a partir de sua expressão aberta, autêntica, capaz de expressar seus desejos, necessidades e contradições, processos esses que não aparecem de forma direta na palavra, mas através de elementos indiretos que recebem significado pela interpretação do pesquisador. A pesquisa se baseia em uma relação dialógica orientada para a abertura de novos espaços de troca e reflexão que, pela sua autenticidade, vão envolver as emoções do sujeito, condição essencial para a emergência dos sentidos subjetivos. O pesquisador aparece envolvido em uma troca permanente de ideias com as pessoas que participam do projeto, convertendo o espaço da pesquisa em novo espaço social para os participantes. (2010, p. 5).

Sendo assim, a metodologia empregada se prestou à construção de informação em um cenário amplo e dinâmico a fim de compreender os fenômenos em questão de maneira que seja contemplada a devida complexidade e riqueza destes, com participação ativa dos presentes e, epistemologicamente, em permanente tensão em diferentes momentos da produção de conhecimento.

As frases utilizadas neste instrumento buscaram contemplar aspectos referentes aos diálogos e informações construídas a partir destes, dizendo respeito principalmente à história de vida e produções subjetivas dos participantes. Reconhecendo o caráter singular de cada um destes e de suas experiências, buscou-se atrelá-las ao tema, mas obviamente ocorreram variações entre elas, em especial no participante profissional de saúde. A temática da “saúde” foi a mais presente, com frases a serem completadas bastante semelhantes entre os participantes, a fim de proporcionar expressões subjetivas sobre um tema que é tão importante, mas ao mesmo tempo tão abstrato. A temática familiar também é marcante, ao que todos os participantes expressaram o valor significativo que suas relações familiares tinham em suas vidas, permitindo novas construções hipotéticas quando da realização deste instrumento. Por fim, as especificidades de cada participante são mais explícitas nas últimas frases usadas nos complementos, com perguntas mais direcionadas a fatos específicos de suas vidas.

7 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

Esta pesquisa contou, em seu trabalho de campo, com três participantes acometidos de cardiopatias distintas e dois profissionais de saúde com experiência na área de cardiologia. Se buscou olhares diferentes a respeito dos fenômenos em questão, tendo em vista o quão variado e multifacetado o campo da saúde é, o que não é diferente nos fenômenos das cardiopatias. Ao buscar pessoas de diferentes tipos de acometimentos, formações e leituras sobre o fenômeno, fugindo do vínculo institucional presente em diversas pesquisas sobre o campo da saúde, pôde se ter um olhar mais amplo e livre de amarras institucionais, tais como a categorização amorfa dos grupos de pacientes. Os casos a seguir buscam refletir e contemplar os fenômenos em questão levantados nesta pesquisa em sua fundamentação teórica.

7.1 O Caso. S.L.: Adoecimento Silencioso, Diagnóstico Raro e Mudanças

S.L. é uma mulher de 38 anos, natural de São Paulo – SP. Possui dois irmãos, ambos os pais vivos e uma extensa família espalhada por todo o país, principalmente em sua cidade natal. É formada em comunicação social, trabalhando na área como autônoma, dona de uma microempresa numa região afluyente de sua cidade natal. Foi diagnosticada com um sopro no coração ao nascer, sendo sua condição considerada congênita, posteriormente revelada como um problema crônico arterial que necessitava de intervenção cirúrgica.

7.1.1 Construção do cenário social de pesquisa

Conheci S.L. por meio de redes sociais da internet, em grupos nos quais se discutia sobre, dentre outros assuntos, política, economia e cultura. Estabelecemos uma relação cordial rapidamente, e certo dia, ao conversarmos sobre a saúde pública no Brasil, comentei com S.L. o tema de minha dissertação. S.L. relatou, de maneira descontraída, que poderia ser uma participante. Ao ouvir sua história de vida, vi que S.L. poderia ser de fato uma possível participante. S.L. aceitou prontamente a sugestão. Encontramos-nos pela primeira vez em uma de suas viagens de negócios, na região central de Brasília. Ela se mostrou fascinada por participar de uma pesquisa que a permitisse falar de sua condição, que por mais que estivesse controlada, era algo raro e incomum, que a maioria de seus interlocutores quando falava do problema não parecia compreender.

7.1.2 Processo de construção da informação

7.1.2.1 Dinâmica conversacional

Ao iniciar nosso primeiro encontro, reiterei a S.L. que se expressasse da maneira que julgasse melhor, informalmente. S.L. sorriu e iniciou seu relato, com um forte sotaque da região de São Paulo, sorrindo e buscando se abrir desde então:

– Então Matheus, eu fui diagnosticada com sopro quando eu nasci. Mas os médicos disseram pros meus pais que não era nada grave... Achavam até charmoso ter um sopro, meu!

– Como assim, “charmoso?” Os médicos não explicaram direito? O que os seus pais acharam disso tudo?

– Não explicaram nada! Pode isso? E eu fui crescendo sem ter nenhum problema de saúde, só catapora, gripe, essas coisas que toda criança tem!

– Nada que levasse ninguém a pensar no sopro? Nem algo que vocês achassem relacionado ao coração?

– Nadinha! E eu era tão relaxada que nem me cuidava muito, comia besteira, era parada, sedentária... Mas tudo bem. Fui à escola, à faculdade, tinha meus amigos, brincava, corria, pulava, me sujava... Tudo que gente dessa idade faz! Isso até eu ter lá meus vinte e poucos anos. (descreve com suspiros e um semblante que evidencia frustração, respirando profundamente).

Aqui S.L. descreve um período cronologicamente significativo de sua vida como despreocupado e sem grandes devires acerca de sua condição de saúde, sem evidenciar grandes mobilizações e produções subjetivas acerca desta. Vivía sem maiores queixas ou sintomas aparentes, tranquila e sem necessidade de maior atenção e cuidados. Entretanto, o primeiro trecho do relato nos mostra algo infelizmente comum em práticas de saúde: O descaso dos profissionais em relação à condição que havia sido diagnosticada em seu nascimento que foi tratada como algo até mesmo banal, sem importância, por parte destes profissionais de saúde que a acompanharam. Um sopro cardíaco pode não acarretar em maiores consequências, mas ser trazido para os cuidadores da criança de maneira clara e inteligível seria a obrigação primária dos profissionais quando do nascimento de S.L., o que não ocorreu. Isto contribuiu para que seus pais não compreendessem totalmente a condição da filha, demonstrando uma total ausência de espaço dialógico entre profissionais e cuidadores. Como veremos adiante, isto trouxe graves consequências a S.L.

Ao que compreendemos a educação em saúde como processo que contemple possibilidades e espaços dialógicos entre os atores presentes que não gere apenas inteligibilidade técnica e pretensamente científica (em especial, de caráter estritamente biomédico) sobre os fenômenos e processos de saúde-doença em questão nos indivíduos que são acometidos por certas condições, mas sim, como espaço que possibilite novas possibilidades de produção de sentidos e de configurações subjetivas sobre processos de saúde, vemos este distanciamento e eventual alienação dos presentes nestes espaços como algo que vai radicalmente contra nossa visão, tornando assim as práticas e artífices técnico-teóricos da saúde algo que não se mostra como gerador e possibilitador de emergências maiores e mais plenas do sujeito nestes espaços. S.L. expressa que devido a esta ausência de maiores mobilizações e produções subjetivas dos que estavam presentes em seu diagnóstico inicial, desenvolveu um modo de vida que hoje reconhece como estritamente incompatível

com sua condição, o que acarretou em complicações que a seu ver, poderiam ser evitadas. Isto desde já evidencia o desenvolvimento subjetivo que S.L. teve ao longo dos anos de experiência com sua condição, mostrando frustração por não ter desenvolvido um modo de vida que fosse um contexto gerador de saúde e qualidade de vida.

– Mas na infância e adolescência foi até tranquilo, eu não sentia dor, nada. Mas as doenças podem ser invisíveis, né?

– De achar que estava tudo bem por não ter os sintomas...

– Isso! E mais para a frente foi piorando tudo... chega a idade adulta, chegam as responsabilidades, chega o estresse... quando eu tinha vinte e dois, vinte e três anos, fui trabalhar em uma revista bem conhecida nacionalmente, que eu realmente detesto hoje (risos). Me estressava demais, trabalhava muito, mexiam comigo, era terrível...

– Como assim, mexiam com você?

– Prefiro não comentar dando detalhes, mas você imagina. Você conhece a revista.

Neste trecho, S.L. recorre a um elemento constantemente presente em nossa subjetividade social e representações sociais sobre as doenças: A ausência de sintomas como indicador de saúde. Devido a práticas pouco difundidas de saúde como algo processual, flexível e não demasiado concreto, a busca por recursos e alternativas de saúde infelizmente é feita apenas quando se está em estado crítico, buscando serviços emergenciais. Quando S.L. fala da “invisibilidade” das doenças, reconhece que sua condição apesar de não palpável por meio de seus sentidos biológicos, estava ali, presente, revelando uma produção de sentidos que mais uma vez retoma à frustração e descontentamento por ter tido durante tanto tempo pouco a saber e sentir sobre sua condição.

S.L. continua seu relato ao dizer que na idade adulta “foi piorando tudo”, isto é, sua condição passou a se manifestar de maneira mais incisiva e pungente. Atribui sentimentos adversos à chegada da idade adulta, que ainda que sejam presentes em nossa subjetividade social associados a novas responsabilidades, não acarretam necessária e causalmente em condições adversas; podem ser excelentes oportunidades de desenvolvimento, que neste momento inicial ainda não se configuravam como tais para S.L. Em especial porque ela associa esta época de sua vida ao trabalho em uma conceituada revista nacional permeado de abusos de diversos tipos, como o esforço elevado dedicado à jornada de trabalho e os abusos psicológicos, quando diz que “mexiam” com ela. Sua evasão em detalhar os pormenores deste “mexiam” é algo que nos surge como mais um indicador de que a experiência foi de veras ruim para ela, e que este período de sua vida se configurou como algo aversivo e talvez até

traumático, o que aparenta ter culminado em maiores debilidades frente a seu desenvolvimento e seu papel de sujeito ativo frente ao que vivia na época.

S.L. também me implica diretamente neste trecho do diálogo por saber de minhas posições político-ideológicas que contrastam com as do editorial da revista, evocando minhas produções subjetivas que indicam a contradição da ciência em tentar ser estrita e precisamente neutra, algo que julgamos impossível dado o caráter singular e contraditório da subjetividade. Posso, em minha posição como cidadão e sujeito de minhas decisões e convicções políticas, conjecturar algo dadas as minhas produções subjetivas frente ao que penso sobre a tal revista, mas não me é algo forte e discernível o bastante para criar quaisquer indicadores.

É interessante notar que o “piorando tudo” em sua condição ainda não inteligível etiológica e conseqüentemente, subjetivamente, está intrinsecamente ligado emocionalmente a esta experiência, ressaltando o caráter de unidade entre corpo, mente e emoções (VYGOTSKY, 1986; GONZÁLEZ REY, 2012), revelando assim que os processos de saúde se integram de maneiras sistêmicas e complexas, contemplando um todo dinâmico que é mais que a “soma das partes” cartesiana.

– Aí fui demitida dessa porcaria de revista, Matheus... Nossa, foi ótimo! Me mudei pra cá (se refere à cidade de Brasília)... Onde você mora?

– Em um bairro próximo ao centro. E por que você veio para cá?

– Mudei por uns tempos para ver questões de emprego e vida profissional, fiquei com parentes, trabalhei aqui e ali, relaxei, apesar de saudade de casa, dos meus pais...

– Entendo. E como essa mudança foi para a sua saúde? Como você se sentiu depois de se estabelecer por aqui?

– Meu corpo foi melhorando, e como tinha mais tempo e clareza para pensar em mim, resolvi entrar na academia, fazer musculação. Mas me senti mal de estar ali, só pessoas com corpos enormes, musculosos, que viviam em função daquilo, eram arrogantes, nojentos! Eu me senti mal de estar ali, fiquei um tempo e mudei de ideia, saí fora.

Aqui S.L. revela que a demissão da revista eliminou, ainda que superficialmente, grande parte de suas queixas apresentadas antes. A mudança para Brasília surge como indicador de corroboração deste novo bem-estar encontrado com a mudança de ares em sua vida, agora menos exigente e atarefada do que quando estava em São Paulo trabalhando para a revista. Suas redes sociais aparecem aqui de maneira a ser vista como crucial em sua vida; possuir parentes que a auxiliavam em duas regiões distintas de um país continental como o Brasil revelam um fator importantíssimo em sua vida, e afetos presentes e concretos em sua vida. Revela uma boa experiência com os parentes que vivem nesta cidade, mas que sentia

falta dos pais. Isto surge com certa ambivalência; ainda que S.L. justifique os motivos de sua mudança, tudo também aparenta uma possível “fuga” do mundo conturbado que vivia em alguns contextos de sua vida na cidade de São Paulo. Entretanto, S.L. assumiu a empreitada como algo que lhe possibilitasse melhores possibilidades de vida e se estabeleceu bem, mostrando um papel ativo neste processo da mudança de cidade.

Entretanto, como vemos inúmeras vezes, o caráter singular, dinâmico, sistêmico e contraditório da subjetividade mais uma vez aparece aqui: S.L. ao entrar na academia para fazer musculação se sente insegura, intimidada e desconfortável a partir do outro, neste caso os demais frequentadores da academia, que a faziam se sentir acanhada por ter um corpo destoante dos demais e por não suportar a postura destes frequentadores, que classifica com ojeriza. Ao invés de desenvolver recursos para seu bem-estar e qualidade de vida a partir daquele espaço, S.L. desta vez foge explicitamente daquela situação, se colocando em uma posição não exclusivamente de vítima, mas de pouca firmeza em relação a um contexto com o qual se depara.

– Aí já em São Paulo, comecei a sentir novamente alguns episódios de mal-estar, e numa dessas baterias de exames fiz um ecocardiograma... Foi um susto terrível! Era uma condição grave, possivelmente fatal, bem inesperada, eu nem lembrava direito do sopro que eu tinha desde que nasci.

– Você tinha vinte e quatro anos, bem jovem... O que aconteceu depois deste diagnóstico?

– Foi um caos generalizado na minha família, Matheus. O diagnóstico ainda não estava fechado, mas nos pegamos perdidos no meio de muita desinformação e sem saber o que fazer. Apesar de o médico que deu o diagnóstico ter dito que não era pra se preocupar tanto, ficamos desesperados..

S.L. revela que sua condição, agora sinalizada como congênita, ou seja, uma disfunção presente desde seu nascimento, passava a mobilizar ela e seu núcleo familiar de maneira forte e incisiva, o que nos indica que processos de adoecimento presentes em um núcleo próximo e permeado de afetos como a família de SL se desdobrou neste caso em produções subjetivas de todos os presentes de maneira que sentidos subjetivos relacionados a sentimentos de angústia e desespero foram o caminho inicial desta produção, principalmente devido à falta de informação e pouca inteligibilidade frente a esta condição. Logo não havia grandes produções subjetivas que a colocassem em uma posição ativa e dotada de recursos frente ao processo, se tornando refém deste cenário que define como caótico inicialmente. Mais uma vez surgem os sentimentos e questionamentos de S.L. em relação aos profissionais de saúde; vê o que foi dito pelo médico como algo contraditório e não acolhedor a sua condição de angústia tendo em vista o novo diagnóstico, que ainda que não fosse algo “preciso”, a ser nomeado dentro

dos protocolos científicos da medicina, já passa a ser enunciado como “grave” e “possivelmente fatal”, aspectos que invariavelmente impactaram S.L. emocionalmente. Ela reconhece que este momento inicial do diagnóstico foi permeado de tensões e não aponta quaisquer recursos ou mobilizações que tenham a tirado deste estado de torpor e desespero, assim como seu núcleo familiar; já que não havia produções e configurações subjetivas produzidas por S.L. em relação a seu adoecimento; o que havia era uma produção subjetiva referente à subjetividade social que vê os termos “grave” e “fatal” como profecias e sentenças de finitude, desespero e impotência em relação a condições de adoecimento.

Sua família, que sempre surge como importante rede de apoio, é sinalizada como partilhando dos sentimentos e sentidos de S.L. neste momento; quando menciona o “caos”, S.L. menciona de imediato sua família, que indubitavelmente também esteve fragilizada neste momento inicial, sem conseguir efetuar grandes desdobramentos em relação à condição recém-descoberta dela. Aqui podemos notar que na subjetividade social de um grupo, por menor numericamente que seja, um fato como o adoecimento de alguém próximo pode abalar e passar a configurar subjetivamente novos devires dos presentes neste contexto, como foi o caso da família de S.L., que ao sentir que algo grave se anunciava, seus sentimentos e emoções imediatamente se mostraram fortes e explícitos no “caos” que ela relata.

– Aí fui pegar segundas opiniões de médicos, né? Fui em três diferentes e cada um me deu um diagnóstico! Essa parte foi... acho que não tenho palavras pra explicar. Você que é da saúde, faria algo assim?

– Eu não dou diagnósticos (risos), mas o que aconteceu? Faltou ética?

– Huum... Acredito que não, mas parecia uma lanchonete que você escolhe algo no pedido e vem o que você aponta. Um disse que eu ia morrer, o outro disse que não era nada e o outro disse que eu precisava de um transplante o quanto antes. E nenhum nome para o que eu tinha. Como essas pessoas esperam que a gente se sintam?! Eu entrei em pânico!

Esta parte da conversa com S.L. é tocante porque mais uma vez vai de encontro ao que definimos como “educação em saúde” e continua a revelar a postura de assimetria, negação do outro e culto estrito aos ditames biomédicos, sem qualquer implicação de espaços dialógicos e legitimação do outro; quando S.L. compara a maneira que recebe dos médicos os diagnósticos a uma lanchonete, descreve estes momentos como algo frio, trivial e banal por parte dos profissionais, mesmo que se tratasse de algo potencialmente debilitante para ela; um diagnóstico de morte anunciada é algo que pode mobilizar profundamente os sentimentos de qualquer indivíduo e acreditamos que neste contexto o diálogo se faz fundamental. Ao invés disso, assim como no caso do sabidamente invasivo e meticuloso procedimento do

transplante, S.L. foi negada como um “outro” com sentimentos, emoções e demais produções subjetivas, tornando-se, a exemplo de quando nasceu, um mero objeto a ser identificado e diagnosticado de acordo com manuais e demais artifícios teórico-científicos. S.L., já fragilizada pelo diagnóstico inicial, torna-se mais angustiada e desesperada ainda, definindo que entrou em pânico – não vamos nos ater aqui aos diagnósticos psicopatológicos sobre definições de pânico, mas sim, a uma expressão de um sujeito que utiliza a léxica da linguagem para expressar o quão aterrorizada se sentiu durante este processo.

Ainda sobre a linguagem, a questão de “não haver um nome para o que tinha” revela algo também intrínseco à subjetividade social do campo da saúde, que incute em inúmeros desdobramentos: O peso do diagnóstico, que ganha relevância na identidade das pessoas acometidas de certas condições e passa a se configurar subjetivamente a partir da experiência de pessoas adoecidas (ILLICH, 1976; GONZÁLEZ REY, 2012, 2017), nas quais até mesmo questões como o nome, o lugar de origem, as emoções e a história de vida se dissipam por trás de uma classificação qualquer (BASAGLIA, 1985, FOUCAULT, 1975), fazendo com que o diagnóstico se torne uma “coisa em si” distante de produções subjetivas em relação aos processos de saúde-doença que propiciem desenvolvimento e novos recursos para que se viva com qualidade. Nestes momentos iniciais, a realidade de S.L. ainda era pouco propícia a um desenvolvimento subjetivo que a qualificasse como sujeito do processo. Ela segue a dinâmica com uma significativa mudança de expressão facial ao mencionar os próximos passos que tomou depois destes momentos terríveis:

– Aí cansei desses carinhos de jaleco e fui no INCOR, referência nacional em cardiologia. Fui atendida por um conceituadíssimo médico, você já ouviu falar dele? Doutor J., fez cirurgias em políticos e tal...

– Sim, o conheço. Como foi a abordagem dele? Foi como os outros?

– Não! Ele me viu, conversamos por alguns minutos, me auscultou e já fechou o diagnóstico. Era PCA (complicações no canal arterial que impedem que o sangue flua normalmente ao coração) (RIVERA et. Al., 1997), e meu coração não recebia sangue direito. Probleminhas no canal arterial, você deve ter lido sobre, né? (risos) Aí fomos em frente...

Novamente persiste a importância do diagnóstico na conversa com S.L., mas de maneira distinta neste momento: Ao encontrar um profissional conceituado, no qual confia e admira seus métodos de trabalho, assim como sua reputação, ela se sente mais confiante e tranquila em relação ao processo que vivia; o *curriculum* do profissional e suas experiências prévias fazem ela conferir uma imensa carga valorativa a ele, revelando assim um apreço pelo renome, mas também por reconhecer que este renome vinha do fato de ser um excelente

profissional, como constatou ao receber o diagnóstico. Mostra-se descontraída a partir do momento que pode nomear sua condição, indicando que saiu da condição de angústia e desespero iniciais, por ter passado a ter algo claro, concreto e palpável sobre o que a acometia. O médico se expressa reflexivamente em termos inteligíveis a S.L., fugindo da postura essencialmente tecnicista e cheia de jargões, criando assim um interessante espaço dialógico com ela.

Logo, aqui podemos ver aspectos relacionados à subjetividade social do campo da saúde, e ousamos dizer, do trabalho em geral; especialistas de renome são de imediato valorizados e confiáveis, sejam quais forem suas técnicas. O simples procedimento realizado pelo médico indica que S.L. a vê como uma espécie de oráculo, alguém capaz de maneiras extraordinárias de detectar algo que os outros médicos não puderam, conferindo a ele uma interessante fé por parte de S.L. a partir de suas produções subjetivas; entretanto esta valoração per se não é o bastante para que se garanta que as práticas e métodos sejam infalíveis e geradoras de saúde. Felizmente, para S.L. os métodos do tão renomado médico foram mais que suficientes neste momento, e de imediato seguiram os procedimentos necessários em seu tratamento.

– Isso é bem interessante, S. Ele era diferente mesmo pelo que você disse. Pode me contar mais do seu relacionamento com ele? Algo especial que ele tenha feito para você confiar tanto nele?

– Ah sim Matheus, ele conversou comigo! Nossa, achei estranho, mas ele era ótimo! Estranho porque nenhum outro conversava, só lia prontuário e aqueles risquinhos dos exames, nem olhavam nos olhos. Isso que me fez gostar dele de cara. Ele me explicou o que eu tinha e eu entendi bem, nem senti raiva dos outros na hora.

Este momento da conversa é tocante porque S.L. nos dá a primeira vez que podemos reconhecer algo que seja de fato “educação em saúde”; aqui ela expressa claramente a primeira experiência após vinte e quatro anos de vida convivendo com uma cardiopatia congênita que um profissional da saúde realmente a implicou em um contexto dialógico e propiciador de desenvolvimento, tornando inteligível sua condição a partir de sua produção subjetiva com as novas informações e fazendo senti-la confiante por saber que estava implicada no processo e que passava a se sentir mais que um conglomerado de sintomas e aparatos diagnósticos. Quando menciona que nem chegou a sentir raiva dos outros, explicita o quão diferente foi a experiência com este profissional que a tratou como sujeito do processo; ainda que naquele momento não tenha sentido raiva dos outros, os menciona com um tom de deboche e desdém, indicando que os tinha com asco e, devidamente, como referências negativas sobre trabalhos e abordagens na saúde. O contato com o outro e os espaços

dialógicos são agora devidamente evidenciados na história de S.L., que valoriza o “olhar nos olhos” e o contato direto com aqueles nos quais confia sua saúde de acordo com suas capacidades.

– Agora vamos ao que interessa.

– S.L., toda a nossa conversa me interessa! São os agora procedimentos, certo?

– Sim, sim! Ele disse para mim e para a minha família que o médico que me consultou quando eu nasci era um merda, um incompetente, um imbecil, não com essas palavras, claro... Sabe por que? Por que era pra eu ter sido operada quando nasci! Ou seja, fiquei evoluindo essa PCA por vinte e quatro anos, era pra ter corrigido isso com... vinte e quatro HORAS de vida!

S.L. volta novamente a fatos passados, desta vez com a anuência e legitimação do médico sobre procedimentos não realizados que teriam culminado em um cenário distinto para ela, evocando sentimentos de raiva em relação aos profissionais anteriores ao Dr. J. O viés biomédico presente em nossa subjetividade social persiste na fala de S.L., anunciando os procedimentos como “o que interessa” em nossa dinâmica conversacional. Ainda que sejam algo de fato interessantíssimos nesta dissertação, fica claro desde o início desta que não é este o foco principal dela, mas vemos que a ideia de “saúde” ainda é extremamente centrada em diagnósticos, protocolos, sintomas e coisas do tipo. Esta é uma das principais razões pela qual vemos a teoria da subjetividade como sistema amplo e possibilitador de inteligibilidade e compreensão maior dos fenômenos humanos, neste caso na educação em saúde, pois não nos limitamos a dados prontos e ortodoxos. O caráter gerador da subjetividade nos permite superar esta rigidez e ortodoxia, e assim buscamos fazer.

Em sua fala, S.L. se atém aos diagnósticos e trâmites médicos com frequência, mas por meio destes revela suas emoções e produções de sentidos subjetivos e configurações subjetivas por meio do que diz. No que tange às configurações subjetivas, acreditamos ser este o momento chave no qual suas mobilizações e subjetivação frente ao adoecimento começam a ganhar forma devido às seguidas produções subjetivas referentes ao que sua condição se torna tangível subjetivamente, no qual passa a, ainda timidamente, posicionar-se de maneira ativa no processo, capaz de reconhecer o que a afligia e se engajando na busca por alternativas e terapêuticas que lhe promovam saúde e bem-estar.

– Ele marcou a cirurgia imediatamente, no INCOR de São Paulo. Eu sabia que era invasiva, que ia dar trabalho, mas o pós-operatório foi ainda pior que eu esperava. Por ser uma cirurgia de caráter incomum tendo em vista a minha idade e as cardiopatias congênitas serem operadas em crianças, fiquei na UTI infantil do hospital! (risos) Isso foi bem estranho.

– Como você se sentiu depois da cirurgia? O que esperava a partir dali?

– Na hora eu nem pensei muito, só queria ter alta e ir para casa. Seguia as recomendações e tentava reagir logo. Ficava com pena das crianças que estavam ali e me sentia uma estranha no ninho, mas sabia que todo mundo era diferente. Também sabia que muita coisa ia ter que mudar o quanto antes, com a ajuda das pessoas. Mas me sentia bem, curada.

S.L., ao finalmente realizar o procedimento que aparentemente corrigiria sua condição para fins imediatos, sente um imenso alívio ao que vê possibilidades concretas e reais de melhora de sua condição. Queixa-se do pós-operatório, mas ao mesmo tempo reconhece que isto não foi de todo inesperado, ressaltando uma característica das práticas de educação em saúde por parte do médico que a auxiliaram a estar preparada e consciente do processo a ser experienciado. Manteve-se ativa durante o processo de recuperação; caráter ativo este que em uma leitura apressada parece ser apenas uma “adesão ao tratamento”, na acepção mais torpe e assimétrica desta palavra, mas que na verdade se revela como algo intrinsecamente ligado às produções subjetivas dela em relação a sua condição quando diz que buscou reagir, o que, aliado com o recurso de “aderir” às práticas, provou-se pleno e satisfatório em relação à tão desejada alta. Apesar de a onipotência da instituição médica seguir presente, ela mostra que criou alternativas e caminhos de subjetivação em relação a sua condição.

O sentimento de “cura”, que seria um termo aparentemente equivocado se tratando de condições crônicas de adoecimento não deve ser seguido literalmente – e sim, como uma produção subjetiva que expressa melhora, bem-estar e uma significativa mudança no que S.L. vivia e sentia previamente, como os sentimentos de pânico, desespero, angústia e confusão – “sentir-se curada” surge como algo que ela anuncia esta mudança, seja ela por demasiado concreta fisiologicamente ou não.

A peculiar situação de ter sido acolhida na UTI infantil, além de pitoresca, também nos é significativa pelo in de que S.L. neste momento já tinha uma compreensão ampla de sua condição – logo, ao sentir-se uma “estranha no ninho” e ver a seu redor crianças mesmo sendo uma jovem adulta, tem para si algo tangível de que sua condição era rara e conseqüentemente, de difícil diagnóstico. O olhar cuidadoso em relação ao outro também surge nestes trechos, ao expressar condescendência com as crianças ao seu redor, que passa a ver como similares, pares de uma realidade que se materializa diante de seus olhos; pessoas que têm em comum condições cardíacas congênitas, mas de histórias de vida, realidades e subjetividades múltiplas e distintas entre si.

O primeiro indicador a respeito de um modo de vida que começa a se configurar se mostra no fim da fala de S.L. neste trecho; ao afirmar que “muita coisa teria que mudar”, S.L. vai gradativamente configurando subjetivamente sua relação com a doença em um nível que

sente a urgência e necessidade de viver de maneiras diferentes; não necessariamente mais restritas ou limitantes, mas... diferentes. Dado o caráter recursivo e gerador da subjetividade, não encaramos o modo de vida como uma “prescrição adaptativa”, e sim, nas maneiras que um indivíduo, tornando-se sujeito de seus processos, dá forma e gera novas possibilidades de como viver. S.L. já passava a produzir subjetivamente alternativas relacionadas seu novo modo de vida desde a fase pós-operatória da cirurgia e contando desde então com o outro para estas mudanças, fossem profissionais, familiares ou quaisquer outras redes de apoio com as quais pudesse contar – em especial os profissionais e os espaços dialógicos geradores nas práticas estabelecidas por estes.

– Aí Matheus, eu comecei a olhar mais pro meu corpo.

– Esteticamente? (risos)

– Sabia que você ia fazer essa piada. E sim, esteticamente também! Mas como te disse antes sobre a academia, eu queria mais qualidade de vida, bem-estar mesmo. Não queria comprometer mais ainda as minhas artérias, meu coração, que é um músculo, né? Nem minhas relações (com as pessoas), nem meu trabalho, nem nada! Se fosse pra virar rata de academia, comer diferente, qualquer coisa, eu ia fazer isso. Estava decidida a mudar e encarar coisas que eu não gostava antes.

– E como foi o começo desse processo?

– Bom, eu primeiro fui a uma nutricionista. Você sabe como é, né?

– Cada profissional é um profissional, pode me contar melhor?

– Ah, veio dieta, uma verdadeira aula sobre gordura e tudo mais que prejudica o coração, essas coisas... conversamos muito. E até que não veio muita “proibição”. Mas eu me liguei em coisas que eu tinha deixado passar por anos. Gostei dela.

S.L., logo ao sair do hospital, passa a se mobilizar profundamente na busca de recursos por um modo de vida que contemple suas necessidades e demandas pós-cirúrgicas, não apenas no aspecto etiológico-biomédico, mas que subjetivamente a faça sentir bem, com seu corpo, relações com o mundo e demais hábitos. Expressa um desejo fortíssimo de não querer mais quaisquer tipos de complicações relacionadas a sua condição, afirmando isso com firmeza e segurança. A “aula” dada pela nutricionista nos é importantíssima tendo em vista os objetivos desta dissertação por ser um dos primeiros momentos nos quais “modo de vida” e “educação em saúde” aparecem indissociáveis – entretanto, aqui ressaltamos que “prescrições expositivas”, tão comuns a práticas de saúde, não são necessariamente o que contemplamos como “educação em saúde” sendo esta uma prática dialógica que auxilie nas produções subjetivas que dizem respeito à saúde das pessoas – o que, felizmente, não foi exatamente o caso com S.L. Ao que a nutricionista em sua “aula” revela diversos alimentos que podem

comprometer o coração, em especial as artérias, S.L. passa de imediato a refletir sobre o que fez no passado e como isto pode tê-la prejudicado, indicando um novo caminho de subjetivação relacionado a sua vida, em especial seu modo de vida, ao longo dos anos. O espaço dialógico estabelecido com a nutricionista passa a ser mais um dos vários espaços possibilitadores para ela, que classifica esta experiência como satisfatória.

Outro aspecto deste encontro com a nutricionista é que assim como o médico que a atendeu e realizou o procedimento cirúrgico, S.L. passa a vê-la como um outro que a implica nos processos – longe dos diagnósticos de antes, dados de maneira rígida, ortodoxa e pavorosa a ela, agora S.L. sente que há possibilidades de diálogo verdadeiras e trocas com o outro que está na posição de profissional que oferece não apenas cuidados prescritivos, mas alternativas – com a devida implicação de S.L. como sujeito ativo e gerador de novas possibilidades para si. Isto se evidencia quando ela fala que “até que não veio muita proibição” – contrariando a representação social de práticas de saúde como prescritivas e limitantes, representação esta corroborada por ela quando da consulta, se abre um novo caminho de possibilidades para, neste contexto específico, a mudança no regime de alimentação de S.L. Os alimentos são uma fonte significativa de prazer e bem-estar, além de relações construídas e configuradas subjetivamente com a comida que são presentes ao longo de toda a vida. O “temor” para com profissionais que aparentemente, dada a representação social da nutrição, podem vetar e limitar esta fonte é legítimo, em especial se é estabelecida uma dieta ou algo do tipo sem a implicação do outro nesta elaboração prescritiva. O alívio de S.L. com sua “liberdade alimentar” revela uma significativa produção subjetiva dela em seu tratamento nutricional.

Quando fala em “coisas que deixou passar”, S.L. mantém sua postura de frustração e arrependimento para com o passado, indicando também sentimentos de culpa por não ter cuidado tão bem de seu corpo, em especial em relação aos alimentos que ingeriu ao longo de sua vida. Isto é radicalmente distante de qualquer vitimização – neste momento, surge como uma auto exigência até mesmo exacerbada de cuidados consigo mesma, mesclando diversos sentimentos que indicam uma possível persistência e mobilização profunda neste momento em que se desenvolve em seu modo de vida agora profundamente articulado ao adoecimento no momento pós intervenção cirúrgica. Entretanto, isto não surge explicitamente como algo limitador ou frustrante; S.L. passa a se posicionar de acordo com as novas demandas presentes em sua vida, em especial o modo de vida singular e radicalmente distinto do anterior, que conjuntamente ao erro médico em seu diagnóstico ao nascer, prejudicou seu

organismo de tal maneira a haver a necessidade imediata de intervenção cirúrgica em uma aparentemente terna idade.

– E aí fui em frente. Passei a olhar mesmo para o meu corpo, e não só ele. Com o tempo, vi que me sentia mais feliz, mais de bem com a vida. Mudou quase da água para o vinho, porque eu não sentia... como posso dizer? Tentações relacionadas a isso!

– Que tipo de tentações, S.L.? Alguns comportamentos, tipo as tentações de São Paulo?

– Isso! E sempre pude beber, comer uma besteira aqui e ali... Mas tudo controlado. Virei a chata da família em relação a isso, fitness mesmo, sempre mandando os outros se exercitarem e se cuidarem! Mas ninguém acha ruim, nem no começo e menos ainda agora! Sabem que eu vivo assim para o meu bem, e por mais que não façam o que eu recomendo (risos), me dão o maior apoio.

S.L. aqui remete mais uma vez à unidade entre corpo e mente quando diz que ao cuidar de seu corpo de maneira mais atenta e persistente, passou a se sentir bem emocionalmente. O ver que se sentia feliz indica que seu modo de vida estava gerando novos processos de subjetivação, sem os quais não poderíamos falar de modo de vida, senão apenas de respostas comportamentais às prescrições.. A ausência de “tentações” indicam a emergência de novas motivações, que lhe permitem de forma espontânea se polir e se cercar em relação a hábitos e comportamentos que pudessem prejudica-la de imediato, revelando assim algo peculiar e contraditório.

Tudo que ela se arrependia de ter feito e parecia antes difícil de se realizar se desenvolveu e foi superado de tal maneira que surpreendeu até mesmo a S.L., que anuncia um modo de vida de acordo com o que lhe havia sido recomendado e que lhe fazia bem desde então, sentindo-se plena com o que havia conseguido estabelecer. Quando diz que virou “fitness”, S.L. relata que é uma pessoa que, contraditoriamente, se assemelha àqueles que a causavam ojeriza inicialmente nas primeiras investidas na academia e que isto passou a fazer parte de quem ela é, indicando uma produção subjetiva que revela um novo caminho relacionado a sua saúde e bem-estar.

O álcool e as “besteiras” que ingere (S.L., em um momento informal da conversa, relata um apreço muito grande por pizzas e massas em gerais, dada, entre outros aspectos, a origem italiana de sua família) não parecem prejudica-la fisiologicamente e revelam mais um indicador de bem-estar, relacionado à liberdade que tem de ingerir alimentos que em tese são terminantemente proibidos a pacientes cardiopatas, mostrando assim que seu modo de vida é articulado o bastante com os devires de seu corpo para que usufrua desta eventual liberdade.

O papel do outro aqui surge como grande legitimador e facilitador da nova empreitada de S.L.; mais uma vez sua família se mostra presente como fonte de apoio e reconhecimento do que é feito por S.L. Quando em tom descontraído se diz “a chata da família”, reconhecemos que há um espaço dialógico se tratando de emoções e afetos no âmbito familiar, no qual S.L. pode até mesmo exigir dos familiares mais próximos que desenvolvam modos de vida similares aos dela, por, investindo afeto neste contexto, se preocupar não só com a própria qualidade de vida, mas também com as dos que quer bem, a exemplo dos familiares. E sequer há qualquer animosidade; ainda que as sugestões de S.L. não se materializem nas vidas dos familiares, sabem que aquilo é para o bem dela e que neste sentido devem persistir apoiando-a e legitimando-a, mesmo que seja como “a chata da família” em relação a estes aspectos. Talvez o que S.L. diga a respeito da família durante todas as conversas seja por demais uníssono, o que pode indicar uma peculiar ausência de contradições e ambivalências por parte da família, ou simplesmente uma rede de apoio que foi forte e presente durante todo o processo, para seu próprio bem. A força e presença que nos referimos aqui diz respeito não ao “caos” e desorganização quando de seu diagnóstico, mas sim à postura familiar em lançar mão de todos os recursos possíveis quando se trata da saúde de S.L. – algo admirável, ousamos dizer.

– E que esportes você pratica?

– Musculação! E sempre que posso, corro no parque. É ótimo, gosto da sensação de endorfina liberada. Quando faço atividade física, esqueço de tudo, da minha vida corrida, do stress, da situação política do país com esse filho da puta que usurpou o poder, me divirto... Me sinto num patamar emocional bem interessante.

– Qual a frequência? Isso ocupa muito o seu tempo?

– Três vezes por semana, desde os vinte e cinco anos... Claro que às vezes não tenho tempo pela minha rotina, agora estou conversando com você em Brasília e não posso ir à academia, mas mantenho esse ritmo estável. Faço isso sem obrigação ou coisas assim, mas faço por mim. Em time que está ganhando não se mexe, né? Gosto do exercício e do que ele me proporciona.

– Quanto tempo você trabalha mesmo por dia? Como isso impacta a sua saúde?

– Não sei te dizer, Matheus. Sempre tem algum cliente, algum prazo para ser cumprido... Mas eu nunca deixo isso me prejudicar. Se o papa ou o presidente me pedem algo e estou me cuidando, isso pode esperar!

S.L. evidencia aqui mais uma vez o caráter singular e contraditório de sua experiência ao relatar o quanto passou a ter e hoje em dia ainda tem apreço pela musculação; a ojeriza do passado tornou-se algo distante subjetivamente e agora se sente extremamente bem quando pratica atividades físicas na academia de ginástica. A corrida, atividade excelente para a

circulação sanguínea (OMS, 2012), também é de seu gosto, mais uma vez revelando como seu modo de vida é bem articulado às suas demandas. Longe de ser algo que a classifique como obcecada com o corpo ou por demais focada na atividade física, o exercício se mostra em seu modo de vida como excelente ferramenta de promoção de saúde e bem-estar, que felizmente é de seu gosto, assumindo também caráter de prazer e até mesmo lúdico, quando relata que durante estas práticas se diverte e se esquece do que a aflige, passando por aspectos como a atual situação política do país que não é de maneira alguma de seu agrado. O caráter complexo e multifacetado da subjetividade é evidente quando S.L. descreve as práticas de atividades físicas; um aparentemente simples exercício ganha dimensões profundas e complexas, o que nos é um indicador de que o corpo bem-cuidado faz com que ela atinja estados de bem-estar que nenhuma outra atividade seria capaz de proporcionar e também que é uma atividade na qual S.L. se encontrou de maneira proveitosa e satisfatória, sendo assim parte integrante e crucial de seu modo de vida, assim como de sua configuração subjetiva referente a sua condição.

Em uma subjetividade social na qual o mundo do trabalho exige desdobramentos cada vez maiores por parte das pessoas, em especial no que diz respeito a disponibilidades e espaços a serem ocupados, isto facilitado pelas comunicações e informações cada vez mais difundidos, o tempo torna-se algo precioso e cada vez mais escasso; o esforço de S.L. para conciliar sua vida laboral atribulada e cheia de responsabilidades para ainda assim poder se exercitar e conseqüentemente manter sua qualidade de vida é algo que mais uma vez evidencia seu papel de sujeito ativo em seus processos de saúde. É categórica ao afirmar o caráter de extrema importância de suas práticas que culminem em saúde; por mais atarefada que esteja, não deixa que isto a atrapalhe em seus exercícios físicos e demais práticas de saúde. Em uma percepção pouco atenta e sensível, sem atenção à subjetividade, S.L. talvez pudesse ser considerada ligada em demasia a seu corpo e erroneamente classificada como patológica de alguma maneira, com “vigorexia” (DSM V, 2015) ou algo do tipo; entretanto, esta ideia nos é absurda, pois enxergamos como seu modo de vida e configuração subjetiva frente ao adoecimento são meticulosamente articulados a seu bem-estar e qualidade de vida, sem que existam grandes prejuízos em relação a suas demais relações, além da consciência expressa por ela sobre suas obrigações, responsabilidades e demais devires. Racionalizações nunca são qualquer espécie de verdade absoluta ou dado pronto no que se diz respeito à subjetividade, em especial em momentos de enorme tensão; entretanto, S.L. racionaliza sobre estes aspectos de maneira concomitante ao que expressa sobre como vive, indicando a

relevância de produções simbólico-emocionais associadas a seu modo de vida e suas posições frente a esta.

Também vemos aqui o quanto produções subjetivas que desenvolvam subjetivamente a pessoa ao ponto de se autoconhecer de maneira ampla, em especial ao próprio corpo, são mais um fator importantíssimo na educação em saúde; o espaço dialógico com o outro é igualmente crucial, mas este espaço dialógico só será fortuito se isso incutir em produções subjetivas que levem o sujeito a desenvolver-se de fato. Nos sentimos felizes e, por que não, aliviados, por este ser o caso de S.L., que a partir de orientações, conversas e diálogos com o outro pôde desenvolver e configurar um modo de vida que a contempla como sujeito ativo, dinâmico e presente em seus processos de saúde. Ao que passa a olhar para seu corpo com atenção, curiosidade e dedicação, S.L. passa a estar cada vez mais presente e feliz com as práticas de saúde que estabelece, se mostrando assim bem e em boas condições relacionadas a sua condição, outrora grave.

– E os seus relacionamentos? Você falou bastante da sua família, mas nem tanto dos amigos e...

– Meus namorados? (risos)

– Se você quiser ir por esse lado... De pessoas em geral.

– Olha Matheus, meus amigos sempre souberam muito bem do que eu passava, e alguns dos meus ex-namorados também, inclusive o atual! Mas alguns casinhos, coisas passageiras, eu nunca precisei contar, porque... Depois de um tempo deixou de ser aparente, de dar nas vistas, sabe?

– Não que fosse irrelevante, mas no momento você não abria o jogo?

– Isso! Não via porque fazer isso. Estava bem e salvo emergências, não sentia a necessidade de dizer.

Retomando o papel do outro em sua vida, S.L. nos aponta aqui algo distinto do que vinha revelando até então: Os amigos e relacionamentos amorosos surgem com um papel algo secundário em sua vida em relação a sua condição, não sendo atores remotamente tão presentes quanto seu núcleo familiar mais próximo. Ela, ao revelar que apenas amigos e relacionamentos amorosos mais vindouros saberem de sua condição, proporciona um indicador de que sua condição se tornou tão estável que se sente como esta não oferecesse mais riscos imediatos para ela, ao ponto de não necessitar tão constantemente do olhar e do cuidado do outro. Isto é algo contraditório em relação ao papel do outro que é tão fundamental quando advindo de profissionais da saúde e principalmente da família; pode nos indicar que S.L. ao relaxar esta vigilância constante deseja certo resguardo em relação ao outro com o qual tem relações algo superficiais, sem fazer de todo pública sua condição, evitando torna-la

uma espécie de “espetáculo” ou definidor de identidade. Isto nos leva a pensar que com o autoconhecimento e recursos desenvolvidos por S.L., manter-se “discreta” é mais um fator que revela seu papel de sujeito ativo em seus processos de saúde, ao conhecer seus limites, necessidades e, principalmente, não deixar que a identidade de “cardiopata” a tome por completo, se distanciando completamente de uma postura de vítima ou de qualquer outro fatalismo, a seu e nosso ver, completamente desnecessário da maneira que está agora.

Entretanto, ao não falar até o presente momento destas outras pessoas, S.L. também realça que o papel destes não foi nada comparável ao da família durante seus processos, o que nos indica que sua rede de apoio principal foi a família e estes, amigos e casos amorosos, pouco estiveram a contribuir como facilitadores e propiciadores de auxílios e espaços dialógicos durante sua trajetória, indicando que em suas tramas de processos simbólico-emocionais estes não foram de todo de grande importância na maneira que os reconhece. Aqui podemos ver mais um aspecto singular de S.L. e da subjetividade em si: Redes de apoio não são graças à quantidade, aos aglomerados quantitativos de indivíduos presentes nestas, e sim, graças à qualidade do apoio, afeto e trocas que estes estabelecem com a pessoa que necessita destas. S.L. não parece ter sido abandonada ou deixada de lado pelas outras redes; ainda que num momento de desespero e aflição, sua família e os profissionais de saúde foram o que ela necessitava em momentos de tensão e “pânico”, de acordo com as palavras da própria.

– Mas sobre a minha família hoje, tem algo mais que eu queria dizer: Quando você vê a finitude da vida escancarada, você vê que nada mais importa. O afeto é revolucionário. Foi assim comigo e é assim com todos os meus parentes. Neste ano, descobrimos uma tia com câncer de intestino, minha mãe, um câncer de mama, meu tio um enfisema pulmonar que o impede agora até de sair de casa e caminhar. E eu quase quebrei a agência, foi o pior ano financeiro da agência. Golpe e recessão no país, todos meio que adoeceram. Ao mesmo tempo, minha irmã grávida e minha primeira sobrinha vindo, a chance de recomeçarmos juntos de outra forma. Os ciclos da vida se completando. Voltamos a ter prazer nas macarronadas e churrascos de domingo. Voltamos a ter esperança. Cada encontro familiar parece ser uma vitória.

Esta expressão no trecho acima da conversa por parte de S.L. é algo fundamental para nossa compreensão do papel do outro, em especial o da família, em sua vida. Ela anuncia o quanto cruciais são suas relações familiares e como esta se porta como uma rede de apoio imprescindível em momentos adversos que os familiares vivenciam. Relata efusivamente os casos de câncer e enfisema, em especial o de sua mãe que a faz, neste preciso momento, passar por uma torrente de sentimentos, emoções e afetos que aparentemente a desorganizam subjetivamente, mas que ela assume o papel de sujeito neste processo e se porta como tal, agora cuidando dos familiares acometidos de condições graves. “Ver que nada mais importa”

nos dá um indicador da relevância tanto do núcleo familiar para S.L. e os demais parentes quanto de como a questão da finitude, da possibilidade mórbida dos desdobramentos destes adoecimentos é marcante emocionalmente para ela. A qualidade atribuída ao afeto, “revolucionário”, mais uma vez em tom efusivo, representa a relevância disto para as produções subjetivas de S.L.; o contato familiar, a possibilidade de uma finitude aparente e o quão recíprocas e carregadas de emotividade são estas relações caracterizam sua produção subjetiva não apenas neste contexto atual, mas ao longo de toda sua vida, na qual pode contar incondicionalmente com seus familiares. Ao que atribui o adoecimento, desta vez em um contexto psicológico dos familiares ao golpe e à recessão vivenciados no Brasil atualmente, S.L. reconhece que a subjetividade social familiar, assim como sua subjetividade individual, não são dissociados das condições materiais da realidade, e vê a situação político-econômica atual do Brasil como um catalisador de condições adversas, se situando subjetivamente como alguém presente na realidade, transformado e transformador desta, o que reconhecemos no caráter dialético e gerador da subjetividade. E ao relatar que o nascimento da sobrinha trouxe uma nova perspectiva repleta de possibilidades para a subjetividade social familiar como grupo, completamente contrária e oposta ao clima de morbidade estabelecido após os adoecimentos e as condições financeiras adversas no qual “todo mundo ficou doente”, indica mais uma vez que subjetivamente gera novas alternativas e possibilidades frente à vida, assim como seus familiares. É-nos fascinante tal experiência por vermos o quão rica e possibilitadora é a subjetividade; a vida que contrapõe a morte, o nascimento que contrapõe a finitude e oferece possibilidades geradoras para novos sentimentos, emoções e afetos em um núcleo familiar outrora mórbido e combalido que se faz agora alegre, cúmplice e afetuoso novamente, mas em um cenário distinto. “Voltar a ter prazer” nos encontros familiares tradicionais e principalmente, “voltar a ter esperança” nos são indicadores claros de que isto é algo significativo em uma direção que, apesar dos problemas que causaram este “adoecimento do grupo” ainda estarem presentes e necessitarem de tratamento, um novo caminho se abriu e está sendo construído, trabalhado e vivido por S.L. e sua tão importante e unida família.

– Então a principal demanda agora não é exatamente a sua saúde, mas a da sua família?

– É... Exatamente. A gente se desdobrar um pelo outro nos cuidados. Hoje eu estou muito bem fisicamente, mesmo com toda essa preocupação, como te disse, tiramos forças daqui e dali para irmos em frente. Quando a gente cuida do outro, também se sente bem. Oportunidades, né? Parece algo meio capitalista, liberal, mas gosto de pensar assim, aprende com essas coisas. Hoje não posso mais perder tempo com coisas e gente que me atrapalhem, atrapalhem minha vida e meu cuidado.

– Como você identifica o que te faz mal? E como exatamente você sente que está saudável?

– Tentativa e erro (risos), além do quanto aprendi sobre as pessoas nesses trinta e oito anos de vida. Bom, hoje posso tudo. Depois da cirurgia, virei rata de academia, como te disse. A chata da família. Fiz ioga, nadei e participei de 3 corridas de São Silvestre. Amo a prova. É uma prova de superação, o Brasil todo reunido ali, uma maratona muito emblemática.

– De cardiopata a maratonista... em algum momento você ainda sente que pode ter alguma complicação?

– Talvez sim, Matheus. Mas exatamente agora não penso mais no fatal, no ruim; penso só em continuar me cuidando e vivendo bem. E aprendendo, né? Sou bem diferente da jovem que estive na UTI infantil. Aprendendo a correr, entendeu?

S.L. conclui nossa última dinâmica conversacional de maneira categórica e resoluta, com indicadores que continuam a surgir evidenciando o quão complexa sua rede relacional-afetiva resulta em sentimentos de saúde e bem-estar a todos os atores presentes neste contexto de cuidado, em uma configuração subjetiva social do grupo que é recursiva, recíproca e elemento significativo de suporte mútuo no que diz respeito a olhar para o outro, cuidar e estar presente na vida. Ela também nos oferece uma “justificativa” sociocultural para outra de suas tramas simbólico-emocionais que de maneira alguma a vemos assim, em uma perspectiva centrada no indivíduo e em sua capacidade inata de resolução; S.L. sente que nos momentos críticos e de dificuldades aparentes tem oportunidades de desenvolvimento e de bem-estar ao se deparar e resolver estas dificuldades, por meio de produções e desenvolvimento subjetivos que passa a gerar e produzir quando destas ocasiões, o que nos é um indicador da postura ativa e resoluta de S.L. frente não apenas à sua saúde, mas à vida como um todo. Há algo que ela identifica como prejudicial a si: Pessoas e coisas que a façam mal e a atrapalhem, que ela identifica por meio de sua experiência e subsequentes produções subjetivas em seu percurso histórico de vida, identificadas por um trato “empírico” com estes. S.L. aqui se vê como madura, experiente e bem-vivida, o que se apoia em suas expressões subjetivas advindas de sua história de vida, com vários percalços e desdobramentos. O desenvolvimento subjetivo de S.L. ao longo desta história foi acompanhado ao longo da pesquisa, logo podemos ver que S.L., ao se ver como “experiente”, sente-se em uma posição ativa e dotada de recursos frente aos desdobramentos de sua vida, o que temos como um importante indicador de saúde. É claro que as produções subjetivas de uma pessoa que se sente empoderada, dona de si e por demais experiente não necessariamente corresponde com desdobramentos de uma realidade complexa, multifacetada e passível de possibilidades inúmeras; a resolução anunciada de S.L. por ela pode ser posta à prova e desmoronar em eventuais cenários adversos, mas ainda assim a vemos como interessante produção subjetiva

acerca de si, indicando uma produção de sentidos subjetivos que ao final das experiências e jornadas vividas adquiriu forte caráter de autovalorização, orgulho e reconhecimento de si para S.L.

O modo de vida que ela tanto relatou no curso da pesquisa surge como uma “conclusão” espontânea deste tópico no que se segue da conversa, com uma nova revelação de ter participado de três maratonas desgastantes e intensas. O esporte sem dúvida é um elemento fortíssimo presente no modo de vida de S.L., que a proporcionou saúde, qualidade de vida e bem-estar. S.L. em suas configurações subjetivas relacionadas ao modo de vida não se vê mais em hipótese alguma longe do esporte, que também é tido por ela em tempos recentes como algo mais relevante que os tratamentos médico-hospitalares pela força com o qual substitui os tratamentos quando a conversa se aproxima cronologicamente dos dias presentes, o que nos é algo fascinante em relação aos recursos desenvolvidos e produzidos subjetivamente por S.L. em relação às suas demandas e necessidades. O esporte como prática que propicia saúde, qualidade de vida e bem-estar é algo sabido e conhecido efusivamente, entretanto, muitos não têm a disposição, o tempo e inúmeros outros fatores para estabelecerem práticas esportivas em suas vidas. Felizmente, o caso de S.L. foi o exato oposto disso, apesar da rotina atarefada e atribulada.

Por fim, ela conclui a conversa retomando a questão da educação em saúde como prática crucial ao desenvolvimento de uma vida plena e saudável; o autoconhecimento, a autoavaliação e a sensação de bem-estar surgem aqui como indicador de como S.L. se sente agora, fruto de inúmeros desdobramentos e produções subjetivas sobre sua condição, tais como reconhecer as demandas e necessidades de seu corpo e a necessidade crucial do autocuidado. S.L. fala em “aprender”, mas não no sentido cognitivista e depositário da aprendizagem; compreendemos isto como as produções subjetivas dela acerca de suas condições, muitas vezes geradas a partir do contato pleno com o outro. E em sua última frase, “aprender a correr”, ela faz um jogo interessantíssimo de palavras que mescla de forma sutil e singular educação e saúde e modo de vida, práticas que ainda que definidas conceitualmente de maneiras distintas, estão profundamente interligadas e compoem um sistema amplo, complexo, vasto e dotado de inúmeras possibilidades: a subjetividade, que buscamos aqui como ferramenta teórico-epistemológica a fim de trazer inteligibilidade sobre sua vida e o que fê-la tão interessante para a estudarmos a fundo; esperamos tê-lo feito de maneira que contemplamos S.L. como indivíduo, sujeito e pessoa presente em uma realidade que nos pode ser tão cara e dura, mas ao mesmo tempo, dentro de seu caráter singular e contraditório, tão boa, plena e repleta de possibilidades de crescimento.

7.1.2.2 Complemento de frases

As frases elaboradas dizem respeito às questões e expressões trazidas por S.L. durante a dinâmica conversacional.

– Meu corpo para mim é...

– Um escudo. Temos um pacto. Ele me protege e eu o protejo. Tá tudo certo, por enquanto.

Esta frase é tocante no que diz respeito ao que S.L. sente em relação ao corpo de maneira profunda e vigorosa; o cuidado com o corpo que ela expressou durante as dinâmicas conversacionais nos é claro, tendo em vista seu modo de vida que passou a se configurar a partir de um significativo rigor dela para com o corpo e suas questões fisiológicas. Quando classifica o corpo como “um escudo” e remete à ideia de proteção, S.L. indica que tem o corpo como uma espécie de fortaleza, algo intransponível e extremamente necessário que esteja cuidado e não ameaçado para sua saúde. A relação de S.L. com o corpo por meio de suas expressões nos permite afirmar estes indicadores de força, proteção e firmeza perante à sua saúde.

– Minha família é...

– Já fui mais intolerante, de às vezes discutir, mas a doença e a perspectiva da morte de um parente querido te obrigam a mudar. Sempre foi um porto seguro para mim.

Esta “intolerância” de S.L. é algo que destoa do que expressou em diversos momentos; entretanto, podemos atribuir isto como um indicador relacionado a momentos de tensão que eclodem em situações adversas, típicos às relações com o outro. S.L. ter isto como algo adverso a ser “justificado” é intrínseco à sua configuração subjetiva em relação à família, a qual evita, de toda e qualquer maneira, magoar e chatear como quer que seja, pois nas palavras da própria, a família é seu porto seguro, ou seja, algo da mais suma importância afetiva, relacional e de apoio para ela. É significativa a maneira com a qual os sentimentos de morbidez e finitude dos familiares afetam S.L., não em uma perspectiva de fatalismo e desgraça, mas como espaço gerador de novas alternativas.

– O que eu mais estimo...

– Tempo. O maior dos luxos. Meditar na montanha e tomar banho de mar. Melhor terapia possível.

Aqui é interessante que S.L. estima não uma atividade em si ou algo que lhe dá prazer como a mais significativa destas questões; o tempo, que se torna escasso devido à sua vida atribulada, é o que lhe permite buscar estas atividades, sendo o grande possibilitador destas. Novamente, vemos que os espaços, cronológicos nesta frase, propícios à geração de alternativas e possibilidades têm suma importância nas produções subjetivas dela. Em uma subjetividade social na qual estamos passíveis de demandas e resoluções imediatas a estas demandas, em especial no campo profissional, reconhecemos que o tempo, algo cada vez nos mais retirado, é de real valor para que possamos produzir subjetivamente e gerar novas alternativas.

– Minha vida mudou para...

– Melhor quando decidi abrir minha empresa. Ser empresária me permitiu ser mais autêntica comigo mesma e poder criar, nas relações de trabalho, algo novo, de parceria, cumplicidade, respeito à equipe, tudo aquilo que nunca tive nas minhas experiências profissionais.

Os aspectos laborais, não tão aprofundados por S.L. nas dinâmicas conversacionais e nem tão condizentes com nossos objetivos desta pesquisa, aparecem com força significativa nesta frase, de maneira que agora se alinha com algo que determinamos como indicador anteriormente – o trabalho para S.L. não é configurado como algo simplesmente monetário ou de subsistência, mas sim, como outro espaço possibilitador de novas relações e contato com o outro, o que reflete também suas produções subjetivas relacionadas ao autoconhecimento e, em suas palavras, autenticidade – o que nos remete a ser sujeito dos processos, não em uma perspectiva liberal e individualista, mas de produção de sentidos que permitem à pessoa ocupar diferentes espaços e desenvolver novos recursos, possibilidades relacionais e desenvolvimento. Este valor relacional do trabalho para S.L. é um indicador de que sua postura atenta com o outro não se resume apenas às redes de apoio com as quais contou em momentos críticos, mas às pessoas em geral.

– Gostaria de fazer...

– Um trabalho social em 2018. Desenvolvi, até por conta da minha história de descoberta tardia do problema congênito uma relação especial com a ala infantil dos hospitais. Espero poder, em 2018, atuar como voluntária/contadora de histórias na ala infantil do HC (Hospital do Coração), hospital que me salvou ou algum outro, como o Emílio Ribas, na ala de crianças portadoras do vírus HIV.

O lugar e a importância do outro são evidentes aqui mais uma vez. S.L. revela que em seus processos simbólico-emocionais do adoecimento desenvolveu uma empatia fortíssima pelas crianças acometidas de condições diversas, não apenas a cardiopatia, e deseja

ardentemente poder fazer algo por estas crianças. Ainda que não tenha treinamento ou formação no campo da saúde, deseja atuar na área na função que lhe couber, se assim for o caso. Não confundamos empatia e alteridade com falsas caridades; o que S.L. propõe aqui é poder realizar algo que seja possível às crianças das alas infantis dos hospitais, como espaço lúdico, relacional e que proporcione alguma qualidade distinta das rotinas hospitalares em suas vidas quando da experiência de viverem dentro de instituições hospitalares.

– Diria para certas pessoas...

– Sem humor e sem tesão, não há solução possível. E eu não sou vaquinha de presépio para só balançar a cabeça.

Esta frase é significativa por expressar que S.L., com toda sua postura de cuidado, empatia e alteridade, não é de maneira alguma uma pessoa de braços abertos permanentemente para o outro; aqui, aponta coisas que a irritam profundamente e contesta quem a tem como pessoa passiva e que acate qualquer coisa advinda do outro, sentimentos estes explicitados também em sua postura frente ao diagnóstico inicial e aos profissionais que cuidaram dela, em seus primeiros processos de adoecimento, de maneira pífia e displicente. Isto também nos remete a questões da educação em saúde tão criticadas ao longo desta pesquisa; a suposta passividade dos que estão nas instituições de saúde prontos para receberem e aderirem a prescrições e ditames, que, felizmente, não é como compreendemos a configuração subjetiva de S.L. frente à sua condição.

– Saúde e cuidado são...

– São mais do que receitas médicas. São receitas de paz de espírito. Cheguei a dizer pra mim, na UTI, ao lado de bebês e crianças se recuperando do mesmo problema que eu: "que dor do caralho, mas serei uma Super-Mulher aqui e não derramarei uma lágrima, pra dar força às crianças que estão aqui. Elas são guerreiras, eu preciso ser uma super-guerreira". Mas senti muita dor mesmo, não tinha posição para dormir, a sonda no pulmão é insuportável. A cirurgia em adulto é mais complexa, precisam abrir as costelas, a intervenção é no tórax e ficou uma cicatriz considerável. Eu resolvi o problema fazendo uma tatuagem em cima. Uma rosa em estilo tribal. Achei simbólico. A vida é cheia de rosas, mas tem também seus espinhos. Requer sempre cuidado e coragem.

No final deste instrumento, S.L. faz um resumo interessantíssimo dos momentos mais críticos que vivenciou, além de uma concepção advinda de suas produções subjetivas ao longo de sua história que define saúde em uma perspectiva de autonomia e de sujeito do processo; questiona de imediato as prescrições e ditames e associa saúde como uma qualidade de paz de espírito, algo metafísica, que compreendemos como produções de sentidos e configurações que refletem como alguém pode se sentir em relação a si mesmo, não apenas no aspecto etiológico e fisiológico do fenômeno em si – portanto, muito maior que a simples

“ausência de doença”. O relato da UTI revela que por mais adversas que sejam as condições nas quais alguém esteja envolvido durante processos terapêuticos necessários, tais como cirurgias e os costumeiramente lentos e tortuosos processos pós-cirúrgicos, também são oportunidades de desenvolvimento, espaços geradores que permitem novas produções subjetivas em relação às condições vividas; a “super-mulher” que deveria dar o exemplo às crianças, apesar da dor, realizou o que se propôs a fazer naquele ambiente, e posteriormente, superou este cenário. A metáfora das rosas e espinhos ilustra, em mais um hábil jogo de palavras de S.L., sua concepção da vida: Tortuosa por diversas vezes, mas repleta de possibilidades. Vemos S.L. como alguém que pôde ser sujeito de seus processos e viver com qualidade, qualidade esta resultado de tantas produções subjetivas e desdobramentos ao longo de sua história, se pondo constantemente de maneira ativa e resoluta frente aos cenários e processos com os quais se deparou.

7.2 O Caso D.C.: Maternidade, Luta e Desdobramentos pelo Outro

D.C. é uma mulher de 56 anos. Trabalhou em distintas ocupações durante a vida, tais como lavadeira, passadeira, cozinheira, auxiliar de serviços gerais e dona de casa, além de demais afazeres referentes aos cuidados dos filhos e netos. É casada, tendo se divorciado por duas vezes. Tem três filhas e sete netos. Reside atualmente com o marido, e é constantemente visitada pelas filhas e netos. Tem os diagnósticos atribuídos de Diabetes Mellitus tipo 2, hipotireodismo, hipertensão, insuficiência cardíaca valvular (2 infartos), síndrome do túnel do carpo e febre reumática, tendo sofrido posteriormente 02 acidentes vasculares cerebrais. Faz uso de 05 medicamentos diferentes relacionados aos diagnósticos mencionados.

7.2.1 Construção do cenário de pesquisa

Uma das filhas de D.C., estudante de enfermagem, atua em projeto de extensão em local no qual trabalho como psicólogo voluntário, sendo eu seu preceptor direto em uma atividade que consiste em grupo de educação em saúde. Quando certa vez comentei sobre o tema desta dissertação, a filha de “D.C.”, com alguma reserva, disse que a mãe lutava contra diversas enfermidades, dentre elas uma cardiopatia crônica. Sugeri a ela que conversasse com a mãe a possibilidade de se tornar participante desta pesquisa, algo que foi prontamente aceito, até mesmo com alguma euforia por parte de “D.C.”. Apesar de não nos conhecermos pessoalmente até quando do primeiro encontro, “D.C.” me recebeu amigavelmente em sua casa numa manhã em meados de 2017, oferecendo-me algo para beber e mostrando-se desde o início disposta a participar da pesquisa, abrindo-se desde este momento em um cenário informal de maneira que a implicava como ativa no processo de pesquisa e construção do conhecimento.

7.2.2 Processo de construção da informação

7.2.2.1 Dinâmica conversacional

D.C. convidou-me a sentar na sala de sua casa e assim iniciamos a primeira de nossas dinâmicas conversacionais.

– A senhora pode falar como quiser, do que quiser... Temos nosso tema que já conversamos, mas a senhora é livre... O que a senhora teria para falar de sua vida?

– Matheus, se eu for falar de tudo esse material que você trouxe não dá... nem a sua bateria, nem o papel, nada! (risos)... Bom, eu vim da roça, 24 irmãos, vida sofrida... Pais lavradores, não tinha condições. Minha mãe morreu de doença de chagas quando eu tinha dois anos, ralava muito... começamos a trabalhar muito cedo, não tinha jeito. Andava 14 quilômetros para estudar e estudamos muito pouco, porque desde cedo tinha que trabalhar na roça... quando tinha 11 anos, vim embora sozinha para a cidade, não pra fugir, mas pra ganhar melhor, ter mais oportunidades. Casei e tive três meninas, muito cedo. Mas meu marido... perdão, ex-marido era um cara perverso, batia em mim e nas crianças.. Aí larguei ele e fui criar elas sozinha, trabalhar para criar elas sozinha. Nisso eu **me esqueci que existia**. Quando você tem três pessoinhas, quando você vê uma criança mal, que depende de você, você vai lá e faz, rala mesmo. Você esquece de tudo, de dor, de mal-estar, tudo. É atenção 24h por dia, 7 dias por semana... É o tempo todo, meu filho.

Esta espécie de “resumo autobiográfico” de D.C. expressa claramente o quão difícil sua vida e seus núcleos familiares se mostraram para ela desde o início, indicando sentimentos de responsabilidade e abnegação em relação a aspectos como trabalho, cuidado do outro e família. É significativo que D.C. tenha saído da casa de seu pai e irmãos com 11 anos de idade; não por motivos de fuga ou isenção de responsabilidades, mas justamente para poder obter retorno mais significativo de suas empreitadas laborais.

O tom da fala de D.C. muda significativamente quando menciona o ex-marido, que descreve desde este momento inicial como uma pessoa que não tinha quaisquer atributos que classifique como algo bom; a primeira menção a ele é sobre episódios violentos que se mostram como um abuso sistemático a ela e às filhas. A menção apenas a estes episódios indica que D.C. tinha e tem o casamento com o ex-marido como algo torpe, prejudicial, disfuncional em sua vida. Fala com uma segurança expressiva quando menciona que o deixou, indicando que apesar das dificuldades, tê-lo deixado foi o melhor para ela e para as filhas.

Quando fala sobre “se esquecer que existia”, o caráter dos sentimentos de abnegação que surgirão não apenas agora, mas durante todo o relato, expressam algo significativo da configuração subjetiva de D.C. em relação a seus laços e afetos familiares; ela anuncia que claramente abre mão de si mesma, de seus gostos, preferências e até mesmo de seu autocuidado em função do cuidado do outro. Isto a princípio indicaria um eventual “aniquilamento do sujeito”, mas entendemos esta posição de D.C. como uma produção subjetiva algo estoica e que naquele momento, estava alinhada às necessidades da família, assim como a atenção “integral” às filhas.

– E até hoje a senhora cuida assim da sua família?

– Quando elas cresceram e saíram de casa, eu assustei. Não tive um companheiro até elas crescerem e irem embora, aí foi meu segundo marido. Amo minha família de

um jeito que... Tinha e tenho que ser pai, mãe, avô, avó, tudo. Até hoje sou assim. Isso foi uma realidade, difícil mas que eu precisava encarar. Talvez isso desse um livro. Que bom que você vai escrever sobre isso!

D.C. expressa novamente seu afeto incondicional pelas filhas, indicando este de maneira algo extrema quando revela não ter tido um companheiro no mesmo lar que habitava com estas. Entretanto, este afeto não aparenta configurar uma relação tóxica, simbiótica ou algo do tipo, dadas as condições de extrema dificuldade financeira que D.C. e as filhas experienciaram durante tanto tempo, assumindo também o papel de base do núcleo familiar de maneira resignada. D.C. demonstra algum orgulho de sua história de vida quando diz que “daria um livro”.

– Que coisa isso de ser todo mundo ao mesmo tempo, dona D.C.. Isso não deve ter sido muito bom para a saúde da senhora, não é?

– Olha Matheus, os problemas de saúde de agora vieram quando tive a mais nova, mas acho que começou foi antes, viu. Posso falar disso?

– A senhora é quem sabe, dona D.C.. Por onde quer começar?

– Eu engravidei quatro vezes. A primeira gestação foi terrível... O bebê morreu. E na época, meu marido tinha sido atropelado e foi internado. Acho que foi erro médico, viu? Os profissionais, a atuação deles... foi a pior possível. O Dr. L.F., aquele infeliz... Por que assim, se tratando de duas vidas, tinha que ter mais atenção. Eu sentia dor no corpo todo, mas não entendia o que se passava, era muito novinha, primeira gravidez... E nada de eles me explicarem o que era! Pois então, o médico disse que estava tudo bem. Além de não explicar, errou o diagnóstico... (Suspiro) E o bebê quieto, sem mexer, mesmo as semanas sendo as do tempo de nascer. Voltei de novo na unidade de saúde e lá tava outro médico. Ele auscultou e nada do bebê dar resposta. Disse que ia induzir o parto, me deram um soro lá e nada de nascer. Aí fui fazer uma cesariana. Retiraram ele morto, Matheus. Fiquei muitos dias internada, inchada, com infecção hospitalar que peguei lá.

Confesso aqui que como pesquisador, fiquei profundamente comovido com esta parte da dinâmica conversacional. D.C. se abre aqui de maneira livre e espontânea, falando de maneira minuciosa e expressiva sobre algo que envolveu tão significativo sofrimento, descrevendo os pormenores de uma experiência que anuncia como dolorosa, mas se mostra disposta a uma abertura impressionante. Os indicadores de uma experiência que envolveu significativo sofrimento psíquico estão presentes em todo o relato, em especial nos suspiros e tom de voz embargada de D.C., assim como a dor física que se manifestava de maneira pungente.

Algo significativo nesta parte da dinâmica conversacional é que desde já D.C. passa a relatar aspectos referentes ao cuidado dos profissionais (ou, aqui, a completa ausência deste, por parte da negligência do médico, L.F.), a ausência de toda e qualquer prática de educação em saúde em um contexto aberto, dialógico e facilitador por parte destes. D.C. diz que não a

explicaram nada, e que tendo em vista sua tenra idade, não havia desenvolvido muitos recursos acerca da maternidade, subsequentemente não havendo configurado subjetivamente grandes devires e contextos deste aspecto de sua vida.

Também é interessante ver que D.C. desde já se revela como sujeito ativo em seus processos de vida, anunciando inclusive hipóteses suas em relação ao papel e à prática dos médicos, associando a perda de seu filho e a infecção hospitalar a erros e descasos por parte destes profissionais que em um momento crítico e tão sensível não propiciaram a ela o cuidado necessário, tratando-a apenas como mais um aglomerado de sintomas fisiológicos e sem levar em conta em momento algum suas emoções em momentos de tamanhas e significativas tensões. Quando D.C. diz que “tinha que ter mais atenção”, não se refere apenas a práticas médicas, mas sim atenção a ela, à pessoa que estava ali em um momento de enorme fragilidade. O impacto emocional do descaso com o qual sente que foi tratada é um significativo indicador no que ela revela, mostrando sentimentos de raiva, impotência, angústia e frustração tendo em vista a traumática experiência de ter um filho natimorto. Em uma subjetividade social na qual crianças são vistas como algo intocável, puro, até mesmo sacralizado, um filho que morre durante a gestação é indubitavelmente algo marcante e significativo, seja com o outro ou, como neste caso, na própria experiência.

– A senhora quer continuar? Vi que isto mexeu com a senhora, podemos fazer uma pausa se assim a senhora quiser...

– Não Matheus, eu comecei a falar e agora vou até o fim. Eu posso, né?

– Claro. Estou ouvindo, mas se a senhora desejar parar, nós paramos, tudo bem?

– Brigada. Então Matheus, não tem palavras pra descrever o que eu senti. Perdi meu primeiro filho por negligência médica e ainda adoeci... (Suspiro) Muito, muito difícil. Fiquei muito tempo triste, até depois de sair do hospital... Meu marido na cadeira de rodas, eu inchada... Foi uma das fases mais difíceis da minha vida.

Neste momento, D.C. tem os olhos marejados. Retira os óculos e enxuga as lágrimas. Levo a ela um copo com água. D.C. respira profundamente e se recompõe, seguindo seu relato.

– Passou um tempo e fui entendendo aquilo, aceitando... Meu Deus... Mas Deus dá a cruz pesada pra quem pode carregar, né? Foi uma provação de Deus. Sou muito religiosa. Passei por isso pelos desígnios Dele. Não tenho outra explicação.

O tom da conversa aqui assume um momento crítico, de muita tensão na dinâmica conversacional. D.C., no contexto dialógico em que estávamos presentes, entrou em contato com lembranças que evocam profundo sofrimento, desta vez de maneira ainda mais incisiva que previamente feito. Os olhos marejados e as lágrimas indicam o quão difícil e permeada de

sofrimento foi a perda do filho. D.C. continua a reificar sua hipótese de que esta experiência foi decorrida de erro médico, mantendo sua postura ativa frente ao ocorrido, em um indicador desta postura de D.C. frente a seus processos de saúde. A maneira decidida de falar sobre esta experiência indica que D.C. não foge a seus sentimentos e história de vida, encarando-os de maneira resoluta, nos dá mais um indicador desta postura ativa.

Quando surge a temática da religiosidade, D.C. revela uma configuração em relação à sua fé de aceitação aos desígnios divinos, aparentemente não de maneira passiva, mas se colocando como alguém que deve “carregar a cruz pesada”, ou seja, viver e enfrentar o que se depara da maneira com que isto se manifesta e surge em sua vida. Quando diz “não ter outra explicação”, D.C. nos dá um indicador de que por mais que existam outras explicações, os sentidos subjetivos que produz em relação à causalidade ao que ocorre em sua vida é que a explicação para esta causalidade tem uma origem divina e metafísica que lhe oferece as respostas necessárias, revelando assim uma experiência de fé legítima e resultada de produções subjetivas ao longo de toda sua vida.

– Ah, tem outra coisa que eu queria falar! A enfermeira bruta, esse povo parece que é filho de chocadeira, viu? Um dia disse para uma delas que estava com muita dor na troca dos curativos e ela nem ligou. Só trocou o curativo e disse ‘Se a gente tiver compaixão, vocês morrem. Se a gente não cortar vocês para tirar o que tem de ruim dentro, vocês morrem.’ Eu chorei, não de raiva, mas de dor. Acho que deviam ter um pouco de respeito, você é psicólogo, tem que gostar de gente né? Como vai trabalhar com gente e não gosta de gente?

Confesso que este trecho da conversa me impactou profundamente de diversas formas, que remetem a configurações subjetivas de caráter profissional, ético e principalmente, em relação ao olhar que tenho em relação ou outro, dizendo respeito ao que D.C. se refere à minha profissão e ao *ethos* que ela confere à atuação de um profissional de psicologia. Aqui temos um indicador de que as relações dela com profissionais de saúde em momentos de tanto sofrimento e dor, além de serem extremamente distantes do que compreendemos como educação em saúde, do processo dialógico que implica esta como uma prática que favoreça o desenvolvimento das pessoas, foram de violência e abuso, que além de não serem nada terapêuticas na acepção deste termo, se mostraram de maneira a silenciá-la e deslegitimar sua dor física e emocional. O choro de D.C. é marcante neste trecho; ela havia se mantido resoluta e firme durante o processo, mas a dor física e emocional levou-a às lágrimas neste momento. A postura da enfermeira, além de condenável por quaisquer códigos de ética profissional da saúde, foi de uma desumanidade ímpar.

Isto nos leva a uma reflexão com base também no questionamento de D.C. a mim como profissional de saúde: Ter, aparentemente, desenvolvido recursos técnicos para exercer

uma profissão, confere a alguém a capacidade de cuidar do outro, reconhecendo esse outro como um ser legítimo, dotado de emoções, afetos e história, e principalmente, conseguir atender às demandas deste outro?

A história de D.C. nos prova que infelizmente esta não é a realidade; o que sofreu por parte dos ditos “especialistas” revela a violência, o abuso e o descaso tão presentes nas práticas institucionais no campo da saúde, que reconhecemos ser passível de ocorrência em outros campos institucionais. O suposto saber, a sanha tecnicista, a predileção a um modelo fisiológico-quantitativista que não dá margem para espaços dialógicos e emergência do sujeito é algo que sempre permeou as ciências e campos de atuação da saúde, e apesar de grandes esforços, tanto individuais, acadêmicos e institucionais para abordagens e visões distintas, ainda persiste em grande parte até nosso presente tempo. (LANGDON, 2014) Nesta realidade, vemos o que concebemos como “educação em saúde” se dissipar e se tornar difícil de ser estabelecido em práticas ortodoxas e engessadas por demasia, como vemos durante o que nos é revelado por D.C.

– E como foram suas outras gestações?

– Menos assustadoras... mas ainda assim, difíceis. Quando veio a mais velha, eu me senti abandonada. Quatro dias de dor de parto e meu ex-marido nem aí. Eu com dor, contração, isso tudo que grávida tem e ele no bar, bebendo, enchendo a cara... Aí depois disse que ia para Belo Horizonte fazer não sei o que e me levou nascida para a casa da mãe dele, de bicicleta. E eu morrendo de dor! E ele nem aí, falava que ele era o homem da casa e que decidia.

O ex-marido, em atitudes que D.C. sente e classifica hoje como absurdas e sem qualquer empatia ou alteridade para com ela, mesmo depois do ocorrido com a primeira gestação, segue em sua postura de total descaso para com a família. D.C., tomada por medo e insegurança tendo em vista a primeira gestação, é deixada aos cuidados da família do ex-marido enquanto este se retira para uma cidade distante, sem demonstrar qualquer preocupação com a esposa e filho. A expressão de D.C. assume um caráter de sentimentos aflorados, em um misto de cólera e descrença com suas experiências passadas, nos indicando que por mais que isto tenha sido em tempos há muito passados, ainda sente pelo ex-marido profundo desgosto e raiva, evidenciados quando se recorda de momentos como este de mais completo abandono e desconsideração.

Em uma subjetividade social marcada, dentre outros aspectos, pelo patriarcalismo, machismo e subseqüente violência de gênero, o marido assumir a identidade de “homem da casa” sem que faça nada que corresponda a tal identidade, tal como corresponder a este papel de resolução e ajuda se intitulado “homem da casa” em uma posição hierárquica, dominante

e assimétrica por uma questão meramente de gênero presente em nossa realidade acentua ainda mais o grau de violência e submissão pelo qual D.C. passou. Vemos aqui que nenhuma condição, adoecimento ou aspectos demais dos fenômenos humanos se dão em uma realidade imaterial, desprovida de seu contexto no mundo (MARX, 1989, apud. MARTINS, 2006); e que fatores desta realidade se estabelecem em relações dialéticas nos inúmeros desdobramentos possíveis para os indivíduos, grupos e quaisquer atores da história. No caso de D.C., o marido alcoólatra, violento, relapso e dominador, que se sente legitimado para tanto dado seu papel de gênero, dentre outros fatores, acentua consideravelmente suas condições de saúde, aqui ainda no âmbito dos problemas relacionados ao puerpério. D.C. segue a conversa com o desfecho da segunda gravidez.

– Chegamos na mãe dele e minha cunhada me levou para a emergência. Me mandaram embora do hospital. Disseram que eu não tinha nada. Aí minha outra cunhada me levou e dessa vez me atenderam, mas atenderam mal, nem examinaram direito.

– E o que a senhora acha disso?

– O que eu acho? Horrível, Matheus! As pessoas não são iguais, você trata seus pacientes iguais? Eu não aguentava de raiva. Queria ir embora, sumir, não sei. Ninguém se importava. Mas meu cunhado chegou nesse hospital e quebrou o pau mesmo, para eu ficar lá. Ele não sabe até hoje o quanto foi bom pra sobrinha dele... E aí começou outro susto. Escutei a equipe conversando, o anestesista me disse que era uma picadinha, e acabei nem sentindo dor. Ele me atendeu bem, nem sabia que podia atender desse jeito! Me explicaram tudo enquanto a anestesia fazia efeito e apaguei. Quando vi, a pequena tinha nascido. Fiquei com muito medo de ter nascido morta também, mas quando ouvi ela chorando, o susto virou um alívio tão grande... E aí começou a luta de ser mãe.

D.C. revela aqui que o medo e a angústia prevaleciam, assim como o descaso por parte dos serviços de saúde. A surpresa para com o atendimento do anestesista nos é um indicador de que este descaso tinha se tornado tão significativo e profundo para ela ao ponto de um atendimento de praxe, com diálogo e explicações inteligíveis sobre os procedimentos ser visto como algo fora da curva, do que ela conhecia como atendimento de saúde. E após tantos espaços e contextos de diferentes atendimentos em unidades distintas de saúde que a negavam como sujeito de direito, como ator presente em seus processos e que necessitava de um espaço maior para si e para suas demandas, temos aqui a primeira prática que identificamos remotamente como educação em saúde: O breve espaço dialógico aberto pelo anestesista e subsequentemente pela equipe, ainda que em condições pouco favoráveis para um diálogo de fato, já que D.C. estava a gradualmente desfalecer pelo efeito da anestesia geral, típica a procedimentos de partos por meio de incisões (cesarianas).

A atitude dos cunhados é outra surpresa para D.C.; após tanto descaso e falta de cuidados por parte do marido, encontra apoio em pessoas que não são parentes consanguíneos ou familiares imediatos, mas que neste momento agem como suporte e rede de apoio em mais um momento repleto de tensão. Estas surpresas com o outro após tanta violência e descaso indicam mais uma vez o quão tensa e permeada de sofrimento foi a história dela, com estes “heróis improváveis” tornando os processos um pouco mais suportáveis em novos momentos críticos. D.C. não revela nada mais a respeito da família do ex-marido, indicando que a presença destes, ainda que importante em um momento crítico, não se tornou algo de maior relevância em seu casamento, nas relações de abuso e subsequentemente em toda sua vida familiar. Considerando o caráter ativo e dinâmico da subjetividade e das produções em relação aos diversos espaços nos quais o sujeito existe, transforma e é transformado, as possibilidades de que relações tenham diversos momentos distintos e de eventuais tensões e desdobramentos improváveis, ainda que sejam cronologicamente pontuais, como a singular atenção a D.C. por parte dos cunhados no momento do nascimento da filha mais velha. Isto torna-se mais evidente quando D.C. relata que o cunhado foi importantíssimo na vida da sobrinha que ainda viria a nascer, mas que hoje desconhece completamente que o foi, ressaltando que esta relação com estas pessoas do núcleo familiar foi de fato perene, passageira e sem maiores desdobramentos.

O alívio com o nascimento da filha mais velha também diz respeito ao passado e à perda do primeiro filho, entretanto ao dizer o quão temporário e perene foi este alívio temos um indicador de que a história de D.C. dificilmente mudará radicalmente de perspectiva, quando anuncia que a “luta de ser mãe” havia apenas começado. Como havia dito no início de nossa conversa, a vida para criar as filhas havia sido dura, e a partir deste momento D.C. passa a mostrar com maior ênfase o quão dura realmente foi esta luta, que reverbera em aspectos como seu casamento, a subsistência e os abusos domésticos, dos quais ela não era a única vítima.

Podemos aqui pensar em mais um indicador sobre a relação de D.C. com o ex-marido: Apesar dos abusos constantes, da violência e do descaso, as repetidas vezes na qual ficou grávida indica que havia desejo por parte de ambos em alguns momentos; isto torna-se delicado pois em um contexto de violência esta pode ter adquirido caráter de abuso sexual, mas D.C. não faz quaisquer questionamentos em relação a isso com o ex-marido. Logo, vemos que até mesmo em uma relação abusiva e de subserviência e subjugação, havia espaço para um desejo sexual que se materializava constantemente, mostrando assim algo que não caracteriza necessariamente uma contradição, mas uma característica de um relacionamento

conflituoso que não pode ser classificada moralmente no caráter de sua existência, ou seja, mais um aspecto a se considerar na dinâmica deste relacionamento. Reconhecer no outro falhas e desvios de moral não necessariamente são mobilizações advindas de produções subjetivas de uma pessoa em um relacionamento ao ponto de negar completamente o outro, em especial no que diz respeito ao desejo, algo irracional, repleto de tensões e profundas mobilizações subjetivas de quem o sente e como o manifesta.

Isto nos faz pensar em mais características de nossa subjetividade social: o Brasil, país conservador em valores declarados e manifestos, em especial a respeito da sexualidade, mas ao mesmo tempo extremamente desenvolvido à sua maneira em relação ao sexo. Esta aparentemente enorme e singular contradição se desdobra em inúmeros aspectos de nossa realidade, tais como o sexismo, os papéis de gênero e valores morais presentes socialmente. O sexo é visto como condição *sine qua non* de nossas existências, mas paradoxalmente, é pouco discutido e debatido socialmente (VIEIRA, 2016). Retornando ao caso de D.C., desprovida de educação formal e maiores fontes de recursos para desenvolver-se subjetivamente em relação ao sexo, isto se torna algo que não ganha maiores reflexões ou aprofundamentos por parte desta.

D.C. segue seu relato falando das gestações posteriores:

– Depois veio a D., não é mesmo!

– Isso, meu filho! Tive a D., sua colega de trabalho! Matheus, a bichinha nasceu prematura... Todo aquele complicatório de novo. Ficou na incubadora, parecia um grãozinho de arroz, tão pequena... e hoje tá aí, enfermeira, trazendo até gente pra conversar comigo, mãe, com dois filhos... é bom ver que meus netos não passaram por aquilo que as mães e tias deles passaram.

– E como foi ter mais uma filha?

– Eu já tinha me acostumado com hospital e aquilo tudo... sabia onde ir, quem procurar e o que dizer na hora certa. Quando nasceu a mais nova, olha aí Matheus, outra filha! Pois bem, foi bem melhor. Mas pelos riscos e tal, consideraram de alto risco por tudo que eu tinha passado, também nasceu de cesárea. É bom que não sente dor, né? O problema era quando saía do hospital e tinha que voltar pra casa, praquele cachorro...

D.C. muda o tom de sua fala significativamente quando fala das duas gestações posteriores, de maneira mais calma e serena. A abnegação de D.C. é evidente neste momento da conversa; revela “estar mais acostumada” com o ambiente hospitalar e os procedimentos para o parto incisivo e invasivo. Por mais que a segunda filha, com a qual eu trabalhava e era supervisor direto no momento dos encontros e, pessoalmente, jamais pensaria em quaisquer complicações de saúde desta natureza, tenha passado por complicações após o nascimento, o grau de tensão nas expressões verbais e físicas de D.C. é significativamente menor do que

quando fala sobre o filho perdido e a primogênita. Isto nos dá um indicador de que D.C., em sua configuração subjetiva sobre a maternidade, em especial nos momentos iniciais, desenvolveu-se a ponto de vivenciar processos possivelmente tão complicados quanto os anteriores de maneira serena e resignada, sem grandes e significativas mobilizações emocionais. Se mostra sempre preocupada com sua saúde e a das filhas, mas a mudança na posição de D.C. frente a estes processos é evidente; do descontrole, incerteza e medo em relação a isto passa à calma, resignação e consciência do que teria como experiência a partir de então. As produções subjetivas de D.C. ganham forma também na consciência que tem sobre as práticas que será submetida; os sentidos subjetivos produzidos indicam que o medo e a incerteza se dissipam conforme as novas experiências de gravidez e parto ocorrem, como quando relata saber exatamente a razão de ter feito a terceira cesariana quando do nascimento da filha mais nova.

Ela não é tão explícita aqui sobre as práticas médicas e dos demais profissionais de saúde neste espaço de tempo e nestas novas experiências, mas ao não mencionar nenhum descabro comparável aos que ocorreram anteriormente, nos indica que os procedimentos e terapêuticos lhe proporcionaram saúde e em suas produções subjetivas pôde reconhecer e sentir que, de alguma maneira, estava sendo cuidada e sabia exatamente por quais razões aqueles métodos e práticas se faziam presentes em seus cuidados. O caráter gerador da subjetividade na educação em saúde é forte em relação ao autoconhecimento; de seu corpo, de suas demandas e necessidades e do que será necessário para que se proporcione saúde e qualidade de vida; apesar de tantos percalços e dificuldades., vemos aqui o desenvolvimento subjetivo de D.C. frente a seus processos de saúde.

– Matheus, mas você veio falar do coração né? Tá nesse papel que você me deu pra assinar, “cardiopatia” (se refere ao TCLE)...

– Vim para falar sobre a senhora, dona D.C. Está gostando da conversa?

– Nossa, demais! É que eu tenho tanta coisa... Mas o coração não começou como sendo só o coração, você entende?

– Aconteceu alguma coisa antes? Em outra parte do corpo?

– Isso mesmo. Foi em 88 e 89... você já era nascido? Eu comecei a sentir dores de cabeça terríveis, vista escura, parecia que o mundo ia acabar. Nem sabia o que era pressão arterial, aí o médico disse que era hipertensão, passou um remédio e melhorou a dor. Era tão corrida minha vida... A do meio não andava direito e ainda tinha a mais nova, duas crianças de fralda, e eu trabalhando... um dia eu desmaiei, e o Dr. R, cardiologista, pediu uns exames e descobriu que era febre reumática e uma insuficiência no músculo do coração. Aí começou tudo, meu sistema começou a me... como se diz? Comprometer. Você não é médico, mas tá me vendo agora, puxando de uma perna, inchada? Acho que aí que foi onde tudo começou.

D.C. aqui nos revela algo que enfatiza o caráter complexo e sistêmico do funcionamento de um organismo, em sua unidade físico-psíquica-emocional e em como os diferentes sistemas são interligados; associa o estresse da vida cotidiana a crises de hipertensão que a princípio denotaram uma condição aparentemente contornável por meio da clássica intervenção biomédica, de diagnóstico-medicação-aparente cura. Entretanto, a pressão arterial pode ser um sinal de inúmeras comorbidades associadas, como foi o caso dela ao que num exame mais detalhado e feito por outro especialista - agora notamos uma ausência de “virtude” clássica ao modelo biomédico – a compartimentalização do corpo e de suas funções, observadas a fundo apenas por especialistas lotados em determinadas áreas, devido ao contrates dos olhares do primeiro médico, clínico geral e do cardiologista – descobre que sua condição era muito mais grave e repleta de percalços que o esperado pelo diagnóstico inicial.

D.C. me questiona sobre um eventual exame físico que reconheço não ser de minhas habilidades profissionais, mas reconheço de imediato o que ela tem a dizer, que se sente em uma posição de comprometimento e certa debilidade, queixando-se da mobilidade corporal, de sua aparência e demais aspectos referentes a seu corpo, nos revelando um indicador de que por mais que tenha se mantido ativa no curso de vários processos, isto não se caracterizou em produções subjetivas que a fizessem se sentir completamente livre das limitações em si; podemos ver que sua configuração subjetiva frente aos adoecimentos relacionados a sua condição cardíaca e demais comorbidades relacionadas tem em si sentimentos e posturas de frustração e decepção com sua condição desde os primeiros tempos desta, ainda que tenha desenvolvido recursos e maneiras de vive-la de maneira a não limitá-la por completo. É interessante ver que ao contar-me sua história, D.C. lança mão diversas vezes, como é o caso agora, de fatos cronologicamente bem organizados, não de maneira pontual e aguda, mas organizados de acordo com as emoções presentes naquele momento e com as que sente agora em relação a sua história. Este temível diagnóstico que em um momento inicial se configura por meio da dor física e das preocupações, já que D.C. pouco sabia e ainda não havia produzido subjetivamente a respeito de algo inteligível nos termos dela nos remete também aos processos vividos anteriormente por D.C., como a maternidade e as gestações, caracterizados por incertezas, dúvidas e surpresa quando da experiência em si.

– Aí eu comecei a inchar, Matheus... só piorava. O médico quis me internar logo, fiquei muito tempo internada... muita preocupação. As meninas com a avó paterna... (suspiro). Só piorando. Mas o médico era excelente! Ele me explicou o que era e eu fiquei mais tranquila. Me acompanhou muito tempo, me dava os remédios

direitinho, se preocupava, era um médico e tanto. Comecei a dar sorte com os médicos. Uma pena ele não ter continuado comigo.

– Você parece ter realmente gostado dele. Mudança grande em relação aos outros, não é mesmo?

– Sim, era tão bom com todo mundo, tão gente boa, que ele parou de me acompanhar porque saiu para candidato a prefeito! (risos) Quase ganhou, mas aí se meteu em política e gostou da coisa. Ele me indicou um outro médico para me acompanhar. Até hoje penso nele.

É tocante o fato de que o afeto de D.C. pelo médico tenha se materializado em algo compartilhado pela cidade onde residia, ou ao menos pelas lideranças políticas desta; o bom médico é alçado à política, em um cargo executivo, por sua capacidade e empatia para com o outro. Isto nos dá um indicador que é pertinente à educação em saúde e quaisquer outros contextos dialógicos: Uma pessoa que sabe lidar com o outro de maneira empática e estabelecendo relações recíprocas e afetuosas neste caso ganha um reconhecimento que extrapola a esfera meramente profissional, do exercício da medicina. E vemos que isto foi a realidade de D.C.: quando afirma que o médico “explicou direitinho” sua condição e que isto a fez ficar mais tranquila, ela nos reitera este indicador de que a partir de um espaço dialógico e de inteligibilidade em uma prática de educação em saúde a respeito de sua condição, ao contrário do que havia vivido antes, suas emoções ganham forma de maneira significativamente distinta, de paz e tranquilidade, ainda que sua condição fosse de veras adversa, tendo de ser internada por um longo tempo. O afeto de D.C., demonstrado antes por outros profissionais que estabeleceram relações semelhantes com ela, evidencia mais ainda a postura diferenciada deste profissional, que ousamos dizer, auxiliou na mudança de perspectiva dela em relação ao contexto da saúde em geral, passando a produzir subjetivamente novas emoções e afetos outrora distantes, tais como confiança, apego e reconhecimento. A “sorte” que D.C. revela ter tido com os médicos é vista por ela como algo preso ao acaso e às circunstâncias; entretanto vemos esta “sorte” como algo que supera esta simples causalidade. Uma pessoa mais madura, mais desenvolvida subjetivamente e que tem os pormenores dos trâmites dos atendimentos em saúde configurados subjetivamente de maneira mais fluida, dinâmica e flexível tem mais recursos para lidar com estes contextos e ambientes, o que nos parece ter sido o caso de D.C. após os processos iniciais em unidades de saúde e em contato com profissionais, tais como as gestações.

O cuidado e preocupações com as filhas também persistem nesta fala de D.C., assim como o descaso do ex-marido; quando diz que as filhas “ficavam com a avó”, subentendida que seja a avó paterna, pois D.C. sequer menciona a própria família consanguínea depois de deixar a casa de seu pai, nos dando um indicador de que a evasão de D.C. deste ambiente

relegou esta a um plano totalmente irrelevante e pífio em sua vida, não assumindo papel algum em sua vida adulta. Assim, por mais que o ex-marido ainda fosse a figura hedionda presente em toda sua fala, o espaço construído e configurado com a família deste vai crescendo significativamente ao longo do tempo e ganhando importância, ao ponto de serem a referência e rede de apoio de D.C. em momentos adversos, como quando da internação. Os afetos de D.C. em relação a estes não são claros, indicando que são uma espécie de conveniência, mas ainda assim, não menos importantes em momentos cruciais. Logo, temos que D.C. mantém uma relação estável e de alguma confiança com a família do ex-marido, ainda que não seja a mais afetuosa das relações. E a preocupação com as filhas é algo constante, já que além dos cuidados, D.C. revela algo sobre as condições atuais das filhas e seu desenvolvimento, mostrando-se uma mãe presente e atenta ao seio familiar.

– Com esse médico novo, comecei a ir nele de três em três meses, fazia exames, essas coisas. A insuficiência era uma combinação de três... como é a palavra? Fatores diferentes, e por conta dela eu tinha as febres reumáticas. Dor nas costas é horrível, não conseguia lavar um prato, fazer uma comida, nada... aí por conta dela comecei a tomar injeções daquele antibiótico famoso, Bezetacil... E sendo acompanhada pelo médico novo, claro. A picada da injeção, você já tomou, Matheus? Doía, mas...

– Sim, algumas vezes. Incomodava muito a senhora? Menos que a dor da febre reumática?

– Sim, sim. Você também não tem medo de injeção, gosto disso. Uma picadinha não é nada comparada com horas dessa dor que parece que corta a gente por dentro. Mas você é novo, é casado? Tem filhos?

– Sou casado e ainda não tenho filhos, por que a pergunta, dona D.C.?

– Ah, então você sabe um pouco como é a vida que só a gente pode resolver as coisas. Mesmo morrendo de dor, eu tinha que fazer a comida, trocar fralda, dar de comer... sua esposa faz as coisas, né? Pois é. Era SÓ eu pra fazer tudo naquela casa. Com dor ou sem dor. E o que eu podia fazer?

A conversação como um processo que implica os presentes em um sistema aberto, recursivo e dialógico permite expressões distintas e articuladas de inúmeras maneiras entre os que se implicam neste diálogo, sem amarras ou estímulos que busquem respostas prontas e imediatas (GOULART, 2017; GONZÁLEZ REY, 2005b). D.C. e eu nos engajamos neste processo de maneira que aspectos de minha vida cotidiana, tão distantes a sistemas de pesquisa que desconsideram o pesquisador como pessoa implicada neste processo de maneira a ser mais que um simples aplicador de instrumentos, abre possibilidades de expressões subjetivas por parte da participante, neste momento relatando aspectos sobre sua vida marital e seus sentimentos em relação ao que vivia. Notamos que o marido continuava sua postura de descaso e pouco compromisso com o lar após anos; entretando, D.C. seguia na relação com

ele. O indicador levantado anteriormente do desejo faz com que pensemos agora que não é apenas o desejo físico que a mantém nesta relação; D.C. sente pelo marido algo que não expressa verbalmente, mas que a faz persistir na relação abusiva. Não é algo financeiro, relacionado à subsistência ou ao que o marido faz em casa, causalidades passíveis de racionalizações imediatas; D.C. quer o marido que adjetiva constantemente de maneiras negativas para si, apesar de tudo que este faz que culmina em que ela se sinta mal. Também não atribuímos isto a uma causalidade romântica e amorosa; ainda que existam os sentimentos pelo marido, isto nos dá um indicador de certa passividade de D.C. frente ao relacionamento, que leva e conduz com todos os percalços ao longo de mais de uma década, revelando que ainda que mobilizada e buscando o melhor para si e para as filhas, não foi exatamente sujeito do processo em seu primeiro casamento.

Há também algo aqui que ao contrário do relacionamento, D.C. se esforça em superar a condição que a acomete; luta contra a dor e o desconforto para realizar as atividades cotidianas, mesmo acometida das febres reumáticas. Entretanto, há um ponto importante a ser salientado aqui: esforço e perseverança nem sempre se traduzem em ser sujeito em quaisquer situações. Na questão da superação da dor, não há como afirmar esta categoria aqui, mas no que diz respeito a se resignar e resolver as coisas, realizar as atividades cotidianas mesmo com o abuso e o descaso do marido, definitivamente a perseverança de D.C. não é um indicador que ela foi sujeito nesta situação e neste contexto, pois a própria resiliência em realizar estas coisas indica que era dominada pelo marido que assume em seus relatos um papel semelhante de pouca ou nenhuma ajuda no núcleo familiar, seja em atividades cotidianas, subsistência ou na criação das filhas.

O que há de novo aqui é a mudança de paradigma no tratamento: Agora de certa forma cronificada, D.C. faz visitas constantes ao cardiologista e recebe injeções quando de situações críticas, algo que seria visto como “boa adesão ao tratamento”. Mas este termo é problemático por pensar em um ser amorfo, sem emoções, potenciais ou decisões próprias, desconsiderando toda e qualquer possibilidade subjetiva deste “paciente”. Vemos aqui as produções subjetivas de D.C. como um amadurecimento constante e um desenvolvimento significativo de recursos para compreender sua situação e buscar os cuidados que necessita, já deveras distantes dos temores e incertezas anteriores. O desenvolvimento subjetivo de D.C. é indicado por seu modo de vida que passa a ganhar forma de maneira diferenciada: Agora ela associa seus enteveros fisiológicos a uma condição que tem nome, tratamento e sentidos subjetivos produzidos por ela a respeito de maneira inteligível e emocionalmente palpável.

O momento do diagnóstico pode ser para algumas pessoas algo de imensa dor e sofrimento, repleto de contradições e sentimentos fatalistas (GONZÁLEZ REY, 2012), mas ao que reconhecemos o caráter complexo e gerador da subjetividade, rompemos de imediato com causalidades diretas, lineares e universais; vemos aqui que D.C. se sentiu mal quando da internação e da preocupação com as filhas. Ao descobrir que sua condição podia ser nomeada e tratada como algo mais “certo”, ela não apresenta grandes conflitos e sentimentos aversivos e de sofrimento; passa a cuidar de sua condição como algo a ser tratado e controlado, se tratando de sintomas e do que a faz sentir mal de imediato. As práticas educativas em saúde, tortuosamente e ao longo de anos de diferentes ambientes, terapêuticas e instituições passam a surgir nas produções subjetivas de D.C., em especial na configuração subjetiva que produz frente à sua agora nomeável e palpável condição de insuficiência cardíaca tripla. Seu modo de vida passa a ser algo distinto das incertezas, ainda com a ideia biomédica de controle e estabilização de sintomas, mas subjetivamente algo que ela vê como importante e necessário para sua saúde e bem-estar.

– Minha vida passou a ser bem tranquila por bastante tempo, Matheus. Meu marido deixou de ser tão perverso e eu conseguia levar. O problema era trabalho, que ficava cada vez mais difícil de encontrar e em 2001 mudei pra cá. Eu te disse que eu fazia de tudo, né? Cidade pequena de MG já não tinha mais tantas oportunidades... eu sempre gostei de trabalhar, mas gostar não dá emprego pra gente, né? Só que não achei médicos bons aqui e voltei rapidinho para a minha cidade de MG porque não me sentia muito bem. O médico que me atendia antigamente, aquele mesmo que foi candidato a prefeito, me recebeu mesmo aposentado. Pediu outra bateria de exames e nisso eu descobri que tinha Diabetes tipo 2 e ainda tinha uma lesão no coração. Nisso voltei para o DF.

– Por que a senhora não insistiu mais e teve de voltar? Mais um tratamento... E como foram as coisas aqui no DF?

– Eu tive medo porque voltou aquilo tudo dos profissionais ruins, da falta de assistência. Pedi socorro, sabia que tinha um problema novo e não era mais a mesma pessoa. Assim, profissionalmente, eu ainda dava conta, mas meu corpo não tinha mais a mesma força. Remava contra a maré. Não era mais tão ativa que nem antes, mesmo sem sentir dor que nem antes, ainda sentia alguma dor e tinha falta de ar... e os médicos sem saber cuidar! Pediam muito exame caro, como alguém que precisa do SUS vai fazer exame que custa não sei quantos mil reais?

– E como foi essa coisa da diabetes tipo 2?

– O médico só disse o que era e me mandou procurar um endócrino porque ele disse que tava velho e não entendia tão bem assim disso, mas que podia ser complicado. Aí me mandaram tomar um remédio e comer menos pão e não comer doce. E falaram que o coração podia piorar tudo. Só isso.

Aqui o relato de D.C. traz expressões subjetivas que nos remetem mais uma vez à noção de saúde como processo e não como atributo demasiado concreto; as intercorrências e crises fazem parte da experiência humana em contextos de saúde, em especial em condições

crônicas. A mudança para o Distrito Federal é bruscamente interrompida por um cenário de mal-estar e ela abruptamente retorna a sua cidade, buscando aquele que foi o profissional que ela sente que melhor lhe cuidou. O novo diagnóstico de mais uma condição crônica a impacta novamente, tendo aqui um indicador de que a susceptibilidade a crises ainda é algo que a atormenta, trazendo à tona os sentimentos de insegurança, medo e incerteza tão comuns a suas situações críticas. É notável que os sintomas são sempre o fator que chama a atenção de D.C. frente a seus processos de saúde; classifica a vida como “tranquila” em virtude da ausência destes e de um modo de vida configurado de maneira que parecia atender às suas demandas imediatas.

Sobre a educação em saúde, temos aqui mais um exemplo de descaso por parte dos profissionais, com exceção do cardiologista que a encaminha um profissional supostamente capacitado: É dada a D.C. uma explicação sobre o novo quadro de diabetes completamente rasa, sem profundidade, advinda de concepções arraigadas ao senso comum, falhando totalmente em abordar o quão perigosa e tortuosa esta condição pode ser, em especial em pessoas acometidas de cardiopatias. Sendo a Diabetes uma condição que pode acarretar em inúmeras complicações e que para uma boa convivência com ela se necessita de inúmeras práticas educativas e subsequente subjetivação a partir destas (MILANE & GONZÁLEZ REY, 2015), o que D.C. nos revela que vivenciou indica o exato oposto disto neste momento inicial. O modo de vida, algo essencial para o bom convívio com uma condição crônica, é negligenciado à ingestão de tipos alimentícios e a um medicamento diário, na mais rasteira representação social sobre a diabetes. Por ser acometido de um tipo de diabetes distinto do de D.C., esta parte do diálogo foi rica especialmente por termos aberto um caminho de diálogo no qual nos identificávamos neste aspecto como acometidos de condições endócrinas similares. Ela seguiu seu relato me implicando diretamente na conversa:

– Vi que você bebe muita água. Sua glicose tá alta?

– Na verdade é justamente para ela não subir. E está muito seco, dona D.C.

– Verdade. Você parece ter condição, deve ter tido médicos bons desde novinho... não me explicaram nada e eu ia parar no posto com a glicose dando 400 e tantos (percentual altíssimo de glicose no sangue – considerado sintoma de condições graves como a cetoacidose diabética), e meu coração disparando, e eu não sabia se era da válvula ou da diabetes, meu Deus! O que você sente quando a sua tá alta?

– Sede, raiva e coração batendo rápido. E a senhora?

– Sinto tudo isso, mas muita dor no peito também! São as duas coisas se misturando, né? Mas nem raiva eu posso sentir, porque aí sobra pra quem não tem culpa...

Este momento da conversa assume um caráter fortíssimo de reciprocidade e diálogo pleno, assumindo também caráter terapêutico e de educação em saúde ao que aprendemos pela experiência do outro. Meus cuidados provocam nela uma reflexão, que é de imediato expresso em sua fala. Há também algo da subjetividade social do Distrito Federal em questão: Ao saber que vivo na região central da cidade, área considerada afluenta por índices econômicos e de desenvolvimento humano, D.C. assume que sou uma pessoa de posses e condições materiais, logo com maior acesso e recursos a tratamentos que ela não pôde ter durante sua vida. No que diz respeito a isto, admito que tive bons recursos terapêuticos, o que prova que a subjetividade social como sistema aberto, dinâmico e recursivo pode trazer conclusões ou impressões precisas, integrando-se dialeticamente à subjetividade individual. Os momentos críticos de D.C. devido à nova condição mostram mais uma vez a unidade de seu organismo; sintomas das hiperglicemias se confundem com os das crises cardiológicas. E ela produz subjetivamente sobre esta condição de maneira similar às das gestações problemáticas; em situações críticas, adversas e de risco. D.C. aqui ainda indica sua resignação frente aos processos que vivenciou, mas sem mudanças significativas no panorama geral de como os sente: Persistem a raiva, a indignação e a frustração com a maneira que é atendida em contextos nos quais o diálogo e a inteligibilidade estão de todo ausentes. Profissionais de saúde que são algo mais que simples técnicos de compartimentos biológicos devem ter atenção a quem se deparam, à história de vida destes e as diversas outras condições, biológicas, sociais e subjetivas destas pessoas. Nisto mais uma vez o saber demasiado ortodoxo e tecnicista falha com D.C. em seus devires dos processos de saúde, fazendo com que ela se sinta mais uma vez mal por não ter acesso aos cuidados necessários.

Durante todas as conversas, ainda que as falas de D.C. tenham forte caráter diagnóstico e biomédico, suas emoções fluem espontaneamente, em especial por suas expressões faciais e tom da voz. Ao fugir desta maneira “protocolar”, desta “anamnese não-dialógica”, não apenas a fala, mas o indivíduo ganha possibilidades de expressão subjetiva que não cabem em instrumentos formais; deixa que flua o que pensa, sente, vive, acha a respeito de certas coisas e cabe ao pesquisador em seu exercício criativo lidar com o que se depara. Isto é expresso significativamente no trecho que se segue:

– Aí fui controlando, comendo menos e parei de sentir tanto aquelas coisas, mas quando sentia e sabia que o coração tava bom, já tomava mais remédio da diabetes... Mas aí, em 2005, JESUS! (fala em tom significativamente mais alto)

– O que aconteceu em 2005, dona D.C.?!

– Tive o primeiro acidente vascular cerebral. Isso mesmo, o primeiro, porque eu tive dois. Tá vendo a minha perna direita? Eu tenho sequelas nela, tem um nome complicado e...

– Hemiparesia?

– Isso! Não mexo ela direito, não tenho mais força nela. Mas mesmo assim trabalhava e me esforçava. Fiz tanta fisioterapia que foi melhorando, recuperando, o problema ficou mais concentrado no joelho mesmo. A gente tem que lutar, né?

– Mas fora a perna, como foi essa coisa toda do AVC?

– O de sempre, Matheus. Internação, UTI, não sei quantos fios, aquele negocinho de medir os batimentos, exame na cabeça... tudo ruim de novo. Engraçado que não senti nada, nem dor de cabeça... Só apagou tudo uma hora e acordei no hospital. E eu já não tinha mesmo a força de antes para trabalhar e cuidar da casa.

A maneira que D.C. fala sobre o AVC aqui assume outra característica peculiar: Ao invés de falar sobre o cérebro ou eventuais órgãos afetados, a principal queixa de D.C. é sua mobilidade e subsequente independência para realizar tarefas cotidianas, evidenciando que suas produções simbólico-emocionais neste momento já não eram tão marcadas pelo caráter do adoecimento e do diagnóstico, assim como os sentimentos atrelados a estes em si, mas sim pela sua capacidade de ser sujeito de seus processos cotidianos estar ameaçado por mais uma condição aparentemente limitante, no caso a hemiparesia. Ao longo dos anos, as mudanças de D.C. em relação a suas condições indicam significativas produções subjetivas acerca destas e significativa distinção em seus processos simbólico-emocionais, em especial pela mudança de postura em relação a estas condições; ela passa a aceitar as prescrições e terapêuticas sem tanto medo e incerteza e a se preocupar quase exclusivamente com sua capacidade de realizar o que lhe convém e deve fazer. Experiente e amadurecida por tantas complicações, ela passa a se apegar ao que ainda lhe parece restar de possibilidades de vida; de ser sujeito de seus processos e vivenciá-los de maneira plena, fazendo mais ainda o que for necessário para isso. Esta postura é evidenciada no próximo trecho da conversa:

– E ninguém sabe até hoje direito o que foi. Dizem que foi o coração, mas sem ter tanta certeza, sem fechar a coisa toda. E eu faço o que for, Matheus. Se precisar de transplante, de fisioterapia, de não comer mais nada, eu faço. Eu tava cansada de perder tempo e ficar longe da minha família, do trabalho, da vida. Eu só queria e só quero até hoje ficar boa. Não curada, mas boa, você entende? Cuidar dos netos, do marido, ir na igreja, me divertir... essas coisas.

D.C. aqui revela que a principal aspiração de sua vida desde então é apenas se sentir bem e capaz de viver com qualidade. Reconhece que dado o caráter crônico de seu adoecimento a impossibilidade de cura é algo real, mas que isto não necessariamente a impede de viver com qualidade. Mais uma vez questiona o saber dos médicos em relação ao diagnóstico, só que dessa vez os sentimentos de raiva e angústia não surgem diretamente; ela

aqui apenas expressa que faria e fará o necessário para viver com qualidade, o que nos permite pensar em um indicador de que apesar de todos os percalços e complicações, estima muito a vida e as possibilidades desta, assim como as pessoas presentes nela. Este desejo pela vida é um indicador extremamente interessante de uma postura ativa que nos leva a reconhecer D.C. como uma pessoa que busca incessantemente ser sujeito de seus processos não apenas de saúde, mas de vida; ainda que seja impossível sê-lo para qualquer um de nós em todos os processos, esta postura de luta e determinação nos é reconhecida como um importante passo para isso, também corroborado porque D.C. em suas produções subjetivas por toda sua história quase sempre se sentiu compelida a fazê-lo, em prol de si mesma e principalmente do outro, com o qual se importa tanto, em especial as filhas. Esta configuração subjetiva relacionada à família, sobretudo às filhas é significativamente marcada em toda a história de D.C., desde o nascimento conturbado e difícil destas até os dias atuais, nas quais as três lhe deram netos e já não vivem mais com ela, o que não faz com que D.C. sinta algo diferente por elas que não seja amor, necessidade de cuidar e um profundo apego. Isto também se configura no que diz respeito às configurações dos processos de saúde dela, pois quando acometida de quaisquer condições que fossem, desde um simples resfriado às longas e demoradas internações por vários motivos distintos, sua primeira preocupação sempre era com as filhas, e agora, com os netos.

– E eu demorei pra largar aquele cara perverso. Acho que isso atrapalhou em muita coisa. Fiquei mais de dez anos com ele... viver com alguém assim, faz mal pra gente... Só que mesmo assim, fui vivendo, trabalhando, fazendo as coisas... Sem ele e só com as meninas melhorou. Aí em 2013, tudo piorou de novo. Eu era bem magrinha e fui só engordando... Um dia fui ao médico e ele disse que eu não podia mais trabalhar. Fiz perícia no INSS, mas não consegui o benefício. Voltei a trabalhar. E no dia 08 de maio de 2013 levantei, fui trabalhar e quando à noite fui cozinhar pro meu neto comecei a sentir dor. Minha filha mais velha, que já tinha se mudado, chegou em casa e eu desmaiei. Infarto. Fui internada e lutei muito para conseguir ficar lá, porque os médicos diziam que não era nada. Como um infarto não é nada? Sentimento ruim, viu... médicos picaretas. A gente sabe quando tá bem e não tá, Matheus. E eu sabia que não tava bem.

Como elaboramos anteriormente, alguns dos afetos de D.C. em relação ao ex-marido novamente classificado como “perverso” não surgem diretamente por seu relato; classifica-o incessantemente com conotações ruins, mas aponta sua própria contradição em ter permanecido com ele por tanto tempo. Os sentimentos e afetos por esta pessoa se tornam algo a ser hipotetizado, como fizemos anteriormente, e são inegavelmente presentes. Singularmente, D.C., seu desejo e vontade de permanecer com ele o mantiveram juntos por mais tempo que ela reconhece que deveria ter acontecido, o que nos leva a elaborar um indicador de que esta relação, violenta, disfuncional e prejudicial a D.C. não era apenas de

ódio e desprezo um pelo outro; vemos que alguns sentimentos e contextos que os aproximavam, contraditoriamente, ainda estavam presentes durante a relação. Ela também não especifica a razão precisa por tê-lo deixado, o que se reflete em uma posição de desconforto e vergonha na maneira reservada e evasiva que D.C. fala deste aspecto da relação. Podemos aqui pensar em um indicador de que na relação com ele D.C. foi subjugada a uma posição de dominação e subserviência ao outro, logo, não sendo sujeito dos processos relacionais com o ex-marido, apesar das situações supracitadas de aproximação. “Ser sujeito” aqui ganha uma forma complexa e difícil de ser prontamente assinalada por uma situação especificada dado o amálgama de situações presentes nesta relação; estas, invariavelmente, contraditórias e singulares.

Ela revela que continuou sua vida e suas obrigações, se sentindo melhor quando o núcleo familiar se resumiu a ela e às filhas. Entretanto, como é constante na história de D.C., ocorre mais uma complicação. A maneira com a qual D.C. se expressa sobre estas complicações surge de maneira quase fatalista e sobrenatural, como se fossem algo inesperadas apesar das condições que ela já tinha como realidade. Ela relata que foi internada e mais uma vez sofreu com o descaso dos médicos; esta outra constante nas expressões subjetivas de D.C. podem aparentemente revelar uma posição ambígua de vítima (ao se queixar de imediato dos médicos e de estar abandonada) e pessoa ativa; neste caso pensamos em um indicador de postura ativa, ao questionar os médicos novamente e ter lutado para ficar internada, dado o conhecimento e o desenvolvimento de D.C. sobre seus processos de saúde e seu corpo. Questiona até mesmo o saber dos médicos quando diz que seu problema era realmente grave, e não podia ser classificado como estes o fizeram. Sua última frase nos diz muito a respeito da “ruptura” que vemos como fundamental à educação em saúde: “A gente sabe quando tá bem e não tá, Matheus. E eu sabia que não tava bem.”. Esta frase nos proporciona um indicador de que o autoconhecimento advindo de diversas produções subjetivas e presente na configuração subjetiva de D.C. de suas condições é algo que ela desenvolveu e se põe à frente de seus processos de maneira resoluta e ativa, não se portando mais, mesmo com o descaso e informações desconexas dos médicos, como um corpo dócil e suscetível aos ditames destes. Sobre a educação em saúde, vemos que esta postura de D.C. é advinda das produções subjetivas ao longo de sua história, em especial dos espaços geradores com o outro e da inteligibilidade proporcionada e desenvolvida a partir destes espaços, o que é claro, por exemplo, quando questiona fugazmente os dizeres do médico de que o incidente “não era nada”.

– Depois eles começaram a fazer perguntas, pela primeira vez, e pediram uns exames mais específicos. Investigaram. Fiz cateterismo e angioplastia. Aí entendi que era bem mais grave... também descobriram que eu tinha tido outro AVC, o segundo. Me trataram com mais carinho e atenção e pelo que a gente conversava, entendia cada vez melhor o que tinha acontecido agora. Aí consegui benefício do INSS, mas cortaram três anos depois. Hoje não recebo nada de benefício, mas consegui me aposentar proporcional. Pararam de me atender onde eu estava e fui jogada de um canto pra outro, aí me mudei para cá, consegui um médico bom. Essa foi minha última crise grande. Hoje eu falo pra você que em relação a médico, estou mais bem acompanhada. E tenho minha filha que estuda enfermagem, a coordenadora do curso dela ajudou. Só de você sentir que é bem cuidado já melhora. E ajuda a gente a viver melhor, eu sei que por ser crônico ainda posso piorar, mas vivo pra isso não acontecer. A sorte é que ainda consigo cozinhar, açúcar e gordura não entram nessa casa! Não estou dez, mas estou oito. Esse problema é crônico. Mas a gente vive e faz por onde. Acho que a saúde vale muito, e a gente tem que prestar atenção, ter atenção de todos os profissionais. Não é querer muito, mas eu preciso que me escutem.

D.C. termina nossa última dinâmica conversacional descrevendo sua última situação crítica e seus pormenores na conclusão desta. A infalibilidade dos profissionais de saúde e de seus modelos terapêuticos é novamente posta à prova, como vemos a respeito dos exames mais detalhados e busca mais minuciosa do que tinha ocorrido com D.C. nesta crise, com sua postura pouco comprometida mais uma vez questionada. Vemos que D.C. não se porta como vítima das circunstâncias, pensamos em um indicador disto quando confirma sua hipótese de que era algo grave e que a postura distinta de outros profissionais é algo significativo e reconhecido por ela como atenção dispensada ao outro, mobilizando afetos e aprovando a conduta destes últimos.

A inteligibilidade que passa a ser construída por D.C. sobre a crise que a acometeu reflete esta postura; ela neste segundo momento não vê os médicos como grandes vilões que a irão tratar necessariamente com descaso e sem espaços dialógicos, reconhece os momentos e posturas distintos destes em diferentes momentos. D.C. se sente cuidada ao ser ouvida e ter atenção; sua postura nesta situação é um indicador da produção subjetiva em relação ao outro, em especial em contextos de saúde, na qual ela se sente presente e reconhecida como pessoa a partir do diálogo, reciprocidade e simetria nas relações, algo crucial à educação em saúde e ao desenvolvimento dos presentes neste contexto. A incerteza e a insegurança podem evocar sentimentos terríveis, em especial em momentos críticos, mas ao ter sua condição como algo inteligível e de então passar a produzir sentidos subjetivos sobre esta questão, D.C. se acalma e se sente cuidada naquele momento, algo inerente a sua configuração subjetiva do adoecimento. Após esta crise e alguns entrevistos com unidades de saúde diferentes, ela relata alguns acontecimentos, como a área de formação da filha que quer tanto e o profissional capacitado que a atende agora, anunciando que está em uma posição que se sente tranquila e cuidada, dado o papel do outro como ator fundamental que a proporciona este sentimento de

cuidado e afeto. Seu modo de vida apresenta características singulares dentro de suas possibilidades; realiza as atividades que pode fazer mantendo-se atenta a aspectos que podem comprometer seu atual estado de bem-estar, como a ingestão de alimentos prejudiciais a suas tantas condições, revelando que uma das poucas atividades que ainda pode realizar, cozinhar, é algo crucial em seu modo de vida e promoção de saúde. Isto não se trata apenas de “adesão à dieta”: É uma expressão clara de produções subjetivas de D.C. que a levaram a desenvolver um modo de vida que se articule com suas demandas e necessidades. Seu corpo não é mais tão forte como outrora, mas D.C. se esforça para se manter ativa e realizar suas atividades, sendo este outro aspecto relevante em seu modo de vida e produções subjetivas referentes a este.

Por fim, D.C. relata estar bem, atribuindo uma nota quantitativa a seu estado atual, que ao mesmo tempo que é surpreendente dadas as complicações que relatou durante todas as dinâmicas conversacionais, é um indicador de que D.C. se põe ativamente frente a seus processos de saúde, reconhecendo a necessidade desta postura ativa desde suas produções subjetivas e a importância de ser sujeito de seus processos. Ela conclui a última dinâmica conversacional enfatizando a importância do outro e de ser escutada – reconhecer tal importância não nos é um indicador de dependência, afetiva ou laboral do outro, mas uma necessidade legítima advinda de quem fez tanto pelo outro e agora deseja ardentemente cuidar de si e ser cuidada, afetuosa e integralmente.

7.2.2.2 *Complemento de frases*

- Saúde para mim é...
- Tudo, porque com saúde, o resto você complementa.

O caráter da saúde para D.C. aqui assume um indicador do quão crucial isto é para ela; podemos pensar também que sem as tantas complicações pelas quais passou, sua vida teria sido “complementada” de maneira mais íntegra e sem tantos percalços, ou seja, teria vivido melhor e dando mais atenção e resolutividade a fatos que a afligiam. A postura ativa de D.C. frente a seus processos de saúde reflete esta afirmação; ao buscar este “tudo”, ela se mostra emocionalmente envolvida e disposta a estar saudável em seus termos.

- Na minha vida eu mudaria...
- Não teria casado, estudado mais, não me exposto tanto e pensado mais em mim.

A abnegação com a qual D.C. se dedicou ao outro em determinados momentos é expressa por esta frase; o “pensar mais em mim” é intrinsecamente ligado a quando ela diz que “deixou de existir” para cuidar da família; isto não indica que D.C. se arrepende de ter cuidado tanto do outro, mas que devia ter também cuidado de si. Situações como o abandono dos estudos e o casamento problemático refletem esta produção de sentidos subjetivos de D.C. que sente que abandonou a si mesma em alguns aspectos.

– Eu quero no futuro...

– Me sentir bem, curada. Não totalmente, mas bem. Andar mais, cuidar das coisas, ver a família crescer.

Conforme expressei na frase anterior, D.C. deseja e quer bem o outro profundamente. Os afetos pela família aparecem aqui de maneira simples e espontânea, como um de seus mais presentes desejos. Os netos e filhas, que estima tanto, são parte integral de seus afetos e D.C. os vê como donos de seus afetos no passado, no presente e no futuro. A outra expressão remete a saúde e modo de vida; D.C. deseja continuar bem, ativa e presente em seus processos, algo até mesmo óbvio tendo em vista as experiências que passou ao longo da vida. As expressões subjetivas de D.C. no complemento de frases nos fornecem elementos que não destoam do que foi expressei no instrumento anterior, aqui aparecem como uma direta e afirmativa síntese de tudo que passou.

– O mais importante para mim...

– Família.

Confesso que nesta frase, a resposta de D.C. já era esperada por mim. A importância da família é algo marcante em quase tudo que expressa, e aqui é mais uma vez sintetizada em um único indutor, respondido por uma única palavra.

– Minha família...

– É tudo. Base, porto seguro... até meus genros (risos), gente que que posso contar e confiar.

Nesta frase D.C. reitera a importância de sua família, mostrando-se de bom humor e espirituosa pela primeira vez durante todo o processo de pesquisa. Brinca a respeito dos genros, em algo mais condizente com a subjetividade social relacionada aos núcleos familiares e a estúpida rixa aparente entre genros e sogras, mas D.C. de imediato revela que quer bem os genros como qualquer outro familiar, expressando que são pessoas de sua mais estrita confiança, o que nos permite pensar em um indicador de que o afeto familiar dela não é

unilateral, mas sim, recíproco e presente na subjetividade social de sua família como grupo relacional.

– Hoje eu gostaria de...

– Estar bem de saúde. Dinheiro não importa mais tanto. Ainda queria trabalhar e fazer mais coisas.

Neste complemento de frases D.C. pode aparentar soar algo repetitiva, mas entendemos estas expressões distintas a indutores similares como possibilitador de inteligibilidade acerca da produção subjetiva de D.C. frente a diversos processos. Aqui ela assinala mais uma vez a importância de estar ativa e presente no mundo, desatribuindo até mesmo o caráter de subsistência provido pelo dinheiro. Para ela, realizar atividades e se sentir presente no mundo supera qualquer compensação financeira, nos dando mais um indicador de que esta é sua principal demanda agora e algo que estima muito.

– Atenção e cuidado são...

– Tudo. Fundamentais. Se cuidam de você e conversam com você não acontece tanta coisa ruim.

Aqui D.C. vai diretamente em confluência ao que compreendemos como educação em saúde; a presença do outro é ressaltada não apenas como espaço de subjetivação, mas como agente de prevenção e promoção de saúde a partir das práticas relacionais estabelecidas e desenvolvidas. Atribui uma causalidade a estes espaços, que podemos constatar como algo muito presente e forte em suas experiências.

– O que me emociona...

– Falar do passado, do que eu vivi. Coisas boas e ruins. Meio termo entre triste e feliz, teve lá suas partes de cada uma. Fiz muita coisa que eu gostaria, mas apanhei muito.

Esta frase é tocante em especial se pensada a partir também da dinâmica conversacional, quando D.C. chora ao falar da perda do primeiro filho. Não há muito que completar sobre isto, apenas que o passado e sua história ainda a mobilizam emocionalmente de maneira forte e pungente. O passado e a história de vida não nos são coisas a serem “superadas” em uma perspectiva cognitivista de “descarte emocional”, mas sim, de fonte inesgotável de sentidos subjetivos, sentimentos e emoções em relação a estas experiências. D.C., mesmo em outros contextos de vida e saúde agora, ainda é tocada pelo passado, em uma expressão subjetiva legítima de seus sentidos e sentimentos. Quando fala em “apanhar”, D.C. se refere não apenas às agressões físicas do ex-marido, mas de situações que sofreu durante a

experiência destas. Faz uma reflexão geral de sua vida como algo proveitosa e satisfatória, mas repleta de percalços.

– Não quero...

– Terminar a minha vida incapacitada, sem poder ser ativa.

O último indutor deste instrumento é algo expresso por D.C. constantemente; o desejo de se manter ativa e presente em seus mais diversos processos é expresso em várias de suas configurações subjetivas, em especial nas que dizem respeito ao adoecimento e ao modo de vida. D.C. sente que saúde e qualidade de vida não são apenas a ausência aparente de sintomas, mas a capacidade de se manter ativa, presente e resoluta em sua vida. Isto evidencia mais uma vez a luta e a garra de D.C. em uma vida que lhe foi difícil por tantas vezes, mas que se recusa terminantemente a abandonar e deixar de lutar.

7.3 Os profissionais de saúde

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, em especial na construção da informação, passamos a refletir cada vez mais sobre os cenários, contextos e espaços de subjetivação com os quais passávamos a lidar. Logo, inspirado por outros trabalhos que tiveram a participação não apenas das pessoas acometidas pelas condições norteadoras da pesquisa, pensamos também na inclusão, como participantes, de profissionais de saúde que lidam diretamente com estas condições. A fim de promover uma leitura e compreensão mais ampla dos fenômenos em questão, julgamos rico e interessante trazer para o âmbito desta pesquisa os profissionais, por diversas vezes tão criticados e condenados em seu mister. As próximas construções da informação apresentam a visão, experiências e produções subjetivas de uma profissional da área médica que aqui pôde se expressar de maneira que contemplasse sua profissão e suas expressões subjetivas em seu campo de atuação.

7.3.1 A médica C.S.: formação, dificuldades e a questão do outro

C.S. é uma médica formada recentemente. Depois de anos de preparação, conseguiu o ingresso pelo vestibular em um curso que é algo extremamente desejado pelos egressos em cursos superiores, ousamos dizer, em todo o mundo. Fez estágios e residências em diversas áreas, como de praxe aos estudantes de medicina. Não é acometida por quaisquer condições adversas de saúde. É uma defensora ferrenha do Sistema Único de Saúde brasileiro.

7.3.2 Construção do cenário de pesquisa

C.S. e eu nos conhecemos por meio de espaços de debate sobre políticas públicas e saúde no Brasil. Tornando-nos próximos, sempre compartilhamos aspectos acerca da atuação em saúde, em especial no SUS, na qual ela fez seus estágios e residência. Ainda que com visões distintas em determinados aspectos, sempre conseguimos chegar a relativos consensos sobre o papel e o futuro da saúde no Brasil. Quando acenei com a possibilidade de ela participar desta dissertação como a profissional de saúde, C.S. se mostrou disposta para tal, encaixando-se em horários que não comprometessem sua atribulada rotina de médica.

7.3.3 Processo de construção da informação

7.3.3.1 Dinâmica conversacional

C.S. e eu nos encontramos em uma manhã de um dia de semana na qual ela estava disponível. Iniciamos prontamente nossa dinâmica conversacional.

– O que te fez buscar a medicina? Qual foi sua motivação inicial para trabalhar nesse campo?

– Desde a sétima série, isso, precisamente na sétima série, eu queria fazer medicina. Meu pai é extremamente doente e eu sofria muito com a situação... acho que era uma forma inconsciente de entender isso, é a psicanálise que fala disso né? Eu queria porque queria resolver aquilo, cuidar do meu pai, nem tanto das outras pessoas, mas resolver a vida da minha família.

– O que acontece com seu pai?

– Muita coisa (suspiro). Enfisema, porque fumava muito, problemas cardíacos, psiquiátricos, gástricos... Era um cobertor curto, Matheus. Puxava de um canto e descobria outro, já dava outra complicação. Muito tenso. Eu me sentia impotente em relação a isso e queria ter em mãos algo pra poder resolver aquilo.

C.S. inicia a conversa expressando o que a levou a buscar a medicina; o adoecimento do pai surge como importante produção subjetiva em relação a seus motivos e aspirações. Nos dá uma explicação advinda de pressupostos de teorias psicológicas, tendo aqui um indicador de sua busca constante por inteligibilidade e algo que possa compreender, o que é ressaltado pelo desejo persistente de controle e recursos para que pudesse resolver a situação do pai, mesmo sendo ainda uma jovem menina. É marcante que este desejo tenha se mantido por tanto tempo, até a idade adulta na qual pôde ingressar no curso que aparentemente a traria as respostas tão necessárias e desejadas. O papel do outro aqui apresenta singular ambivalência e contradição; C.S. diz que não pensou tanto nas pessoas como um todo, mas no pai e por consequência em si e seus problemas. C.S. não vê o pai como “outras pessoas”, mas como algo próximo e interligado a si mesma. Posteriormente, descreve a situação do pai em termos médicos e diagnósticos, o que para nós é um indicador de que sua formação biomédica é um grande gerador de sentidos subjetivos acerca dos fenômenos que a cercam, definindo ontológica e subjetivamente estes fenômenos por meio do saber biomédico e diagnóstico. Entretanto, ela demonstra que estes tantos diagnósticos se desdobravam emocionalmente, ao suspirar profundamente antes de falar do pai. Isto é um indicador de que por trás de todo o discurso biomédico-diagnóstico há espaços para desdobramentos e emocionalidades presentes subjetivamente em C.S., em suas tramas simbólico-emocionais.

– Você trabalhou na cardiopatia nas unidades que você estagiou e fez residência. Tem alguma coisa em especial que difere essa especialidade das outras?

– O que é modo de vida na psicologia? Acho que isso tem muito a ver. E tem outra coisa também que acho que você até escreveu, cara... é MUITA gente com problema de coração. Tipo, olha o meu pai ali, se não tomar certinho os remédios dele pode acontecer muita coisa, desde síndrome vasovagal até problemas na aorta, já que seu tema é cardiopatia. Eu encho o saco mas ele não se cuida, ninguém se cuida direito. Tenho a formação, mas do que adianta com gente teimosa?

Explico a C.S. sem usar de tantos termos técnicos o conceito de modo de vida advindo da teoria da subjetividade. Ela assente e percebo que este conceito é de alguma forma banalizado na formação de medicina, com profundas representações advindas de um raso senso comum, mas abrange aspectos similares do que nos propomos a discutir. O grande número de pacientes cardiopatas com os quais C.S. lida nas unidades de cardiologia, estas imensas em tamanho e demanda, nos revela acintosamente que este é um fenômeno de larga escala e ocorrência populacional, tornando-o algo extremamente relevante no presente tempo. Advindo de sua formação médica, C.S. nos dá um indicador de que compreende os fenômenos humanos com estrita causalidade ao falar do pai; as relações entre algo ocorrido e suas possíveis consequências diretas evidenciam sentidos subjetivos produzidos extensivamente em sua formação nesta maneira de compreender o mundo, em sua configuração subjetiva de médica. Completa seu relato com possíveis prognósticos à saúde do pai, indicando novamente esta maneira de compreensão à luz das causalidades organicistas próprias ao modelo biomédico. Entretanto, isso não faz de C.S. uma fiel reprodutora de modelos organicistas frio e desatento ao mundo devido à sua formação, expressando sua maneira de cuidar do pai à luz dos novos recursos aprendidos e desenvolvidos em sua formação de médico, indicando afeto e cuidado em relação ao pai. Mas há aqui um indicador de que C.S. não foi formada e subsequentemente não produziu subjetivamente fortes recursos na relação com o outro; ao expressar sua frustração quando diz que apesar de seus conselhos eles não aparentam ter resultados, C.S. se posiciona de maneira assimétrica e autoritária frente a estes cuidados, e este tipo de relação e troca com o outro não aparentam ser típicos a um espaço dialógico. Quando classifica o outro, não apenas seu pai, como “gente teimosa”, há uma perigosa generalização sobre os pacientes que “não aderem ao tratamento”, desconsiderando as inúmeras tramas subjetivas possíveis para que não o façam nas especificidades médicas.

– E como é a vida com o seu pai?

– Cara, olha o que ele tem! Sei que tu não é médico, mas acho que tu sabe que tudo isso pode acabar em muitos outros problemas, até mesmo fatais. Um órgão influencia o outro, não é uma caixinha que pode tratar independentemente.

– Promoção e prevenção de saúde? É isso que você tá fazendo com o seu pai? Identificando os fatores de risco antes que eles virem um problema em si?

– Exatamente! Mas não rola, ele não adere, como muitos pacientes... acho que no fundo isso pra mim é mais uma forma de racionalizar os meus sentimentos, de lavar as mãos mesmo. Não dá certo. Eles não ouvem.

– E por que não?

– Cara, tu estagiou no SUS, na atenção secundária e terciária... Claro que a Psicologia é bem diferente, tu era psicoterapeuta no CAPS, né? Aí dá pra ouvir e trocar ideia, mas demanda em hospital, em emergência, sobrecarrega demais a gente. Eu tento me desdobrar, falar mesmo com a galera, mas às vezes é só examinar e encaminhar. É complicado. Às vezes eles não são nem um pouco atentos com a saúde.

Surpreendentemente, C.S. vai direto aos temas em questão; em especial a educação em saúde. Relata as dificuldades da práxis em ambientes de atenção terciária (hospitalar e emergencial) do sistema único de saúde brasileiro e reconhece que a atenção que seria necessária oferecer a seus pacientes muitas vezes é limitada devido à alta demanda. C.S. não nos expressa um indicador de passividade e “rendição incondicional” ao sistema, já que relata que busca esta atenção aos pacientes, mas sim um de luta e afincamento pela profissão ao tentar fazê-lo sempre, mostrando que há aqui um conflito em sua produção subjetiva referente a sua postura como profissional, indicando um amálgama de sentidos subjetivos contraditórios e assimétricos, na qual por mais que se esforce, ainda não é o bastante. Não há uma postura de vítima resignada aos percalços do sistema no qual trabalha, apenas uma expressão legítima de frustração e angústia frente ao cenário de trabalho, realidade cuja qual faço coro à expressão de C.S., tendo em vista minhas experiências profissionais que ele mesmo relata em sua fala. Há aqui também uma expressão frente à precariedade do relacionamento com o outro nestas práticas; quando ele diz que “não tem como saber se os pacientes são atentos com a saúde”, não há de maneira alguma o espaço relacional e dialógico que temos como cenário propício à subjetivação e desenvolvimento das pessoas acometidas pelas mais diversas condições. Compreendemos que em situações de emergência, como as relatadas por ele, estes espaços são de fato impossíveis de serem estabelecidos de maneira racional e deliberada. Mas estes atendimentos não resumem toda a atuação no campo da saúde; acreditamos que há espaços distintos em meio às práticas que permitam esta aproximação ao outro. Nota-se também uma representação social sobre outra especialidade da saúde que infelizmente pouco diz respeito à alta complexidade do trabalho desta, quando C.S. diz que “psicólogos podem ouvir e conversar”, remetendo que o trabalho destes profissionais consiste em apenas conversas e

investigações, excluindo desta lógica grande parte do que se entende como "terapêutico" por meio das vastas e distintas práticas da Psicologia como ciência e profissão, inclusive a educação em saúde. Sem nos delongarmos no mérito dos pormenores do trabalho psicológico, nos é extremamente problemática a representação de que ouvir e estabelecer diálogo com os que buscam atendimentos diversos em saúde seja vista como algo “exclusivo” à Psicologia, como se outros profissionais não tivessem a capacidade ou o interesse de fazê-lo, não por meio de psicoterapias e outras técnicas, estas sim, exclusivas à Psicologia – mas sim, de dialogar e saber a respeito daqueles que os buscam nos atendimentos e ambientes de saúde. C.S. indica uma postura atenta ao outro e que busca romper com isolamentos e práticas estritamente protocolares, mas ainda o faz carregado de produções subjetivas que remetem ao senso comum e a uma subjetividade social carregada de equívocos e representações distorcidas sobre o papel das diferentes especialidades e campos de atuação da saúde, que por diversas vezes faz com que os indivíduos presentes nesta subjetividade social sintam-se perdidos e sem referências adequadas sobre que tipo de atendimentos e em que contextos buscarem a estes, tornando-se fragmentados e compartimentalizados entre as diversas especialidades que possam vir a compreender erroneamente.

– Como assim, não são atendidos?

– Ah, é foda... deixa eu só te explicar antes, você dá o diagnóstico, estabiliza e encaminha. Na emergência, que foi onde eu vi mais cardiopatia, nem tem como aprofundar muito, porque é outro setor que pede os exames, os médicos titulares e donos das especialidades. É uma burocracia que limita o nosso trabalho e principalmente o jeito que a gente atende as pessoas. Isso de não ser atendido é ver gente obesa, com vários problemas, que não quer fazer nada pra mudar isso e acha ruim quando a gente manda mudar. Parece que não querem melhorar, sei lá...

C.S. aqui faz primeiramente uma queixa pungente ao que avalia como limitações desnecessárias a seu trabalho – algo legítimo, típico a pessoas que se posicionem ativamente em contextos distintos, como os laborais, indicando que não toma como realidade universal alguns aspectos de seu trabalho e os contesta diretamente. Entretanto, posteriormente C.S. nos dá algo que corrobora o indicador levantado anteriormente sobre como atender o outro de maneira “contaminada” por representações sociais e formação profissional problemáticas no que diz respeito ao outro: C.S. atribui a alguns pacientes características valorativas de “não querer melhorar” e não aderir ao tratamento e aos ditames médicos com alguma frustração e desdém, o que é algo visto por nós também nas outras construções de informações. Este desdém pelo outro, ainda que não seja feito por algo deliberadamente perverso ou qualquer outra característica moral e valorativa que erroneamente poderia ser atribuída, é presente na subjetividade social das práticas em saúde, desde a formação até a atuação em si. Lidar com o

outro é algo complexo e impassível de teorizações imediatas como aplicações de técnicas ou maior tempo disponível, entretanto, é algo negligenciado e pouco desenvolvido, logo pouco mobilizado subjetivamente por parte destes profissionais. Perde-se o outro nas possibilidades relacionais que poderiam ocorrer, e com isso, as práticas de saúde tornam-se carregadas de valorações e descréditos por partes dos presentes nesta realidade, o que nos é algo incompatível e distinto de práticas educativas em saúde que promovam o desenvolvimento do outro, por meio de espaços subjetivadores que este possa gerar. Ela segue seu relato fazendo críticas aos cenários de atuação nos quais trabalha.

– A atenção primária é bem complicada, e as pessoas não sabem direito para que serve. Muita gente tem umas demandas que seriam de outros níveis de atenção e vice-versa. Os profissionais são muito fracos, rola um comodismo muito grande depois que a pessoa é aprovada em concurso público e não se preocupa em atender o público, mas em ter a tal da estabilidade. E o envolvimento político é terrível também...

– Envolvimento político? Das associações de usuários dos serviços? De quem, exatamente?

– Das câmaras legislativas, do executivo... Sempre tem um querendo mais recursos pra determinada área que é um curral eleitoral dele. Inaugurar uma UPA, posto e etc, depende de muitas negociações entre eles, por baixo dos panos. E tem usuário que se a gente não receita o que ele quer, reclama pro deputado e tem um escândalo com a gente.

C.S. aqui relata uma situação pouco conhecida e explorada em produções científicas sobre a saúde brasileira. O envolvimento político, em uma acepção da palavra que destoa de “atividade popular”, advinda do grego *polis*, se traduz em enorme politicagem, compadrio e conchavos tão comuns à realidade política brasileira. Os legisladores, supostamente colocados em câmaras para representar o povo, se tornam agentes de autopromoção e consolidação de poder ao destinar recursos para a manutenção de seu poder por meio de uma prática típica aos compadrios que marcam até hoje a política brasileira – destinando recursos e obras não a demandas reais da população, mas a zonas eleitorais que os ajudem a se perpetuarem no poder. Isto nos faz refletir sobre quão complexos alguns campos de atuação podem ser, em especial a saúde pública; aqui vemos que a competência, o saber técnico e científico e a disposição para o trabalho não são garantias de bons serviços ou bom atendimento ao público. Isto depende, dentre outros fatores, das nuances dos poderes do Estado e como estes se articulam com a sociedade que regem. Estes políticos, alçados ao poder muitas vezes como agentes de grandes interesses privados – o famigerado capitalismo de compadrio – não ocupam cargos e espaços de poder para desenvolver práticas e políticas voltadas para as demandas do povo, mas para serem agentes de interesses particulares e escusos que muitas

vezes destoam da realidade daqueles que dizem representar. Outra questão social levantada por C.S. é relacionada também à “coisa pública” brasileira, levantando um ponto presente em nossa subjetividade social relacionada ao mundo do trabalho – os concursos públicos e subsequente ocupação de cargos públicos, assim como sua representação social que remete a aspectos quase metafísicos e tomados como universais como “estabilidade”, “mamata”, “serviço leve” e “tranquilidade no trabalho”. Um verdadeiro oxímoro social, se assim nos permitem arriscar dizer – pessoas que ocupam cargos cuja finalidade e *mister* é atender bem ao público e o fazem... por puro ganho e satisfação pessoais, desconsiderando esse serviço prestado ao público como irrelevante e passível de desleixos, dada a estabilidade que tanto almejam ser sua nova realidade quando da ocupação destes cargos.

Sobre os dois grupos criticados por C.S., é claro e notável que existam exceções em ambos – políticos e profissionais concursados que atendam ao público e tomem interesse pela coisa pública como algo necessário e a ser feito prontamente. Mas ao que ela levanta estes pontos, identificamos de imediato aspectos da subjetividade social brasileira que permeiam inúmeras dimensões desta, e por consequente, inúmeras subjetividades individuais. Faço aqui um exercício prático e pessoal advindo de minhas experiências na saúde – um estágio que C.S. menciona no início de nossa conversa, que consistia em atendimentos psicológicos de diversas matrizes em um CAPS-II localizado na região sul do Distrito Federal. De acordo com as regulações e diretrizes, a estrutura desta unidade de saúde atenderia a algo em torno de 250.000 pessoas em uma distribuição demográfica e populacional. Entretanto, atendia a 1.200.000 e era sempre sujeito a superlotações e difícil atenção dos profissionais devido, dentre outros fatores, a esta altíssima demanda. ³ (Sobre compreensivo trabalho feito nesta mesma unidade, recomendamos a leitura da tese de doutorado de Daniel Goulart, intitulada “Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito”)

Por que trazer aqui estas reflexões sobre cenários políticos e sociais da realidade brasileira? Pensamos que ao que compreendemos a subjetividade como sistema aberto, dinâmico, gerador e de inúmeras possibilidades, dada a complexidade presente, é necessário que façamos reflexões sobre a realidade e condições materiais nas quais as subjetividades se revelam e se expressam, rompendo com uma visão individualista, metanarrativa e fragmentada do que é a dimensão humana – não concebemos indivíduos e sujeitos destituídos de toda a trama social, coletiva e subjetiva social nas quais estes se encontram, logo não os tendo em um paradigma etéreo e atemporal de existência. Estes aspectos, trazidos por uma profissional que conhece os pormenores da atuação nestes serviços, são para nós uma

excelente perspectiva de inteligibilidade sobre contextos que se perdem, dentre outras leituras, em visões que se façam por demasiado baseadas em “clínicas da patologia e do indivíduo” (GONZÁLEZ REY, 2012). Ao que concebemos que nossos objetivos de estudo estão presentes em fenômenos que se desdobram nesta complexa realidade, devemos abordá-la e investiga-la de maneira que estes fenômenos sejam compreendidos em suas teias simbólicas, sociais e emocionais. Também não nos cabe fazer generalizações ou causalidades absolutas; vemos a generalização como algo que advindo de determinada experiência, pode gerar inteligibilidade a respeito de certo campo de estudo, mas não como lei ou verdade única. A experiência de C.S. pode ser totalmente distinta de outros profissionais que atuem nas mesmas áreas, mas pelo relato dela podemos construir indicadores e outras ferramentas hipotéticas de compreensão desta realidade vivida e produzida subjetivamente por ela e pelas outras pessoas com a qual compartilha os devires de seus campos de atuação.

Voltando a nossos objetivos de pesquisa de maneira mais direta, como pensar em educação em saúde e modo de vida neste cenário? Vemos aqui que as demandas e alto número de atendimentos desempenhados pelos profissionais são muitas vezes esmagadores, a princípio barrando grandes possibilidades de estabelecimentos de espaços dialógicos geradores de novas produções subjetivas – mas como dito antes, um espaço dialógico não é algo a ser instrumentalizado ou cronometrado – os vemos como práticas que impliquem as pessoas em seus processos de saúde, e por consequente, capazes de produzir subjetivamente sobre estes. Em atendimentos que demandem ações mais rápidas, como a renovação de uma prescrição medicamentosa, vemos que é possível olhar para este indivíduo, sujeito ou não de seus processos, e implica-lo nestes processos – uma simples troca de palavras que não é de fato tão simples, pode gerar inteligibilidade e por consequente desenvolvimento subjetivo deste indivíduo. C.S. prossegue seu relato acentuando o tom crítico, desta vez o expandindo a outros atores.

– Sendo bem sincera, formação em saúde no Brasil é MUITO ruim. A gente aceita opinião dos profissionais, se acomoda. Não quer aprender mais, pensar mais, fazer diferente. Eu to sempre lendo e pesquisando, mas tem gente que vira despachante de superiores ali dentro. E quando se quer fazer mais intervenções, não dá, porque esse pessoal do topo poda a gente o tempo todo. Falta curiosidade, criatividade, sei lá.

– Você critica muito a sua classe, o que acha que poderia mudar nessa postura?

– Precisa de mais comprometimento. De capacitação para lidar com as pessoas. A gente aprende a lidar com doença, não com PESSOAS... tava conversando com o meu marido outro dia e nos demos conta do absurdo que é isso, na graduação ninguém ressalta que vamos lidar com pessoas. Estudo o sistema gástrico, mas não sei lidar com alguém que se recusa a parar de comer porcaria que prejudica. Menos

de 1% querem se ajudar de verdade. Tacam o grande foda-se. E isso a gente não aprende mesmo na formação.

– E o que você acha que faz com que menos de 1% se ajudem?

– Falta educação, falta as pessoas se desenvolverem mais. Falta instrução. Ninguém aprende direito as coisas nesse país...

– Mas você C.S., no seu papel de médica, não acha que poderia vir a ajudar essas pessoas a se desenvolverem? Até a ter mais instrução?

– Eu acho que... não sei, não sei mesmo. Não dá pra dar aula de especialidades em uma consulta de 5 minutos.

Aqui a crítica de C.S. se inicia de maneira pertinente à formação dos profissionais da medicina e em sua atuação, apontando mais uma vez o comodismo prejudicial à atuação e o quão submissos e acomodados estes profissionais podem ser, mostrando até mesmo características que realçam esta passividade, como a falta de curiosidade e criatividade em relação a seus campos de atuação, assim como essa passividade se desdobra em relação às hierarquias e possibilidades de atuar de maneira diferente. Pensamos aqui em um indicador de que C.S. se vê limitada e desiludida com sua profissão, sobretudo por estar cercada de pessoas que vê como incompetentes e pouco ativas e dinâmicas, características estas às quais ela confere um caráter de imprescindibilidade quando da atuação em saúde. Nos é tocante ver uma profissional recém-formada com tantas críticas e desilusões a respeito de sua profissão, e por mais que não sejamos profetas ou busquemos antever a vida e as produções subjetivas de alguém, pensamos que C.S. está em uma profunda situação de mal-estar em relação ao trabalho e ao futuro, devendo mobilizar e gerar novas possibilidades produzidas subjetivamente a fim de que não adoeça ou se comprometa terrivelmente em dias próximos. Este tipo de comprometimento emocional em relação ao trabalho é comum em diversos campos de atuação e tornou-se até mesmo categoria diagnóstica, a famigerada síndrome de Burnout, (DSM V, 2015) mas pensamos nisso não como diagnóstico e fenômeno em si, e sim como uma configuração subjetiva que se mostra imóvel e incapaz de oferecer possibilidades e caminhos para a pessoa que sofre com estes aspectos laborais. Acima de tudo, é crucial que C.S. se posicione de maneira a gerar novas alternativas e possibilidades, não como alguém condizente e dócil ao complexo sistema sob o qual está inserida, mas como sujeito de seus processos, com a postura crítica ou não.

Posteriormente, C.S. segue seu relato ressaltando o quanto o caráter de lidar com o outro é negligenciado e subjugado ao saber estritamente biológico e fisiológico na formação em medicina, algo que a seu ver em uma produção subjetiva algo recente é absurdo e contraditório – lida-se com sintomas, mas não com a pessoa que apresenta esses sintomas.

Isto nos é claro em nossos postulados teóricos, mas ouvi-lo diretamente de uma pessoa que advém desta formação nos é um indicador de que nossas críticas de fato reverberam na realidade na qual a elaboramos. É notável que C.S. reconheça isso e seja, em suas palavras, uma exceção à regra ao fazê-lo. Mas o relato prossegue com uma singular e significativa posição de C.S. que, sem percebê-lo, cai como uma presa fácil na armadilha deste modelo, tendo aqui um indicador que ainda que aparentemente se porte de maneira que crê distinta dos demais médicos, produz subjetivamente ideias e conceitos fortemente atrelados à esta maneira de compreender o outro.

Após ressaltar a necessidade de uma atenção diferenciada e mais presente ao outro, ela acaba por reproduzir ideias e visões sobre o outro típicas ao modelo que o nega – generaliza arbitrariamente os pacientes, faz uma grosseira estimativa estatística e utiliza de um palavrão para categorizar os pacientes, colocando toda a responsabilidade do desenvolvimento e bem-estar destes neles mesmo, utilizando-se também de uma grosseira justificativa relacionada à educação formal, ou aqui, ausência desta, para explicar porque o modo de vida destes pacientes não é condizente com as prescrições dos médicos. Os classifica como preguiçosos e desinteressados em seu cuidado, coisas que vemos nos trabalhos em saúde e claramente nesta mesma dissertação, que é completamente distinta da realidade. A “aula de especialidades” que ela relata em uma construção hipotética se confunde com a educação formal e com o caráter biologizante do modelo médico de entender os fenômenos humanos – uma perspectiva que não poderia ser mais distinta e destoante do que compreendemos como saúde, educação e educação em saúde. O descrédito no devir do outro, amparado em justificativas e retóricas abstratas que eximem os profissionais de qualquer outra possibilidade distinta de lidar com o outro é marcante aqui, em especial na incapacidade de se ver como agente e propiciador da mudança que tanto, abstratamente, deseja que o outro promova. Tais produções subjetivas e posicionamentos infelizmente são comuns no campo da saúde, este que, paradoxalmente, deveria ser o exato oposto disso. Vê-los advindos tão claramente de uma profissional de saúde que as articula com sua formação, processos político-sociais e representações sobre seu campo de atuação torna este relato dotado de uma inteligibilidade clara e algo chocante sobre o que buscamos aqui compreender por nossos objetivos de pesquisa.

Vemos que tornar-se agente promotor de espaços dialógicos que favoreçam a geração de alternativas e caminhos por parte do outro a partir de práticas de educação em saúde, que articuladas subjetivamente ao modo de vida sejam algo que promova saúde e qualidade de vida não é apenas uma questão de mérito e formações pessoais, ou uma suposta postura de abertura e desejo para com o outro, e sim, algo que é constantemente combalido e

negligenciado em inúmeros contextos institucionais, políticos e sociais, em uma subjetividade social, que, paradoxalmente, é pouco afável ao “social” onde este deveria ser mais presente. Ela continua seu relato em mais críticas e questões relacionadas à profissão.

– O que é atenção básica e emergência... as pessoas não procuram o serviço certo. Vão na Unidade de Pronto Atendimento por causa de uma dor de dente, coisa que poderia ser resolvida em um posto de saúde! E os médicos às vezes nem ligam pra isso. Tem médicos que fazem o que o paciente pede, dão o remédio que o paciente pede e pronto, sem nenhuma reflexão sobre posologia, inclusive médicos estrangeiros. Toda essa questão de lidar com as pessoas é complicada, empatia se torna algo abstrato mesmo... é difícil para nós, eu tenho que reconhecer. Não somos preparados, e às vezes temos que ser terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais... porque veem o médico nessa posição absoluta, de coisas que não sabemos fazer.

– Como essa conversa e esse tato com o outro...

– Sim. O médico tem essa postura de reizinho, de ser independente, de que sabe mais. Nunca interage com a equipe, nunca procura saber de outras coisas que possam ser feitas. Nunca procura ninguém. E a gente é levado a acreditar nisso.

– E você se vê agindo assim?

– Talvez, algumas vezes, sim. Isso não é só o fulano ou o sicrano. **É a classe toda. Sem exceções.**

A interdisciplinaridade, tão necessária às práticas em saúde, (FALEIROS, 2017; MILANE & RESENDE, 2017) na visão de C.S. neste trecho do relato é constantemente negligenciada, nos dando um indicador de que a postura de determinadas especialidades e áreas da saúde em relação ao outro não se mostra evasiva e distante apenas com os pacientes e usuários, e sim, com outras áreas afim, inclusive dentro da própria área. A ausência de criatividade, de curiosidade e de buscas por novas ferramentas, técnicas e maneiras de compreender o que acontece nos atendimentos ressaltada anteriormente por C.S. se mostra claramente aqui. A independência e autonomia que são tão caras e necessárias em determinados contextos, em especial no que diz respeito a ser sujeito de determinados processos, não são preceitos absolutos que podemos outorgar a esta qualidade ou outras – aqui se mostram como um léxico de palavras que significam egoísmo, arrogância e um suposto saber que se esgota em si mesmo – um individualismo exacerbado que coloca estes profissionais em verdadeiras “torres de marfim” de conhecimentos técnicos e subsequente negação do outro, este outro sendo qualquer pessoa presente no campo da saúde, o que distancia e esvazia quaisquer possibilidades relacionais, subsequentemente abortando possibilidades de estabelecimento de práticas de educação em saúde que contemplem o outro como ser gerador de possibilidades a partir de espaços relacionais que promovam tais possibilidades. C.S. diz que os médicos são levados a crer nesta suposta autoridade e

monopólio do conhecimento, estendendo ainda mais sua crítica à formação e às práticas médicas, e termina seu relato em mais uma generalização absoluta, recurso presente em suas produções subjetivas relacionadas à configuração subjetiva do trabalho em medicina para gerar inteligibilidade sobre o mundo que a cerca, desta vez sendo dura e crítica com seus colegas e consigo mesma, dizendo que toda a classe comunga desta postura assimétrica, isolada e ensimesmada de como trabalhar. É notável que durante todo o relato de C.S. o conceito de “modo de vida” foi algo obliterado em seus relatos, devido à falta de critérios avaliativos empíricos para este por parte dos médicos, que desejam estes critérios de imediato – resultados, encaminhamentos e esta práxis burocrática enraizada neste trabalho, que C.S. relata muito bem. Avaliações a longo prazo que visam a promoção de saúde, em especial nas emergências, campo de atuação de C.S. neste momento são perdidas e dissipadas, constando somente em prontuários e observações diretas. No que se perde o outro, como se pode avaliar os espaços de desenvolvimento deste fora do contexto hospitalar, que a nosso ver, é onde realmente ocorrem e se desenvolvem os processos de saúde? (GONZÁLEZ REY, 2012) A lógica biomédico-curativista se torna mais uma presa das próprias instituições nas quais se estabelece, perdendo o outro em seus múltiplos espaços, contextos e possibilidades de vida. C.S. critica o modo de vida de alguns pacientes, sem tantos critérios para tanto, apenas em observações algo empíricas e enviesadas pelos critérios fisiológicos que se depara no momento dos atendimentos – recurso presente em sua maneira de gerar inteligibilidade sobre o que se depara. Ela também não percebe que a falta de espaços relacionais com o outro no qual este possa produzir subjetivamente, se posicionar, se expressar e gerar novas possibilidades é algo que prejudica seu trabalho, em especial nos critérios avaliativos e formulação de hipóteses e geração de inteligibilidade sobre o outro, que a é apresentado apenas de maneira quantitativa e fisiológica. Em suma, vemos que C.S. é uma pessoa que neste momento reconhece as limitações e percalços de seu trabalho, mas ainda não foi capaz de produzir e configurar subjetivamente sentidos que a façam se colocar em uma posição, agora com o uso devido desta palavra, de autonomia em relação aos contextos com os quais trabalha e se depara, sem se tornar mais uma vítima dos problemas advindos destes contextos, atuando de maneira que a torne sujeito de seus processos laborais e relacionais – sem eximir-se da eventual “culpa” em uma metanarrativa de que esteja apenas cumprindo ordens.

Neste preciso momento ela fica mais calma e passa a se expressar de maneira mais pausada e algo racionalizada, sem o furor dos momentos anteriores.

– Isso é o que tem à mão, essa coisa forçada, essas posições absolutas. Esses atendimentos que entram em uma agenda e um cronograma não importam a

gravidade deles. A agenda é socada, sobrecarrega a gente. Se tivesse mais tempo nos atendimentos, talvez, pensando no que a gente conversou, os pacientes pudessem se cuidar melhor e...

– E... ?

– E eu sei que nem todo mundo vai melhorar, se desenvolver, depende muito. E tento explicar, mas não sei até que ponto isso melhora as pessoas porque eu não vejo resultados na minha frente. Tá todo mundo tão calejado, tão condicionado de todos os lados que acho que falta muita paciência. Paciência, tempo, formação... Você às vezes tem que lidar com tudo, e sem aprender sobre pessoas. Sobre a cardiopatia, como eu posso transformar a vida de uma pessoa obesa, com jornada tripla de trabalho que não tem como se exercitar, comer melhor e essas coisas? Como essa pessoa vai mudar?

– Não acha que elas tem a capacidade de mudar?

– Alguns tem. Mas via de regra, não. É um mundo que não tem espaço, não tem lugar pra ser saudável. E nosso trabalho vira uma enorme redução de danos. Eu queria curar, deixar as pessoas novinhas em folha. Isso me frustra até hoje, mas não me vejo capaz de sair disso.

C.S. conclui nossa conversa de maneira mais elaborada e expressando tramas simbólico-emocionais outrora não expressas diretamente devido ao furor com que se expressou anteriormente; aqui, antes de pensarmos nos indicadores, vemos que ninguém se mantém de forma a se expressar subjetivamente de maneira absoluta e irreduzível; os processos subjetivos e simbólico-emocionais se desdobram e configuram de maneiras que não atendem a racionalizações e linearidades, sendo dinâmicos e carregados de cargas distintas entre si (GONZÁLEZ REY, 2005). Sobre os indicadores, vemos que C.S. é uma pessoa que apesar dos percalços e sofrimento relatados, ainda é capaz de ver algum potencial no outro e possibilidades de desenvolvimento, em uma leve contradição a suas generalizações e previsões fatalistas, o que nos leva a pensar em um indicador de que apesar de “calejada”, tomando emprestado o termo usado por ela própria, ela ainda não se deixou tomar por inteiro pelo fatalismo e profecias auto realizadoras, revelando aqui um caráter de postura ativa e flexível em relação a si e a sua profissão. Ela relata mais uma vez o quão difícil para ela é o modus operandi no qual trabalha, ainda que evocando a questão imediatista dos resultados, deseja que isto seja algo diferente e finalmente vê que um espaço dialógico com o outro pode ser importante e possibilitador de outro tipo de cuidado que contemple os pacientes como pessoas e que possa proporcionar saúde por outros caminhos. Ela reflete sobre isto após o que conversamos antes, implicando a pesquisa como espaço dialógico que a fez pensar e sentir, coincidentemente, o que neste preciso momento reconhece que falta em suas práticas.

Também surge mais uma vez o caráter do médico dono dos saberes e capaz de transformações sobre-humanas; C.S. se sente na função de ser ela o agente de mudar a vida de

alguém, agora deixando novamente de implicar o outro como ativo e possível de produzir mudanças em sua própria vida. Ela reflete sobre o modo de vida dos pacientes cardiopatas e em uma pequena contradição, rompe com a postura de ela ser a agente de mudança e reconhece que esta é uma questão complexa que foge a suas possibilidades de atuação em seu contexto profissional. Por fim, diz que algumas pessoas não vão mudar e desenvolver modos de vida que sejam mais articulados e propícios a suas condições de adoecimento, remetendo agora seu sentimento de impotência à impossibilidade de cura imediata, expressando uma eventual “falência” do modelo curativista em relação às demandas e condições apresentadas pelos pacientes. Expressa-se frustrada por ter se deparado com esta realidade que é significativamente distinta de suas expectativas e se vê incapaz de mudar esta realidade, em outro indicador de que subjetivamente ainda se sente limitada e sem recursos para ser sujeito de seus processos quando da atuação. É tocante que se preocupe e se importe com o outro – ainda que carregada de descrédito no devir do outro, nas possibilidades e capacidades que este pode produzir, ter e desenvolver, ela está ali, à sua maneira, para o outro e pelo outro. A educação em saúde aqui se mostra como algo distante de uma práxis que por si já é distante e negadora do outro como algo mais que um simples organismo com sistemas distintos, e quanto menos espaço o outro tem em seus processos de cuidado e saúde, mais distante a educação em saúde se torna. E o modo de vida é visto como algo negligenciado pela subjetividade social imediatista e ávida por resultados prontos, desconsiderando aqui o caráter gerador e aberto da subjetividade. Vemos assim que o campo da saúde em seus inúmeros desdobramentos, contextos e áreas de atuação pode ser difícil e duro, em especial ao lidar com o outro. Encerramos este caso com um questionamento: Se o outro é algo tão difícil, por que não trazê-lo para perto a fim de compreendê-lo?

7.4 O caso A.S.: Saúde mental, um oceano de distância e “quem cuida de quem cuida”?

A.S. é uma mulher de 52 anos, natural do interior do estado de São Paulo. É divorciada e tem uma filha adolescente. Tem formação na área de terapia ocupacional e trabalhou na área desde a graduação, nos anos oitenta. Atua no campo da saúde mental desde a graduação e trabalhou na Itália por mais de uma década. Hoje é pesquisadora, estudante de serviço social e realiza, dentre outras ocupações, trabalho voluntário em ONG de saúde mental lotada no terceiro setor, sendo diretora desta. Foi diagnosticada com uma cardiopatia não especificada aos 13 anos, inicialmente pensada como doença de Chagas, mas eventualmente sendo descoberta como um sopro cardíaco algo grave e não congênito.

7.4.1 Construção do cenário de pesquisa

A.S. e eu nos conhecemos no ano de 2013, ano de seu regresso ao Brasil e início de minhas atividades na referida ONG, ainda como estudante de Psicologia. Desde então mantivemos uma relação amigável e cordial, repleta de momentos informais divertidos e descontraídos, assim como a relação profissional séria e comprometida de tantas supervisões e reuniões de equipe. Quando, ainda na fase de seleção para este mestrado, revelei aos colegas de ONG o tema proposto, A.S. revelou para minha completa surpresa ter um marcapasso implantado e que gostaria de conversar comigo a respeito. A.S. tornou-se assim a primeira participante desta pesquisa, que se iniciaria muito tempo mais tarde, após qualificar esta dissertação em março de 2017.

7.4.2 Processo de construção da informação

7.4.2.1 Dinâmica Conversacional

A.S. e eu, no primeiro encontro, tivemos nossa dinâmica após atividades laborais da referida ONG na qual trabalhamos. Fiz uma pergunta aberta e algo despretensiosa:

- A.S., como tudo isso começou? Você deve ter muito que me dizer...
- Tá me chamando de velha, Matheus? Então, eu tinha treze anos e era criança. Criança do interior, brincava na rua, me sujava, era uma moleca de tudo! Família sem muita condição, a gente não tinha essa tecnologia toda que acho que até a sua

geração teve, nossa infância era rua mesmo! E eu que sempre gostei de gente, você vê pelo nosso trabalho, fazia muitos amigos! Se tinha alguma coisa, era remédio de verme, chá e seguia a vida. Aí com treze anos começou a aparecer umas coisas bem, bem estranhas para aquela menina do interior...

Após me responder de maneira descontraída sobre a própria idade, já nos indicando que ela reconhece ter tido uma vida extensa e repleta de experiências, a primeira expressão de A.S. nos revela uma infância prazerosa e algo bucólica, longe dos grandes centros urbanos e permeada por simplicidade e felicidade, ainda que as condições financeiras não fossem de grande peso. Associa também os prazeres de sua infância à distância das ferramentas que as crianças dos tempos presentes (e não tão presentes) hoje têm, por meio de um contato mais aberto e pleno com o outro, nos revelando desde já um indicador da crucial importância do outro em sua vida, sejam amigos, familiares ou quaisquer pessoas próximas que a possibilitassem algum espaço que culminasse em bem-estar e felicidade. Esta vida aprazível é um indicador de que A.S. apreciava fortemente sua vida nesta época, estando emocionalmente realizada e contente, sem maiores preocupações e mobilizações, não expressando nada que fosse duro ou difícil em especial para ela, nem mesmo as condições financeiras escassas, o que revela também um desenvolvimento interessante. Ela também expressa que sua saúde era plena e sem maiores preocupações até os treze anos de idade, corroborando isto quando revela as terapêuticas simples e típicas a regiões sem alta complexidade tecnológica que eram suficientes quando ocorria algum tipo de adoecimento. Quando diz que “coisas estranhas aconteceram à menina do interior”, ela expressa que subjetivamente sua identidade era fortemente atrelada à sua vida idílica e despreocupada em um lugar no qual conhecia e se sentia bem, com todas as características presentes ao interior – paz, calma, redes sociais e de apoio fortes, dentre outras tantas que fazem tanto destoar a vida nos grandes centros urbanos das pequenas cidades interioranas.

– Comecei a sentir dor e falta de ar, muita falta de ar... Brincava e ficava morta de cansada. Fui pro único hospital da cidade e um médico muito safado, muito fraquinho, me atendeu. Nem auscultou nem nada e já disse, “é barbeiro! Doença de Chagas!” E me passou uns remédios lá que eu nem entendi o que eram, mas sabia que era injeção e eu morria de medo. Mas tudo bem, tinha que tomar pra ficar boa... Interior é foda, Matheus. É bom por tudo que eu falei, mas não tinha estrutura nenhuma... pois bem, tomei os remédios e nada de melhorar.

– E aí o que fizeram em seguida?

– Fomos a outros médicos, mas ainda era muito ruim. Enquanto achavam que era doença de chagas, ficou na mesma. Atendimento pelo INAMPS, uma porcaria. O médico simplesmente não atendia. Era cinco minutos, auscultava, pedia exame e se mandava embora. Nessa época eu nem cheguei a saber o que tinha, nem diagnóstico, ficava naquela coisa de tentativa e erro..., mas meu pai corria atrás, por todos nós.

Aqui surgem questões que desde já revelam produções subjetivas de A.S. em relação a seus processos de saúde: Os questionamentos em relação aos profissionais de saúde que vê desde já como incompetentes e despreparados para atendê-la e o valor conferido a sua família, em especial a seu pai, que classifica como uma força motriz da resolução de problemas e situações diversas vividas pela família. Classifica também sua cidade natal como desprovida de uma estrutura capaz de atender às suas demandas, ao menos na época de sua adolescência. Nesta época, dada a idade de A.S., os serviços de saúde pública no Brasil eram ainda mais restritos e dispunham de menos recursos que atualmente, sendo oferecidos apenas a quem contribuía com a previdência social (BRASIL, 2002). Cabe-nos ressaltar este aspecto porque evidencia que realidades distintas podem coexistir na história de vida de uma pessoa e logo, como estas diferenças podem surgir nas produções subjetivas em questão.

A postura dos médicos, tão acintosamente questionada aqui por A.S., revela algo fortemente atrelado às instituições e práxis comuns à realidade dos tempos atuais que desde tempos passados já se revela como presente e forte, nos dando um interessante caráter de historicidade a aspectos institucionais; a falta de preparo, de criação de espaços dialógicos e de integração ao outro em seus processos de saúde. Por este caráter histórico estabelecido em seu relato, podemos observar claramente que nenhum fenômeno que se encontra em tempos atuais foi gerado espontaneamente, sem ser fruto de profundos desdobramentos históricos. A saúde como tal, se tratando do Brasil, se estabeleceu historicamente em matrizes institucionais de saberes assimétricos e absolutos (CARVALHO, 2013), subseqüentemente dando assim pouca visibilidade e espaços para os que necessitavam destes serviços como atores dos processos, negando-lhes voz e postura ativas em relação aos serviços que buscavam. Por meio de pressões populares e grandes mobilizações de diversos atores presentes nestes espaços ocorreram reformas e garantias de direitos, mas o outro ainda permaneceu algo como peça a ser descartada e compartimentalizada no que diz respeito aos próprios processos de saúde e atendimento em saúde. E como se fazer ativo e presente nos próprios processos dada esta realidade? A.S., dada sua tenra idade e eventual choque em relação a suas condições de saúde recém descobertas, ainda não havia produzido subjetivamente sentidos e configurações em relação a isso, subseqüentemente não desenvolvendo recursos para que fosse, de fato, ativa nestes processos. Ela expressa estas condições de maneira que nos leva a pensar em indicadores de incerteza, confusão e desespero, tão comuns a momentos iniciais de processos de adoecimento, com diagnósticos precisos e categorizados ou não. O fato de A.S. ser uma adolescente aqui contribui para isto, mas não se mostra como o único contexto que a exclui de

seus processos de saúde; bastava ser alguém que buscasse estes serviços que o caráter de exclusão seria uma triste realidade presente a todos.

– Começaram a me dar umas injeções para melhorar os sintomas. Eu nem sabia direito para que era, só sabia o nome da medicação. Matheus, como isso doía! E eu não sabia o que fazer, só aguentar e sentir a dor, na alma mesmo. Não me diziam o que podia fazer no dia a dia para melhorar, nada! Me dava uns caroços no corpo, mas eu não sentia mudança nenhuma no meu corpo. Esse médico era grosso com todo mundo, tratava mal e não mudava nada, e aí de nós se perguntássemos alguma coisa! Eu chorava. Meus pais, super católicos, foram até num terreiro de umbanda para ver se eu melhorava.

A.S. segue seu relato enfatizando o quanto este tratamento por “tentativa e erro” apontado por ela previamente era ineficaz, envolvendo-a em um processo de subjetivação que gerava cada vez mais medo, angústia, incertezas e agora dor, não apenas física das injeções, mas dor em relação a sua vida. O caráter de exclusão do outro em seus processos de saúde continua com a mesma intensidade, e agora corroborando para estes sentimentos de A.S., em especial a incerteza que permeava sua vida. Uma adolescente que nunca havia experienciado nada do tipo e sequer tinha referências sobre isto relegada a um papel secundário em seus próprios processos de saúde é algo que vemos como gerador de imenso sofrimento. Ela aponta questões estéticas, como os caroços no corpo, que era a única coisa que podia identificar como advinda do tratamento, ainda mais por não sentir qualquer espécie de melhora. Isto nos dá o primeiro elemento advindo da educação em saúde como processo de desenvolvimento por parte de A.S.: Ela passa a ter atenção com o próprio corpo, identificando possíveis melhoras e desdobramentos em relação a sua condição. Este processo não é advindo de nenhum tipo de espaço dialógico por parte dos profissionais, que corroboram para seu estado de confusão, mas sim dela própria em ter de resolver seus próprios problemas e sintomas, nos dando um indicador de que passa a ser ativa no processo e produzir subjetivamente em relação a sua saúde e bem-estar. Se pensarmos a educação em saúde como processo de desenvolvimento por muitas vezes independente do outro, da referência, como algo que é produzido subjetivamente frente a adversidades amparado nos poucos recursos desenvolvidos até então devido à pouca inteligibilidade a respeito das próprias condições, esta realidade é comum a muitas pessoas que não dispõem de práticas próprias à educação em saúde relacionadas a espaços dialógicos e de alguma forma integrados em seus tratamentos. Infelizmente, poucas pessoas conseguem se desenvolver neste cenário nebuloso, mas nos é um interessante indicador de uma postura ativa de A.S. já neste momento, evidenciando o caráter gerador da subjetividade que neste momento a fazia se portar de maneira ativa frente a seus processos.

Este cenário é claro quando A.S. fala sobre o médico que a atendia, classificando-o como alguém absolutamente indesejável, o adjetivando como grosso e incompetente, devido a sua postura e à ineficácia do tratamento escolhido por ele. A educação em saúde surge novamente no trecho em que A.S. fala que era estritamente proibido perguntar a ele sobre qualquer coisa, mostrando a completa ausência de possibilidades de espaços dialógicos estabelecidos entre médicos e pacientes. Esta completa negação do outro vai de encontro a tudo que definimos como educação em saúde, e infelizmente, foi e é a realidade de muitos que dependem dos mais diversos serviços de saúde. A suposta autoridade do médico que nega até mesmo a possibilidade dos pacientes de fazerem perguntas a ele sobre suas próprias condições é algo cruel e despido de qualquer pressuposto que diga respeito a lidar com pessoas, evidenciando assim o caráter autoritário e assimétrico de algo que supostamente deveria ajudar o outro e reconhecê-lo como alguém dotado de história, demandas, anseios e produções diversas.

Também é interessante no que diz respeito à subjetividade o último trecho deste diálogo, quando A.S. diz que os pais católicos a levaram em um terreiro de umbanda, religião de matriz africana, que apesar dos inúmeros sincretismos na realidade brasileira, ainda é algo distante das religiões cristãs tradicionais (BIZERRIL, 2016). Ter rompido com os dogmas e preceitos da religião que praticavam para buscar auxílio para a filha em algo de uma fé que culturalmente destoava da sua mostra o quão mobilizados e preocupados os pais de A.S. estavam com a condição ainda inominável e não inteligível da filha, lançando mão de recursos socialmente pouco ortodoxos, buscando apoio e amparo no divino, sobrenatural e metafísico, seja qual fosse a matriz deste divino. Isto nos mostra um indicador de uma produção subjetiva singular e algo contraditória, fortemente amparada em buscas por respostas e resoluções de origens não materiais e terrenas, conferindo a quaisquer divindades que sejam as respostas necessárias para o momento de angústia e incerteza.

– Aí como sempre, meu pai foi atrás de mais coisas...

– O que o seu pai fez?

– Meu pai era caminhoneiro né, desenrolado, sabia se virar... Ele procurou ajuda nas cidades vizinhas, com parentes, amigos e eu só piorando... Graças a ele conseguíamos nos virar, porque nossa família era perdida nessas coisas, não sabíamos nos virar sem o meu pai. Tentamos outros médicos e profissionais, depois de dois anos fomos para São Paulo, a capital do estado. O médico novo, esse menos grosso, que me mandou ir para lá, descartando o diagnóstico de doença de chagas. Mas mesmo lá, eu ainda não fazia ideia do que acontecia comigo. Me trataram bem, me perguntaram como eu estava... mas só falaram o que eu tinha realmente para os meus pais, nem conversaram comigo sobre a minha condição.

– E como você se sentiu em relação a isso?

– Perdida. Por que não me contavam?! Eu queria saber! Mas ir para São Paulo era para mim, acima de tudo, um passeio, diversão.

A.S., neste cenário, vê sua cidade como atrasada e sem maiores possibilidades, postura esta corroborada pela família, em especial pelo pai que consegue o traslado para que ela seja atendida em uma metrópole que aparentemente seria capaz de atender a suas demandas com a estrutura necessária, não sem antes tentar outras terapêuticas em sua cidade natal e em cidades vizinhas. Esta maneira que sente a importância do pai neste momento marcado principalmente por sua juventude, insegurança e por não ter desenvolvido ainda recursos mais distintos de lidar com seu problema é crucial no que diz respeito à importância do outro e do núcleo familiar quando de seu adoecimento e da busca pelas respostas que ela e a família tanto ansiavam. Isto revela algo típico à subjetividade social brasileira, em especial nas regiões interioranas: O papel do homem, pai, marido, provedor como a principal fonte de resolução de quaisquer situações que ocorram no âmbito familiar. Ainda que isso seja típico à realidade de A.S., o afeto e reconhecimento que mostra pelo pai são genuínos e legítimos, em especial por ele ter se portado de maneira a cuidar dela e dos demais aspectos da vida familiar.

A mobilização de A.S. e seu núcleo familiar culminam em uma viagem para a capital do estado, que aparentemente proveria as condições necessárias para um tratamento capaz de atender às suas demandas de maneira eficaz, oposta ao que havia vivenciado no interior do estado. Isto também é típico à subjetividade social brasileira que levou a enormes fluxos migratórios durante todo o século XX: As metrópoles, grandes cidades, como verdadeiros *eldorados*, capazes de oferecer oportunidades, serviços e possibilidades de vida significativamente distintas das cidades menores, em sua grande maioria agrárias. O grau de historicidade no relato de A.S. toma proporções significativas por envolver aspectos que dizem respeito à história do Brasil, de suas instituições e como isto impactava na maneira de ser das pessoas, subsequentemente em suas subjetividades, algo corroborado pelo médico que os “prescreve” a ida a São Paulo, este, finalmente, reconhecendo suas limitações e impossibilidades de oferecer serviços e práticas que atendessem às demandas de A.S., portando-se de maneira significativamente distinta dos profissionais anteriores. Podemos pensar aqui que talvez este, ainda que de caráter prescritivo e impositivo, pode ter sido o primeiro esboço de espaço dialógico vivenciado por seus pais, no que diz respeito a seu adoecimento. Entretanto, A.S. ainda é relegada à posição secundária, de não ser incluída nestes espaços dialógicos. Isto fica mais claro quando ela diz que em São Paulo, os novos profissionais, estes significativamente melhores que os do interior, conferindo a esta uma

atenção algo condescendente, mas ainda a excluindo dos espaços dialógicos de maneira tão deliberada quanto os profissionais de sua cidade natal. Conversaram sobre os processos vividos até então e a serem vividos futuramente por A.S. apenas com seus pais, desconsiderando a própria A.S. como pessoa a experienciar seus processos, conseqüentemente tendo-a como incapaz de, obviamente não nestes termos, tornar-se sujeito nestes processos. A.S. segue em sua explicação da tenra idade como causalidade para tal, se colocando aqui novamente como uma jovem ingênua, que sentia a ida para São Paulo como “um passeio”, o que apesar de tê-la caracterizado como alguém aparentemente alheia aos processos, pode tê-la confortado em relação ao que se depararia quando lá chegasse. Entretanto, A.S. passa a anunciar novamente algum caráter ativo em seus sentimentos, quando se incomoda com o fato de se sentir “perdida” em relação à nova realidade com a qual se deparava. O incômodo por si não indica isto, mas ele ganha forma como um sentimento que motiva A.S. a buscar as respostas negadas a ela pelos que a cercavam, como vimos anteriormente em relação aos sintomas como as manchas no corpo dos quais A.S. falou em tom crítico e revelando seus recursos para se desenvolver frente àquilo. Tornar-se sujeito de seus processos não é algo que se gera espontaneamente; é algo que se dá a partir de várias construções e produções subjetivas em momentos, contextos e fatos distintos, e também não é algo a ser prescrito ou que vá necessariamente ocorrer; mas aqui já podemos identificar produções de A.S. que vão neste sentido, ainda que tímidas neste momento de incertezas juvenis e novos processos com os quais viverá e experienciará, como os possíveis procedimentos cirúrgicos.

– Mas o que você descobriu que tinha que fazer? Conseguiu que te dissessem algo naquela hora?

– Já detectaram a necessidade de cirurgia. Meus pais ficaram na casa de uns parentes enquanto eu estava internada. Mas até me internarem demorou vinte dias, que eu só fui descobrir bem depois que não era urgente. Isso que era interessante, Matheus... os médicos conversavam com os meus pais como se eu não tivesse lá. Eu era menina e nem me preocupava, entregava na mão deles.

– Entregava na mão deles? Você nem queria saber por que ia ser operada?

– É, naquela época, aliás até hoje, ninguém pensa em criança ou adolescente como alguém que tem que saber das coisas. E quanto menos a gente entende, mais difícil fica de correr atrás... pois bem, a equipe me operou numa sexta de carnaval. Eu tinha quinze anos, queria só saber de festa, de me divertir, de farra... nem ligava pro diagnóstico.

A.S. aqui passa a abordar a questão da educação em saúde de maneira sutil, e explícita que em momento algum de sua adolescência foi tratada como uma pessoa que pudesse se mobilizar e ter alguma autonomia a respeito de seus processos de saúde, em uma postura corroborada por todos os adultos presentes neste cenário. Ela estende sua crítica a uma

possível generalização do campo da saúde que considera não-adultos essencialmente como pessoas que sequer necessitam de inteligibilidade sobre suas condições, tratando-os como meros receptáculos de terapêuticas e dando satisfações apenas aos pais e demais responsáveis, evidenciando um assujeitamento e deslocamento dos próprios processos comum a pessoas tidas como “incapazes”, não no sentido de deficiências ou outras questões demais, mas vistas como seres que não conseguem se desenvolver nos próprios termos e sentidos produzidos sobre os processos vividos. A.S. mostra aqui que esta postura evasiva e descompromissada de alguns profissionais pode ser exacerbada em relação a determinados grupos, principalmente grupos etários. Pensar em educação em saúde quando se lida com este tipo de postura é uma tarefa complicada, pela total ausência de qualquer espaço dialógico e relacional construído neste cenário. Ainda que A.S. corrobore não deliberadamente com este cenário, dizendo que aos quinze anos não queria saber do diagnóstico, a vemos aqui como alguém tomada integralmente por este cenário de “exclusão relacional” de seus processos. Coube a ela acatar as ordens médicas e assim o fez naquele momento.

– E como foi a cirurgia?

– Me anestesiaram e não lembro de nada. Só sei que acordei no quarto morrendo de fome e pedi um hambúrguer, tava de saco cheio da comida de hospital. Aí colocaram um marcapasso no meu braço, falaram que eu tinha arritmia arterial, esse era o diagnóstico, e precisava usar depois da cirurgia. Depois, disseram que não tinha necessidade. Foi aí que comecei a ver que tinha algo de errado, só falaram que na idade certa teria que colocar. Aí depois disso foi tudo bem tranquilo, até mudei de país alguns anos depois. Pararam os sintomas e tudo mais.

Mais uma vez, A.S. reitera que foi relegada a um papel secundário durante os momentos mais críticos de seu adoecimento, como a prática delicada e invasiva do procedimento cirúrgico. É tocante que apenas agora tenham lhe dito o que caracterizava seu problema, com o diagnóstico de “arritmia arterial”, mas ainda assim em termos estritamente típicos a manuais diagnósticos, sem explicações que permitissem uma produção simbólica mais ampla e inteligível por parte dela. Ela contesta aqui diretamente os ditames dos profissionais, sentindo que havia algo de errado com a contradição em relação ao uso do marcapasso, que apesar de não saber exatamente a função do dispositivo, viu que o suposto saber incontestável dos profissionais de saúde era algo passível de erros e contradições. A.S., agora mais experiente em relação a procedimentos médicos e institucionais, passa a produzir subjetivamente mais e mais sobre sua condição. Ela dá um salto cronológico na história revelando que o procedimento cirúrgico foi bem-sucedido, aliviando os sintomas e fazendo com que se sentisse bem, postura esta condizente ao olhar atento que havia desenvolvido em relação a seu corpo desde que os primeiros sintomas surgiram.

– Depois das cirurgias quando você era adolescente, como foi a vida adulta com a cardiopatia?

- Foi mais estranho quando voltei pra minha cidade no interior, parecia um ET, demorou pras pessoas voltarem a me tratar na normalidade. Tive poucos contatos com os cardiologistas até então, supunha-se que havia sido curada. Aos 23 anos comecei a ter desmaios, sem motivos aparentes, e como era o ultimo ano da faculdade, o cardiologista disse que poderia ser stress. Conversou bastante comigo. Aos 25 anos parti pra Itália.

Oito anos após a cirurgia, A.S. relata ter tido as primeiras complicações relacionadas à sua condição. Entretanto, apesar da aparência grave e de causas desconhecidas, o profissional, agora em um contato mais direto e um espaço dialógico estabelecido com A.S. dado o caráter até então inédito de um espaço direto com ela, sem a presença dos pais e o reconhecimento dela como pessoa ativa e dona de seus processos de saúde, este atribui a causa do desmaios ao estresse causado pelas obrigações acadêmicas, algo que é presente até os dias de hoje na subjetividade social do Brasil, dado de maneira comum e causal. A.S. não vê estes desmaios como algo grave, assinala eles como uma simples intercorrência, a única ocorrida em oito anos, o que nos leva a pensar em um indicador de que ela passou a ser sujeito de seus processos de saúde, construindo e produzindo recursos e inteligibilidade com os quais sente e explica suas condições com força e de maneira resoluta. Isto é evidenciado como algo não grave e não comprometedor, tendo em vista que assim que terminou a graduação, foi viver em outro país e outro continente, distantes de tudo que conhecia até então.

– Quando você foi para a Itália? E como foi o tratamento lá?

– Cheguei na Itália em 1989, como falei, com 25 anos. Os desmaios não eram frequentes e eu levava uma vida normal, muito feliz e excitada com tudo... comecei a fazer vários trabalhos pra me sustentar, inclusive a colheita da uva, talvez esse tipo de atividade que requer muito esforço físico tenha contribuído. Fui internada, em uma prova de esforço, detectaram a necessidade do marca-passo. Em menos de uma semana saia do hospital já operada com meu novo aparelhinho. O tratamento foi ótimo, rápido, eficiente, sem preconceitos por ser estrangeira.

A mudança de país pode ser algo profundamente impactante, em especial em aspectos culturais, sociais e relacionais (GONZÁLEZ REY & MITJÁNS, 2017), mas A.S. descreve sua mudança como algo prazeroso e proveitoso, indicando que estava firmemente ativa e com controle sobre sua vida. O trabalho passa a surgir aqui como algo que não é oneroso ou desgastante, mas uma fonte de prazer e satisfação, algo que ao conhecer a realidade atual de A.S. como visto no cenário de pesquisa, posso afirmar que é o caso até hoje. O modo de vida aqui surge primeiramente como algo que a faz sentir bem: Ocupar-se, trabalhar e realizar inúmeras atividades, como o serviço braçal da colheita das uvas, a faz satisfeita e bem com

seu corpo até dado momento. Entretanto, A.S. diz que os desmaios, agora reconhecidos como complicações referentes a sua condição e não mais apenas algo derivado do stress como o médico brasileiro havia dito, são algo esporádico, mas presente. Relata a internação devido a uma prova de esforço físico e a necessidade, agora presente, do marcapasso, dez longos anos após a primeira cirurgia. Aqui, a mudança de sentimentos em relação aos profissionais italianos e brasileiros é marcante: Classifica o atendimento como excelente, sem apontar quaisquer insatisfações com os profissionais, tão típicas ao que ocorreu no Brasil, em especial em sua adolescência. Faz um procedimento invasivo e delicado, mas sai do hospital no que acredita ser um tempo breve e curto, elogiando novamente os profissionais por tê-la atendido sem quaisquer distinções por ser estrangeira. Conhecendo a realidade dos serviços de saúde da Itália, em especial os do campo da saúde mental, no qual A.S. e eu trabalhamos, podemos afirmar que esta postura atenta e aberta ao outro faz parte do ethos e das práxis dos profissionais deste país, o que representa uma significativa distinção em relação à subjetividade social do campo da saúde no Brasil. A.S. aqui revela ter se situado em um país estrangeiro, mesmo com as complicações relacionadas à condição, de maneira plena e satisfatória, o que nos leva a pensar em um indicador de que suas produções subjetivas frente a seus processos de saúde a levaram neste caminho gerado com autonomia e de maneira ativa. Ela segue seu relato falando dos profissionais de saúde desde então.

– Depois dessa vez tudo virou rotina e me cuidar, me cuidar bastante. Se penso todas as vezes que já fui internada, quantas vezes já troquei a bateria do marca-passo, todas as vezes que fui controlar as condições do marca-passo e controles gerais cardiológicos, só tenho a agradecer, encontrei muitos profissionais competentes e humanos, sempre em qualquer ocasião disponíveis. Foram super importantes pra mim, me salvaram a vida, estou vivendo até agora e bem, me acompanharam em toda minha gravidez, quando se achava que não poderia ter filhos e tive! Eles me ajudaram muito a lidar com isso tudo e viver bem.

– Tem alguma crítica para fazer em relação aos profissionais?

– Não muitas. A Itália é diferente, e dei sorte de ter bons profissionais quando voltei, é recente, foi quando nos conhecemos.

A.S. aqui relata que esta foi a última intercorrência significativa em relação a sua condição, revelando também que isto se deu em relação a seu modo de vida profundamente articulado a esta condição. O cuidado consigo mesma é claro como grande possibilitador desta qualidade de vida sem a necessidade de grandes intervenções hospitalares, assim como a postura diferenciada dos profissionais italianos, que surge em seu relato como quase antagônica às dos brasileiros que havia convivido até então. Sabemos que existem exceções em todos os rincões do mundo, mas A.S. sente aos profissionais dos dois lugares de maneira

significativamente distinta, sem apontar diretamente outros contextos, como sua idade e modo de vida mais desenvolvido e articulado a sua condição. Seu modo de vida é aqui articulado às práticas de educação em saúde: Os profissionais, ao estabelecerem diversos espaços dialógicos com ela, puderam auxiliá-la e fazer com que produzisse subjetivamente ainda mais a respeito de sua condição, podendo viver com qualidade, sem intercorrências e se sentindo bem. O último trecho é especialmente significativo em relação a como classifica os profissionais, demonstrando profundo afeto e gratidão por, em suas palavras, terem a salvado de intercorrências mais graves e possibilitado que tivesse sua filha, ainda que sua condição fosse aparentemente incapacitante. Quando menciona a gravidez, A.S. nos faz pensar em um indicador referente às posturas distintas dos profissionais: Ao invés de tomar um diagnóstico como profecia auto realizadora, estes acreditam nas possibilidades de A.S. em seguir adiante com a gravidez, acompanhando-a e vendo que ela era de fato capaz de ter uma gestação saudável, o que a mobiliza como mãe e pessoa acometida das condições cardiopáticas crônicas, que a faz sentir plena, realizada e saudável ao fim destes processos. Por fim, ela aponta que a Itália é diferente e que felizmente, após retornar, teve contato com profissionais significativamente distintos dos que a atenderam em sua adolescência. Passado tanto tempo, podemos pensar em mudanças significativas nas práticas de saúde no Brasil e em uma A.S. que agora é sujeito de seus processos de saúde, significativamente distante da adolescente insegura e atormentada. Entretanto, esta questão da historicidade e das mudanças significativas por parte dos profissionais brasileiros é algo a ser visto em outro contexto – aqui, temos apenas as expressões subjetivas de A.S.

– Quais as principais diferenças entre a Itália e o Brasil no que diz respeito a saúde?

Até hoje quando sou examinada, os médicos me perguntam onde foi realizada a cirurgia, todos sem exceção, elogiam como foi feita. Uma vez na Itália me pediram permissão pra entrarem alunos estudantes de medicina para observarem esse tipo de cirurgia.

O que posso dizer da Itália, é que o serviço público funciona, sem filas de espera, sem gastos, com profissionais competentes e respeitosos, que te escutam. Temos que lutar por isso aqui.

A.S. aqui aponta diferenças significativas entre os serviços de saúde dos dois países; em especial ao serviço público de saúde. Entretanto, não apresenta um discurso simplista e reduzido sobre a saúde pública do Brasil, ao invés disso, toma a Itália como exemplo a ser seguido, realidade esta que foi presente no movimento antimanicomial brasileiro, de forte inspiração das experiências italianas (FALEIROS, 2017). Revela um caráter único de sua cirurgia e de integração de diversos profissionais ao observarem os procedimentos, assim

como a competência dos que a realizaram. O que marca mais este trecho do relato é a diferença entre os profissionais, que ela vê como significativamente distintos em suas práticas e atenção ao outro, o que para nós é fundamental em qualquer espaço que se contemple a educação em saúde.

– Como você vê sua vida hoje?

– Vejo a minha vida normal, me lembro de haver um marca-passo somente nas datas de controle e principalmente nas trocas de bateria, como já provei a sensação várias vezes, sei que não é prazerosa aí entro em um estado de ansiedade...que dura até o fim de cada cirurgia. Já aprendi muito nesses anos o que fazer para que a bateria dure o maior tempo possível...como qualquer outra bateria, quanto mais for usada, menor o tempo de uso. Portanto, atualmente, tento levar a vida em um ritmo tranquilo, fazendo as coisas devagar e sempre, não faço exercícios físicos que pedem esforços, prefiro as caminhadas e práticas que trazem energia, essas são as orientais, eu pratico o Lian Gong, trabalha muito com a respiração. Tenho bons hábitos alimentares, boas noites de sono. Claro, pra qualquer intervenção, faço a profilaxia com antibióticos, um mal necessário.

A.S. conclui nossa última dinâmica conversacional de maneira a expressar o que ainda a mobiliza em relação a seus processos de saúde. A qualidade de vida é evidenciada no início do relato, no qual diz apenas se lembrar do marca-passo no cronograma típico à manutenção deste dispositivo, assim como o quanto isso a aflige nas datas dos procedimentos. O modo de vida dela aqui nos faz pensar em um indicador do quanto foi articulado e produzido subjetivamente em relação a sua condição, evitando até mesmo um ritmo mais acelerado em suas atividades a fim de não comprometer sua saúde. Ela faz isso não se tornando escrava ou dependente de suas condições, mas sim a fim de promover sua própria saúde, conseguindo aqui produzir sentidos que a façam ter uma vida tranquila e sem muito desgaste. Lista suas atividades preferidas, como práticas orientais que visam tranquilidade e bem-estar. Os bons hábitos alimentares e boas noites de sono são indicadores quase universais de saúde, que realçam o quanto está desenvolvida nestas condições. Conclui o relato dizendo que ainda necessita de intervenções medicamentosas e invasivas, mas que isto não a faz mais sofrer e se sentir atormentada, revelando assim uma história de vida repleta de desdobramentos e momentos distintos, que hoje é significativamente distinta de sua juventude, após décadas de produções e configurações subjetivas relacionadas a seus processos.

7.4.2.2 *Complemento de frases*

- Minha infância foi...
- Muito boa.

- Minha adolescência foi...
- Alegria

- Meu corpo para mim...
- Movimento.

- Minha família é...
- Maravilhosa

- O que eu mais estimo...
- É a vida

- Minha vida mudou para...
- Melhor, com a idade.

- O futuro é...
- Distante.

- Gostaria de fazer...
- Tirar mais férias.

- Diria para certas pessoas...
- aproveitarem a vida

- Saúde e cuidado são...
- Fundamentais.

- Diria para mim mesma na mesa de cirurgia...
- Com certeza não será a última.

Neste instrumento, A.S. é breve e sucinta em suas expressões. É interessante que classifica sua adolescência como “alegre”, apesar de ter sido o momento no qual descobriu suas condições e teve de se submeter a inúmeros procedimentos, revelando que sua adolescência não foi marcada apenas por angústia e sofrimento, e que apesar do adoecimento, pôde aproveitá-la e se sentir feliz. A vida e os devires desta adquirem características de caráter flexível e passível de inúmeros desdobramentos, e ela tende a se preocupar com os tempos atuais, não fazendo grandes planos e se posicionando fortemente em relação ao futuro. Tem prazer em atividades lúdicas e que a distraiam, não caracterizando grandes sofrimentos ou mobilizações relacionadas a sua condição nos dias atuais. Reconhece o caráter crônico de sua condição, mas singularmente, não se torna “cronificada”, ou seja, sabe de sua condição, mas vive de maneira plena e não patologizada.

CONCLUSÃO

Ao que pudemos ver, observar, investigar e criar hipóteses durante os casos apresentados, nos deparamos com inúmeros cenários, possibilidades e expressões subjetivas dos participantes e da sociedade, que compõem uma realidade complexa e fascinante. Os casos apresentados são singulares e distintos entre si, ainda que em categorias diagnósticas similares, vemos que as condições diferem entre distintos indivíduos, sujeitos em certos momentos de seus processos, atores em uma subjetividade social contraditória e que vivenciam estes processos às suas maneiras de ser e existir.

Elementos desta subjetividade social, como o sexismo, o senso comum que reproduz valores e práticas institucionais distantes do saber popular, o modelo biomédico e sua imperatividade frente aos indivíduos que muitas vezes deixam de ser sujeitos de seus processos, dentre outras coisas, marcaram esta pesquisa como um todo. O, contemplamos agora, problemático e escasso campo da educação em saúde, ao se dar nesta realidade, é muitas vezes relegado a um segundo plano perdido em meio a fatores como formação de profissionais, alta demanda dos serviços e postura destes profissionais para com as pessoas que buscam seus atendimentos.

Mas, em especial ao ver o que a profissional tinha a expressar, não se trata de um julgamento de cunho moral ou generalizante frente a áreas como a medicina, já que todas as áreas que lidam diretamente com o outro, não apenas da saúde, são sujeitas a assimetrias, supostos saberes e imposições de autoridade frente a este outro, que se não contemplado devidamente em sua história, complexidade e devires, perde-se em meio à força institucional. Educação em saúde e modo de vida, atrelados apenas não teoricamente, mas principalmente no exercício prático das profissões da saúde, devem ser contemplados e lidados de maneira que necessitem de um olhar mais profundo e amplo aos indivíduos em questão, sem protocolos deveras operacionais e técnicos; constatamos por meio da pesquisa que a abertura a espaços dialógicos que possam se tornar novos cenários de subjetivação para as pessoas acometidas das condições em geral, “educandos em saúde” – pode ser realizada de inúmeras maneiras, tendo apenas como necessária a abertura para este diálogo e sensibilidade em relação ao outro.

Subsequentemente, o modo de vida pode se configurar a partir desta subjetivação como algo que proporcione saúde (reiteramos, não um atributo por demasiado concreto, mas um processo em permanente tensão e desenvolvimento) e bem-estar, como vimos nos relatos

de todos os participantes acometidos pelas condições de cardiopatia. Recursos desenvolvidos como a “chata da família” por S.L., a busca incessante por respostas e as adaptações feitas a sua rotina alimentar como por D.C. ou as maneiras que esta lida em um cenário repleto de contradições e tensões com os sintomas de suas diversas condições são ótimos exemplos disto; tornam-se parte integrante de como as pessoas configuram e organizam sua vida, fazendo com que suas condições fisiológicas sejam atenuadas e suas emoções remetam a estados de prazer e bem-estar.

A educação em saúde no específico campo da cardiologia, em especial no relato da profissionais, aparece como algo não apenas necessário, mas urgente: C.S. relata a imensa quantidade de pessoas com diferentes tipos de cardiopatias que abarrotam as unidades de saúde de maneira acintosa, demonstrando que este tipo de adoecimento é muito comum e muitas vezes tomado como “natural”, em especial a partir de certas faixas etárias e modos de vida pregressos, dando-nos mais um indicador de valores e crenças da subjetividade social que ousamos dizer, não apenas local e nacional. Além do dado quantitativo presente na fundamentação teórica desta pesquisa, o relato de C.S. sobre o alto número de emergências cardiopáticas evidencia as quão comuns e passíveis de alto número de ocorrências são os diversos tipos de cardiopatias. Não nos propomos em momento algum a especular a respeito de dados quantitativos como entidades absolutas, entretanto os vemos como representações de algum contexto pertinente à realidade. Os mais de cem tipos distintos de cardiopatias certamente são algo a se chamar à atenção de qualquer pessoa envolvida no campo da saúde.

Logo, dada a abrangência e amplitude de tal fenômeno, as práticas educativas em saúde se fazem urgentes, pois além do alto número de pessoas acometidas, a qualidade de vida destas é significativamente comprometida, como vemos especialmente no caso de D.C. S.L. nos apresentou uma experiência na qual se recuperou aparentemente rápido, mas ainda assim foi algo marcante e que a debilitou por um significativo período de tempo. Em um cenário de doenças crônicas, impassíveis de cura pela simples administração de insumos ou práticas cirúrgicas, é imperativo que os indivíduos se desenvolvam, fisiológica e subjetivamente, para que consigam estabelecer uma vida com qualidade e sem ter de recorrer constantemente a atendimentos emergenciais. Assim, pensamos na educação em saúde como algo emancipador e propiciador de espaços de subjetivação e produções subjetivas que leve estas pessoas a serem sujeitos de seus processos, que não ocorrem em momentos pontuais, mas durante toda sua experiência. Os espaços dialógicos, a inteligibilidade e as trocas com o outro são algo que dá emergência a este paradigma, tão necessário e ao mesmo tempo, desprezado nas práticas de saúde.

E por que este desprezo? Recorremos na construção da informação e aqui nesta conclusão a aspectos como formação de profissionais, aspectos culturais e subjetivos sociais. Não nos cabe aqui fazer uma profunda análise sociológica e antropológica das ciências e campos de atuação da saúde em diferentes regiões do Brasil ou em instituições diferentes, mas vemos que há diferenças cruciais nas maneiras de lidar com o outro e reconhecer neste potenciais, demandas e possibilidades de desenvolvimento.

Ousamos aqui fazer uma crítica pungente ao campo da saúde no Brasil: Devido ao escasso acesso ao ensino superior e à tradição elitista de nossas academias, profissionais foram e são formados sem a preocupação e a necessidade de olhar para o outro imbuídas em suas profissões. O “outro” torna-se um depositário de práticas, terapêuticas e insumos, sem que se torne um ator relevante na sociedade e sequer em seus processos de saúde. Tal perspectiva nos remete à educação bancária criticada por Paulo Freire (FREIRE, 1996); tomamos aqui emprestado o conceito para contemplarmos nossa **saúde bancária**, na qual o outro é um mero receptáculo de saberes que não dizem respeito a sua história, origem, demandas e devires. Pensemos aqui, utilizando de nossa criatividade e capacidade didática, em um exemplo algo rudimentar, mas não menos inteligível: Uma criança que ao praticar um esporte descalço e fratura o dedo do pé, encaminhada a um ortopedista, faz um exame radiológico e constata a fratura. É imobilizada prontamente na unidade de saúde e retorna a sua residência, sem maiores reverberações dialógicas. Esta fratura, sem algum tipo de recomendação à criança e responsáveis para que não pratique mais seu esporte preferido descalça, tende a se repetir com maior probabilidade. Neste exemplo rudimentar, fica o questionamento: As práticas educativas em saúde que confirmam autonomia, desenvolvimento e emancipação ao outro, a partir da subjetivação do que foi estabelecido nestas práticas, não seria algo a ser devidamente contemplado a fim de que as intervenções deixem de ser pontuais e a saúde seja algo pleno e a ser vivido em diferentes espaços, contextos e experiências humanas?

Não nos propomos em momento algum a fazer generalizações de ordem universalista – C.S se porta em alguns momentos como uma exceção a esta realidade que criticamos, ainda que esteja envolta e submissa em outros momentos, de maneira mais frequente e pungente, dados os fatores presentes em seu relato e nos indicadores que construímos, à ordem institucional e às práticas que distanciam as pessoas de seus processos de saúde, logo apontamos as contradições e distanciamento em relação ao que seriam práxis devidamente atentas a este outro, perdido e distanciado de seus processos, como vimos como ponto em comum nos casos de D.C. e S.L., pessoas advindas de realidades e condições materiais

heterogêneas, que experienciaram este distanciamento cada uma à sua maneira, com emoções, afetos e demais produções subjetivas singulares, mas tendo em vista a subjetividade social das práxis nas quais estavam presentes, revelaram aspectos nem tão surpreendentemente similares, o que não significa algo a ser generalizado de maneira bruta e obtusa, negando quaisquer outras possibilidades singulares de desdobramentos dos fenômenos em questão, mas sim o curso de hipóteses e inteligibilidade sobre os fenômenos durante o curso da pesquisa a partir da experiência, da história e das expressões subjetivas dos participantes.

Por meio dos estudos de casos, buscamos gerar e produzir inteligibilidade sobre os fenômenos em questão – adoecimento crônico, cardiopatias, saúde, subjetividade e demais aspectos trabalhados durante a pesquisa. Não se trata de buscar uma verdade universal e definitiva, mas sim de compreender por meio da epistemologia qualitativa como aproximação teórica estes fenômenos, não a utilizando como crivo definitivo, mas como ferramenta aberta que nos permitiu levantar hipóteses, criar indicadores e nos aproximar de cada um dos casos reconhecendo sua singularidade e as inúmeras tramas nas quais estes se desenvolvem. Escreve González Rey sobre os estudos de caso e aproximações teóricas, ainda que em uma temática distinta (adoecimento oncológico) da utilizada nesta pesquisa especificamente:

A relevância do estudo de caso nesse tipo de pesquisa se caracteriza pelos elementos que esses casos aportam a um modelo teórico em desenvolvimento, capaz de gerar inteligibilidade sobre os sentidos e as configurações subjetivas associadas ao câncer. Os modelos teóricos representam uma construção que permite dar visibilidade a aspectos e formas de organização do problema estudado, os quais não são acessíveis de forma direta pela observação, mas que ganham visibilidade para o pesquisador em suas múltiplas e recursivas inter-relações, por meio do modelo reduzido (2010, p. 3340).

Ainda que isto tenha sido explorado e discutido em nossa fundamentação teórica, utilizamos neste preciso momento destas citações para expressar que foi precisamente o que fizemos no curso da pesquisa e como isto se articula com as conclusões desta; o estudo de caso como ferramenta de inteligibilidade, o modelo teórico que ganha forma não pela aplicação de conceitos e formas de maneira linear e ortodoxa, mas articulado à criatividade, postura e demais devires do pesquisador ao longo da construção da informação e o que nos representa inteligibilidade acerca de certos fenômenos, como os aqui pesquisados. Vemos as informações construídas como algo propiciador de novos desdobramentos acerca de tantos campos inter-relacionados, em especial o da educação em saúde, que para enorme surpresa durante o curso da pesquisa, vimos que ainda é pouco explorado, pesquisado e debatido, ao contrário de diversos outros campos da educação com os quais durante a formação superior foram discutidos e abordados de maneira extensa e sistemática. Não se trata aqui de maneira

alguma de propor alguma eventual “competição” entre os interesses de pesquisa dos docentes e discentes presentes no campo da educação – fazemos aqui esta reflexão apenas para reiterar a infeliz escassez de produções científicas neste campo, algo que à nossa maneira buscamos também compensar por meio desta dissertação.

Ao ver o quanto a educação em saúde é uma prática pouco difundida e presente nos espaços e contextos de promoção de saúde, além de seu caráter crucial, em especial em adoecimentos crônicos, identificamos diversos possíveis pontos que podem ser desenvolvidos futuramente para que esta realidade possa se reverter, tais como a formação dos profissionais, a mudança na forma de abordar os indivíduos que buscam atendimentos em saúde e a maneira que os procedimentos se dão em relação ao que acomete estas pessoas que têm as demandas pelos serviços de saúde; identificamos como principal característica a ser adotada em um eventual paradigma o olhar para o outro, sem a necessidade de mirabolantes técnicas psicoterápicas ou procedimentos de cartilhas e manuais que garantam uma forma infalível de fazê-lo – isto seria o fim anunciado de um campo que ainda engatinha, pois vemos o quanto a instrumentalização aniquila o outro e as possibilidades que emergja como sujeito de seus processos – mas sim, de um olhar sensível e atento ao outro, que o compreenda como mais que apenas sintomas, diagnósticos e disfunções. Como já expressei, não detemos recursos universais e infalíveis de fazê-lo, assim como nenhum outro ser humano – esta sensibilidade, alteridade e empatia, acreditamos, pode ser gerada a partir de um contato mais próximo, pleno e desenvolvido com o outro, sem tantos protocolos e amarras institucionais. Cabe fazê-lo e proporcioná-lo em um primeiro momento, paradoxalmente, em grande parte às instituições, de formação e trabalho. Isto parece um oxímoro de nossa parte, mas ao ver a postura dos participantes acometidos das condições cardiopáticas relatando o quão significativo foi o contato com determinados profissionais (e até mesmo de outro país como um todo) e o que os profissionais tinham a expressar, mesmo sendo formados dentro da lógica protocolar e institucional, reconhecemos que esta empatia e alteridade, integrando a lógica de “cuidado” a este olhar ao outro, com a subsequente abertura dialógica que proporciona, utilizando de um termo tão comum a nosso capitalismo tardio, bons resultados – pode ser estimulada e gerada a partir de práxis distintas das quais se concebem profissionais de saúde e como estes concebem seus clientes, pacientes ou quaisquer que seja o termo da abordagem em questão – como concebem o outro. Levantamos esta questão de que as pessoas se constituem como tais em suas experiências, incluindo os ambientes institucionais que por vezes têm de ser atores nestes e vivenciam estes processos de maneiras singulares a fim também de romper com a falaciosa e desonesta ideia de que “tudo cabe ao indivíduo”, igualmente comum à subjetividade social

de um sistema econômico e social desigual, assimétrico e repressor, mas que utiliza de subterfúgios ardilosos para se manter hegemônico, lançando até mesmo questionamentos valorativos morais sobre os que destoam ou não concordam com suas premissas perversas.

O que investigamos e compreendemos durante esta pesquisa consiste em ver o quão complexo e multifacetado, dotado de desdobramentos, posições e constantes produções subjetivas o que diz respeito à "saúde" é - suas representações, seus sentidos e significados em subjetividades individuais e social e por consequência, dados nossos objetivos e focos nesta pesquisa, contemplar a educação em saúde e o modo de vida como componentes cruciais dos processos de saúde, não dissociados um do outro e fundamentais em que posicionamentos e produções subjetivas se articulem ao desenvolvimento e à geração de possibilidades e caminhos dos indivíduos acometidos de cardiopatias, que em diversos momentos tornam-se sujeitos de seus processos de saúde. O "tornar-se sujeito" não é condição essencial para a saúde, em especial para os aspectos quantitativo-fisiológicos desta - mas entendemos que ser sujeito nestes processos contribui e possibilita um escopo mais amplo e variado de desenvolvimento e produções subjetivas. Por tantas vezes os participantes disseram sentir-se desesperados, relegados a condições inteligíveis de realidade e distantes da prática dos profissionais - algo corroborado pela profissional - mas que devido a suas produções subjetivas em determinados contextos, experiências e momentos, puderam se pôr à frente desses processos, de maneira ativa e os sentindo como cruciais para si.

Por fim, concluímos que o papel do outro é fundamental no que diz respeito à educação em saúde. Este papel, discutido a fundo aqui em todos os casos e devidamente distanciando de práticas mais formais de educação, típicas à representação social desta, é visto por nós como algo que "facilita, dado o caráter gerador da subjetividade, a criação de espaços relacionais e dialógicos que permitem novos processos de subjetivação, dando margem assim a inúmeras possibilidades de desenvolvimento (fisiológico, psíquico e subjetivo), saúde e bem-estar", conforme escrito na fundamentação teórica. Isto foi visto por diversas vezes durante a pesquisa; em especial no caso de D.C., que apesar das inúmeras queixas em relação a vários profissionais e outras pessoas presentes em sua vida, encontrava nos poucos espaços relacionais e dialógicos que conseguia estabelecer ferramentas e possibilidades de subjetivação que a proporcionavam saúde. Logo, temos para nós este papel fundamental do outro, aliado a seus saberes, técnicos ou não, como principal maneira de se estabelecerem práticas de educação em saúde de acordo com esta perspectiva. O modo de vida, que é algo distante da avaliação imediata dos profissionais, como vimos no caso de C.S., decorre destas práticas, não em uma perspectiva causal e linear, mas como uma trama subjetiva que passa a

tomar forma a partir das produções subjetivas das pessoas acometidas pelas diversas condições, podendo ou não ser uma fonte de saúde, o que pode sê-lo se articulado às demandas e porvires da pessoa que convive com um corpo adoecido. Este é facilitado e proporcionado por práticas de educação em saúde que visem contemplar o ser humano como algo total, sem compartimentalizações ou busca imediata por sintomas e a correção destes, considerando sua história, suas experiências e subsequentemente suas produções subjetivas em relação não apenas à doença, mas a toda uma realidade complexa e multifacetada que o cerca, que o transforma e que é transformada por si.

Encerramos esta pesquisa com o sentimento de que pudemos trazer alguma inteligibilidade sobre os fenômenos em questão e com a esperança de que o campo da educação em saúde, tão negligenciado por parte de pesquisadores, instituições, profissionais e demais atores presentes no que compõe nossa realidade no que diz respeito à saúde possa ser mais explorado e discutido em sua singular complexidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Ana Luiza Snoeck Neiva do. A constituição da aprendizagem criativa no processo de desenvolvimento da subjetividade. 2011.

BOEHS, Astrid Eggert et al . A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 2, p. 307-314, June 2007 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de Nov de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200014>.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 5, p. 844-846, May 2013 .

Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de Dez de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000900002>.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 31, n. 2, p. 209-213, Apr. 1997. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de Set de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000200016>.

CORDEIRO, M.P; PAES LOPES, F.T. **Psicologia Social ou Psicologias Sociais: Uma análise dos repertórios interpretativos que dão sentido a este campo profissional**. São Paulo: PUC-SP, 2003.

DE RESENDE, Marineia Crosara; DE REZENDE, Gabriela Teixeira; SILVEIRA, Rosângela Caratta M. Portella. **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM ADULTOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. Perspectivas em psicologia**, v. 16, n. 2, 2012.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al . Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dec. 2012 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de Set de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>.

DUTRA, Oscar P.. II Diretriz brasileira de cardiopatia grave. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 87, n. 2, p. 223-232, Aug. 2006 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de Jan de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001500024>.

GADOTTI, Moacir A Questão Da Educação Formal/Não-Formal. INSTITUT INTERNATIONAL DES DROITS DE L'ENFANT (IDE) Droit à l'éducation: solution à tous les problèmes ou problème sans solution? Sion (Suíça), 18 a 22 de outubro 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GALLERT, Adriana Ziemer. A produção de sentidos subjetivos dos professores no enfrentamento das adversidades da docência. 2011.

GONZALEZ REY, Fernando Luis . **Sujeito e Subjetividade**: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

_____. Personalidade, saúde e modo de vida. Tradução de Flor Maria Vidaurre Lenz da Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. Título original: Personalidad, salud y modo de vida.

_____. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: Os processos de construção da informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

_____. O sujeito que aprende: desafios do desenvolvimento do tema da aprendizagem na psicologia e na prática pedagógica. In M. C. V. R. Tacca, **Aprendizagem e trabalho pedagógico**. Campinas, SP: Ed. Átomo e Alínea, 2006.

_____. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. **Psicol. educ.**, São Paulo , n. 24, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752007000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 Set 2015.

_____. Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação históricocultural. Tradução de Guillermo Matias Gamucio. **São Paulo: Pioneira Thomson Learning**, 2007.

_____. As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 30, n. 2, p. 328-345, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200009&lng=en&nrm=iso> Acesso em 23 de Set de 2015.<<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000200009>>.

_____. **Subjetividade e saúde** - superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez, 2012.

_____ in FLEER, Marilyn; EDWARDS, Anne; HEDEGAARD, Mariane. **Motives on children's development: Cultural-Historical approaches**. Cambridge University Press, 2011.

GONZÁLEZ-REY, Fernando; MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina. Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. **Psicoperspectivas**, v. 15, n. 1, p. 5-16, 2016.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis; MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina; BEZERRA, Marília. *Psicología en la educación: implicaciones de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórica. Puerto Rican Journal of Psychology/Revista Puertorriqueña de Psicología*, v. 27, n. 2, 2016.

GOULART, Daniel Magalhães. *Institucionalização, Subjetividade e Desenvolvimento Humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental. Universidade de Brasília*, 2013. Disponível em http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14958/1/2013_DanielMagalhaesGoulart.pdf

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Trad. Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. 7.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

LÓPEZ, Hélio Ricardo Machado; OLIVEIRA DOS SANTOS, Mariana. *Educação e Saúde: Um diálogo a partir da Subjetividade no enfoque Histórico-Cultural. CRV*, 2014.

LUCKESI, Cipriano Carlos. *Tendências pedagógicas na prática escolar*. In: _____. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 2005.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al . *Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 de Set de 2015. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>>

MACHADO, D. I.; NARDI, R. *Construção de conceitos de física moderna e sobre a natureza da ciência com o suporte da hipermdia. Revista Brasileira de Ensino de Física*, v. 28, n. 4, p. 473-485, 2006.

MILANE, Matheus; GONZÁLEZ REY, Fernando. *Diabetes e Saúde Mental: Interfaces em Psicologia da Saúde. UniCEUB/CNPQ*, 2015.

MOLON, Susana Inês. *Algumas questões epistemológicas e éticas da psicologia: a avaliação em discussão. Psicol. Soc.*, Porto Alegre , v. 16, n. 1, p. 108-123, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000100009&lng=en&nrm=iso Acesso em 23 de Set de 2015. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822004000100009>>.

MORI, Valéria Deusdará; REY, Fernando González. *A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. Psicol. teor. prat.*, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 140-152, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 de Nov de 2016.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. *Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

[11692005000600016&lng=en&nrm=iso](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016)>. Acesso em 23 de Dez de 2016.<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>>.

SILVA, Giselle de Fátima. Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Curso de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2008.

SOUZA, Waldir da Silva. A saúde pelo avesso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 4, p. 1082-1083, Dec. 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de Dez de 2016.
<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400030>>.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. (Org).**Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993, p. 13-22.

TACCA, Maria Carmen Rosa Vilela; GONZÁLEZ REY, Fernando Luís. Produção de sentido subjetivo: as singularidades dos alunos no processo de aprender. **Revista Ciência e Profissão**, 2008, 28(1), p. 138-161.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Cronograma da pesquisa

Etapa	2016				2017/18			
	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.
Levantamento de referências	x							
Análise e revisão do material		x						
Trabalho de campo			x	x				
Redação inicial				x				
Redação final					x			
Revisão					x	x		
Apresentação e defesa pública							x	
Entrega da versão final					X(2018)			

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a) _____,

Esta pesquisa é sobre Subjetividade e Modo de Vida: Um caminho para a educação em saúde, com ênfase em pacientes cardiopatas. É desenvolvida por Matheus Vicente G. N. Milane, do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Brasília sob a orientação do Prof. Fernando Luis González Rey.

Os objetivos do estudo são compreender como processos de educação em saúde culminam em desenvolvimento de modo de vida propício à promoção de saúde e bem-estar em pessoas acometidas de problemas cardíacos em geral.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o melhor entendimento destas práticas e como elas se manifestam a respeito da vida de pessoas acometidas por estas condições. Solicitamos a sua colaboração para realizar conversações de aproximadamente duas horas em dias distintos a serem marcados com v. sra., como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não incute em quaisquer riscos físicos para os participantes.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do pesquisador responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Brasília, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Contato com os pesquisadores responsáveis: (61) 99388-2965 – matheusvm7@gmail.com

(61) 3244-6710 – gonzalezrey49@hotmail.com

