



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – FACES**

PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

ANA CAROLINA ARRUDA PENNA

**OS PROCESSOS SUBJETIVOS PRODUZIDOS POR UMA PESSOA
DIAGNOSTICADA COM SÍNDROME DO PÂNICO:
A SINGULARIDADE DA EXPERIÊNCIA**

**BRASÍLIA-DF
2016**



ANA CAROLINA ARRUDA PENNA

**OS PROCESSOS SUBJETIVOS PRODUZIDOS POR UMA PESSOA
DIAGNOSTICADA COM SÍNDROME DO PÂNICO:
A SINGULARIDADE DA EXPERIÊNCIA**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e
Pesquisa pela Faculdade de Ciências da
Educação e da Saúde – FACES

Orientação: Valéria Deusdará Mori

**BRASÍLIA-DF
2016**

OS PROCESSOS SUBJETIVOS PRODUZIDOS POR UMA PESSOA DIAGNOSTICADA COM SÍNDROME DO PÂNICO: A SINGULARIDADE DA EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Arruda Penna – UniCEUB, PIC Institucional, aluno bolsista
anapenna95@gmail.com

Valéria Deusdará Mori – UniCEUB, professor orientador
morivaleria@gmail.com

Essa pesquisa é um fruto de uma análise qualitativa dos processos subjetivos dentro de um enfoque singular. Esse foi um estudo embasado na Teoria da Subjetividade e na Epistemologia Qualitativa desenvolvida por González Rey, na qual a produção de conhecimento possui três características: a primeira é a importância do singular no processo, ou seja, há uma valorização da experiência subjetiva para se compreender o contexto da pesquisa; a segunda é o caráter construtivo interpretativo do conhecimento, onde ele é uma produção teórica do pesquisador além do momento empírico; como terceira característica e onde essa pesquisa se fundamenta é assimilar a pesquisa como um processo de comunicação, um processo dialógico no qual por meio da expressão o participante emerge os diferentes sentidos subjetivos que ele produz. O objetivo principal dessa pesquisa foi compreender os processos subjetivos que se caracterizam na experiência da síndrome do pânico, tendo como foco a singularidade desse processo e o conceito de pessoa como produtora de sentidos de sua própria vivência. Diante dessa perspectiva foi abordado as particularidades do processo de saúde e doença dentro de uma perspectiva singular a patologização da pessoa diante do discurso médico vigente, reduzindo a pessoa à entidade patológica, ignorando os processos singulares de cada um. O método utilizado foi o método construtivo-interpretativo elaborado por González Rey. A pesquisa foi desenvolvida com um estudo de caso com uma mulher de 31 anos que foi diagnosticada com síndrome do pânico. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram a dinâmica conversacional e o complemento de frases. Na discussão os instrumentos foram o que possibilitaram a interpretação da expressão da participante e assim possibilitaram compreender os sentidos subjetivos que norteiam esse processo singular da doença. Como resultados foi possível observar que a subjetividade social dominante, que prega por um conceito patológico fixo e constante, se fez constantemente presente na expressão da participante, o que acaba por reduzi-la à doença e minimizando sua posição diante do processo. A pesquisa possibilitou um olhar aprofundado para os discursos sociais atuais e que se pautam na clínica médica, onde um problema que, aparentemente, se organiza pontualmente pode ser tratado pontualmente. O tratamento de sintomas não auxilia a pessoa a pensar sobre sua condição e sua possibilidade de se posicionar diante dela, o que muitas vezes traz contradições na experiência.

Palavras-chave: Subjetividade. Pânico. Patologização.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	METODOLOGIA	7
2.1	Participante de pesquisa	8
2.2	Cenário de pesquisa	8
2.3	Instrumentos.....	9
2.3.1	Dinâmica conversacional.....	9
2.3.2	Complemento de frases.....	9
2.4	Análise e construção de informação	9
3	Construção de informação	10
4	Considerações finais.....	18

1 INTRODUÇÃO

Compreender o processo de saúde e doença no contexto atual é analisar na cultura que o sujeito se insere quais são as representações feitas de um determinado transtorno, bem como a representação subjetiva que esse faz do processo que vivencia. Implica-se nessa temática a discussão de como essas representações tomam forma na cultura e como são subjetivados pelas pessoas. Neste trabalho será abordado mais especificamente a síndrome do pânico. Pontuaremos alguns aspectos que julgamos necessários para a compreensão da importância de se levar em consideração os processos subjetivos da pessoa diante de sua doença e as vantagens de a pessoa se posicionar como sujeito da sua experiência, enfrentando-a de acordo com sua história de vida e os processos que a configuraram.

Primeiramente é importante levar em consideração o aspecto social da doença devido à sua importância diante da experiência subjetiva. A lógica médica vigente modificou o olhar do sujeito frente à doença e trouxe consigo um panorama dicotômico, que diferencia as pessoas saudáveis e aqueles que não são saudáveis. Essas categorias se diferem entre as diferentes culturas e trazem consigo uma carga muito grande de informação e de dados referentes às práticas sociais. Ou seja, enquanto em determinada cultura a doença seria apresentar um determinado comportamento ou característica, em outra isso poderia ser algo natural e saudável. Então, aqueles que estão fora do padrão de normalidade vigente em uma cultura podem ser caracterizados como pertencentes a algo maior e cultuados, ou como é o caso do pensamento médico, são os doentes. Isso nos traz a questão da saúde e da doença serem aspectos e categorias criadas pelo social, assim como González Rey (2007, p.154) aponta que autores como Foucault (1973,2000) defendem que as patologias são socialmente construídas, esse aspecto abandona a ideia de naturalização do discurso da saúde e da doença, que acaba por reduzir todos os acontecimentos e características sociais e subjetivas envolvidas nesse processo. Essa é a questão da qual pretendemos abordar e que González Rey (2007) apresenta de forma mais suscita neste trecho: “A naturalização acarreta reconhecer a *natureza real* de um problema no rótulo, o que leva à universalização de uma condição que define práticas sociais despersonalizadas com relação ao ‘problema’,

perdendo de vista o sujeito que o expressa e os contextos e práticas sociais em que se gera. ”

Spink (2009) também levanta essa discussão do caráter de construção social da doença. Apesar das tentativas de caracterizar a doença exclusivamente a partir da ciência, essa se cria também a partir de construções sociais. Apontar apenas os aspectos fisiológicos da doença não basta sem antes compreender todos os aspectos sociais envolvidos naquela cultura. A autora também aponta a necessidade de interdisciplinaridade para que se compreendam tanto os aspectos sociais quanto individuais. O processo de adoecimento não depende apenas de causas biológicas e sociais, mas também de todo meio social em que o sujeito se encontra e quais representações ele constrói a partir do ambiente em que está inserido e dos diferentes discursos produzidos em relação a esses processos. A produção subjetiva é então um aspecto importante a ser levado em consideração na promoção da saúde. A pessoa subjetivamente constrói recursos para lidar com as situações vivenciadas e é por meio dessa produção que a pessoa subjetiva a cultura, compreendendo-a de forma singular. Esses aspectos levam a um processo de construção individual de recursos e que devem ser levados em consideração nos contextos de vida de pessoa.

Essa produção subjetiva da pessoa é desconsiderada no processo institucionalizado da saúde, ela deixa de ser um sujeito com características próprias e uma identidade, e passa a ser apenas mais um encaixado naquela categoria, se reduzindo àquela patologia e perdendo sua personalidade. Na clínica médica os transtornos são considerados como universais e causas singulares não servem de parâmetro, o que prejudica a compreensão do processo da pessoa que desenvolveu o transtorno e qual seria a melhor forma de auxiliá-la nesse processo. A psicologia estando dentro dessa lógica médica não se abstém dessa prática, porém há um movimento atual dentro da psicologia que se contrapõe à essa visão e propõe algumas soluções para esse problema, como as equipes multidisciplinares, porém esse não será nosso foco no momento. Esse contexto do qual a pessoa não tem espaços para ser estimulada a se posicionar diante do seu transtorno, possibilitando a geração de novas configurações subjetivas tem sido um ponto atual de grande debate. A pessoa torna-se então, muitas vezes, presa a um diagnóstico e se

apropriada dele, deixando de assumir posicionamentos no seu contexto de vida, passando a ser identificada com um rótulo, que traz consigo diversas representações sociais. A subjetividade social dominante é um importante fator gerador dessas representações, o fato de receber o diagnóstico priva a pessoa de toda alternativa que se desvirtua desse rótulo, visto que deverá ser seguido determinado caminho para que se tenha êxito no tratamento. Sendo assim, escolhas alternativas ao tratamento médico são duramente criticadas por uma sociedade que ainda valoriza o conhecimento científico em detrimento de posicionamentos pessoais.

Há uma objetivação da doença na fundamentação da lógica medicalizada que indica qual a trajetória que essa doença implicará na pessoa e, uma consequente patologização dessa pessoa, reduzindo-a à doença. Então, observa-se que a pessoa é retirada do centro do seu processo de criação de recursos para lidar com o meio e com as situações das quais vivencia e colocada apenas sob a perspectiva da doença. Coloca-se, então, o processo da doença a partir da visão de uma ciência instrumental, que não leva em questão a subjetividade do ser humano. A psicologia apesar de atualmente estar engajada na promoção de saúde e de buscar alternativas à visão médica reducionista, ela ainda está inserida nessa dinâmica e é notável a dificuldade de contrariar um modelo amplamente difundido em nossa sociedade. A busca por não reduzir a sua atuação à cura da doença e sim buscar alternativas no sujeito é um desafio atual da psicologia e de todas as áreas que procuram uma visão mais humanizada do processo de saúde e doença. Podemos sintetizar todas essas ideias a partir da citação de González Rey (2015, p.25): “A verdade humana nunca pode ser situada fora da pessoa que vive um processo; a única verdade frente a uma condição da existência humana são os sentidos subjetivos que se configuram no processo de viver essa experiência e que são inseparáveis de histórias e contextos atuais de seus protagonistas”

Seguindo com esse raciocínio percebemos que não é possível categorizar as pessoas apenas por sua condição, visto que todos temos a capacidade de produção de novos sentidos para lidar com as situações das quais vivenciamos. É importante reconhecer o espaço de produção da pessoa, legitimar a sua capacidade de subjetivação e o seu valor diante do processo de adoecimento. A doença não deve ser reconhecida como própria da pessoa, mas como um processo. No decorrer da

experiência a pessoa cria recursos pessoais e subjetivos para enfrentar as diferentes situações que se apresentam, a forma como os sentidos subjetivos são produzidos em nosso contexto de vida pode fornecer ou não alternativas de subjetivação. A concepção do adoecimento dentro da teoria da subjetividade seria então essa impossibilidade dessa subjetivação.

As diversas experiências que permeiam a vida do sujeito são de extrema importância para se identificar em quais processos a pessoa está envolvida, quais os significados que ela produz para lidar com as situações da vida diária e poder assim entender os sentidos subjetivos produzidos pela pessoa ao viver a doença. Para compreender os sentidos subjetivos produzidos por uma pessoa diagnosticada com síndrome do pânico é necessário compreender a forma com que essa pessoa experiencia esse processo a partir das diferentes configurações subjetivas que a alimentam.

O processo de saúde e doença se organiza nos fenômenos humanos a partir das interações da pessoa com o social e suas produções subjetivas ao longo da sua vida. Levando em conta essa ideia de processualidade e a necessidade de compreender sua organização a partir da forma como as experiências são subjetivadas, trataremos o conceito de saúde a partir de uma visão de pessoa como produtora de sentidos subjetivos. González Rey (2005, p.127) conceitua sentido subjetivo como sendo “a unidade inseparável dos processos simbólicos e as emoções num mesmo sistema, no qual a presença de um desses elementos evoca o outro, sem que seja absorvido pelo outro”. Ou seja, a pessoa tem uma forma única de produzir sentidos em relação a diferentes experiências da sua vida e não está determinada por elementos externos a ela. A produção de sentidos diante das experiências vivenciadas caracteriza o aspecto da saúde diante dessa perspectiva. É necessário compreender além da experiência objetiva e analisar a organização singular da pessoa em termos simbólicos e emocionais.

Levando em consideração o conceito de configuração subjetiva a partir da teoria da subjetividade, o transtorno não deve ser pensado como uma relação direta com um tipo de vida ou como essa pessoa é, mas tem relação com a forma como se configura a história da pessoa. As configurações subjetivas tornam-se pertinentes tanto para essa discussão da qual abordamos sobre a perspectiva da pessoa como

sujeito, quanto para a apropriação das instituições de saúde com o objetivo de renovar a forma como a doença é vista e tratada em seu contexto. A teoria da subjetividade aborda o conceito de adoecimento de forma que o sujeito que vivencia a doença torne-se produtor e agente de seu contexto de vida, seja em contextos individuais ou sociais. Essa visão proporciona ao sujeito uma capacidade de assumir uma posição diante do seu diagnóstico.

“O limite da saúde e da ‘patologia’ estaria, para mim, na impossibilidade de o sujeito produzir novos sentidos subjetivos ante uma condição que o afeta. [...] Dessa forma, a ‘patologia’ representa um estado no qual o sujeito perde sua capacidade geradora e não tem opções diante do impulso proveniente da configuração subjetiva.” (GONZÁLEZ REY, 2007, p.158).

Porém, cabe ressaltar que os sintomas vividos pela pessoa frente a esse transtorno são expressões de processos subjetivos em relação a experiência da doença. A psicologia vem com o objetivo de trazer para essa pessoa a possibilidade de se tornar sujeito em seu processo, de guiá-la através do seu processo e inseri-la no contexto do seu tratamento, podendo, assim, dar um sentido próprio e singular à sua doença e a todos os contextos sociais a qual se insere.

Para melhor compreender as características da síndrome do pânico, buscamos trazer um breve histórico clínico da doença, embora nosso foco não seja a sintomatologia. A síndrome do pânico tem registros desde século XVI e em 1980 a Associação de Psiquiatria Americana (APA) finalmente incluiu os ataques de pânico na terceira edição do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Segundo o DSM-IV- TR, um ataque de pânico é um período inconfundível, de imenso medo ou temor, no qual quatro ou mais de determinados sintomas se desenvolvem de forma abrupta, como taquicardia, sudorese, sensação de falta de ar, sensação de anestesia ou de formigamento, entre outros. O pânico tem uma frequência relativamente baixa e não possui um momento certo para que ocorra um novo ataque. Dessa forma Silva (2011) afirma que o fato de a pessoa não poder prever a hora ou o momento de um novo ataque de pânico faz com que ela desenvolva uma ansiedade crescente quanto à situação e ao local onde o próximo ataque poderá acontecer, e assim instala-se a sensação predominante nos portadores de transtorno do pânico “medo do medo”

Ainda que possamos nos referir a definições consagradas da síndrome de pânico, sua configuração é sempre singular para aqueles que passam por esse processo. Uma das questões que nos leva a essa pesquisa, é a necessidade de rompermos com os discursos patologizantes que acompanham aqueles que recebem diagnóstico de algum transtorno. A pessoa passa, muitas vezes, a ser reconhecida por uma série de sintomas que a definem. Nesses termos, os diferentes sentidos subjetivos produzidos nesse percurso não são considerados, pois universaliza-se a própria configuração do adoecimento. Nesses termos, o conceito de subjetividade proposto por González Rey nos possibilita pensar na constituição tanto individual como social dos processos de saúde e doença. Uma vez que os sentidos subjetivos são conformadores da subjetividade. A subjetividade não resultado de processos sociais ou uma natureza humana dada a priori, mas a organização complexa da relação da pessoa com o social e a cultura.

González Rey (2011) faz afirmação interessante sobre a discussão anterior:

“O conceito de patologia foi assumido pela Psicologia numa perspectiva causal determinista, responsável por sistemas de sintomas ou por uma perspectiva indutivo-descritiva, que dispensava a análise causal. Ambas as perspectivas representavam a patologia como uma entidade que reduzia a pessoa à vítima da entidade patológica, ignorando os processos de configuração subjetiva singular dos sintomas e estados da pessoa, bem como o movimento dessa configuração, na qual as diversas experiências históricas e atuais da pessoa se inter-relacionam por meio dos múltiplos sentidos subjetivos que definem essa configuração” (p.28).

A categoria sentido subjetivo nos possibilita avançar em relação à interpretações reducionistas sobre a experiência da pessoa. A patologia não deve ser considerada como característica que define a pessoa em sua totalidade, e nem como entidade que define os sentidos subjetivos produzidos por ela. “A subjetividade é definida não apenas como organização intrapsíquica individual mas como produção diferenciada e simultânea de sentidos subjetivos em dois níveis relacionados entre si: o individual e o social” (GONZÁLEZ REY, 2011, p.30)

Nossa problematização gira, então, em torno de compreender a condição de sujeito no processo do transtorno, gerando então recursos nele mesmo para enfrentar sua condição. Queremos entender, também, como as configurações subjetivas, relacionadas com transtornos, aqui mais especificamente associadas à síndrome do pânico, são levadas em consideração no discurso médico atual, abrindo, assim, oportunidade para uma posterior discussão sobre a criação de

espaços para a educação da saúde. O objetivo geral deste trabalho foi compreender os processos subjetivos a partir do diagnóstico de síndrome do pânico. Já como objetivos específicos delimitamos a discussão dos diferentes processos a subjetividade individual na experiência da síndrome do pânico e analisar diferentes aspectos sociais que constituem representações e discursos relativos à saúde e doença.

2 METODOLOGIA

Nessa pesquisa utilizamos o método construtivo interpretativo proposto por González Rey que se pauta pelos princípios da Epistemologia Qualitativa, são eles:

- A característica construtiva interpretativa do conhecimento, González Rey (2005) descreve como “compreender o conhecimento como produção e não como apropriação linear de uma realidade que nos apresenta” (p.5) As teorias utilizadas servem apenas como base para o pensar problemas mais complexos e singulares apresentados pelo participante. O autor salienta a necessidade da relação das ideias do pesquisador com as informações que aparecem na pesquisa o que possibilita reflexões teóricas além da mera descrição do momento empírico.

- “A legitimação do singular como instancia de produção do conhecimento científico” (GONZÁLEZ REY, 2005, p.10). A pesquisa deve ser assim considerada como uma produção de conhecimento definitiva e que permite compreender os processos subjetivos de uma pessoa em um determinado contexto em que ela se insere. O processo qualitativo permite, então, um pensar sobre determinado tema de forma a dar sentido e com isso construir teoricamente a respeito dele. Porém González Rey (2005) afirma que não há a necessidade de um fim teórico, mas sim que objetivos práticos que vem a partir da produção de ideias e do desenvolvimento de modelos que levem à compreensão a questão pesquisada.
- O terceiro princípio básico da Epistemologia Qualitativa, e o fundamento desta pesquisa, é compreender a pesquisa como um processo de comunicação e, com isso, dialógico (GONZÁLEZ REY, 2005). Ou seja, “A ênfase na comunicação como princípio epistemológico está centrada no fato de que uma grande parte dos problemas sociais e humanos se expressa, de modo geral, na comunicação das pessoas seja direta seja indiretamente. “ (GONZÁLEZ REY, 2005,)

2.1 Participante de pesquisa

Para a pesquisa foi selecionada uma mulher de 31 anos. O critério de inclusão de mulheres se deu ao fato de que as mulheres são as mais acometidas pela síndrome do pânico.

2.2 Cenário de pesquisa

O cenário de pesquisa é proposto de forma que o participante se envolva na pesquisa e se sinta à vontade para participar das atividades propostas pelo pesquisador.

A pesquisa foi realizada em um restaurante em que a participante escolheu. Para entrar em contato com ela fiz uma ligação, convidando a participar da minha

pesquisa, para fazer encontros individuais com duração de aproximadamente 1 hora.

2.3 Instrumentos

Os instrumentos na pesquisa qualitativa se caracterizam por ser aquilo que provoca a expressão do participante. Eles não são apenas uma fonte de dados, mas é o que possibilita a interpretação e produção do pesquisador a partir daquilo que ele pretende estudar. Os instrumentos constituem uma via de acesso às produções subjetivas do participante o que possibilita uma compreensão dos aspectos que ele vivencia. Para sua efetividade deve-se levar o participante ao envolvimento na pesquisa, portanto, uma maior abertura desse com o pesquisador.

Para essa pesquisa, adotei a dinâmica conversacional e o complemento de frases.

2.3.1 Dinâmica conversacional

A dinâmica conversacional proposta por González Rey (2005) possui como objetivo “conduzir a pessoa estudada a campos significativos de sua experiência pessoal” (GONZÁLEZ REY, 2005). Não há um modelo pré-determinado de perguntas para a dinâmica conversacional, os rumos são apenas influenciados por provocações que o pesquisador faz no decorrer da pesquisa aos participantes.

2.3.2 Complemento de frases

Por meio dele o participante pode se expressar através da escrita. O instrumento possibilita uma gama de possibilidades de respostas já que as frases incompletas podem ser direcionadas à qualquer experiência do participante. O complemento de frases uma vez escrito pelo participante ele é lido pelo pesquisador que o devolve e pedirá para os participantes lerem aquilo que escreveram e comentassem como assim desejarem.

2.4 Análise e construção de informação

O método escolhido possibilita a análise das informações a partir de indicadores que vão além das categorizações que aparecem na expressão da

pessoa, buscando compreender os processos que se organizam e não aparecem explicitamente na expressão do participante. O pesquisador se posiciona em relação ao momento empírico intermediado por sua fundamentação teórica, possibilitando assim, novas interpretações que geram novas zonas de inteligibilidade sobre o estudado.

Mori (2010) enfatiza o processo de interpretação do pesquisador, levando em conta que certos elementos e expressões da pessoa são significativos para novas hipóteses que no curso do estudo se transformam em afirmações teóricas fundamentadas por novas evidências ou que até mesmo abrem espaço para novas hipóteses.

3 CONSTRUÇÃO DE INFORMAÇÃO

Cláudia, mulher, tem 31 anos e trabalha como servidora pública. Teve o primeiro ataque de pânico em 2007. Atualmente tem poucas crises, que são aliviadas por meio de medicação. Em nossos 2 encontros ela se mostrou receptiva e bastante comunicativa.

Em relação à primeira crise Cláudia relata:

“Tá, na verdade tipo assim, a primeira crise que eu tive foi em um momento que eu tava muito desestabilizada emocionalmente (...) Aí um dia eu sai com umas amigas e a gente foi numa distribuidora de

bebidas né, ai eu fiquei lá tomando cerveja e tal, e inventei de fumar maconha, e eu já tinha fumado algumas vezes e nunca tinha acontecido nada.(...) ai as meninas “ah não, tal, vamo ficar andando de carro“. Do nada, do nada, tipo a minha vista escureceu assim, ai o meu corpo ficou todo quente, coração acelerou, acelerou, acelerou, tipo a vista escureceu, eu “pronto, tô tendo uma orvedose” e tipo eu nem tinha fumado direito, mas acho que misturou aquilo com a bebida e com tudo.”

“ (...) É como se desse um choque no corpo assim, ai você fica toda dormente, começa a formigar, ai vem um frioção, ai vem um calor, ai o coração acelera. Ai Falei: preciso ir para o hospital, me leva pro hospital. Isso era tipo um domingo à noite. Chegou no hospital, sai entrando, não conseguia assinar o negócio lá da guia do plano de saúde, saí entrando na sala do médico, assim, “pelo amor de deus, eu to morrendo me socorre”, e a médica atendendo outras pessoas. Ai ela foi mediu minha pressão, tava alta e tal. Me mandou para fazer um eletro, deu que tava com os batimentos bem acelerados. “

(...)

“E nisso, depois de tudo, eu fui me acalmando, meu corpo tremia, eu não tinha controle sobre o meu próprio corpo. Ele estava assim, fazendo esses espasmos. Aí do nada a enfermeira virou e falou assim: “Tá, você não tá tendo overdose, você tá tendo uma crise de Pânico.” Eu, caraca, fiquei em choque assim, eu não sabia, eu nunca tinha ouvido falar sobre nada disso.”

É interessante observar nesse último trecho a ponderação que a enfermeira faz. Como se trata de uma categoria que está inserida no discurso médico vigente, que é bastante reducionista e dualista, é intrigante ver que há uma orientação por parte dela em auxiliar Cláudia, mesmo que pobremente, a explicar o que significa o que ela está sentindo, permitindo a participante a reconhecer que aquilo não era apenas um sintoma físico, mas que estava relacionado com outros processos. É fundamental destacar aqui a importância de que os profissionais de saúde tenham uma formação que possibilite reconhecer os diferentes processos que podem estar envolvidos e não apenas o destaque para os sintomas. Nesse caso podemos considerar o aspecto de que muitas vezes a atuação do profissional de saúde pode ser mobilizadora de processos subjetivos no usuário a depender de como o usuário se vê em relação ao processo que está vivendo.

Cláudia prossegue:

“Depois disso fui atrás de fazer todos os exames possíveis, fui no cardiologista, no neurologista, fui em tudo que você imaginar e no ortopedista, pensei que tinha tumor no cérebro, qualquer coisa. Fiz um um milhão de exames e não deu nada. Ai me recomendaram “Vai procurar um psiquiatra”. Ai eu fui. “

“(…) antes disso, antes de eu ter toda essa crise, eu tinha feito dois anos de terapia que foi em um momento que eu terminei com o meu ex namorado e eu tava muito mal. Tipo assim, eu terminei fiquei uns 6 meses, depressão, assim, péssima. Comecei a fazer a terapia e tal, e foi um momento que eu me descobri muito assim, tem várias coisas que hoje em dia eu enxergo em mim e que foram descobertas nesse momento de terapia.”

Após a primeira crise Cláudia se vê sem recursos para lidar com a situação. Sua busca incessante por um diagnóstico está expressa em uma representação social de que é preciso tratar o sintoma que aparece no corpo. Esta característica estará mais presente em outros trechos. Porém, desde já Cláudia ainda não consegue lidar com a incerteza do diagnóstico e se depara com uma situação da qual não consegue avançar, seguindo assim, as coordenadas que lhe são dadas. É evidente na expressão da participante qual a representação dominante de tratamento da qual ela compartilha, a busca por profissionais que lidam com sintomas é prioritária, ou seja, aquilo que está acontecendo não pertence a dinâmica pessoal e na verdade é algo fora do sujeito. Em virtude disso o último profissional que ela procura é o psiquiatra e somente após o psiquiatra indicar um psicólogo é que Cláudia busca a psicoterapia, mesmo já tendo feito psicoterapia e relatando de acordo com o trecho acima que foi uma experiência positiva.

Ela prossegue contando sua experiência inicial com o psiquiatra:

“Fui em um psiquiatra, e comecei a fazer um tratamento pra crise com o remédio né. Ai até acostumar assim, foram alguns remédios que eu passei, porque cada um vem trazendo um efeito colateral ruim. Tem um que eu ficava com muito sono, bocejava o dia inteiro. O outro tirava a libido totalmente. Chegou uma época que eu ia em um psiquiatra que ele me atendia em 5 minutos. “Oi, tudo bem? Como foi? Ah seu remédio ainda tem? Acabou? Não, então ta bom. Toma aqui mais essa receita.” Nem perguntava se tipo assim, quais são os efeitos que você tá tendo e tal. “

Pode-se considerar dois aspectos relevantes nesse trecho: o primeiro do discurso de que o remédio controlaria todas as situações de crises, o que acaba inserindo a ideia de que apenas o remédio é a solução para as crises; o segundo aspecto é o do descontentamento de Cláudia com o atendimento do psiquiatra, que se posiciona de forma totalmente reducionista, focando seu atendimento apenas na patologia, desconsiderando a pessoa como sujeito que está inserida nesse contexto e que precisa desse apoio para se ver como geradora de sentidos sobre aquilo que

ela vivencia, como alguém além do sintoma. Atualmente o modelo de saúde no país está centrado no atendimento por plano de saúde, onde o profissional é pressionado a atender muitas pessoas em pouco tempo, principalmente devido à baixa remuneração. Os atendimentos tornam-se extremamente curtos, onde o paciente não tem oportunidade de levantar queixas mais profundas em relação à sua condição, ele fica então preso a essa dinâmica despersonalizada e acaba muitas vezes não conseguindo tornar-se pessoa em seu próprio processo.

Cláudia descreve então como foi sua adaptação com os medicamentos:

Acabou que esse negócio de remédio tava mexendo muito, tirando minha libido e tal, ficava sem fome, e ai eu parei de tomar. Fiquei um tempo sem tomar mas sempre tendo a sensação de que a qualquer momento eu podia ter uma crise, tipo as vezes o coração acelerava muito.

(...)alguns remédios eu ainda tinha sensação de crise, crise eminente, so que tipo assim, eu tenho um remédio que ele é tipo o resgate, na hora, que fica na minha bolsa, se eu achar que eu vou ter uma crise mesmo eu tomo ele, para não chegar a acontecer. Mas assim, alguns momentos eu tinha a sensação, mas a crise não chegava a vir, porque eu sempre fui resistente a remédio. Eu não queria tomar a dose recomendada eu tomava menos, ai as vezes eu ficava tomando dia sim dia não, porque eu sempre tive muito medo, além dos efeitos colaterais, esse negócio de viciar.

Apesar de Cláudia afirmar que tem resistência à tomar os remédios por medo de ficar viciada ela precisa tomá-los, e é nessa hora que ela entra em uma contradição, não tendo, assim, critérios para tomar a medicação, criando uma série de efeitos colaterais que não apresentariam se ela estivesse fazendo o uso correto. A forma como ela toma o remédio também é geradora de crise, em razão de que o uso indisciplinado da medicação não traz o efeito desejado, aumentando a possibilidade de a crise vir a ocorrer. O remédio é uma solução para as suas crises, mas não há um comprometimento com o seu estado atual, o medo de viciar e as baixas doses que Cláudia toma não auxiliam no processo do tratamento. Esse trecho traz também a ideia de que uma solução pontual que é o remédio de resgate que fica em sua bolsa resolve o problema pontual da crise. Porém cabe ressaltar todos os campos da vida dela que ainda ficam comprometidos mesmo após a ingestão da medicação. O remédio pode ser um auxiliador nos momentos de crise, mas não se caracteriza como uma solução para eles.

“Mas eu fiz pilates também, ai uma época eu fui pra natação, então é tudo um conjunto sabe? Porque só o psiquiatra não adiantaria, só a

terapia não adiantaria e só as outras coisas não adiantaria. Então eu acho que o conjunto que eu fiz na época me ajudou.”

“E uma coisa que me ajudou também, eu faço um outro tipo de terapia agora que é homeopático, que é com os florais, eu comecei a ir na comunhão espírita também então eu meio que procurei algumas coisas alternativas e acho que isso super me ajudou. Mas eu sinto falta as vezes de ir na terapia e tal, porque ficar lá falando você realiza: caraca, olha o meu pensamento, agora que eu to ..” tipo você começa a realizar várias coisas que você tem dentro de você que você não percebe.”

Nesse trecho fica claro o quanto a participante não possui um parâmetro fundamento para prosseguir o tratamento. A busca incessante por tratamentos que diminuam a sua ansiedade é apenas um novo meio de propagação dessa. Procurar por meios alternativos, pontuais e eficazes no seu tratamento trazem angústia uma vez que não trazem o resultado imediato que é esperado. Percebe-se então que ela não apresenta um compromisso real com o que está vivendo em relação ao pânico, apesar de estar constantemente em busca de alternativas para a solução da situação que vive ela não se compromete efetivamente com nenhum deles, o que nos leva a pensar sobre esse compromisso não ser verdadeiro. A busca por soluções externas não a levam a uma solução definitiva e sim apenas momentânea, acabando por tornar essa situação rotineira, ela procura uma solução rápida e quando o efeito desta passa ela volta para a solução rápida. O compromisso com a resolução da sua situação e a vontade de mudar definitivamente são aspectos que ainda carecem na sua busca por ajuda. A subjetividade social dominante valoriza a visão do médico e, portanto, medicalizada da doença. A promoção de saúde não é um aspecto abordado por esses contextos, portanto ele é negligenciado pela sociedade, que passa a buscar os serviços de saúde apenas quando há um “problema” visível no corpo a ser solucionado.

E você lembra de todas as crises que você teve? Qual foi a situação?

“(...)teve um dia que eu fui fazer um trabalho, eu tinha saído no dia anterior, tinha bebido e tal, acordei e fui fazer a entrega dos ovos de páscoa lá numa comunidade que era no meio do mato, e aí do nada começou coração palpitando não sei o que aí eu pronto vou ter uma crise e não trouxe meu remédio, meu remédio não tava na bolsa. Aí de eu saber que o remédio não tava na bolsa eu fiquei enlouquecida, só que eu tava com umas pessoas desconhecidas, não tava no meu carro, não tinha como ir embora, cara agora eu vou ter que controlar a força, e fiquei tipo controlando com respiração, aí tentando me

acalmar e tudo e focar em outra coisa, ai eu continuei meio que com mal estar mas conteve entendeu?”

E: Mas as outras vezes que você teve a crise você não estava com o remédio, você tomou o remédio?

“É, teve vez que eu não estava tomando direito. Mas já aconteceu por exemplo de eu estar tomando direito, só que a minha dose é baixa entendeu? Então as vezes se eu estiver muito abalada ele não segura, entendeu? Talvez se eu estivesse tomando a dose certa, talvez...”

“(...) E parece que não adianta, você tá lá em crise, você vai respirar, você vai beber água, você vai no sol, você vai andar, você vai fazer qualquer coisa.”

E: Mas você conseguiu controlar aquela vez ne?

“É, então consegui talvez por ter um pouco ainda de remédio, porque eu tava tomando o remédio, tinha bebido e tal, acho que dá uma cortada no efeito, mas assim eu acho que... sei lá, a sensação que dá na hora é de que não dá pra controlar.

Sei lá, é uma sensação de tipo: eu vou morrer agora”

Ela cita um caso em que não teve condições de controlar sua crise com medicação, tendo que contê-la com mecanismos psicológicos. Mesmo que Cláudia tenha conseguido controlar a crise ela ainda não reconhece seu avanço, sempre atribuindo ao remédio sua melhora, sem considerar a sua produção diante daquele momento. É importante observar também o descompromisso da participante com a sua situação atual, atuando de forma imatura em relação à medicação e ao adoecimento.

Novamente podemos fazer uma ligação entre esses fragmentos com as duas passagens anteriores. A visão reducionista de que o remédio é a única solução e que diante da crise ela não terá controle se não introduzir a medicação é um importante indicador de que há uma produção de sentidos subjetivos que não estão sendo favorecedores para ela na forma de lidar com a crise. A questão de que existem soluções pontuais para resolver problemas pontuais está muito presente na fala de Cláudia, não há uma compreensão de que leva um tempo para tentar se ver diferente naquilo que ela está vivendo. Ou seja, ela procura formas de solucionar seus problemas de forma pontual e quando essas soluções levam um tempo para fazer efeito, sua ansiedade a consome fazendo ir em busca de outra solução pontual para resolver sua condição.

Os processos sociais que permeiam a nossa vida são constitutivos da produção de sentidos subjetivos individuais. No caso de Cláudia é possível identificar aspectos da subjetividade social que estão muito presentes na sua expressão. A busca por solucionar problemas sem refletir sobre o que está vivendo, como por exemplo a utilização do remédio como forma de resolução dos sintomas que ela apresenta, é um aspecto muito presente nessa concepção atual da subjetividade social de que é possível resolver problemas desse porte com soluções pontuais, o que é na realidade uma forma de fuga da nossa própria realidade, uma forma de não lidar com as adversidades das quais entram em contato. O modelo medicalizado atual valoriza os métodos pontuais para resolução de problemas, e é esse modelo que a sociedade absorve e passa a consumir devido ao *status* que o médico possui, um “salvador” e detentor de todo o conhecimento a respeito do corpo humano.

*O mais importante é **ter a família unida e saudável***

“É... eu acho que é a base de tudo, eu acho que se a família não estiver bem, todos os outros campos da vida podem estar maravilhosos que... não está.”

*Esperam que **eu interaja mais em casa***

“É, acho que eu to um pouco afastada assim, sabe? Talvez porque quando eu fiquei solteira ai o povo começou a pegar muito no meu pé querer muita satisfação e me criticar muito por todas as minhas coisas, eu comecei a colocar uma barreira. Tipo nesse campo você não vai entrar, você não vai se meter, tipo no que eu vou fazer, no meu dinheiro, no que eu vou sair, pra onde eu vou, ai eu comecei a ficar meio afastada como uma forma de me blindar assim mas talvez eu tenha me afastado um pouco demais ai eu acho que eu tenho que ficar mais em casa e tal.”

*Atualmente **eu estou um pouco afastada da família***

“Eu acho que é uma coisa que no momento tá me incomodando assim”

Observa-se nesses trechos destacados do complemento de frases que a participante possui contrastes em diversas dimensões da sua vida. As contradições entre a forma como ela percebe sua família é um importante fator para a estabilidade emocional se contradiz nos trechos seguintes onde ela afirma que está afastada da família. A forma como ela se expressa muitas vezes aparenta ser algo apenas descritivo, não havendo reflexão pessoal dela sobre o que está acontecendo na sua relação com a família. Apesar de haver uma idealização do que seria

importante para ela na concepção de família, Cláudia não se posiciona quando se sente cobrada e não enfrenta as condições que surgem na sua relação com a família, gerando essa contradição expressa no complemento de frases. Ela ainda não consegue perceber que uma família unida é aquela que também possui momentos difíceis que precisam ser discutidos e que para isso é necessário um posicionamento de seus membros.

Farei o possível **para ajudar financeiramente em casa.**

“É porque meu pai fechou uma empresa que ele tinha ai as coisas estão meio apertadas, ai é uma questão do momento assim sabe? Acho que é uma coisa bem do momento assim. Mas se for olhar só por mim assim farei o possível para morar só.”

Sempre que posso **viajo**

“É sei la acho que é meio que, é o meu maior hobby”

Se eu pudesse **viajava mais**

Um dia **eu quero morar sozinha**

“é pretendo, financeiramente agora tá difícil. Ano que vem, porque se não daqui a pouco eu caso e vou ter ido morar com alguém, quero morar sozinha antes disso, ter essa experiência sabe?”

Gostaria de **não ter que me preocupar com o dinheiro**

“é, mas ao mesmo tempo já chegou uma época que eu falei pra minha mãe assim: ah não poderia ganhar na mega sena, porque acho que eu iria deprimir, porque eu ia ter tudo fácil, então sei lá, já cheguei a falar isso pra ela, depois que eu falei: não que loucura, lógico que eu gostaria, mas sabe, quando você meio que tem que ter um objetivo, quando você tem tudo fácil não sei, isso é uma questão que eu fiquei meio... “

Infelizmente **é necessário trabalhar para ganhar dinheiro**

E: Você não gosta do seu trabalho?

“Cara, eu gosto, mas tipo assim, tem horas que eu acho que é uma perda de tempo que eu to la, tem dias que eu não faço nada, que eu penso: eu podia ta aqui fazendo alguma coisa, podia ta em algum lugar fazendo alguma coisa por mim e eu to aqui gastando meu tempo, sem fazer nada, pra ganhar dinheiro.”

Mais uma vez observa-se nesses trechos as contradições da sua expressão. Apesar de dizer que gostaria de morar sozinha e que precisa ajudar em casa com as despesas Cláudia prefere gastar suas economias viajando, ao invés de procurar ganhar certa estabilidade inicialmente. Esse discurso é predominante em nossa

sociedade atual, onde a subjetividade social dominante favorece a dinâmica na qual os pais bem-sucedidos mantêm os filhos em casa até a sua fase adulta, esse fenômeno denominado como ninho cheio. Os filhos, por conseguinte, ficam estagnados em uma posição e apesar de terem o desejo de se tornarem independentes e conquistar seu próprio espaço, acabam por seguir na casa dos pais, imaginando uma vida que não terão uma vez que não há uma tomada de posição em relação ao seu futuro. A típica visão da classe média onde é necessário ganhar um salário alto para poder sair de casa é bem exemplificada nesse exemplo. O fato de ter que ir morar em locais distantes da classe média mais favorecida, em regiões metropolitanas, assusta aqueles que sempre viveram em um conforto e que agora precisam se desvencilhar da tranquilidade do lar de origem.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre os processos subjetivos na experiência singular da síndrome do pânico nos leva a dimensões específicas da configuração humana que só podem ser compreendidas ao se pensar os diversos aspectos sociais que se inserem nesse contexto. A concepção histórico-cultural do ser humano vem nos auxiliar a entender

essa dinâmica de funcionamento e seus diversos desdobramentos, nos levando a compreender a forma como um indivíduo se posiciona no seu processo de adoecimento e as diversas implicações que isso gera. Entender a particularidade do ser humano como um sujeito gerador de sentidos subjetivos para lidar com as novas situações que lhe são apresentadas e, dessa maneira, capaz de encontrar em si a melhor forma de lidar com elas, é afirmar a característica própria de produção do ser humano. Propriedade essa que auxilia o indivíduo a adaptar-se às diversas situações e construindo novos sentidos subjetivos e, conseqüentemente, gerando recursos para lidar com a doença.

O rompimento com a ideia de patologização da pessoa frente a um transtorno que foi abordada nesse trabalho, é a de essencialmente considerar a pessoa com capacidade para gerar alternativas para além do transtorno, é reconhecer que ela é o elemento principal que norteia a configuração que essa doença terá em sua vida. Dentro dessa temática abordou-se também a forma com que se lida com a doença atualmente. A visão médica vigente reduz a pessoa a uma patologia, desconsiderando aspectos subjetivos da estruturação dessa doença. A psicologia, por sua vez, adota essa lógica da doença, principalmente por estar inserida nesse sistema, e acaba encerrando sua prática a um foco na doença e a promoção de saúde se perde nesse contexto. Esse ponto leva adiante a perspectiva de que existem curas específicas para problemas gerais. O cuidado não deve ser feito com um eixo apenas na doença, mas deve ser levado em consideração todos os aspectos de vida de pessoa e a forma como essa cria ou modifica sentidos para enfrentar diversas situações.

O processo de viver a doença configura-se também por aspectos da subjetividade social que influenciam na organização de diferentes processos subjetivos da pessoa que vive o adoecimento. Como seres sociais estamos em constante contato com o outro e com as visões compartilhadas pela cultura na qual nos inserimos, elas nos transformam e fazem parte da nossa configuração subjetiva. Dessa forma, o modo de lidar com a doença é influenciado pelo nosso contexto social, o que muitas vezes são patologizantes e a pessoa perde suas perspectivas e autonomia diante da situação que vivencia. Sendo assim, o caminho seria a promoção de saúde, um olhar mais cauteloso as vontades singulares de cada um, o indivíduo como um todo, um ser dotado de capacidade de se compreender e de tomar um lugar no seu processo. Dessa forma, a pessoa reconhece sua participação

nessa configuração, buscando mecanismos próprios para entendimento da situação em que se insere e com isso buscar recursos pessoais para lidar com o meio e com as novas situações que ela enfrenta.

O enfrentamento da doença ligado à lógica médica vigente e como foco específico na doença não auxilia a pessoa a gerar recursos para a criação de novos sentidos subjetivos, tirando da pessoa a responsabilidade de lidar com a doença e reduzindo as suas possibilidades de se defrontar com os aspectos subjetivos e individuais da manutenção da doença. O olhar restrito à patologia apenas como algo externo ao indivíduo não auxilia o indivíduo em questões mais profundas da sua configuração subjetiva, sendo assim, a solução é falha e não provoca mudanças na subjetividade da pessoa. O objetivo da promoção de saúde não é o de soluções rápidas e pontuais, mas o de reciclar a visão do profissional de saúde para os processos subjetivos da pessoa que se confronta com a doença e assim a busca por uma nova representação dos transtornos, valorizando o papel da pessoa nesse contexto.

REFERÊNCIAS

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

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

GONZÁLEZ REY, Fernando. *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson Learning, 2005.

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

GONZÁLEZ REY, Fernando & BIZERRIL, José. *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasília: UniCEUB, 2015.

MORI, Valéria Deusdará. *A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária*. Psicologia: teoria e prática, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012.

MORI, Valéria Deusdará & GONZÁLEZ REY, Fernando. *Reflexões sobre o social e o individual na experiência do câncer*. Psicologia & Sociedade. vol.23, p. 99-108, 2010.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites*. Rio de Janeiro: Fontanar, 2011.

SPINK, Mary Jane. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.