

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Faculdade de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mônica Silveira Barrouin

**PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO EM EXPERIÊNCIAS DE INFARTO:
possibilidades narrativas**

Belo Horizonte

2022

Mônica Silveira Barrouin

**PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO EM EXPERIÊNCIAS DE INFARTO:
possibilidades narrativas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Doutora.

Área de concentração: Processos de Subjetivação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Kind do Nascimento.

Belo Horizonte

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

B277p	Barrouin, Mônica Silveira Processos de subjetivação em experiências de infarto: possibilidades narrativas / Mônica Silveira Barrouin. Belo Horizonte, 2022. 217 f. : il. Orientadora: Luciana Kind do Nascimento Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia 1. Infarto do miocárdio - Aspectos psicológicos. 2. Coração - Doenças - Pacientes. 3. Subjetividade. 4. Experiências de vida. 5. Qualidade de vida - Aspectos psicológicos 6. Psicologia social. I. Nascimento, Luciana Kind do. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título. SIB PUC MINAS CDU: 301.151
-------	--

Mônica Silveira Barrouin

**PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO EM EXPERIÊNCIAS DE INFARTO:
possibilidades narrativas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de
Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do
título de Doutora.

Prof.^a Dr.^a Luciana Kind do Nascimento (Orientadora) — PUC Minas

Prof.^a Dr.^a Cássia Beatriz Batista e Silva (Banca Examinadora) — UFSJ

Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto (Banca Examinadora) — PUC Minas

Prof.^a Dr.^a Kátia Tomagnini Passaglio (Banca Examinadora) — PUC Minas

Prof. Dra. Maria Eugênia da Costa Machado (Banca Examinadora) — UniBH.

Belo Horizonte, 05 de Setembro de 2022.

Às pessoas que tiveram infarto: vivas ou mortas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que fizeram parte desses quatro anos que dediquei à minha formação. Nesse tempo, foram muitos os aprendizados, desde conteúdos acadêmicos até “conteúdos” da vida cotidiana. Foram momentos que produziram muitas emoções: felicidade por aprender coisas interessantes e novas; tensão por adentrar em terras pouco percorridas por mim; e curiosidade ao desvendar que os modos de pensar, em síntese, são complementares — quem sabe não falamos as mesmas coisas, apenas em dialetos diferentes?

Nesse tempo, tive o apoio da família, que, compreensiva, soube estar presente e retirar-se quando necessário, pois, apesar de meu desejo de curtir a vida junto a ela, tive que abrir mão desse convívio que me é tão prazeroso. Também, em vários momentos, ainda que sob protestos, abdiquei de estar com amigos e amigas para poder dedicar-me a este trabalho. Haja coração!

Eu agradeço, em especial, à Bárbara e à Maria Helena, minhas afilhadas, por terem compreendido a ausência da madrinha em muitos momentos. Obrigada a todos os meus familiares pela força que dispensaram a mim ao longo desse processo: Denise, Cláudia, Paulo, Pedro e Luana, que apoiaram minha escolha, mesmo que isso tenha significado ficarmos distantes uns dos outros.

À Alda, que me apoiou no dia-a-dia da escrita, mantendo um ambiente adequado e confortável. Também, ao meu sobrinho Arthur, por me incentivar — “Vai entregar, tia?” — e pelo cafezinho que não deixava faltar em nossas manhãs. Também, à minha querida cachorrinha Maria, que esteve a meu lado, deitadinha, durante toda a escrita.

Às minhas queridas amigas, as professoras Sandra e Kátia, e à médica cardiologista, Celsa, pelo apoio, incentivo, solidariedade e afeição. Ao Allisson, por suas leituras e contribuições ao longo de todo o processo de escrita.

Aos professores João Leite, Cássia, Kátia e Maria Eugênia, por terem feito parte da banca de qualificação e/ou defesa. Sinto-me honrada por ter o trabalho avaliado por ele e elas.

Por fim, agradeço à professora Luciana Kind, que me acolheu para que, juntas, desenvolvêssemos o processo que culminou nesta tese.

Sobretudo o que se deve guardar, guarda o teu coração, porque dele procedem as saídas da vida.

(Bíblia Sagrada, 2009, p. 776, Provérbios 4:23)

RESUMO

O interesse pelo tema desta tese surgiu a partir de uma experiência de trabalho da pesquisadora em um ambulatório de atendimento a pessoas acometidas por infarto de um hospital de Belo Horizonte. Esta doença apresenta uma incidência significativa na população mundial. E, também, o Brasil apresenta um grande número de casos e óbitos decorrentes de infarto, que é tido como uma das principais causas de morte, tanto de homens quanto de mulheres. Em vista disso, e através de um olhar psicossocial, propõe-se, nesta tese, abordar esse problema para além de seus aspectos biológicos e médicos, buscando compreender o papel das emoções em sua ocorrência e seus efeitos psicológicos nos processos de subjetivação dos sujeitos que o narram como parte de sua experiência de vida. Para tanto, emprega-se uma metodologia de pesquisa narrativa, com vistas a apreender o contexto do sujeito antes do episódio de infarto, a história do infarto e a história pós-infarto, bem como os sentidos produzidos em meio a essa vivência. Sabe-se que as narrativas são a base para a organização da experiência subjetiva, pois possibilita ao narrador compreender a si mesmo, o mundo que o cerca e os seus processos de subjetivação vivenciados nas experiências simultaneamente individuais e sociais. Nesse viés, o objetivo desta tese é apresentar uma análise dos processos de subjetivação que subjazem às narrativas de pacientes que sobreviveram a episódios de infarto. Para alcançá-lo, optou-se por: (a) delimitar o que se considera processo de subjetivação, a partir do campo psicossocial; (b) circunscrever o papel das narrativas em estudos que buscam processos de subjetivação em situações de adoecimento; (c) investigar os processos de subjetivação presentes nas narrativas de pacientes infartados, com vistas a desvelar essa linguagem em um empenho analítico que busca compreender as performances dos narradores nestes dois contextos: na vida (antes do infarto) e na vivência do infarto (durante e depois do infarto); e (d) identificar transformações na compreensão de si e nos modos de vida dos sobreviventes. Para tanto, no capítulo um foi

descrita uma pequena história do coração – um órgão carregado de simbolismo e muitas vezes destituído de sua fisicalidade; no capítulo dois foi discutido o conceito de subjetivação e a interpretação da narrativa do infarto, enfatizando as práticas do dizer e a construção do sujeito pós moderno e sua relação com a tecnologia. No capítulo três o processo de saúde-doença foi abordado vislumbrando os aspectos psicológicos associados aos problemas cardiovasculares, bem como o papel da fé e da espiritualidade nos nesses processos. As narrativas foram analisadas considerando: 1) História de vida antes do infarto; 2) História do infarto e 3) História de vida depois do infarto. Ao narrarem suas experiências de infarto os entrevistados deram a conhecer seus processos de subjetivação na vivência do mesmo. A espiritualidade/religiosidade apareceram como importante fator para o enfrentamento da doença. Foram relatadas sequelas físicas ligadas à demora por socorro mas ainda com desfechos favoráveis. O evento do infarto exerceu papel impacto nos processos de subjetivação das pessoas, abrindo novas perspectivas para a vida.

Palavras-chave: Infarto. Coração. Adoecimento. Processos de subjetivação. Narrativa.

ABSTRACT

The interest in the theme of this thesis arose from the researcher's work experience in an outpatient clinic for people affected by infarction in a hospital in Belo Horizonte. This disease has a significant incidence in the world population. Also, Brazil has a large number of cases and deaths resulting from heart attack, which is considered one of the main causes of death, both for men and women. In view of this, and through a psychosocial perspective, this thesis proposes to approach this problem beyond its biological and medical aspects, seeking to understand the role of emotions in their occurrence and their psychological effects on the subjectivation processes of subjects who narrate it as part of their life experience. For that, a narrative research methodology is used, with a view to apprehending the subject's context before the infarction episode, the history of the infarction and the post-infarction history, as well as the meanings produced in the midst of this experience. It is known that narratives are the basis for the organization of subjective experience, as it allows the narrator to understand himself, the world around him and his processes of subjectivation experienced in both individual and social experiences. In this vein, the objective of this thesis is to present an analysis of the processes of subjectivation that underlie the narratives of patients who survived episodes of infarction. In order to achieve it, it was decided to: (a) delimit what is considered a subjectivation process, based on the psychosocial field; (b) circumscribe the role of narratives in studies that seek processes of subjectivation in situations of illness; (c) investigate the processes of subjectivation present in the narratives of infarcted patients, with a view to unveiling this language in an analytical effort that seeks to understand the performances of the narrators in these two contexts: in life (before the infarction) and in the experience of the infarction (during and after the heart attack); and (d) identify transformations in the self-understanding and in the survivors' ways of life. To this end, in chapter one a short history of

the heart was described – an organ loaded with symbolism and often devoid of its physicality; in chapter two, the concept of subjectivation and the interpretation of the infarction narrative were discussed, emphasizing the practices of saying and the construction of the post-modern subject and its relationship with technology. In chapter three, the health-disease process was approached by envisioning the psychological aspects associated with cardiovascular problems, as well as the role of faith and spirituality in these processes. The narratives were analyzed considering: 1) Life history before the infarction; 2) History of the infarction and 3) History of life after the infarction. When narrating their experiences of infarction, the interviewees made known their processes of subjectivation in the experience of it. Spirituality/religiosity appeared as an important factor for coping with the disease. Physical sequelae related to the delay for help were reported, but still with favorable outcomes. The infarction event had an impact on people's subjectivation processes, opening new perspectives for life.

Keywords: Infarction. Heart. Illness. Subjectivation processes. Narrative.

RÉSUMÉ

L'intérêt pour le thème de cette thèse est né de l'expérience de travail du chercheur dans une clinique externe pour les personnes touchées par l'infarctus dans un hôpital de Belo Horizonte. Cette maladie a une incidence importante dans la population mondiale. En outre, le Brésil compte un grand nombre de cas et de décès résultant d'une crise cardiaque, considérée comme l'une des principales causes de décès, tant chez les hommes que chez les femmes. Dans cette perspective, et à travers une perspective psychosociale, cette thèse propose d'aborder cette problématique au-delà de ses aspects biologiques et médicaux, en cherchant à comprendre le rôle des émotions dans leur survenue et leurs effets psychologiques sur les processus de subjectivation des sujets qui la racontent dans le cadre de leur expérience de vie. Pour cela, une méthodologie de recherche narrative est utilisée, en vue d'appréhender le contexte du sujet avant l'épisode d'infarctus, l'histoire de l'infarctus et l'histoire post-infarctus, ainsi que les significations produites au milieu de cette expérience. On sait que les récits sont à la base de l'organisation de l'expérience subjective, car ils permettent au narrateur de se comprendre, de comprendre le monde qui l'entoure et ses processus de subjectivation vécus à la fois dans des expériences individuelles et sociales. Dans cette veine, l'objectif de cette thèse est de présenter une analyse des processus de subjectivation qui sous-tendent les récits de patients ayant survécu à des épisodes d'infarctus. Pour y parvenir, il a été décidé de : (a) délimiter ce qui est considéré comme un processus de subjectivation, fondé sur le champ psychosocial ; (b) circonscrire le rôle des récits dans les études qui recherchent des processus de subjectivation dans des situations de maladie ; (c) enquêter sur les processus de subjectivation présents dans les récits des patients infarcis, en vue de dévoiler ce langage dans un effort analytique qui cherche à comprendre les performances des narrateurs dans ces deux contextes : dans la vie (avant l'infarctus) et dans l'expérience de l'infarctus (pendant et après la crise cardiaque); et (d)

identifier les transformations dans la compréhension de soi et dans les modes de vie des survivants. À cette fin, dans le premier chapitre, une brève histoire du cœur a été décrite - un organe chargé de symbolisme et souvent dépourvu de sa physicalité ; dans le chapitre deux, le concept de subjectivation et l'interprétation du récit de l'infarctus ont été abordés, en insistant sur les pratiques du dire et la construction du sujet post-moderne et sa relation avec la technologie. Dans le chapitre trois, le processus santé-maladie a été abordé en envisageant les aspects psychologiques associés aux problèmes cardiovasculaires, ainsi que le rôle de la foi et de la spiritualité dans ces processus. Les récits ont été analysés en tenant compte : 1) de l'histoire de la vie avant l'infarctus ; 2) Histoire de l'infarctus et 3) Histoire de la vie après l'infarctus. En racontant leurs expériences d'infarctus, les interviewés ont fait connaître leurs processus de subjectivation dans l'expérience de celui-ci. La spiritualité/religiosité est apparue comme un facteur important pour faire face à la maladie. Des séquelles physiques liées au délai d'obtention des secours ont été rapportées, mais toujours avec des évolutions favorables. L'événement de l'infarctus a eu un impact sur les processus de subjectivation des personnes, ouvrant de nouvelles perspectives de vie.

Mots-clés : Infarctus. Cœur. Maladie. Processus de subjectivation. Récit.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 UMA PEQUENA HISTÓRIA DO CORAÇÃO	27
1.1 A Construção de um Mito	28
1.2 O Coração na Bíblia e no Cristianismo	39
1.3 Símbolo na Cultura, nas Artes e nas Metáforas das Emoções	45
1.4 Da Mística Simbologia à Corporificação de um Órgão que Adoece	51
1.5 O <i>Habitat</i> do Coração: a Pluridimensionalidade do Corpo	62
2 O CONCEITO DE SUBJETIVAÇÃO E A INTERPRETAÇÃO DA NARRATIVA DO INFARTO.....	68
2.1 As Práticas do Dizer e os Processos de Subjetivação.....	76
2.2 A Construção Histórica do Sujeito Pós-Moderno e os Efeitos da Tecnologia na Vida Humana	84
3 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: ORGANISMO, CULTURA E ESPIRITUALIDADE.....	95
3.1 Aspectos Psicológicos associados a Problemas Cardiovasculares	110
3.2 Fé e Espiritualidade no Processo Saúde-Doença	116
4 A SUBJETIVAÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA: PERCURSO METODOLÓGICO	126
4.1 A Escolha do Método Narrativo	126
4.2 Procedimentos Metodológicos	133
4.2.1 <i>Desenho da Pesquisa</i>	133
4.2.2 <i>Participantes</i>	135
4.2.3 <i>Modos de Obtenção de Informações</i>	135
4.2.4 <i>Análise de Dados</i>	136
5 “UMA REALIDADE MINHA”: SENTIDOS SOBRE A VIDA EM TRAJETÓRIOS DE ADOECIMENTO CARDÍACO	138
5.1 Dando Voz aos Narradores	139
5.2 Analisando as Narrativas	153
5.2.1 <i>História de Vida antes do Infarto</i>	153

<i>5.2.2 Histórias do Infarto</i>	<i>164</i>
<i>5.2.3 História de Vida depois do Infarto.....</i>	<i>169</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	184
REFERÊNCIAS	188
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	215
APÊNDICE B: QUESTÃO GERADORA E TEMAS PARA AS ENTREVISTAS NARRATIVAS COM PESSOAS QUE PASSARAM PELA EXPERIÊNCIA DO INFARTO.....	217

INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado surge do trabalho realizado, durante um ano, no ambulatório de cardiologia de um hospital de Belo Horizonte, em Minas Gerais. Trata-se de um trabalho multidisciplinar, voltado à abordagem de pessoas que sofreram infarto do miocárdio. Nesse local, em meio aos sentimentos de desesperança, medo da repetição do evento, medo da morte, medo dos desafios que possíveis limitações podem impor, raiva, perplexidade, tensão e, muitas vezes, perda da fé, descortina-se um universo doloroso em relação ao processo de recuperação. Não há como ignorar a luta pela melhora, a dura incerteza do prognóstico e a realidade das restrições à vida do sujeito, bem como a dependência deste de outras pessoas e medicamentos. Em vista disso, estudar como os sujeitos acometidos pelo infarto vivenciam essa condição pode compor um estudo de caso no seio da psicologia social das doenças.

Um dos aspectos que provam como o infarto é um evento médico altamente presente no imaginário social, consistindo em um prenúncio inescapável da morte, é a enfática e recorrente aparição dessa enfermidade na mídia. Em conjunto com psicopatologias como a depressão e a ansiedade, o infarto constitui uma espécie de “personagem médica” com papel garantido nos meios de comunicação de massa, sendo retratado como um problema alarmante para a população no que tange aos modos de vida que estão potencialmente vinculados a ele. Nesse cenário, as estatísticas sobre a mortalidade por doenças cardiovasculares (DCVs) são amplamente difundidas e acabam por revelar uma epidemia de doenças do coração, ainda que, nos últimos anos, as pesquisas venham indicando certa redução dos casos de infarto.

Entre 1980 e 2012, as taxas de mortalidade por DCVs demonstraram tendência de queda, sobretudo em países mais desenvolvidos, como os da Europa ocidental e os da América do Norte. A explicação para essa redução foi o controle de fatores de risco e a oferta de melhores tratamentos clínicos e intervencionistas (Mansur & Favarato, 2016). Por outro lado, países

desenvolvidos têm chamado a atenção para o aumento do acometimento das DCVs em pessoas em idade produtiva. Estima-se que são perdidos cerca de 21 milhões de anos de vida produtiva em decorrência desse tipo de doença. Tradicionalmente, tais dados, quando apresentados para o grande público, são acompanhados de regras preventivas que envolvem uma mudança global no estilo de vida das pessoas por meio de atividades físicas regulares, dieta adequada e abandono do hábito de fumar (Avezum *et al.*, 2012).

A Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece metas em relação à promoção da saúde, compreendendo-a dentro de dois polos: atividade física e alimentação saudável¹. Nesse documento, fica estabelecido como dever dos Estados Membros que estes:

[...] elaborem, apliquem e valorizem as ações recomendadas pela estratégia, conforme as circunstâncias nacionais de acordo com suas políticas e programas gerais que promovam a saúde das pessoas e das comunidades mediante uma alimentação saudável e a realização de atividades físicas e reduzam os riscos e a incidência das doenças não transmissíveis. (Assembleia Mundial de Saúde, 2004, p. 2)

Desse modo, países pobres e mesmo países emergentes têm a missão de criar condições para que as pessoas tenham espaços de lazer que possibilitem a elas o desenvolvimento de atividades físicas. O Brasil, a partir de sua política de promoção da saúde, desenvolveu a *academia da saúde*, disponibilizando aparelhos em praças públicas, com orientação de educadores físicos. Em relação à situação alimentar, é necessário dar prioridade ao acesso à alimentação, antes de determinar o que é saudável ou não. Isso vai em uma direção mais promocional do que preventiva, com vistas a gerar qualidade de vida.

Nos países em desenvolvimento, registra-se o aumento das DCVs como consequência de três fatores: (i) diminuição das doenças infecciosas agudas, associada a (ii) maior expectativa de vida da população, mudança no estilo de vida e condições socioeconômicas que podem levar a uma maior exposição aos fatores de risco para as doenças, bem como (iii) a suscetibilidade

¹ Talvez possamos acrescentar o tabagismo como um terceiro polo.

de determinadas populações a tendências clínicas mais complexas, devido, por exemplo, à herança genética, que, aliada a influências ambientais e socioeconômicas, pode levar ao aparecimento da doença, como apontam alguns estudos epidemiológicos (Avezum *et al.*, 2012). No Brasil, as DCVs são as principais causas de morte, acometendo tanto homens quanto mulheres, e a primeira causa de óbito em todas as regiões do país, com 10% das internações através do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal fato se deve à questão multifatorial das causas desse tipo de patologia: pressão alta, tabagismo, obesidade, má alimentação, sedentarismo, taxas anormais de glicose, síndromes metabólicas, idade, fatores genéticos, etnia e consumo exagerado de bebidas alcoólicas. Há uma estimativa de que, até o ano de 2040, a incidência de DCVs no Brasil aumente em 250%.

Uma pesquisa realizada por regiões brasileiras totaliza 871.120 casos de óbito por infarto agudo do miocárdio (IAM) em todo o território nacional entre 2005 e 2015. Além disso, estudos apontam que há uma prevalência de 38% de IAM em pessoas abaixo de 55 anos, sendo que, em outros países, esse índice é de 28% (Carvalho, 2000). As regiões Sudeste e Sul do Brasil apresentam taxa de mortalidade por DCVs maior que a das outras regiões; entretanto, nas últimas décadas, estudos apontam que a mortalidade por DCVs vem caindo nessas regiões, sobretudo na população pertencente à faixa etária de 60 anos (Mansur & Favarato, 2012; 2016; Gomes *et al.*, 2018).

As DCVs estão relacionadas ao desenvolvimento econômico. O Brasil apresenta as maiores taxas de mortalidade do mundo (183,3/100.000), tal como a China e o Leste europeu (Malta *et al.*, 2014). Existem estudos que mostram que determinantes sociais e econômicos influenciam tanto a presença e a distribuição de fatores de risco quanto os mecanismos biológicos que se relacionam à patogênese de tais doenças. Dentre os determinantes sociais, é possível destacar a educação, a ocupação, a renda, o gênero e a etnia (Soares *et al.*, 2013). Dessa forma, podemos compreender o processo saúde-doença como o produto final de nossa posição

social e de nossas relações. As desigualdades (ou injustiças) em saúde são originadas de determinantes sociais da saúde, tais como educação, trabalho, estilo de vida da população e, mais ainda, o alcance aos cuidados de saúde. Nesse sentido, o acesso aos serviços de saúde influencia o próprio estado de saúde da população, bem como as condições de vida das pessoas: como nascem, crescem, habitam e trabalham (Diderichsen *et al.*, 2012).

De acordo com a literatura mundial e brasileira, pessoas de menor nível socioeconômico trazem evidências de frequência e aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares. Por outro lado, existe a tendência de que pessoas dispostas em posições sociais melhores adquiram maiores possibilidades de acesso à saúde, por elas terem mais recursos sociais que elevam suas chances de ter uma boa saúde (Medeiros *et al.*, 2012). A redução da mortalidade está ligada ao incremento do acesso aos serviços de saúde e à melhoria das condições de vida e de renda da população (Muller *et al.*, 2012; Soares *et al.*, 2013).

A redução da mortalidade de idosos por doenças cardiovasculares no Brasil é relacionada a possíveis mudanças no perfil de mortalidade e à melhoria da qualidade da informação, mediante o incremento de ações de vigilância e assistência à saúde (Piuvezam *et al.*, 2015). Também, uma parte grande dos idosos, conforme a amostra de Nogueira *et al.* (2014), encontra-se em situações de vulnerabilidade para o adoecimento cardiovascular, a saber: elevada faixa etária, baixa escolaridade e precária renda familiar. Santos e Paes (2014) afirmam que existe uma relação entre a mortalidade adulta por doenças cardiovasculares e indicadores socioeconômicos, como renda, escolaridade, atenção médica e serviços de saúde. A queda da mortalidade infantil por doenças do aparelho circulatório, por seu turno, pode ser compreendida por alguns indicadores socioeconômicos, como o maior Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* e o aumento do nível de escolaridade. Isso é um indicativo de como é importante o investimento na melhoria das condições de vida da população com vistas à redução da mortalidade cardiovascular (Soares *et al.*, 2013; Lunkes *et al.*, 2018).

Observar os aspectos socioeconômicos como indicadores é importante, posto que, nas últimas décadas, das 50 milhões de mortes no mundo, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 30% delas, perfazendo o total de 17 milhões de pessoas. A OMS acredita que, com mudanças adequadas no estilo de vida, aproximadamente $\frac{3}{4}$ da mortalidade cardiovascular podem ser evitados (Simão *et al.*, 2013; Lunkes *et al.*, 2018). Ademais, outros fatores devem ser considerados, pois o IAM é uma doença aguda que pode levar a óbito, com 40 a 65% de chance na primeira hora da manifestação clínica e aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas quando o tratamento adequado e precoce não é administrado. (Braunwald *et al.*, 2001; Kannel *et al.*, 1987; Tunstall-Pedoe *et al.*, 1994).

Os fatores de risco existentes para o IAM são o *diabetes mellitus*, a hipertensão arterial sistêmica, o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o estresse e o consumo de álcool em excesso. Tais fatores favorecem o desenvolvimento das DCVs. Na população brasileira, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011), esses fatores são crescentes. Também se observa a prevalência de IAM significativamente maior em pessoas cujo índice de massa corporal (IMC) é mais elevado, sendo estas aquelas que consomem a maior quantidade de embutidos. A menor prevalência ocorre entre pessoas que têm o hábito de caminhar há mais de um ano. Isto posto, conhecer e controlar esses fatores é fundamental para prevenir as doenças cardiovasculares, adequando-se, nesse seguimento, à prática de atividades físicas, a uma alimentação saudável, ao controle da pressão arterial e do *diabetes mellitus* e ao abandono do ato de fumar (Silva *et al.*, 1998; Paim *et al.*, 2012).

Um estudo descritivo, que teve como objetivo analisar a tendência da morbimortalidade por IAM no Brasil entre 2010 e 2019, buscou os dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Internações Hospitalares (SIH), obtendo os seguintes resultados: (a) existe um registro de 992.504 internações por IAM no país, com predominância bruta no Sudeste e ajustamento no Sul; (b) a maior prevalência encontrada foi na cor/raça branca

e no sexo masculino; (c) foram 113.907 os óbitos com coeficiente médio de mortalidade de 5,61, sendo a morbidade mais precoce em homens e a mortalidade mais tardia em mulheres. Para além disso, a tendência crescente, estatisticamente significativa, foi evidenciada em todas as regiões do país (Meirelles, 2021).

Sendo o IAM uma das DCVs de mais alta prevalência, mortalidade e morbidade, seu estudo pode contribuir para o desenvolvimento de condutas de promoção da saúde, inclusive como forma de enfrentamento da doença. O IAM é popularmente conhecido como *ataque cardíaco* e consiste na necrose de uma parte do tecido do coração por falta de oxigênio, uma vez que a artéria coronária é obstruída. Os sintomas típicos são caracterizados por dor precordial em aperto à esquerda, que irradia para o membro superior esquerdo de forma intensa e prolongada (maior do que 20 minutos), o que não melhora ou apenas tem alívio parcial com repouso ou nitratos sublinguais. Também é possível que ocorra uma irradiação para mandíbula, membro superior direito, dorso, ombros e epigástrio. O infarto pode ocorrer com ausência de dor em pacientes diabéticos, idosos ou no período pós-operatório, porém, ainda assim, com náuseas, mal-estar, dispneia, taquicardia e até confusão mental (Pesaro *et al.*, 2004).

Quando a pessoa é acometida pelo IAM, tomar as decisões certas faz toda a diferença, e o socorro deve ocorrer de forma rápida. O acesso a um atendimento precoce nos serviços de atendimento de urgência, os avanços terapêuticos das últimas décadas e o advento das unidades coronarianas têm contribuído para a diminuição da taxa de mortalidade que hoje gira em torno de 16% dos casos. Com a chegada dos fibrinolíticos e da angioplastia primária, as taxas diminuíram ainda mais, para 6 a 8% no primeiro mês pós-infarto. Dessa forma, é fundamental para o prognóstico do paciente a agilidade no acesso ao serviço médico e também a eficiência do serviço em obter o retorno da circulação sanguínea ao coração, o que se chama, em medicina, de *reperusão coronariana* (Pesaro *et al.*, 2004).

Vale ressaltar que a cocaína se mostrou um grande fator de risco para o desenvolvimento de DCVs. Nos últimos anos, foram descritos casos de IAM com relativa frequência em usuários dessa droga. Ela é responsável por 25% dos infartos em pacientes entre 18 e 45 anos de idade, e o risco é 24 vezes maior durante os primeiros 60 minutos de uso. O infarto por uso de cocaína, no entanto, não está relacionado à quantidade de uso, tampouco com a via de administração ou com a frequência (Oliveira *et al.*, 2019; Ramos, 2004).

Alves *et al.* (2009) afirmam que estudos epidemiológicos têm apontado para uma influência da depressão na morbidade e na mortalidade associadas à doença cardíaca. Essa associação entre transtorno depressivo e, em particular, o IAM é recorrente e pode levar a um pior prognóstico, tanto da depressão como da doença cardíaca, com maiores taxas de reinfarto, morbidade e mortalidade. Para essa discussão, os autores enfocam a fisiopatologia e a psiquiatria, chamando a atenção para o fato de vários estudos mostrarem que tratar da depressão associada a quadros cardíacos é efetivo, melhora a qualidade de vida e pode ser feito com segurança. Mesmo que o tratamento da depressão tenha sido atrelado à melhora de alguns parâmetros cardiovasculares, não há evidências de associação entre tratamento da depressão e evitação da morbidade e da mortalidade cardiovascular.

No Brasil, assim como nos Estados Unidos, investe-se muito em procedimentos caros e sofisticados. Porém, o uso indiscriminado de procedimentos invasivos pode evidenciar imperícia médica, pois somente quando o quadro clínico estiver instável ou se apresentar como evento agudo é que se deve pensar neles. Existem alternativas antes de elegê-los, como a promoção de um estilo de vida que privilegie a atividade física, mudanças de hábitos alimentares, o controle do estresse e, para alguns pacientes, a introdução de medicamentos que diminuam sintomas e/ou o risco de agudizar o quadro, pois o tratamento clínico da doença coronariana tem se mostrado bastante eficaz na reabilitação cardíaca (Carvalho, 2000).

Observa-se que, ao se reportar à reabilitação cardíaca, é comum dar ênfase ao tratamento medicamentoso e à mudança de estilo de vida, sem que haja qualquer referência aos aspectos psicossociais relativos à doença. Nota-se que não há nenhum questionamento de que a própria ideia de uma “vida correta” para ser saudável está permeada de formas de controle social. Desta feita, evidencia-se o fator limitante das abordagens tradicionais do problema, não se desvelando, por conseguinte, toda a trama que extrapola o sujeito e sua dor — uma urdidura que nos convoca a reflexões quanto ao papel psicossocial da doença.

A despeito do fato de a literatura médica enfatizar o estabelecimento de políticas públicas para o tratamento e a prevenção dos vários elementos que envolvem as doenças cardiovasculares, essa preocupação, que extrapola os aspectos médicos, mantém-se ainda focada no fenômeno biológico, sem considerar que as DCVs constituem um fenômeno psicossocial. A questão se torna ainda mais grave quando revisamos a literatura nacional da área da psicologia sobre a temática. Nesse cenário, a preocupação quase sempre se restringe a análises individualistas sobre o processo do adoecer, em conformidade com premissas que precisariam ser, antes de tudo, avaliadas como parte de discursos vividos como verdades finais, mas que são construídas no interior de disciplinas como a medicina e nos meios de comunicação. Talvez entre essas premissas esteja a ideia de que a vida constitui um valor em si e que a morte é algo que deve ser evitado a todo custo, de tal forma que a própria evitação da morte forma uma base para inúmeras justificativas de como se deve viver a vida. Conforme Robertson, citado por Castiel e Diaz (2007),

Os discursos sobre a saúde nunca se referem tão somente a dimensões da saúde. Se tais discursos significam modos de pensar, escrever, falar sobre a saúde e suas práticas, é preciso situá-los em determinados momentos históricos e saber as razões porque se legitimam ao acompanharem a ordem econômica, política e social onde são gerados, sustentados e replicados e se ajustarem a ela. Discursos sobre a saúde (e, mais especificamente, sobre riscos à saúde) consistem em construções contingentes, de caráter normativo, inapelavelmente vinculadas a outros interesses. Dependem, explicitamente ou não, de definições sobre o que é ser humano, o tipo de sociedade que se almeja e os modos de atingi-la. (Robertson, 2001 *apud* Castiel & Diaz, 2007, p. 25)

As asserções supracitadas podem ser exemplificadas pelos estudos de Rodrigues *et al.* (2010) e Neves *et al.* (2013), pesquisadores que se propõem a realizar uma análise psicossocial das doenças cardiovasculares, mas que, no entanto, dão uma ênfase individualista à questão, no âmbito da psicologia brasileira, limitando-se apenas aos aspectos psicológicos, em termos mentalistas e individuais. Assim, o foco se mantém na responsabilidade individual, eximindo a influência de uma construção social e o próprio papel de outras esferas da sociedade como parte do problema (Berlinguer, 1988).

Para contrapor essa visão individualizante da doença, recorremos a Berlinguer (1988), o qual define a doença, do ponto de vista político, como algo muito maior que sinais e sintomas do corpo ou mesmo que a relação do homem com o ambiente. Já segundo Pinheiro *et al.* (2004), em uma concepção antropológica, a doença vai além da experiência pessoal, sendo necessário, nesse viés, considerar o significado que o sujeito atribui aos problemas de saúde e o que cada cultura possui como linguagem própria do sofrimento, fazendo uma ligação entre as experiências subjetivas de mal-estar e seu reconhecimento social, descrevendo o adoecer como um processo que envolve toda a comunidade ao redor do doente, à medida que seus membros são compelidos e se sentem obrigados a cuidar desse sujeito.

Diante disso, e através de um olhar psicossocial que situa o fenômeno para além de um mero fato médico, não o reduzindo apenas aos aspectos biológicos e, especialmente, à sua ocorrência como um sinal iminente de morte — como é comumente tratado tanto no meio médico quanto nos meios de comunicação de massa e em outras formas regulatórias da subjetividade contemporânea —, surge a pergunta que orienta esta tese: levando em consideração os efeitos psicológicos do infarto para o paciente, *como as pessoas acometidas por tal quadro clínico o vivenciam?*

Para conduzir efetivamente nossa investigação para uma análise psicossocial do adoecimento, enfocamos a pesquisa narrativa. As histórias narradas são objeto de estudo dessa

metodologia, que busca compreender as pessoas como sujeitos em constante interação e sempre inseridas em um contexto social (Sahagoff, 2015). Dessa forma, a experiência, que é o foco da pesquisa narrativa, é pessoal e social. Conforme assinalam Spink e Medrado (2013), as narrativas são produções sociais, pois os sentidos são produzidos nas relações e os papéis são moldados e entrelaçados com as identidades. Como ressalta Polkinghorne (1988), as narrativas servem de base para a organização da experiência humana, da apreciação de si mesmo e do fazer do sujeito em seu processo de subjetivação fundado em experiências simultaneamente individuais e sociais. Partindo dessa premissa, esta tese pretende responder o seguinte problema: *o que dizer acerca dos processos de subjetivação em pacientes infartados, mediante seus diferentes sentidos narrativos?*

Acredita-se que, ao compreender a vivência de pacientes infartados, abrem-se oportunidades interpretativas únicas tanto para a pesquisa da constituição do infarto como prenúncio da morte quanto para intervenções sobre o problema. Nesse seguimento, o objetivo deste estudo é discorrer sobre os processos de subjetivação presentes na narrativa de pacientes que sobreviveram ao episódio do infarto. Para atingi-lo, optou-se por (a) delimitar o que se considera processo de subjetivação, a partir do campo psicossocial, (b) circunscrever o papel (ou a importância) das narrativas em estudos que buscam processos de subjetivação em situações de adoecimento, (c) investigar os processos de subjetivação presentes nas narrativas de pacientes infartados, com vistas a desvelar essa linguagem em um empenho analítico que busca compreender as performances dos narradores nestes três contextos: na vida (antes do infarto), na vivência do infarto e depois do infarto); e (d) identificar transformações na compreensão de si e nos modos de vida dos sobreviventes.

A relevância deste estudo repousa no fato de que há uma grande incidência de infarto na população mundial. No Brasil, não é diferente: há um grande número de pessoas acometidas e óbitos pela doença. Conforme aponta Paiva (2008), além do risco por fator genético, são

considerados como fatores de risco para a saúde e, principalmente, para a saúde do coração o estresse, a obesidade, a hipertensão, o alto nível de colesterol, o tabagismo, o diabetes, a má alimentação, a depressão e o sedentarismo, que fazem parte da cena humana. Atuar sobre esses fatores é importante para a prevenção. No entanto, o presente trabalho pretende contribuir para o processo de reabilitação, quando o paciente já passou pelo evento e precisa de suporte, mediante as mudanças que sua vida sofreu, e, mais ainda, para a abordagem psicossocial da reinserção pós-infarto. Em outros termos, a presente pesquisa de doutorado visa a ser uma análise e, ao mesmo tempo, oferecer subsídios para intervenções sobre o problema. Assim, pode ser relevante a realização de estudos que investiguem questões relativas à esfera psicossocial da doença, evidenciada na história de subjetivação do processo do infarto.

Como enfatiza Carvalho (2000), a doença coronariana é, no Ocidente, um problema de saúde pública agravado por três questões: (i) sua manifestação é precoce, (ii) a utilização de procedimentos invasivos é alta e (iii) ainda não existe uma sensibilização para práticas de reabilitação. Acredita-se que o estudo de tal fenômeno pode propiciar acesso aos meios em que se congregam vários discursos sobre os modos atuais de associar determinados quadros clínicos a toda uma cadeia discursiva de culpabilização e responsabilização individual dos sujeitos por suas condições médicas. Também se aposta que as informações obtidas podem criar condições tanto para a análise crítica de um problema altamente presente na sociedade brasileira quanto para munir profissionais da área da saúde com uma perspectiva capaz de dissolver uma concepção de saúde e de tratamento da doença que incide apenas na responsabilização individual, o que favorece que os sujeitos acometidos pelo infarto se engajem, em uma dinâmica mais proativa e menos culpabilizante, no enfrentamento da doença.

É possível destacar um aspecto que demonstra como pode ser significativo o estudo do infarto: quando verificamos a linguagem autorreferencial utilizada para falar do problema. Em outras palavras, os significados atribuídos ao infarto são provavelmente carregados de usos de

uma linguagem essencialista. Acredita-se que tal empreendimento venha a beneficiar o próprio sujeito, ajudar a família a lidar com o ente acometido e ainda contribuir para que os profissionais da área da saúde possam acolher a pessoa em sua dor, que vai além do físico, incluindo suas possíveis limitações. Dessa forma, como afirma Paiva (2008), para o doente coronariano que acaba de sofrer um infarto, o futuro configura-se como uma ameaça constante, o que pode levar a uma desestruturação psíquica e emocional. Ao mesmo tempo, de maneira paradoxal, o futuro pode se tornar um grande desafio, uma nova conquista.

Esta tese de doutorado está estruturada em cinco capítulos: o primeiro deles apresenta uma pequena história do coração ao longo dos tempos, demonstrando como esse órgão foi transformado em um mito, ganhando contornos metafóricos na Bíblia e no cristianismo. Além disso, é um forte símbolo na cultura e nas artes e, ainda, um órgão “corporificado”, que está suscetível a adoecer. Observa-se que ele é dotado de uma pluridimensionalidade, na medida em que ocupa vários lugares no cenário humano. Por isso, conhecer sua história pode contribuir para a compreensão dos impactos de um infarto no imaginário de quem o sofre.

No segundo capítulo, recorremos a Foucault para discutir os processos de subjetivação que figuram a subjetividade como construção processual realizada em um plano histórico-político, tendo o sujeito como síntese desse processo, gerando maneiras de existir. Mais ainda: a partir de Foucault, aborda-se a importância da linguagem como estruturadora da relação do sujeito com o real e as práticas discursivas como possibilidade de se conhecer, em um processo que é descontínuo. O segundo capítulo embasa nossa discussão sobre os processos subjetivos dos narradores, quando estes falam de sua vida, de seus episódios de infarto e de suas construções subjetivas após o evento, não perdendo de vista que a doença, inclusive, ocorre em uma sociedade que apresenta uma história de idealizações sobre o coração. Não obstante, trata dos impactos da tecnologia nos processos de subjetivação e como contribuinte no processo de sedentarização humana, um dos fatores de risco para o infarto.

O terceiro capítulo discorre sobre o processo de saúde-doença de um corpo inserido em uma cultura — um corpo que porta significados e que atribui significados à vida. Enfoca-se o adoecer, dando ênfase ao adoecimento da pessoa infartada, considerando os aspectos epidemiológicos, mas também os aspectos psicológicos associados aos problemas cardiovasculares.

O quarto capítulo traz um retrato do percurso metodológico, abordando o estudo dos processos de subjetivação na pesquisa qualitativa, tendo a pesquisa narrativa como método de investigação.

O quinto capítulo trata da análise dos dados obtidos por meio da pesquisa narrativa. A análise foi dividida em três momentos, a saber: a história de vida antes do infarto, a história do infarto e a história de vida depois do infarto (e as possíveis transformações na visão de si mesmo e do mundo).

1 UMA PEQUENA HISTÓRIA DO CORAÇÃO

Partimos, neste capítulo, de uma digressão etimológica acerca da palavra *coração* com o propósito de mostrar sua abrangência derivativa. Nesse seguimento, teceremos aqui uma breve história do coração ao longo dos tempos. Observamos, a partir dos textos consultados, que tal conceito foi sendo delineado de acordo com cada momento histórico e, por isso, ele aparece ora como símbolo, ora como enigma; ora como sede da vida, da coragem e da razão, ora como elemento cristão. Essa versão cristã carrega traços herdados dos semitas e, em parte, dos gregos², tendo se desenvolvido na Idade Média. Seu expoente: Santo Agostinho, que reconheceu a importância do coração para a compreensão da interioridade humana, desvinculando-o, para tanto, de sua fisicalidade.

A etimologia da palavra *coração*, enquanto símbolo, revela sua universalidade. De sua raiz *krd* ou *kered* deriva o significante grego *kardia*, do qual provêm termos como *cardíaco*, *cardiograma*, *endocárdio* e *pericárdio*, dentre outros utilizados pela medicina. Do latim *cor* advêm *cordial*, *acordar*, *discordar*, *recordar*, *recurso*, *coragem* e *misericórdia*. Acerca da terminação de coração em sufixo, no aumentativo, esta tem o sentido de reforço. É possível inferir uma associação da raiz *cor* com a palavra *credo*, pela qual surgem palavras como *credencial*, *acreditar*, *crédito*, *credulidade* e *recrear*. Quanto ao anglo-saxão *hertore*, este se estende por *heart*, *hearten*, *hearty*, *heartless* etc. Dessa forma, a raiz *kdr* exprime especialmente a ideia de centro, que é reafirmada pela língua portuguesa mediante o uso do sufixo *-ção*, como em *caroço* e *coroça*. Seus derivados apontam para formas de conhecimento — *credo*, *acreditar* e *crédito* — ou de comportamento — *cordialidade* e *misericórdia* (Ramos, 2002).

Na língua portuguesa é possível encontrar palavras cujos significados nos remetem ao coração: *decorar* ou mesmo *recordar*, que consiste em lembrar com o coração; *coragem*, que

² Não há consenso entre os gregos quanto à função e a importância do coração (Moraes, 2016).

significa brigar com ousadia e intrepidez, ao estar junto dele; *descorçoado*, que remonta à ideia de ficar sem o coração, sem centro e sem direção; *concordar*, cujo sentido é unir os corações, na medida em que se chega a soluções conjuntas; comportar-se de maneira *cordata*, ou seja, de forma sensata e prudente; e, ainda, recobrar os sentidos, que é *acordar* (Ramos, 2002). São muitas as palavras da língua portuguesa que fazem referência ao coração, as quais revelam diferentes significados. No que diz respeito ao coração enquanto parte do organismo, sabe-se que ele é um dos mais importantes órgãos do corpo, uma vez que tem a função primordial de bombear o sangue, garantindo a sobrevivência humana e a de outros animais. Porém, não foi esse fato que enalteceu sua existência. Muito antes dessa descoberta, ele já havia adquirido o estatuto de “centro da vida, da coragem e da razão” (Prates, 2005, p. 1026).

Neste capítulo, destrincharemos algumas das muitas noções de coração, ressaltando o lugar de destaque desse objeto no Cristianismo, com foco na Bíblia Sagrada³, a simbologia dele na cultura e nas artes, como metáfora das emoções, e, finalmente, a passagem dessa simbologia à corporificação de um órgão que adoece, denominado *bomba* pelos materialistas, embora nunca tenha perdido seu lugar privilegiado, haja vista que ainda guarda o sentido de um órgão especial e mitificado. A relevância desse percurso reside em um dos objetivos desta tese, que consiste em estudar as narrativas de pessoas que tiveram um episódio de infarto e, portanto, precisaram enfrentar a dura realidade da dor do órgão responsável pela vida, pelo amor e por tudo que ele carrega, segundo o imaginário social.

1.1 A Construção de um Mito

Inicialmente, é preciso destacar a forma de representação simbólica do coração, que pouco tem a ver com sua anatomia. Há quem afirme que a origem dessa representação se deva

³ A palavra *coração* aparece 876 vezes na Bíblia.

à semelhança desse órgão com a folha de uma planta chamada hera, que, na Antiguidade, consistia no símbolo da imortalidade e do poder. No Egito, Plutarco (46–120 d.C.), em sua obra sobre os deuses Isis e Osíris, relata que estes eram agraciados com os frutos do pessegueiro, justamente pela semelhança de sua forma com a do coração (Vinken *apud* Prates, 2005).

O coração, com bastante frequência, ocupou papel de destaque na história da humanidade, de forma simbólica ou análoga, reportando a realidades mais extensas. Sabe-se que, desde sua origem, o ser humano utiliza-se de imagens para se expressar; na dinâmica entre símbolos e realidade, ele foi construindo parte de seu repertório de linguagem. Nesse processo, algumas imagens ocuparam o lugar de centro, como o coração, que passou a ser referência em torno do qual outras imagens e símbolos circulavam (Moraes, 2016). Assim, o coração, desde os primórdios da história cultural do ser humano, vem ocupando lugar central e sendo tratado como enigmático ou como *mistério da vida*. Ele carrega desde muito o estigma da vida e da morte, física ou mental. As religiões constantemente buscam responder o que acontece após a morte reportando-se às qualidades pessoais e morais que estão concentradas no coração, com toda sua significação (Høystad, 2015). Pode-se dizer que o coração — e tudo que ele contém — sinaliza uma espécie de “caminho” possível para o morto.

Eliade (1987), em seu traçado arqueológico sobre o coração, observa que o lugar deste como centro da vida já aparecia nas pinturas rupestres de animais abatidos em cena de caça e nos rituais fúnebres de muitas culturas. Várias são as passagens que envolvem o coração, física ou simbolicamente, ao longo da história, como quando o herói sumério-babilônico Gilgamesh (c. 2000 a.C.), em um momento crítico e dramático de sua vida, ofereceu seu coração aos deuses. Informações sobre esse período são escassas, mas, na cultura egípcia, é possível encontrar referências abundantes sobre esse lugar ocupado pelo coração (Moraes, 2016). Os egípcios recolocavam o coração no corpo do morto antes de mumificá-lo; eles esvaziavam todo o abdômen e retiravam o cérebro, mas o coração permanecia. Não era prática comum retirá-lo,

e, se por acaso isso acontecesse, ou ele era recolocado no tórax ou colocava-se em seu lugar um escaravelho-coração⁴. Os astecas, na América Central, arrancavam os corações de milhares de pessoas vivas e os entregavam aos deuses. Esses costumes dos povos primitivos mostram que esse órgão, há muito, tem diferentes significados nas diversas culturas (Høystad, 2015).

Em relação aos diferentes costumes dos povos, Ramos (2002) afirma que, no século XIV a.C., quando já existia a ideia de doença como consequência da ira divina, era comum suplicar pelo perdão dos deuses, e estes precisavam abrir justamente seus corações para perdoar. Além disso, os povos babilônicos, quando atravessavam períodos de desgraça e doença, faziam preces denominadas “elegias para acalmar o coração do deus zangado”. Na primeira parte de suas orações, pedia-se que

[...] o coração do deus irado se abrandasse; na segunda parte, o suplicante assumia sua culpa; e, por fim, na terceira parte, demonstrava o desgosto por ter sido atingido pelo coração irado de Deus. Na última, suplicava o perdão: “quando se aplacará, ó meu Deus, ó minha Deusa, teu coração hostil? [...] Que o teu coração, como coração da mãe carnal, do pai carnal, se aplaque”. (Ramos, 2002, p. 27)

De modo similar, os povos semitas utilizavam frequentemente a palavra *coração* (*leb*, em hebraico) em sua linguagem cotidiana. Guillaumont (1950), em *Les sens des noms du cœur dans l'antiquité* [Os sentidos dos nomes do coração na antiguidade], afirma que o ecletismo dessa palavra aparecia na maneira de falar e nos diversos modos de pensar, que se estendiam a todos os povos semitas, revelando uma psicologia comum nas civilizações antigas do Oriente próximo, e não apenas entre os hebreus. De maneira geral, os antigos semitas conceituavam o coração de modo a reforçar a diferença entre o interior e o exterior do ser humano (Moraes, 2016). Os hebreus consideravam o coração o centro da vida anímica e moral; ele era o núcleo da vida interior do ser humano. Como centro da vida espiritual, eles não deixavam de reconhecer sua indispensabilidade para a vida do corpo. Além disso, no sentido místico-

⁴ O escaravelho-coração consistia em um amuleto cuja função era proteger o coração do falecido, quando este acabava sendo removido ou destruído acidentalmente. O talismã era assentado dentro do corpo em substituição ao órgão. Tudo isso se deve ao fato de que o coração consistia no órgão mais importante do corpo na concepção dos antigos egípcios (César, 2009).

religioso, o coração era onde Deus construía sua morada; era por meio dele que Deus formava e instruía seus filhos, assim como falava com eles. Nesse viés, o coração assumia um papel mais de referência espiritual do que vital, pois era por intermédio dele que o homem fazia contato com Deus (Gallian, 2008).

Em virtude dessa perspectiva sobre o coração, é necessário também compreender sua origem etimológica segundo os semitas, principalmente conforme os hebreus. Para tanto, é preciso resgatar o conceito bíblico de coração. Conforme o *Dictionnaire de la Bible* [Dicionário da Bíblia], citado por Moraes (2016), a palavra hebraica para coração é *lêbâb*, a qual mais tarde foi traduzida para o grego *kardia* e, posteriormente, para o latim *cor*. A partir de então, de acordo com Lesêtre, citado por Moraes (2016), outras expressões hebraicas passaram a ser utilizadas para se referir ao coração, como *kâbôb* [glória], a parte mais nobre do ser humano, *mê'îm* [entranhas], a parte mais íntima, *qéreb* [interior], a parte mais profunda, e *héléb* [gordura], o coração pesado e sem inteligência. Essas expressões do vocabulário bíblico dão testemunho da ideia que se tinha desse órgão. Nesse seguimento, pode-se identificar três formas pelas quais o coração aparece nos textos sagrados: como *princípio da vida física*, como *sede das faculdades espirituais* e como *local de ação de Deus sobre o homem*. Na primeira forma, destaca-se que, para além de sua dimensão material, o coração era também considerado como princípio da vida corporal, sendo, pois, o principal órgão da vida. A segunda forma consiste no coração como sede das faculdades espirituais, sendo essa dimensão a que melhor está representada na concepção bíblica⁵. A terceira forma, como o local de ação de Deus sobre o

⁵ Contrariamente à concepção contemporânea, que considera o coração lugar dos sentimentos e do amor, na Bíblia aparecem outras perspectivas, a saber: (a) sede do pensamento (lugar onde o ser humano reflete e medita) e, portanto, um coração inteligente⁵, pelo qual se conhece a verdade da fé; (b) sede da sabedoria, um dom dado por Deus à inteligência, de modo a dirigir as escolhas nascentes; (c) sede da memória, sendo o lugar onde se guarda tudo aquilo que a inteligência apreende (é no coração que Deus inscreve seu preceito, para que não seja esquecido); (d) sede da vontade, correspondendo ao princípio do agir, da ação⁵; e (e) sede das paixões e dos sentimentos, tratando-se do lugar onde nascem o orgulho, a discórdia, a ganância, o ódio e o pranto, bem como o amor, a coragem, a alegria e a felicidade, que fazem o ser humano renascer. O coração era capaz, nesse seguimento, de desejar o que é bom e consentido, mas também o que é mau e incircunciso. Os seguidores de Deus precisavam, então, buscar

homem que deriva da dádiva, diz respeito à condição segundo a qual Deus forma, instrui e fala com cada ser por meio do coração (Moraes, 2016).

Uma vez que era compreendido como a sede das faculdades espirituais nas Sagadas Escrituras, o coração era também tido como o centro de todo ser, o princípio interno que concretizava o ser como uno e de onde provinham suas atividades dinâmicas e sua determinação moral. O coração era a representação da dinâmica interior do ser, no conjunto de suas atitudes, sem que fosse estabelecida uma separação clara entre o corporal e o espiritual ou entre as faculdades. O que é basilar é que o coração consistia na representação mais profunda do ser, naquilo que este possuía de mais íntimo e essencial — centro metafísico e cognitivo que integrava todas as faculdades do ser humano, irradiava e penetrava em tudo e se escondia em sua própria misteriosa profundidade (Moraes, 2016).

A *Bíblia de Jerusalém*⁶, em suas notas explicativas, situa o coração como o local onde nascem os pensamentos e sentimentos, bem como as palavras, decisões e ações. Nessa fonte, apenas Deus conheceria profundamente o coração e, por isso, este seria o retrato do homem e o armazém de seus elementos constitutivos (Guillaumont, 1950; “Bíblia de Jerusalem”, 1976).

Na *Bíblia Sagrada*, podemos localizar o seguinte registro sobre o coração:

Enganoso é o coração, mais do que todas as coisas, e perverso; quem o conhecerá? Eu, o Senhor, esquadrinho o coração, eu provo os rins; e isto para dar a cada um segundo os seus caminhos e segundo o fruto das suas ações. (*Bíblia Sagrada*, 2009, p. 908, Jeremias 17:9–10)

Conforme a tradução de Moraes (2016) de *La theologie de Saint Paul* [A teologia de São Paulo], do teólogo Ferdinand Prat,

O coração é [...] para os autores do Antigo Testamento o centro de toda vida sensível, intelectual e moral, a sede universal dos afetos e paixões, das lembranças e do remorso, da alegria e da tristeza, das resoluções santas e dos desejos perversos, o canal da presença do Espírito Santo. O santuário da consciência onde estão gravados os caracteres indeléveis das leis naturais, onde ninguém penetra, exceto os olhos de Deus [...]. O coração é a medida do homem, o coração é o homem mesmo. (Prat *apud* Moraes, 2016, pp. 39–40)

a circuncisão. A Bíblia expressa que o ser humano deve se dedicar a Deus com todas as faculdades da alma reunidas no coração: inteligência, reflexão, vontade, paixão e consciência moral (Moraes, 2016).

⁶ A Bíblia de Jerusalém é assim chamada por ser fruto de estudos feitos pela Escola Bíblica de Jerusalém. A tradução segue rigorosamente os originais, com a vantagem das introduções e notas científicas.

Assim, na mentalidade semita, sobretudo na hebraica, o coração era compreendido como a sede da vida sensível, da vida afetiva e da vida intelectual. Considerando que os limites corporais e espirituais eram indistintos, o pensamento hebraico aponta para uma perceptível distinção entre ambos, ao aproximar da Era Cristã, com São João, que associava o coração à vida intelectual, à consciência moral e à vida religiosa (Guillaumont, 1950). Sumariamente, a psicologia dos semitas é materialista, quando coloca no organismo as explicações para os “fatos da vida psíquica”, considerados relevantes por seus efeitos. Conforme Moraes (2016),

[...] a psicologia dos semitas é, podemos dizer, de caracteres materialistas: eles designam os fatos da vida psíquica pelo organismo que eles consideram importante ou pelos efeitos que produzem por esse órgão; e esse órgão é, principalmente, o coração, que é assim a sede às vezes das emoções, às vezes, dos sentimentos, mas sempre da inteligência e do pensamento, da vida moral e religiosa. (Moraes, 2016, p. 40)

No hinduísmo, o coração se incluía em muitas práticas e meditações, sendo considerado o lugar da “consciência pura”, de Shiva, Brahman e Krishna, consistindo, portanto, no Deus absoluto (não *eu*) que está além do tempo e do espaço, mas que pode, por meio do conhecimento, alojar-se no coração físico à direita do centro. Nos textos sagrados, as divindades aparecem habitando o coração (a caverna do coração) do ser humano, e a busca do conhecimento refere-se à descoberta de Krishna residindo nesse ponto oculto, que consiste no desenvolvimento espiritual (Ramos, 2002).

Na cultura egípcia, o coração desempenhou papel importante tanto na religião quanto na cosmologia, na qual ele apresentava significados simbólicos. Na cosmologia, ele era correlato ao sol cósmico e aos deuses mantenedores do mundo. O ressuscitar de uma pessoa, nesse sentido, tinha o mesmo peso do nascimento do sol no alvorecer de cada dia. A função religiosa do coração explicava porque este deveria ficar no lugar certo, não só fisicamente, como mentalmente depois da morte — “para sempre, para a eternidade” (Ramos, 2002, p. 29). Era por isso que os egípcios sempre buscavam técnicas para preservá-lo, evitando que ele apodrecesse dentro das múmias (Høystad, 2015). Os antigos egípcios designavam o coração por dois sinais hieroglíficos diferentes, que representavam, respectivamente, sua dimensão

orgânica e sua dimensão moral e espiritual, as quais se complementavam. O coração era identificado como órgão único da vida material e, ao mesmo tempo, como o centro da vida espiritual. É possível encontrar em uma pirâmide do Alto Império a seguinte inscrição: “é dele [o coração] que jorram as fontes da vida”. Isto posto, o coração era o único órgão preservado no processo de mumificação, pois consistia no centro da vida moral, haja vista que as ações das pessoas nasciam dele e se depositavam nele, para o bem ou para o mal (Gallian, 2008).

Os egípcios também viam o coração como sendo duro e frio, tendo um papel determinante na transição para o outro mundo. O coração era um órgão interno e central, que sabia tudo sobre os feitos da pessoa em seu percurso de vida — o que ela havia feito de bom ou de mau. Nessa cultura, ele era provido de memória (inteligência) e, por isso, era a companhia da pessoa morta, ficando a seu lado e devendo testemunhar por ela, em seu favor, no dia do juízo (Høystad, 2015). Não é à toa que o coração sempre foi muito respeitado pelos egípcios, pois estes acreditavam que ele estaria ligado intimamente à alma e, portanto, seria necessário para a vida após a morte. Dessa forma, vida e morte eram vistas como processos contínuos e complementares, sendo que a morte se tornava real quando ocorriam falhas no processo de julgamento, o qual consistia na “pesagem do coração” do morto, com a participação de 42 juízes, cada um de uma província do Egito. Todo o processo acontecia na Sala da Dupla Justiça, com o objetivo de fazer um exame da consciência do morto em sua presença. Uma vez pesado, seu peso era comparado ao da pena da deusa Maat. Se o coração não tivesse o mesmo peso da pena, um monstro (Am-rit) o devoraria; se a balança se equilibrasse, o coração era considerado justo, e o morto estava justificado, podendo viver em harmonia no outro mundo. Assim, sua alma poderia ser levada à presença do deus Sol e de Isis, a deusa mãe, tornando-se imortal e tendo a revelação quanto à natureza oculta do universo, o que era considerado o segundo nascimento. Dessa forma, na concepção do povo egípcio, quanto mais leve fosse o coração,

maiores seriam a consciência e o conhecimento. A pena simbolizava a leveza e o movimento entre o céu e a terra, tal como o Espírito Santo para os cristãos (Ramos, 2002).

Conforme Høystad (2015), “o coração ocupa uma posição fundamental, pois se erguer dos mortos para uma vida boa ou má no além depende das qualidades do coração” (p. 33). Ele afirma que, em uma visão antropológica egípcia antiga, os médicos eram conscientes da função biológica do coração, sendo essa concepção a base da posição que ele ocupava, como núcleo do ser humano e centro do pensamento e de toda atividade intelectual. Eles acreditavam que as pessoas julgavam com o coração — “o que o meu coração pensou, a minha mão realizou”. Também consideravam a relação entre o coração e a língua, pois, de seu ponto de vista, o primeiro pensaria tudo o que quer e a última comandaria tudo o que o ele queria.

Os sentidos percebem o que acontece no mundo exterior, mas é o coração como a instância pensante que avalia o que é sentido, enquanto a língua comunica a vontade do coração — e os outros membros agem de acordo com isso. (Høystad, 2015, p. 35)

Na antropologia egípcia, ambos, coração (espírito) e língua (palavras), tinham a mesma origem divina. O coração era fundamental, pois ele operava como algo em si mesmo, opostamente a tudo que o ser humano é, produzindo uma dualidade entre ele mesmo e o restante do sujeito. O coração era intelecto, e, devido a essa qualidade, uma pessoa sem coração seria tola, palerma, confusa. Isso deixa claro porque os egípcios desejavam um coração de pedra, pois assim ele seria frio, estável e sóbrio — características imprescindíveis para sua função no teste do dia do juízo, garantindo a boa vida no mundo divino (Høystad, 2015).

O coração e a integridade da pessoa andavam juntos na concepção dos egípcios. Nesse seguimento, um coração equilibrado era um coração inteiro, que mantinha sua integridade moral e mental intacta. O que poderia abalar esse equilíbrio viria sobretudo de fora; por isso, era imperioso não o deixar rodopiar ao vento. Ele era, como se pode perceber, a coisa mais forte e mais fraca da pessoa, estando exposto a “impressões e influências de fora e por desejos que vêm de dentro” (Høystad, 2015, p. 37).

Em vista desse lugar do coração na cultura egípcia, acreditamos que seu objetivo era manter a harmonia entre ele mesmo e o *eu*. Não à toa, evitava-se a cisão com a máxima “seguir seu coração”, que significava “conceder à sociedade (ao exterior) a sua medida de carne” (Høystad, 2015, p. 38), o que estabelecia um equilíbrio com o interior. Aliás, no Médio Império (2050–1650 a.C.), o ideal era “seguir o coração”⁷, dando ao interior o lugar de honra. A partir de então, foi se desenvolvendo o ideal de um “coração que ouve”, conceito este que foi encontrado mais tarde no judaísmo.

O investimento na dimensão interior continuou no Novo Império (a partir de 1550 a.C.). O coração seguia a vontade de Deus, orientando-se rumo a outro mundo — “amar a Deus com todo o coração” (Høystad, 2015, p. 39). Desse modo, o coração que ouvia, podia ouvir as leis de Deus e preparar a caminhada para se cumprir o mandamento de amar a Deus com todo o coração. O apelo a essa forma de amor era possível por meio da dimensão interior distinta da dimensão exterior. Segundo Høystad (2015), essa distinção entre exterior e interior, que foi se desenvolvendo na cultura egípcia, apresentou-se, posteriormente, em todas as civilizações do Oriente Médio e dos arredores do Mediterrâneo. Na cultura europeia, ela apareceu no pensamento que culminou no dualismo, sendo o coração dividido em dois. Na Antiguidade grega, entretanto, é possível encontrar uma concepção de coração completamente diferente da concepção cristã. Os gregos antigos preservavam, tal qual os semitas, a indistinção entre a dimensão física e as realidades psíquicas. Homero e Hesíodo, bem como outros autores trágicos, utilizavam o coração para representar uma vasta gama de sentimentos e emoções, além de atividades intelectuais. Conforme Guillaumont (1950),

[...] é o coração assim nomeado que relaciona voluntariamente os fatos da vida da alma; é ele que experimenta as emoções e os sentimentos de felicidade, de tristeza, de dor, de desejo, de cólera; ele é a sede da valentia e da coragem; não é apenas ele que ama, mas ainda é ele que imagina e reflete. Especialmente como sede do pensamento, mas também das emoções e sentimentos, o coração é mais frequentemente designado pela palavra *φρήν*, muitas vezes empregada no plural *φρένες*, que é propriamente o nome da membrana que envolve o coração,

⁷ No Antigo Império (2650–2150 a.C.), seguia-se a vontade do faraó.

o pericárdio; na língua clássica, esse termo permanece como um dos nomes mais correntes da inteligência ou do espírito. (p. 52)

É possível perceber a existência de uma tendência em concentrar os conteúdos essenciais da vida psíquica e espiritual no coração, o qual aparecia, nesse período, como o centro do ser humano. Tal perspectiva ficou conhecida como *cardiocêntrica*. Não obstante, entre os gregos pré-socráticos, era possível ainda verificar essa tendência de se cultuar o coração (*kardia*) nas artes (Gallian, 2008). Gregório (2010) afirma que, na Grécia, a filosofia deixou de ser mítica e passou a ser racional, distinguindo o domínio do intelecto do domínio do sentimento. Dessa forma, o coração começou a partilhar com o cérebro a posição privilegiada de centro do ser humano: é o coração que pensa, imagina, reflete e recorda, que vive, sente e produz as emoções da alegria e da tristeza, da ira e do desejo, da dor e do gozo, do amor e do ódio; é ele a morada da coragem e da intensidade (*Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*, 1963/1995). Platão parece destronar o coração humano de sua posição hegemônica central, quando começa a localizar a alma, em suas dimensões intelectual e imortal, na cabeça (no cérebro). Em uma visão metafísica, ele divide mundos: o da aparência (material) e o da essência (espiritual, intelectual). Por esse ponto de vista, observa-se que o cérebro (a cabeça) é o mais importante, e é por meio dele que se pode chegar à essência das coisas. É no cérebro que ocorre a ação de pensar, atividade superior pertencente apenas à espécie humana enquanto ser racional. O coração, portanto, é responsável pelas paixões e emoções, que, para Platão, deveriam ser desprezadas, caso contrário o ser humano poderia ser levado ao erro (Gallian, 2008).

Aristóteles se posiciona contrariamente à Platão, quando concebe o coração como órgão vital para o corpo, considerando que é a partir dele que todos os outros se desenvolvem. O coração é o “produtor, o recipiente e o distribuidor do sangue, [...] o alimento do corpo” (Gallian, 2008, p. 18). Para Aristóteles, os outros órgãos estariam ligados ao coração pelos vasos sanguíneos, e as sensações incidiriam no coração, sendo este o lugar por onde se coordena as sensações do mundo. Assim, o coração era concebido como o lugar responsável pela

percepção e, também, como o centro das emoções. Já os pensamentos e as ideias (a intelectualidade) eram de responsabilidade da alma.

[...] a partir de Aristóteles a querela entre “cerebristas” e “cardialistas” se configura no interior da corrente filosófica e científica, deixando de ser uma discussão que opunha a filosofia às tradições arcaicas e religiosas. Desde o fim da Antiguidade, passando por toda Idade Média e chegando à época do Renascimento, o campo do debate filosófico em relação a esta querela se configurava pela oposição entre platônicos e neoplatônicos por um lado — que se não reforçam o papel do cérebro como órgão central do pensamento humano e tendem para uma acentuada espiritualização ou “descorporalização” da alma — e aristotélicos e estoicos, por outro — que insistiam no papel central e essencial do coração para a vida orgânica, psicológica e espiritual do ser humano. (Gallian, 2008, p. 18)

É possível concluir que a questão de se colocar o cérebro ou o coração como centro do intelecto permaneceu em aberto por toda a Grécia antiga (Castro & Landeira-Fernandez, 2011). No decorrer da Idade Média, o coração permaneceu como símbolo de coragem, dada a história da sociedade medieval, que vivia em estado de luta e de preconização de heróis. Também foi na Idade Média que o coração se firmou, principalmente, como símbolo arquetípico do amor (do profano ao místico). Segundo os poetas provençais, o coração era o lugar onde se concentrava o amor, sendo os sentidos suas portas (Gregório, 2010).

Foi na Idade Média que se estruturou o culto ao coração (sua devoção) e surgiram as meditações a seu respeito, sendo que vários santos e santas se dedicaram a esse empreendimento, tais como São Bernardo de Claraval, Santa Lutgarda, São Boaventura e Santa Gertrude. Eles acreditavam que as aflições eram resultado do afastamento do coração, considerado lugar de regeneração. O pecador poderia encontrar no coração a fonte de energia que o salvaria e o redimiria. Na Alta Idade Média, houve um maior impulso à devoção ao coração de Cristo, lugar de transformações, mistério e purificação. No século XVII, São João Eudes, fundador da Congregação de Jesus e Maria, começou a venerar o coração de Maria, ressaltando que este o levava para perto de Deus (Ramos, 2002).

Dada a importância de Galeno, médico e filósofo romano de origem grega, no campo da medicina medieval, como reflexo das ideias hipocráticas e platônicas, era de se esperar uma tendência à abordagem cerebrista nesse período da história da humanidade (Guillaumont,

1950). Contudo, na prática, a primazia sobre o entendimento das emoções e do psiquismo humano coube ao cardiocentrismo, pelo menos até a Idade Moderna (Jacquart, 2003).

Do ponto de vista prático, portanto, o período medieval assim como o próprio Renascimento, não deixaram de ser essencialmente “cardiocêntricos”, inclusive este último, profundamente marcado pelas metáforas e analogias políticas entre o coração e o rei — o primeiro como soberano do corpo humano, o segundo como soberano do corpo social — ou entre o macro e o microcosmo — aqui a analogia entre o sol, centro do universo e o coração, centro do ser humano. (Gallian, 2010, p. 31)

Embora existam outras variáveis importantes, para compreender essa prevalência, há de se reconhecer, conforme Gallian (2010), a influência do cristianismo.

1.2 O Coração na Bíblia e no Cristianismo

Praticamente, todas as religiões teológicas se referiram ao coração como sede do encontro com o ser divino e lugar onde nascem os sentimentos. Na cultura ocidental, o coração e as metáforas que se ergueram sobre ele são difundidos tanto pela Bíblia quanto pelo cristianismo. As metáforas na Bíblia não são homogêneas, e, nos dois testamentos, o coração tem sua base tanto no bem quanto no mal. Ele diz respeito à relação do ser humano com o divino e com a moral, sendo ainda portador de sentimentos e impulsos emocionais. O coração é a imagem da natureza e da disposição natural do ser humano. Se uma pessoa é boa, ela tem um coração bom; se é má, tem um coração mau (Hoystad, 2015; Savian Filho, 2016). No Novo Testamento, que fundamenta o cristianismo, essas qualidades não são fixas, sendo adquiridas por meio da alma. Conforme Høystad (2015), “a concepção do coração no Antigo Testamento faz parte de uma longa e ininterrupta tradição que retorna o tempo todo para o exílio do povo judeu no Egito” (p. 75). Nesse seguimento,

Os séculos que separam o Antigo Testamento do Novo Testamento não apresentaram bem o coração. No Novo Testamento, o coração é mais uma vez, em primeiro lugar e principalmente, o lugar do mal. [...] Isto dá surgimento às fulminações de Jesus contra o coração. É o coração que é a questão fundamental, não o que se come ou não se come: “Mas aquelas coisas que procedem da boca saem do coração; e elas corrompem o homem. Pois do coração procedem os

maus pensamentos, os assassinatos, os adultérios, as fornicações, os roubos, o falso testemunho, as blasfêmias” [...]. (Høystad, 2015, p. 79)

Para o cristianismo, os corações humanos são absolutamente mutáveis, tornando-se eles mesmos um “símbolo cristão fundamental e a mudança [...] um pré-requisito da fé” (Høystad, 2015, p. 80). O coração serve como morada da alma. O mistério da vida (e da morte) fica oculto nessa morada, que é oferecida por Deus. O coração de Deus — o Deus do Antigo Testamento, vale ressaltar — é completado e conectado com o que é importante para todos: “amor ao próximo” (ágape), que deve estar no coração humano.

Segundo Gallian (2008), a influência do coração ao longo da história do pensamento ocidental se deve, dentre outros fatores, ao cristianismo, “tanto pelas sagradas escrituras diretamente, quanto pela teologia ou pela experiência espiritual” (p. 18). O Novo Testamento, sendo uma continuidade e também uma realização das promessas messiânicas descritas na antiga lei hebraica, reafirma a primazia do coração enquanto órgão do ser psicológico e espiritual: “é dele que provêm a vida, os bons e os maus pensamentos, o amor, a fé e a esperança. Ele é, essencialmente, o lugar da vida espiritual e da habitação divina” (Gallian, 2010, p. 30).

Como complementa Boyadjian, citado por Prates (2005),

Com o surgimento do cristianismo, o coração e seu símbolo tomam uma nova dimensão. O apogeu coincide com o culto ao Sagrado Coração de Jesus, ligado ao calvário quando a lança do centurião romano atravessa o tórax de Cristo na cruz. São João descreve essa ferida como o coração trespassado de Jesus, o Salvador, que derramou seu sangue pela salvação dos homens. Para os primeiros cristãos o Coração de Jesus se tornou o símbolo da bondade e da caridade cristãs. (Boyadjian *apud* Prates, 2005, p. 1028)

O coração cristão, segundo Moraes (2016), é resultado da união da tradição semita com parte da tradição grega que se conservou na Idade Média, sobretudo com Santo Agostinho, que enfatizou sua importância para a compreensão da interioridade do ser humano, desvinculando-o da ideia de órgão físico. Santo Agostinho, um dos mais importantes teólogos e filósofos dos primeiros séculos do cristianismo — precisamente, o primeiro grande teólogo cristão —, desenvolveu sua própria teologia do coração (Høystad, 2015). Teria ele escrito que “*com o coração se pede. Com o coração se procura. Com o coração se bate e é com o coração que a*

porta se abre”. Tal pensador, em sua obra mais existencial e mística — *Confissões* —, demonstra entender o coração no sentido metafórico, como imagem da alma e do espírito, interpretando-o como a “individualidade do ser”. Essa obra teve grande influência na vida emocional e na autoconsciência cultural, sendo a primeira autobiografia já escrita, não representando apenas um novo gênero, mas a introdução de um novo ser humano — com foco no *eu* interior e na autoconsciência (Gallian, 2010; Høystad, 2015). Para tanto, Santo Agostinho faz confissões a seus pares, na esperança de que estes o ajudem a entender aquilo que ele escreve e, com isso, encontrar o caminho para gritar a Deus, acreditando que o coração e a fé podem falar a Ele. Em suas *Confissões*, ele centraliza o coração inquieto (*cor inquietum*), que se apresenta dividido entre o amor do mundo e o amor de Deus, e sinaliza que só é possível encontrar descanso no amor divino, devendo o homem se libertar do desejo e da vontade do *eu* e seguir a lei sagrada. Ele traça uma distinção entre a vontade de Deus e a lei que está inscrita nos corações dos homens, uma lei divina. O coração humano está cheio da centelha divina, e, dessa forma, o homem é capaz de conhecer a incognoscível divindade. Se iluminada pela palavra de Deus, essa centelha pode brilhar em unidade com Deus, e a divisão interna pode ser superada. O amor de Deus impulsiona o coração que despertou (Høystad, 2015). Desde a cultura europeia até os dias atuais, o pecador expressa seu arrependimento quando explica o motivo de sua confissão por meio de metáforas cristãs da alma e do coração. Nesse seguimento, Santo Agostinho elegeu o coração como a instância que permite entender o drama da existência humana, bem como as faculdades da alma, sendo ele também o espaço por onde Deus se faz presente nos seres (Høystad, 2015; Moraes, 2016).

O furto é punido pela vossa lei, ó Senhor, lei que, indelevelmente gravada nos corações dos homens, nem sequer a mesma iniquidade poderá apagar. Eis o meu coração, Senhor, eis o meu coração, que olhaste com misericórdia no fundo do abismo. Diga-Vos ele agora o que buscava nesse sorvedouro, sendo eu mau desinteressadamente e não havendo outro motivo para a minha malícia senão a própria malícia. Era asquerosa e amei-a. Amei a minha morte, amei o meu pecado. Amei, não aquilo a que era arrastado, senão a mesma queda. Que alma tão forte que se apartava do vosso firme apoio, para se lançar na morte, apeteendo não uma parcela da desvergonha, mas a própria desvergonha! (Santo Agostinho, 1973, pp. 48–49)

Conforme Steindl-Rast (2018), Santo Agostinho, ao dizer que “inquieto é o nosso coração”, refere-se ao âmago do ser humano, enquanto implacavelmente “questionador, perscrutador e ardente”. O coração batendo dentro do peito do sujeito parece corresponder ao eco de uma batida incessante e mais profunda dentro do *eu* — uma batida em alguma porta fechada. Nem mesmo a pessoa tem clareza do porquê disso: ele bate para entrar ou para sair? No entanto, é o coração inquieto o único lugar onde se pode encontrar repouso, “quando ao término de nossa exploração alcançamos o ponto de partida, e conhecemos o lugar pela primeira vez, pois o coração sedento descobre a fonte da vida na (sua) própria profundidade insondável” (Steindl-Rast, 2018, pp. 38–39).

Para Høystad (2015), Santo Agostinho representou uma nova visão de ser humano, ainda relacionada com a concepção de corpo da Antiguidade. O mundo espiritual interior, mental e sobrenatural, converte-se no mundo real, e o coração converte-se na morada da alma, sendo suas visões colocadas no outro mundo. Deus, “Javé”, converte-se em algo interno, expresso por um forte sentimento de culpa e uma consciência de pecado, transformando a vida como uma vivência de penitência. Nesse seguimento, a partir de *Confissões*, a linguagem filosófica (platônica) deu lugar à linguagem poética e bíblica, demarcando o desenvolvimento de duas linguagens que foram delineadas pela história do cristianismo: a mística platônica e a mística do coração (como São Tomás de Aquino chamou mais tarde), tanto a nível do Oriente como também do Ocidente, de forma débil e espalhada (Gallian, 2010).

A Alta Idade Média, compreendida entre os séculos XII e XIII, foi central à história do coração, pois foi nessa época que aconteceu a chamada virada emocional, ancorada em uma nova ordem social: a cavalaria. Desse modo, surgiu a luta pelo direito de se seguir o próprio coração, tanto emocionalmente quanto eroticamente — um contramovimento durante um momento em que a Igreja e a Europa católica estavam em seu apogeu. Na verdade, tal exigência se converteu em ações apoiadas em um amor apaixonado “natural e temporal”. Tal virada

revelou um ser humano “moderno e autossuficiente”, que apresentava confiança no potencial de desenvolvimento dado a ele pela natureza para criar-se à sua própria imagem, apresentando, em contrapartida, o egoísmo irrestrito (Høystad, 2015).

A época da cavalaria remodelou e desenvolveu a vida emocional. Sua literatura passou a produzir efeitos muito além do ambiente cavaleiresco. Desde então, dois gêneros literários surgiram, cresceram e espalharam um novo ideal de amor: um oral, por meio das canções e músicas, e outro escrito, pelas canções trovadorescas e romances cortesãos. Tais gêneros influenciaram de modo significativo a formação da concepção de coração humano da Europa, sendo este a figura central do amor cavaleiresco ou cortesão⁸. O amor cortesão apresentava-se como uma mistura dos amores Eros e ágape, do amor sensual e do amor platônico. Na literatura cortesã, o coração para quando o amor termina (Høystad, 2015). Essa nova visão sobre o erotismo adquiriu grande vulto, uma vez que era sustentada por questões mais profundas e pelo cristianismo — “a ligação entre a religião e o erotismo intensificou tanto o sofrimento quanto a paixão” (Høystad, 2015, p. 159).

Nesse viés, qual seria o papel do coração no amor romântico? Os amantes fazem o que é tido como natural: seguem seus corações. Porém, esse coração não é uma criação natural, mas, sim, artificial — metáfora e símbolo. Esse amor romântico marca a vitória da arte sobre a natureza, que deriva do remodelamento do coração no período medieval. Na Idade Média, o coração apresenta-se dividido, e o ser humano adquire dois corações. Diferentemente da Antiguidade grega, com vários corações concretos e físicos, na Idade Média, o coração simbólico se separa do coração físico. Coração e amor passam a ser só um. O coração se torna um “símbolo e um sinônimo do amor” — amor que não se restringe às batidas, sendo um “produto artificial” ou “especificamente literário”. Ao se chamar o amor e o erotismo de

⁸ Esse amor não se tratava apenas de uma prática social; apresentava-se também como uma prática erótica — a palavra *cortesão* vem de *courtly*, que provém da expressão francesa *a corte (la cour)*.

coração, tais termos se libertam do tabu que carregam e se tornam menos ofensivos para muitas pessoas, libertando-as para falar deles. Assim, é possível afirmar, segundo Høystad (2015), que a Alta Idade Média e a virada emocional apresentaram-se como pré-requisitos para o período do Renascimento. Também é preciso considerar que por trás desses pré-requisitos, situava-se Santo Agostinho, pois foi ele quem colocou o “processo em andamento” (p. 180).

No final da Idade Média e no início da Modernidade, já no centro da Revolução Científica, principalmente nos trabalhos sobre anatomia, o coração foi retirado do lugar de centro da personalidade e assumiu a função de órgão físico, importante para a vida biológica. O cérebro assumiu seu lugar como centro da personalidade (Moraes, 2016). Na Modernidade, nas figuras de Harvey e, acima de tudo, de Descartes, a razão passou a ocupar o papel central, determinando a compreensão de ser humano nas diversas esferas. Dessa forma, a razão ocupou o lugar da intuição, sendo através dela que o coração poderia ter acesso às realidades que lhe eram externas (Moraes, 2016).

Segundo Ramos (2002), o coração é símbolo de “grande força”, tendo sido transformado em objeto de culto vivo e atuante nos escritos dos evangelhos, santos e místicos. São muitas as passagens da Bíblia que se reportam a ele, que é tido como nascedouro da vida espiritual, lugar onde essa se desenvolve e une as pessoas — o centro que as une em um mesmo ideal. “Quanto maior a capacidade amorosa deste coração, maior a ágape, isto é, maior será a possibilidade de reunião amorosa entre os povos e novos cristãos” (Lucas *apud* Ramos, 2002, p. 36).

David Steindl-Rast, monge beneditino que se dedicou ao diálogo inter-religioso, mais especificamente entre o cristianismo e o budismo e entre a espiritualidade e ciência, escreveu, em seu livro *Gratidão: a alma da oração*⁹, que a gratidão reivindica um coração inteiro, e o ser, em sua integralidade, se compromete com ela. O coração é um símbolo que expressa a pessoa inteira. Em suas palavras,

⁹ Traduzido por Denise Jardim Duarte (2018), pela Editora Vozes.

[...] o coração não é um símbolo estático. Ele é dinâmico, vivo. O coração é o núcleo pulsante de nossa vitalidade, mais do que no mero sentido físico. Dizer: “eu lhe darei meu coração” é dizer: “Eu lhe darei a minha vida”. A gratidão é a vitalidade plena, e essa mesma vitalidade está resumida no símbolo do coração. Toda a minha história pregressa, todas as minhas possibilidades futuras, este batimento cardíaco neste momento presente, mantêm toda essa coesão. (Steindl-Rast, 2018, pp. 32–33)

O autor ainda acrescenta que o coração ocupa o lugar daquilo que une, formando uma unidade onde a “história” se converge, conectando-nos com nós mesmos e, ao mesmo tempo, com o outro. Dessa forma, a palavra de ordem, ao nos referirmos ao coração, é “unidade”: ele é o centro de nosso ser, onde se unem “o intelecto, a vontade e o sentimento; o corpo e a mente, o passado e o futuro”. É no ponto em que nossa vida se une que podemos descobrir o coração, pois, nele, unimo-nos a nós mesmos, plena e profundamente, no fundo de nosso coração — o que significa que também estamos unidos a todas as pessoas, pois o coração não é um lugar solitário, mas, pelo contrário, é um campo onde solidão e união se harmonizam (Steindl-Rast, 2018). Dessa forma, a ideia de coração como unidade dinâmica e viva aparece no cristianismo como o nascedouro da vida espiritual, referindo-se à pessoa como um todo, que se integraliza na união com o outro.

1.3 Símbolo na Cultura, nas Artes e nas Metáforas das Emoções

O ser humano se utiliza de símbolos desde tempos idos. Foram eles que contribuíram para transformar nossos ancestrais antropóides em seres humanos. As civilizações se distribuem e se imortalizam mediante o uso desses símbolos, sendo isso importante para o desenvolvimento da cultura, afinal, é no exercício da faculdade de simbolização que a cultura se irrompe e se perpetua. Tal característica diferencia o ser humano dos outros animais. O comportamento humano é, portanto, simbólico (Laraia, 2002).

Os símbolos podem, a partir da imaginação do ser humano, ser concebidos de pontos de vista diferentes, expressando significados referentes à história de vida, interpretada por

imagens, a partir de contextos particulares. Nessa relação entre pessoas e imagens, pode-se fazer inferências sobre o mundo e a vida em tempos diferentes das memórias individual e coletiva que coexistem e podem conduzir à construção de significações para o existir humano (Costa *apud* Goulart, 2015). É possível observar referências imagéticas de símbolos que ora se apresentam como imagens reais, ora como imagens “*estilizadas*” na cultura. Não obstante, Frutiger (1999) ressalta que a representação da forma do símbolo está mais ligada à imaginação do que à observação. Por exemplo, o coração, que é difundido em todo o mundo, ganha um contorno simbólico-metafórico completamente diferente do órgão que representa. Segundo Goulart (2015), o coração aparece sistematizado, representado por um estereótipo com características diferentes do órgão verdadeiro.

O coração e seu símbolo ganham uma nova perspectiva com o advento do cristianismo, cujo apogeu concorre com o culto ao Sagrado Coração de Jesus, ligado ao calvário, quando Jesus, preso à cruz, teve seu peito atravessado pela lança do soldado romano — episódio referido por São João como o “coração trespassado de Jesus”, o salvador que morreu derramando seu sangue para nos salvar. Assim, o coração de Jesus passa a ser um símbolo de bondade e compaixão cristãs representado na religião (Boyadjian *apud* Prates, 2005).

Quanto à origem do símbolo do coração, observa-se que diferentes povos o representaram de formas diversas. O ser humano vem transformando formas e objetos, estereotipando-os — ou estilizando-os — em diversas culturas. Suas representações são em vários formatos e carregam algo de misterioso, representativo dos sentimentos, principalmente do amor, referindo-se a emoções profundas. Mais do que um órgão, o coração se apresenta como símbolo universal do amor (Boyadjian *apud* Prates, 2005). É possível observar o simbolismo do coração sendo retratado na arte, desde artistas clássicos, como Leonardo da

Vinci¹⁰ (renascentista italiano) e Frida Kahlo¹¹, até artistas contemporâneos, tais como Salvador Dalí¹², em sua obra *Madona de Port-Lligat*, de 1949, e artistas brasileiros, como Alexandra Eckert¹³, Renata Barros e Maria Lúcia de Júlio, que trabalham com representação imagética.

Na história cultural humana, o coração sempre foi colocado em um lugar especial. Ele se apresentou no papel de símbolo principal, mediando cenários mais extensos — físico e espiritual, natural e cósmico, religioso e cultural — da existência humana, proporcionando diferentes visões de mundo e da humanidade. Com exceção do povo grego, o coração ocupou lugar de poder espiritual, com sua significação simbólica representando o que há de humano no sujeito em diversos segmentos do mundo em diversas épocas. Segundo Høystad (2015), mesmo apresentando formas e funções diversas, as representações do coração, em todos os cantos do mundo, guardam uma procedência comum de ser “sensível e quente, abertamente receptivo e flexível, que reage ao que acontece nas pessoas que vivem e em torno delas” (p. 289).

O coração foi adquirindo papéis metafóricos aparentemente genéricos, utilizando-se deles para expressar emoções “como o amor e a simpatia, a paixão e o sofrimento” (p. 290). Ele tem o papel de gritar quando a natureza ou sua dignidade são desrespeitadas. Assim, o coração se apresenta com perspicácia e conhecimento, sendo visto como tendo uma função ética e, por isso, sendo muitas vezes associado ao lugar da alma e da consciência.

¹⁰ Leonardo da Vinci, considerado um “artista-anatomista” do período do Renascimento, inovou com criatividade a arte de desenhar naqueles tempos. Ele compreendeu o coração como um músculo e o retratou assim (Silva & Silva, 2019).

¹¹ Frida Kahlo retrata o coração em suas obras *As duas Fridas* (sobre a dor da separação de Diego Rivera) e *O coração partido* (sobre o profundo desespero e a desilusão pela dependência).

¹² Salvador Dalí, pintor e escultor espanhol contemporâneo, pintou a *Madona de Port-Lligat* (1949), destacando o lugar do coração tanto do menino como da mãe, sem, no entanto, pintar o coração no lugar — o espaço voltado a ele é o centro do quadro vazio — na verdade, ocupado pela cabeça do filho (Savian Filho, 2016).

¹³ Alexandra Eckert, em sua exposição *Narrativas afetivas* realizada no Museu de Arte Contemporânea do Rio Grande do Sul, recebeu do professor Walter Karwatzki, do Instituto Federal do Rio Grande do Sul, o seguinte comentário: “[...] o objeto coração repetido múltiplas vezes vai nos fazendo refletir sobre a necessidade de colocarmos o coração em tudo que fazemos. Nas obras de Alexandra os corações pulsam cada qual no seu ritmo e ao mesmo tempo no ritmo do coração do expectador”.

A palavra *coração* se apresenta como parte de um conjunto de expressões das línguas germânicas, sendo a linguagem a lupa que demonstra como o coração é importante ao desenvolvimento de nossa consciência e de nossa história cultural. Quando o senso comum usa metáforas do coração, expressa características pessoais, pois essas representações são capazes de dizer com que espécie de sujeito estamos lidando. Essas metáforas também expressam o que não podemos traduzir, o mais profundo (Høystad, 2015).

Muitas vezes sentimos um peso no coração, e conversar com o coração do outro pode nos aliviar. Quando se fala ao coração do outro, acredita-se que sua confiança não será traída, pois aquele se compadece conosco e se envergonha de violar aquilo que lhe é revelado. Assim, é possível perceber a existência de uma reciprocidade entre o coração e a linguagem, revelada na habilidade de falar do que está dentro para quem se deve falar de fora — de coração para coração: natureza inexplicável que dá dignidade à pessoa e significado à vida, dizendo respeito à confiança, ao amor, à vergonha e à compaixão. Dessa forma, o coração é o apoio dessas virtudes, e, quando estas são violadas, ele é o sintoma. Dito de outro modo, conforme o filósofo dinamarquês Logstrup (1905–1981), tais qualidades são manifestações absolutas da vida e, uma vez destruídas ou deixadas de lado, podem levar ao acontecimento de algo, pois a pessoa sem coração é aquela que abandonou o senso de vergonha (Logstrup *apud* Høystad, 2015).

Tais manifestações absolutas da vida podem elucidar muitas reações do coração. Este pode se apresentar aflito e intoxicado, pode tremer e estremecer, ferver e se retorcer, erguer-se e inspirar ou se deprimir, ferir ou quebrar. O coração aceita que se fale dele dentro ou fora, tanto por outras pessoas quanto pela natureza ou por alguém e pelo Único, o divino e sobrenatural, o bom, o belo e o verdadeiro. O que fez as pessoas ficarem fascinadas pelo coração foi o fato de ele ter todas as qualidades e ser o que sustenta a medida das emoções, fazendo a mediação entre as forças irreduzíveis. Isso as encantou ao longo dos tempos e garantiu ao coração essa posição de centro que ele assumiu na antropologia, na cosmologia e na religião, em distintas fases, na

maioria das culturas. Por isso, ele é colocado como o mais sensível e receptivo dos órgãos humanos, capaz de ouvir o que não é dito (Høystad, 2015).

No que tange à religião, o coração é colocado como aquele que faz a mediação entre o terreno e o celestial. O coração é mistério, o que todos podem comprovar quando tentam expressar sua sabedoria sobre o profundo, que não pode ser dita ou transmitida. Aquilo que o coração representa religiosamente e psicologicamente, emocionalmente e eroticamente, está incluído no romantismo. É aqui que a virada emocional se completa: da cultura das emoções até hoje. Se pensarmos que a voz do coração é naturalmente dada ou que o divino está inscrito nele, podemos nos considerar românticos. A mesma coisa acontece quando colocamos os sentimentos e nossa compreensão emocional acima dos argumentos objetivos e racionais. Nós, os ocidentais, temos o coração como símbolo da visão que temos da humanidade: o coração é fato e símbolo (Høystad, 2015). Contudo, como expõe Høystad,

O coração físico não é em si mesmo o lugar das emoções. Ele é um sintoma de um sinal que vem de várias partes do cérebro — as partes superiores e inferiores, as partes frontais e traseiras do cérebro, de acordo com que tipo de emoção e paixão estamos lidando. (Høystad, 2015, p. 292).

Nesse seguimento, as emoções são tanto reações quanto “experiências, registros e adaptações conscientes” (Høystad, 2015, p. 292), pois há uma inseparável interação entre as reações emocionais do coração e os diversos graus de percepção da razão. É por isso que o coração simbólico é o mediador espiritual, pois a cognição aumenta e integra os pensamentos, as noções e as emoções em sensações compreensíveis. Assim, as emoções são mediadas pelo coração, dando ao ser humano identidade e integridade. O mistério do coração humano é o de que, por meio dos sentidos, ele se posiciona no mundo; é preciso agir conforme a voz interior do coração para que não se tenha problema (Høystad, 2015).

O coração é um órgão sensório e também uma imagem de valores gerais, cuja natureza não é corporal. Apresenta-se no humano como algo que nem é puro corpo nem inteligência e experiências puramente adquiridas — *mente* ou *senso comum (logos)*. É possível pensar

qualquer coisa, boa ou má, mas há aquilo que não podemos pensar, que limita nossos pensamentos, pois não é o que temos direito de pensar, mas o que surge involuntariamente. Temos que agir de acordo para não perdermos a integridade, vinda da interação entre a nossa consciência e o inexorável mundo exterior. Um dos grandes mistérios da vida do ser humano consiste no fato de o coração ser tanto mediador espiritual quanto a voz da razão que reage quando a grande integridade é violada (Høystad, 2015).

O ser humano não possui uma única dimensão, mas um único universo relacional e funcional com diversos elementos, em uma combinação interativa dinâmica que vai além da biologia, rompendo com a continuidade prevalente na natureza. O ser humano é completo quando o seu coração está cheio de conteúdo histórico e de razão individual, representando-o emocionalmente, intelectualmente, eticamente e culturalmente. A grandeza do coração pulsante consiste na totalidade irreduzível do corpo, da alma, do espírito e da razão, que origina um ser humano que se mantém quando, com o coração, ele vive, ama, reflete, cria e se torna consciente; também quando é inspirado e se deixa, espontaneamente, ser levado por alguma coisa maior que ele. Na medida em que o ser humano é guiado pelo amor verdadeiro e pela clareza inquietante de reconhecer e compreender a sua própria origem natural e histórica, as condições constitutivas da vida e seus objetivos, em vez de serem controlados por instintos de autopreservação, se tornam mais profundos, e seu coração inquieto continua a mudar. Conforme Høystad (2015), “na medida em que o dedo de Deus — como uma imagem do paradoxo misterioso da evolução e da história — tocou e escreveu nos nossos corações, as palavras inscritas aí são ‘Conhece-te a ti mesmo!’” (p. 297).

1.4 Da Mística Simbologia à Corporificação de um Órgão que Adoece

O reconhecimento simbólico do coração como centro do conhecimento, da intuição, dos sentimentos e dos valores vem de tradições tanto do Oriente quanto do Ocidente. O coração é o arquétipo central na origem da civilização e das culturas mitológicas. Ele guarda uma carga psicológica e não pode ser considerado apenas um órgão, pois não há como separá-lo em corpo e emoção (Santos *et al.*, 2017).

A história literária da palavra *coração* confirma a vertente propriamente humana desse termo, em detrimento da vertente fisiológica. Assim, a partir dos apontamentos feitos neste capítulo acerca da noção de coração ao longo da história da humanidade, e conforme o objetivo deste estudo, cabe apontar o estatuto desse órgão, que adquiriu contornos expressos pela imaginação, pela crença, pela devoção e, por fim, pela importância e pelo poder que tem de manter o corpo funcionando. Nessa perspectiva, é possível observar que o *status* inicial dado ao coração o transformou em uma matéria delicada para o avanço da ciência, sobretudo quando nos referimos à sua função corpórea de bomba que faz circular o sangue por todo o corpo. Em decorrência de guardar tantos conteúdos simbólicos, o estudo do coração como matéria científica apresentou dificuldades iniciais, devido à resistência quanto a possíveis invasões cirúrgicas. Como seria possível invadir o local onde residia a alma da pessoa? Mas, tal como a ciência caminha, chegou a hora, mesmo contra tudo e contra todos, em que o bem maior de salvar uma vida transcendeu às especulações, e a cirurgia cardíaca foi considerada um grande avanço da medicina na contemporaneidade (Nesralla & Prates, 2014).

Segundo Costa (2012), com o advento da Revolução Industrial, perante os avanços da ciência e da tecnologia, em meio à sociedade de consumo e diante do desenvolvimento da medicina, o coração adquiriu um *status* meramente físico e foi destronado de seu simbolismo.

Se o coração símbolo ri, canta, rejubila, cria, ama, fica apertado, sangra, parte- -se, adormece, acorda, queixa-se; o coração não simbolizado bate, ausculta-se, despolariza, repolariza, fibrila, falha, electrocardiografa-se, ecocardiografa-se, cateteriza-se, opera-se e transplanta-se. (Costa, 2012, p. 14)

Outrossim, um novo culto ao coração se iniciou, pois os médicos, os químicos e os fisiologistas passaram a ser vistos como sacerdotes e as clínicas, os laboratórios e as salas de cirurgias, como templos. Ora, uma vez que esses profissionais podiam mexer no coração e curá-lo, era porque mereciam devoção. A primeira vez que se tocou no coração foi em setembro de 1896, em Frankfurt, na Alemanha, sendo o autor desse toque o doutor Ludwig Rehn (Nesralla & Prates, 2014).

Em diferentes culturas, é possível encontrar referências ao coração de modo reverenciado. Na medicina chinesa, o coração aparece com sua fisicalidade, enquanto órgão responsável pela circulação, e também com toda uma abordagem simbólica, referente a sua dinâmica. Dessa forma, o coração é visto como uma unidade que se expressa em múltiplos aspectos. Ele ocupa o lugar do meio do peito; ele é o centro, o lugar último para o qual tudo converge e de onde tudo flui. É o coração que centraliza os diversos agrupamentos de atributos sensitivos e cognitivos, sendo, pois, o centro da pessoa e da vida pessoal — ele é o enraizamento da vida, as mudanças operadas pelos espíritos (Vallée, 2020).

O coração mantém ligação com o organismo como um todo, na medida em que a circulação que parte dele o vincula aos demais órgãos, em uma relação de dependência. A inspiração vinda do coração é o que mantém os órgãos funcionando bem. Para a medicina chinesa, o que sai do coração não é apenas sangue, mas também a alacridade e a alegria; é também o que aclara a vida e permite à consciência funcionar. Assim, o coração tem sua face dupla, pois apresenta a responsabilidade do senhor, sobre o qual ninguém pode levantar os olhos, e do mestre, capaz de fazer sentir o peso de sua presença e de sua autoridade por manifestações escolhidas (Vallée, 2020).

O coração, além de ser um importante órgão do corpo, é associado às vivências afetivas e emocionais, sendo responsável pelo futuro de cada pessoa. Como aponta Vallée (2020),

O coração é a produção do sangue, e sua circulação é o batimento regular que é testemunha da vida; mas é também a vida afetiva, emocional, intelectual, mental, espiritual; é tudo que se faz em mim pelo qual eu tenho o sentimento de existir. Meu coração é, então, eu, a unidade misteriosa e composta que sou eu; a unidade daquele que vive, que é e que se faz; o que eu sou, como eu vivo. [...] o coração é o centro, ele recolhe, interpreta, guarda ou rejeita informações, conhecimentos, sensações, percepções, que vêm da periferia pelo intermédio dos órgãos dos sentidos (os orifícios da face), ou que sobem da memória. [...] O coração do homem é o que permite ao ser humano assegurar e assumir o seu destino, ter um agir fundado sobre um conhecimento real, que é um *savoir-faire* [saber-fazer], uma sabedoria. Caso contrário, é a desordem, a doença e a morte prematura. (Vallée, 2020, p. 31–32)

Dessa forma, utilizando-se de um intenso simbolismo, a concepção chinesa demonstra a importância do coração como enraizamento da vida, uma vez que ele está no meio do ser humano, no centro do peito, sendo um abrigo dos espíritos e o mediador das energias celestes e de todas as instâncias do organismo. Ademais, no campo da medicina antroposófica¹⁴, o coração aparece de modo a ser reverenciado como centro da vida, consistindo no órgão mais importante. Ao buscar as funções e os órgãos como portadores dos sentimentos humanos, a antroposofia afirma que as funções rítmicas observadas na respiração, na circulação do sangue e nos batimentos cardíacos revelam-se como responsáveis pelo sentimento humano (alegria, tristeza, simpatia e antipática). Assim, “o homem trimembrado, [...] com seu sistema neurossensorial, refletindo a vida representativa; com seu sistema do metabolismo e dos membros, a base do querer; e com seu sistema rítmico, a base do sentir” (Bühler, 2012, p. 62).

Walther Bühler¹⁵, em seu artigo *O coração, o órgão da cordialidade*, chama atenção para o fato de o coração não ser simplesmente uma bomba, um órgão mecânico, conforme a visão puramente materialista desenvolvida a partir do século XVII. Para ele, no coração reside uma pessoa inteira, na medida em que esse órgão possui músculo e desenvolve vontade,

¹⁴ Forma alternativa de medicina criada na década de 1920 por Rudolf Steiner e Ita Wegman. Baseia-se em noções do ocultismo e na filosofia espiritual de Steiner.

¹⁵ Médico antroposófico.

envolvendo-se no agrupamento dos membros¹⁶. O coração, segundo o autor, participa das forças anímicas do sentir. Trata-se de um órgão vivo, atravessado de potente harmonia e absolutamente insuflado de alma; um órgão atento a tudo que acontece no interior do corpo e consigo mesmo; um órgão sensorial, localizado em meio à tensão da totalidade do ser humano e, por isso, com risco de adoecer — não por sua condição, mas com base nas exigências que a cabeça lhe impõe.

Na mesma linha de raciocínio, encontramos Boff (2014/2017), que, em seu livro *Saber cuidar*, afirma que algumas “qualidades existenciais” são determinantes na estruturação do ser humano, daquilo que o faz humano, a saber: “a justa medida, a ternura vital, a carícia essencial e a cordialidade fundamental” (p. 141). A cordialidade, interpretada como cuidado, diz respeito a um coração de dimensão delicada, capaz de ser sensível ao valor das coisas e das pessoas, pois lhe é própria a capacidade de captar tal dimensão valorativa do ser. Nesse sentido, a cordialidade fala de uma maneira de ser que alcança as batidas do coração em cada coisa no mundo: pedra, estrela e pessoas. O coração vai além do aparente: vê o todo encadeado e é capaz de discriminar significados e valores. Tal como o Pequeno Príncipe descreve, “só se vê bem com o coração”. Nesse sentido, consideramos que uma pessoa cordial apresenta a capacidade de sentir o coração recôndito das pessoas e coisas: ela escuta a realidade das coisas com atenção e cuidado. Boff (2014/2017) traz à baila a definição de *ser humano* na cultura Náhuatl dos Astecas, no México, como aquele que é “dono de um rosto e de um coração”: o rosto identifica e distingue os seres humanos uns dos outros, e o coração diz do jeito de ser e do caráter da pessoa, marcando a origem de suas ações. Bühler (2012) afirma que, por

[...] consequência de impressões sensoriais desordenadas, excesso de vigília e frieza de sentimento; ou a partir do que dele exigem os membros, em trabalho excessivo ou pressa; ou o metabolismo, por exemplo, o fígado, quando a pessoa come ou bebe demais, então o coração ‘amolece’ aos poucos, se alarga ou acumula gordura e não conserva mais sua forma; e também

¹⁶ Nos membros, encontram-se, além de ossos, tendões e articulações, os músculos que “são os principais órgãos da realização da vontade humana” (Bühler, 2012, p. 61).

a partir do que dele exige o sangue, por excesso de instintos e paixões irrefreadas. Porém o que mais lhe causa dano são as emoções violentas. (Bühler, 2012, p. 59)

Indo de encontro ao que afirma o autor acima, há na literatura médica — e aqui estamos falando da alopatia — a descrição da cardiomiopatia de Takotsubo¹⁷, chamada popularmente de *síndrome do coração partido*, que é uma disfunção do ventrículo esquerdo reversível, na ausência de coronopatia obstrutiva, frequentemente causada por estresse agudo (cardiopatia induzida por estresse emocional). A síndrome do coração partido apresenta um quadro idêntico ao IAM e, por isso, é muitas vezes diagnosticada erroneamente, interferindo no tratamento, pois sua fisiopatologia e seu tratamento são diferentes (Hoekstra *et al.*, 2014). A síndrome do coração partido ocorre por condições emocionais, sendo o estresse o principal agente desse processo, uma vez que pode levar a pessoa a desenvolvê-lo a partir de eventos negativos de sua vida, como morte de pessoas próximas, procedimentos cirúrgicos com perigo de morte, relacionamentos afetivos abusivos ou não, contexto laboral e uso de drogas ilícitas. Mesmo que sua origem seja psicológica, há o derramamento de adrenalina provocado por uma forte emoção, que leva ao mal funcionamento do sistema cardíaco. Os ventrículos do coração passam a não ter seu funcionamento correto, simulando sintomas de um infarto do miocárdio, apresentando uma grande semelhança com um coração partido, o que pode ser visto em imagens específicas do coração (Nobrega, 2012).

De fato, quando nos reportamos às situações clínicas da patologia cardíaca, devemos levar em conta não só a dimensão orgânica, mas também a dimensão psicológica do doente. A manifestação do organismo está sincronizada com a manifestação psicológica, mais ainda e com maior razão, nos males cardíacos. Ora, há uma unidade funcional que não se dissocia entre psique e corpo (Ramos, 1990; Costa, 2012).

¹⁷ “Foi relatada pela primeira vez por Hiraku Sato *et al.* em 1990 na população japonesa, e seu nome se deve à comparação da forma que o VE assume durante a sístole com o ‘Tako-tsubo’, usado no Japão para aprisionar polvos” (Hoekstra *et al.*, 2014, p. 328). É mais comum em mulheres na pós-menopausa.

O médico Hans Selye publicou, em 1936, um artigo intitulado *Síndrome produzida por vários agentes nocivos*, o qual trata da síndrome do estresse. Mais tarde, ele se referiu ao estresse como, “essencialmente, o grau do desgaste total causado pela vida” (Selye, 1965, p. 15). Segundo ele, “o *stress* não é necessariamente danoso para você [...]. Contudo, é claro que nosso sistema deve estar preparado para recebê-lo. O mesmo *stress* que torna uma pessoa doente pode constituir, para outra, uma experiência revigorante” (Selye, 1965, p. 13).

Podemos definir o estresse como qualquer pressão exercida sobre uma pessoa, seja ela física, psicológica ou psicossocial. São as situações que podem eliciar forte emoção, boa ou má, que provocam o estresse. Do estresse decorre o aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial, bem como tensão muscular, irritabilidade, depressão, entre outros sintomas. O que ocorre é uma descarga de adrenalina que acelera os batimentos cardíacos e a pressão arterial, podendo levar a eventos cardíacos. Dessa forma, o estresse é uma reação do corpo, como um todo, a situações de perigo, ameaça, disputa, exigência de superação, urgência, luta ou, até mesmo, alegria. Não obstante, situações que exigem mudanças podem funcionar como geradoras de estresse. Sabemos que o estresse apresenta seu lado positivo, pois, na medida certa, pode ter a função de motivar e estimular. Quando muito baixo, pode levar ao tédio, à apatia e à dispersão; quando alto, pode eliciar ansiedade e cansaço (Paiva, 2008).

A hiperestimulação simpática que ocorre em situações de estresse relaciona-se à fisiopatologia da hipertensão arterial. Ocorrem elevações nos níveis de catecolaminas circulantes, maior demanda de oxigênio pelo miocárdio, alterações da coagulação do sangue e fenômenos vasoespásticos. (Orsini, 2005, p. 165)

Para controlar a possibilidade de hiperestimulação, é preciso que o sujeito mude seu estilo de vida. Reafirmando o que a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da OMS aborda em relação à qualidade de vida, a prescrição consiste na prática regular de exercícios físicos e no empenho por uma alimentação saudável e adequada, objetivando que esses hábitos de vida saudáveis promovam e preservem uma boa saúde (Paiva, 2008).

O fato de uma emoção forte poder provocar a síndrome do coração partido nos remete a Hipócrates, que acreditava que os órgãos podiam ser influenciados pelas emoções. Nessa linha de pensamento, o coração pode se contrair diante de aborrecimentos e relaxar quando em situações de felicidade. Para a medicina da Antiguidade, os fatores físicos e psíquicos tinham a mesma relevância (Santos *et al.*, 2017).

Na visão da medicina tradicional, o infarto é compreendido como uma doença aguda, gravíssima, caracterizada pela formação de placas de gordura na parede coronariana (trombos), as quais ocluem total ou parcialmente os vasos. A abordagem à doença consiste em medicar para combatê-la. Ainda é muito distante “a plena compreensão da dinâmica existente entre as doenças cardíacas do homem contemporâneo e os seus conflitos emocionais e motivações inconscientes” (Santos *et al.*, 2017, p. 1). O que se sabe é que

As emoções influenciam diretamente as doenças cardíacas, tanto em decorrência das alterações fisiológicas e metabólicas, como pela maneira com que impactam nosso comportamento e nossas escolhas. A redução do estresse emocional negativo proporciona o bem-estar subjetivo e favorece melhor prognóstico. (Silva & Pimentel, 2010, p. 14)

A psicocardiologia tem por objetivo identificar os fatores que podem levar ao surgimento e ao desenvolvimento da enfermidade cardíaca, bem como pensar em formas de preveni-la e tratá-la. Pesquisas empíricas atuais assinalam que a imunidade pode sofrer influência das variáveis psicológicas, e estas podem contribuir para o aparecimento e o desenvolvimento de doenças. Até pouco tempo atrás, não se tinha noção da magnitude da influência das emoções na suscetibilidade do corpo e no desenvolvimento de algumas patologias, tampouco se conhecia o papel dos fatores ambientais e psicossociais. A psiconeuroimunologia (PNI)¹⁸ trouxe um outro olhar para essas questões, e, além dos fatores sociais (redes de apoio, família, trabalho etc.) e comportamentais (estilo de vida, maneiras de

¹⁸ “É o campo científico que investiga as ligações entre o cérebro, o comportamento e o sistema imunológico, bem como as implicações que estas ligações têm para a saúde física e a doença” (Kemeny & Gruenewald, 1999 *apud* Maia, 2002, p. 208). “O estudo da função imunológica na relação com a experiência revelou-se um campo promissor” (Maia, 2002, p. 207).

lidar com situações desafiadoras, resiliência etc.), outros significados foram apontados (Lemos & Pietrobon, 2012).

As pesquisas em PNI¹⁹ evidenciam que, em humanos, quando as emoções levam a mudanças no funcionamento fisiológico, ocorre a alteração de certos marcadores dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico²⁰, sobretudo naqueles que estão envolvidos com o estresse. As pesquisas de Varela (1999) reforçam a argumentação sobre a natureza da corporeidade e a sabedoria que emerge dos processos corporais. Segundo essas pesquisas, o corpo, por meio do sistema imunológico e pelo conhecimento que tem de si mesmo, reconhece o que não lhe é familiar e ativa o sistema de defesas. Mesmo quando não está na batalha contra agentes agressores externos, faz o reconhecimento interno ou autônomo entre o sistema imunológico e si mesmo. Dessa forma, para cada tipo molecular (membrana, proteína ou hormônios), há anticorpos que “constroem um tecido de interação mútua, uma rede funcional [...] é isso que constitui nosso ‘eu’ no nível das moléculas e células (inclusive determinantes genéticos e marcadores do ‘eu’)” (Varela, 1999, p. 66).

Cannon e Selye realizaram experimentos, de 1950 a 1980, que consistiam, de forma mais ampla, na investigação das mudanças fisiológicas resultantes da acomodação do organismo em situações de estresse (homeostase) (Dubourdieu Margarida, 2008) e na análise da vulnerabilidade para certas doenças correlacionadas a certos tipos de personalidade. Nesse período, iniciaram também os primeiros estudos referentes à personalidade tipo A, característica dos cardíacos, cujo perfil apresenta uma hostilidade reprimida (a pessoa não discute e não mostra raiva), e à incidência de cardiopatias (Lemos & Pietrobon, 2012).

¹⁹ A PNI deve contribuir para o monitoramento de doenças coronarianas já definidas. Estudos apontam que uma correlação de sintomas depressivos com a proteína C reativa (PRC) prognostica episódio de eventos cardíacos. Outro foco das pesquisas tem sido o estudo da correlação entre os processos inflamatórios e fatores psicossociais (Lemos & Pietrobon, 2012).

²⁰ Quando compreendemos que os sentimentos são manifestações fisiológicas do corpo nas interações com o ambiente e que aprendemos a designá-los com um nome convencionalizado pela cultura, fica mais fácil entendermos a influência das emoções nesses sistemas de funcionamento do corpo, uma vez que este é alterado em sua própria fisiologia.

[...] face a uma ameaça biológica com uma determinada potência, a imunocompetência, ou seja, a capacidade do sistema imunológico proteger o corpo num determinado momento estará relacionada com os factores psicossociais que afectam o sistema imunológico. Entre estes factores contam-se os estados emocionais; o tipo e a intensidade de stress que a pessoa está a enfrentar, as características de personalidade e a qualidade das relações sociais. (Maia, 2002, p. 208)

Não se trata, aqui, de negligenciar os aspectos biológicos, mas, sim, de se atentar aos aspectos emocionais e psicológicos como parte da compreensão do adoecimento. Santos *et al.* (2017) indicam como caminho para o estudo do papel das emoções no processo do adoecer a abordagem psicossomática, por ela estudar a inter-relação entre os processos físicos e psíquicos. Ou seja, para esses autores, é preciso se atentar, para além dos aspectos biológicos, aos aspectos emocionais e psíquicos.

Penna (2004) ressalta que a pesquisa na psicologia analítica “considera os fenômenos em seu âmbito individual [...] e coletivo [...], desde que revestidos de valor simbólico, seja para o indivíduo ou a coletividade que os produz e os vivencia psicologicamente” (p. 90). A abordagem analítica propõe um método investigativo para os fenômenos que conectam o mundo externo com o mundo interno. “A conexão entre esses mundos pode ser evidenciada quando as pessoas se expressam verbalmente utilizando-se de metáforas como ‘o coração me solta pela boca’, ‘fico sem ar’, ‘algo está entalado na minha garganta’ e ‘tremo de raiva’” (Morschhitzky & Sartor, 2013, p. 13).

A enigmática unidade da natureza viva traz consigo o fato de que a característica corporal não é simplesmente corporal e a característica psíquica não é simplesmente psíquica, pois a continuidade da natureza não conhece aquelas incompatibilidades e distinções que a razão humana precisa colocar a fim de entender os objetos. A separação entre corpo e alma é uma operação artificial, uma discriminação que se baseia menos na natureza das coisas do que na peculiaridade da razão que as conhece. A intercomunicação das características corporais e psíquicas é tão íntima que se pode tirar delas conclusões não só a partir da constituição do corpo sobre a constituição da psique, mas também da particularidade psíquica sobre as

correspondentes formas corporais dos fenômenos. É verdade que o último processo é bem mais difícil, não porque o corpo é menos influenciado pela psique do que a psique pelo corpo, mas porque, partindo da psique, temos que concluir do desconhecido para o conhecido, enquanto que, no caso inverso, temos a vantagem de começar pelo conhecido, ou seja, pelo corpo visível (Jung, 1981[1958]/1991).

Morschhitzky e Sartor (2013) afirmam que a emoção se manifesta como reação física, e cada uma das reações vai originar determinadas emoções, o que se configura em uma reação psicossomática saudável. Quando o termo *doenças psicossomáticas* é utilizado, este se refere à forma patológica de relação entre corpo e alma, ou seja, da interação entre os fatores físicos e psíquicos associados ao desenvolvimento e ao desenrolar de doenças. Dessa forma, os conteúdos inconscientes seriam expressos simbolicamente em forma de doença, as quais favoreceriam o processo de desenvolvimento e individuação. A doença seria, portanto, a manifestação simbólica do organismo, de uma desarmonia entre, por exemplo, “um desejo e uma resistência, entre um impulso e uma negação”.

Tal discordância entre o que a pessoa deseja e o que ela vivencia, ou o temor quanto aos efeitos de escolhas impostas pela vida, podem se manifestar por meio de sensações de tensão e estresse. Quando a pessoa não tem consciência desses antagonismos, pode ocorrer a intensificação dessas sensações e sua somatização em uma doença cardíaca: a dor no peito, por exemplo, que se tornaria consciente como expressão do antagonismo e como tentativa de alertar sobre a desorientação do ego em sua plenitude. A observação do próprio corpo bem como suas manifestações são muito importantes para a cura, pois, ao se ter consciência dos conteúdos conflitantes, pode-se contribuir para seu desaparecimento (Ramos, 1990; Jung, 1971/2002; Santos *et al.*, 2017).

Segundo Ramos (2006), o corpo simbólico seria o agrupamento de significados psicológicos expressos no corpo somático, que pode ser vivido de maneira passiva ou ativa. Se

atravessado passivamente, poderá, por exemplo, formar sintomas e fazer surgir fantasias. Caso seja vivido ativamente, estabelece-se uma relação com o símbolo emergente, sendo este integrado à consciência, que é entendida, conforme Jung (1961[1875]/2013), como a relação dos acontecimentos psíquicos com o *eu*. O *eu* consiste em um complexo formado, inicialmente, pela percepção geral do corpo e da existência e, posteriormente, pelos registros da memória. Observa-se que a consciência surge do inconsciente²¹.

Essa perspectiva de um coração corporificado vinculada às perspectivas emocional e psicológica como variáveis que se integram ao processo de adoecimento nos leva a refletir sobre o papel das vivências da pessoa na relação com o mundo como passíveis de produzir doença no corpo (psicossomática²²). De acordo com essa assertiva, o foco do tratamento está na mudança de comportamento; isso significa que, se a pessoa tem interações com o ambiente que a adoecem, é preciso mudar essas interações, pois o problema não está no seu “mundo psíquico”, mas, sim, na maneira como ela lida com seu ambiente. Dito isso, a somatização é o adoecimento do corpo vinculado às interações da pessoa com o ambiente em que ela vive (com todas as suas vicissitudes). Portanto, não há espaço para o estudo da dinâmica psíquica como intermediária entre organismo e ambiente, o que indica que a dinâmica psíquica não é causa do adoecimento,

²¹ Trata-se de uma tese freudiana apropriada por Jung, que foi discípulo do próprio Freud. Em *A interpretação dos sonhos*, Freud inverte o binômio consciência-inconsciente para inconsciente-consciência. Ele supõe que qualquer estímulo passa por um período no inconsciente antes de sua aparição na consciência. Com isso, ele enuncia que “o inconsciente é a esfera mais ampla, que inclui em si a esfera menor do consciente. Tudo o que é consciente tem um estágio preliminar inconsciente, ao passo que aquilo que é inconsciente pode permanecer nesse estágio e, não obstante, reclamar que lhe seja atribuído o valor pleno de um processo psíquico. O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica; em sua natureza mais íntima, ele nos é tão desconhecido quanto a realidade do mundo externo, e é tão incompletamente apresentado pelos dados da consciência quanto o é o mundo externo pela comunicação de nossos órgãos sensoriais” (Freud, 1900/2001, p. 584).

²² Acrescentaríamos uma abordagem “interassomática”, como a cunhamos, cujo foco incide na relação pessoa-ambiente — lugar onde as coisas acontecem e nos impactam. Estudar essa relação poderia contribuir no sentido de identificar as variáveis ambientais, na relação da pessoa com o ambiente, que possam estar envolvidas no processo de adoecimento. Grandi (2014) ressalta que o campo de estudo denominado psicossomática enfatiza a dualidade mente/corpo, o que faz com que se busque as causas das doenças na psique, na mente, diretamente ligada ao corpo. Para o behaviorismo radical, o que fazemos como as nossas emoções e sentimentos são produto das contingências a que somos expostos, e são as contingências aversivas, constantes, por longo período de tempo e sem possibilidade de fuga ou contracontrole, que podem gerar as alterações fisiológicas que podem produzir doenças.

mas consequência dessa interação. Conforme Santos *et al.* (2017), “a doença é um trajeto a ser percorrido que diz respeito unicamente o indivíduo por ela acometida. É preciso muito esforço do sujeito para interpretar e encontrar o significado da doença em sua vida” (p. 10).

Esse coração físico, carregado de simbolismo, habita um corpo e é responsável por todo processo circulatório. No compasso de suas “batidas”, conduz à existência de um corpo plural em um mundo vivo e pulsante — em um mundo social.

1.5 O *Habitat* do Coração: a Pluridimensionalidade do Corpo

O corpo “é o primeiro e mais natural instrumento do homem” (Mauss, 1974, p. 214). Não se limitando à condição de um objeto no mundo, ele é o meio de relação (e comunicação) com o próprio mundo. Como afirma Le Breton (2006), “antes de qualquer coisa, a existência é corporal” (p. 7), e ela está mergulhada no contexto social e cultural, a via pela qual as relações sociais são desenvolvidas e vividas. O contexto social e cultural vai, portanto, modelando o corpo em suas diversas performances: o modo de falar, de andar, de rir, de ficar de pé, de dormir, de viver, de morrer etc. É no corpo que a inscrição da relação da pessoa com o meio social se materializa (Ferreira, 2008).

Decerto, a existência ultrapassa o vetor biológico; ela é social. O corpo, na comunicação com o outro, expressa mensagens e evidencia particularidades da pessoa. Ele adquire significado na experiência social, uma vez que não está sozinho no mundo, fazendo parte do grupo social no qual está inserido. O corpo é um reflexo da sociedade; aliás, ele é um discurso sobre essa sociedade. Assim sendo, ele proporciona leituras diferenciadas pelos membros sociais (Le Breton, 2006; Ankerkrone, 2015; Santos *et al.*, n.d.). Dessa maneira, o corpo é o lugar onde os discursos e as representações culturais se realizam e se expressam; ele vai sendo marcado social, simbólica e materialmente, tanto pelo sujeito quanto pelos outros, passando a

ocupar lugares sociais específicos, construídos por essas diferentes “marcas corporais” (Louro, 2004; Nascimento & Afonso, 2014). Nessa mesma linha de raciocínio, Katz (2008) afirma que “um corpo nunca existe em si mesmo [...] é sempre um estado provisório da coleção de informações que o constitui [...] vincula-se aos acordos que vão sendo estabelecidos com os ambientes em que vive” (p. 69). Dito de outra maneira, o corpo encerra uma carga histórico-cultural que vem sendo construída por gerações. Como explica Louro (2001),

Nossos corpos constituem-se na referência que ancora, por fim, a identidade. E, aparentemente, o corpo é inequívoco, evidente por si; em consequência esperamos que o corpo dite a identidade, sem ambiguidades nem inconstância. Aparentemente se deduz uma identidade de gênero, sexual ou étnica de marcas biológicas; o processo é, no entanto muito mais complexo e essa dedução pode ser (e muitas vezes é) equivocada. Os corpos não são, pois, tão evidentes como eventualmente pensamos. Nem as identidades são uma decorrência direta das “evidências” dos corpos. Os corpos são significados pela cultura e são, continuamente, por ela alterados. (Louro, 2001, p. 14)

Nas palavras de Galeano (2004), é possível verificar os papéis ocupados pelo corpo nos diferentes setores da sociedade: “a igreja diz: o corpo é uma culpa. A ciência diz: o corpo é uma máquina. A publicidade diz: o corpo é um negócio. O corpo diz: eu sou uma festa” (p. 138). Tais assertivas demonstram as facetas socioculturais que foram engendradas para o corpo e pelo corpo, em uma variação de sentidos que o próprio corpo sintetiza quando diz: “eu sou uma festa”, viva e pulsante, com várias formas de linguagem e expressividade de sentimentos e de sensações. O corpo é “visto como algo que se revela aberto a mudanças, como um processo vivo, em constante transformação. Um corpo individual, diferenciado, mas permeado pelo meio, por suas experiências em ação com o mundo; em permanente relação” (Nascimento & Afonso, 2014, p. 1).

Conforme Castro Júnior (2014), uma festa é uma manifestação

[...] formada por experiências históricas; é fruto das movimentações e interconexões dos corpos-culturais que constituem uma das formas mais reveladoras do modo de ser de um grupo, de uma

cidade e de um país e nesse espaço ‘intervalar’, que ficam suspensas algumas normas sociais, e outras são invertidas. (Castro Júnior, 2014, pp. 26–27)

Para Costa e Pereira (2016), a utilização dessa metáfora — o corpo como um espaço de festa — nos direciona para uma visão de corpo como um lugar de confluência, onde acontecem coisas. É por isso que não se pode conceituar a experiência, pois ela é uma maneira de estar no mundo, ela é a própria vida em movimento, transbordando, criando, inventando, acontecendo. As festas declaram ideias e maneiras de pensar das comunidades, sinalizando a ligação de múltiplos agrupamentos de saberes. Para os autores,

[...] o corpo que é festa, festeja, narra saberes, torna-se visível na instabilidade entre sagrado e profano, entre luzes e trevas, entre certo e errado e tantas outras dicotomias. Trata-se de um corpo que é fé e divertimento, é vida e é arte, embevece-se de tragédias e comichões, ou seja, um corpo em exuberante produção de vida. (Costa & Pereira, 2016, p. 92)

Além disso, a pluridimensionalidade é uma característica intrínseca ao corpo, sendo difícil chegar a uma denominação ou definição que abarque todas as dimensões dele. O corpo é um objeto multidisciplinar por excelência, multifacetado e complexo. Conforme Ávila (2012),

A questão do corpo comparece de inúmeras formas na contemporaneidade: o corpo é interrogado, em medicina, pela fisiologia, pela anatomia, pela genética e outras diversas especialidades médicas. Mas o corpo também é de enorme interesse para a antropologia e para a etnologia, na medida em que o corpo, seus ritmos e interações compõem os primeiros fatos culturais. O corpo tem uma dimensão social traduzida em sua materialidade econômica e nas instâncias sociais em que o corpo é regulado e instituído. É legislado pelo Direito e apreendido diferentemente em suas distintas áreas. É lido pela semiótica, pela linguística, pelas teorias da comunicação. É objeto da arte, das múltiplas artes, desde a literatura, passando pela pintura, escultura, até o design, com a necessária inscrição em teatro, televisão e cinema. Enfim, o corpo é matéria-prima para inúmeras dimensões de experiências e de representações, tanto por parte das ciências como das práticas culturais. (Ávila, 2012, pp. 52–53)

Em suma, diante da importância social e cultural que o corpo adquiriu, foram surgindo algumas categorias definidoras de seu modo de estar no mundo (correto e incorreto, forte ou fraco, belo ou feio, saudável ou doentes), sendo cada uma delas portadora de significados sociais. Sendo assim, o corpo é “‘naturalmente cultivado’, já que traz em si, inevitavelmente, as marcas de uma cultura” (Goldenberg, 2002, p. 16); ele é movimento, pois “toda informação que chega entra em negociação com as que já estão. O corpo é o resultado desses cruzamentos,

e não um lugar onde as informações são apenas abrigadas” (Katz & Greiner, 2006, p. 131); ele carrega consigo “o drama de existir” (Naffah Neto, 1980, p. 104).

Assim, os sujeitos e seus corpos vivenciam processos de construção, desconstrução e evolução do imaginário e das representações sociais. Os sujeitos nascem, crescem, adoecem e morrem em um corpo real (Le Breton, 2006; Chammé, 1996), essencialmente histórico, biográfico e expressivo. Tal biografia fala de um corpo que habita uma sociedade e uma cultura disciplinares e desiguais que agem sobre ele e o determinam, construindo suas particularidades ao dar ênfase a alguns atributos mais do que outros (Barbosa *et al.*, 2011). Essa sociedade e essa cultura também criam seus próprios padrões valorativos ou depreciativos, classificando os corpos por sua cor, por seu gênero, por sua idade e por sua classe, estabelecendo que alguns corpos valem mais do que outros. Conforme Daolio (1995), “no corpo estão inscritas todas as regras, todas as normas e todos os valores de uma sociedade específica, por ser ele o meio de contacto primário do sujeito com o ambiente que o cerca” (p. 105).

Diante disso, e de acordo com Foucault, remontamos a uma visão de corpo como um composto de forças que se combatem constantemente. Ele é o campo onde diversos dispositivos operam; é um objeto investido de forças que atravessam e constituem a realidade corpórea. Não há força sem corpo (Silveira & Furlan, 2003). É na extensão desse corpo que o sujeito se depara com o estigma dos eventos passados, e também é dele que se originam os desejos, as fraquezas e os erros (Foucault, 1979). O corpo é

[...] superfície de inscrição dos acontecimentos (enquanto que a linguagem os marca e as ideias os dissolvem), lugar de dissolução do Eu (que supõe a quimera de uma unidade substancial), volume em perpétua pulverização. A genealogia [...] está portanto no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo. (Foucault, 1979, p. 22)

Assim, o corpo, para Foucault, é “elemento de sedimentação, sujeito às marcas e aos sinais físicos decorrentes de amplas séries de processos históricos” (Silveira & Furlan, 2003, p. 188). Porém, não são todas os sinais e marcas deixados sobre os corpos dos sujeitos que afloram como significação e sentidos consistentes pelo exercício dos saberes/poderes. Esses sinais

podem operar sobre o corpo embrionariamente, de forma imprecisa, como resquícios, ou de maneira extremamente fragmentada, no que diz respeito à constituição estratégica das verdades sobre a materialidade dos corpos (Silveira & Furlan, 2003).

Fundamentada nisso, a abordagem à doença deve reconhecer que o corpo doente porta significados, e as doenças devem ser compreendidas como construção social, levando à abordagem do corpo como socialmente criado, isto é, afetado e elaborado pelo social. Comparativamente, o corpo seria um texto a ser lido e interpretado, tanto pelo doente que expressa seus sintomas quanto pelo médico que segue seus sinais. A interpretação dessas sensações corporais guarda relação com a representação de corpo e de doença válida em cada grupo. Como elucida Ferreira (2001),

Do ponto de vista do paciente, as representações dos sintomas são influenciadas por vários elementos: como suas representações de corpo em geral, suas experiências individuais e as compartilhadas por suas redes de relações. Contribui para as representações dos pacientes a apropriação do discurso médico, que alia aspectos deste discurso com suas próprias representações sobre o corpo e a doença. O médico, por sua vez, ao interpretar os sintomas do paciente se utiliza de seu saber legitimado pela ciência, aliado à aquisição de um saber sobre o popular, o que se dá através de sua prática e que é enfatizado na sua formação médica. (Ferreira, 2001, p. 102).

Com base nisso, as concepções dos pacientes e dos médicos resultam de conhecimentos apropriados por ambos, sem superposição ou sobreposição. Por essa razão, o processo saúde-doença não é apenas médico, tampouco de outro saber, pois outras concepções sobre o corpo, a saúde e a doença influenciam diretamente no modo como a medicina aborda os pacientes no diagnóstico e no tratamento. Ambos, médicos e pacientes, participam da realidade social interrelacional e circular, e os conhecimentos científicos e populares são maneiras de interpretar uma mesma realidade, com a doença e o corpo fazendo parte e abarcando a ampla gama dos membros da sociedade que vivenciam, representam e interpretam suas dimensões (Santos *et al.*, n.d.). Ademais, no contexto de adoecimento, deve-se considerar a medicalização dos corpos no tratamento de suas doenças, uma vez que se trata de um processo social complexo e em crescimento vertiginoso, à medida que as ciências evoluem. Esse processo faz parte da cultura

ocidental, atravessa nossa subjetividade e envolve muitos agentes sociais (Tesser & Dallegrave, 2020). A prática da medicalização apresenta tendência a crescer e pode gerar um ocultamento de aspectos conflitivos presentes nas relações sociais ao convertê-los em “problemas de saúde” ou “doenças”, desconsiderando aspectos sociopolíticos relevantes (Conrad, 2007).

Dito isso, o foco da sociedade no cuidado com as pessoas não pode se restringir à medicalização da doença, quando esta ocorre, pois não se trata de atuar na remissão (ou na prevenção), mas, antes, de investir na promoção da saúde — tarefa que transcende o papel puramente individual e deflagra o papel das instituições governamentais, uma vez que estas não devem se furtar de seu lugar de viabilizadoras, daquelas que devem engendrar ações capazes de implementar condições biopsicossociais promocionais da saúde para sua população.

Assim, o desenvolvimento tecnológico para o diagnóstico/tratamento das doenças não cumpre o papel promocional da saúde, que deveria ser o objetivo primeiro das instituições governamentais. Não se deve negligenciar os deveres dessas instituições. Como afirma Illich (1981), “quanto mais existem diferentes teorias com o poder de diagnosticar e definir um tratamento, mais razões existem para renunciar à responsabilidade de transformar o que, no meio ambiente, faz adoecer [...], e mais a doença se despolitiza” (p. 113).

2 O CONCEITO DE SUBJETIVAÇÃO E A INTERPRETAÇÃO DA NARRATIVA DO INFARTO

Neste capítulo, pretende-se levantar uma discussão acerca do conceito de *subjetivação*, tendo em vista seus limites e possibilidades, enfocando, para tanto, o campo que se objetiva estudar: o dos sentidos narrativos de pacientes que sofreram infarto. A primeira questão relativa a esse esforço teórico diz respeito à polissemia desse conceito nos mais diversos campos do conhecimento e sua multiplicidade de usos, o que demanda uma atenção especial quanto às implicações epistemológicas e sociais que se irrompem a partir das práticas de pesquisa que recorrem a ele, especialmente a da pesquisa psicossocial de fenômenos que, muitas vezes, o interpreta apenas pela via do discurso biológico ou médico, como se fosse independente das relações sociais que o constroem. Para a teorização referente aos processos de subjetivação, serão apresentadas as contribuições do filósofo Michael Foucault (1926–1984), cujo trabalho engloba os campos da filosofia, da sociologia e da psicologia. Foucault foi, provavelmente, um dos maiores contribuintes no empenho de desvelar a complexa trama psicossocial e política de fenômenos do campo das práticas biológicas e médicas dadas como autoevidentes.

Segundo Freitas *et al.* (2017), a obra de Foucault pode ser dividida em três categorias que se seguem cronológica e metodologicamente, quais sejam: Ser-saber (categoria arqueológica), que consiste na análise detalhada do discurso ao longo do tempo; Ser-poder (categoria genealógica), sendo um estudo que aprofunda as relações de forças com um discurso proibido, com a finalidade de este ser legitimado ou tolerado; e Ser-consigo (categoria ética) — a estética da existência —, quando se investiga o saber centrado nas práticas dos sujeitos, com o objetivo de verificar como sua dominação e sua subjetivação são produzidas. Nessa última, o processo de subjetivação é abordado como o modo como os sujeitos se produzem e como são produzidos pela cultura, em suas práticas e discursos; ou seja, nela, Foucault “prioriza

o estudo do cuidado de si²³, onde além de avaliar as relações de poder ele conceitua e reitera a importância dos processos de subjetivação no contexto das práticas de si” (Ferreira & Da Mota, 2018, p. 22).

O sujeito, para se construir, precisa refletir a respeito de suas relações com o mundo e perceber como se comporta diante dos acontecimentos. Mais ainda: ele deve cuidar de si mesmo, interrogar-se sobre si e sobre as coisas que dependem dele e que não dependem, aprendendo a cuidar de si e, portanto, aprendendo a cuidar do outro. Assim, ele estará apto a discriminar o que deve ou não fazer e, dessa forma, ele poderá cumprir o seu papel na sociedade. Sua estética da existência é construída diariamente em um processo de subjetivar-se, de construir-se, educando a si mesmo diante dos revezes da vida e a despeito dos controles prescritos explicita ou implicitamente pelo Estado (Foucault, 1981–1982/2011; Ferreira & Mota, 2018).

Observa-se que o cuidado de si, na concepção foucaultiana, engloba a relação consigo mesmo e a relação com os outros. Segundo Foucault (1983-1983/2009), não é possível preocupar consigo mesmo sem se relacionar com o outro, o qual tem a função de falar francamente (parrésia) e verdadeiramente toda a verdade que se fizer necessária, pois seu papel é tirar o sujeito de sua ignorância. Esse outro deve evidenciar aquilo que o sujeito não sabe.

Portanto, o que é preciso conhecer são relações: relações do sujeito com tudo que o cerca. O que é preciso conhecer, ou melhor, a maneira como se há de conhecer, é tal que o que é dado como verdade seja lido, de saída e imediatamente, como preceito. Enfim, são conhecimentos tais que, uma vez que se os tem, uma vez que se os possui, uma vez adquiridos, o modo de ser do sujeito se acha transformado, pois que é graças a isso que nos tornamos melhores. (Foucault, 1981–1982/2011, p. 211)

Conhecer a experiência da pessoa infartada, por meio de sua narrativa, contribui para que ela mostre seu mundo, seu modo de viver, seus conhecimentos, suas aprendizagens pessoais e seu entorno e ainda lhe dá a possibilidade de olhar para si. Em um contexto em que ela é

²³ *Cuidado de si* é um termo utilizado por Foucault que “significa pensar sobre suas ações, se elas geram consequências para si e para os outros” (Ferreira & Mota, 2018, p. 23).

incentivada a fazê-lo com certa racionalidade analítica, olhar para si pode inclusive contribuir para que ela compreenda o que se passa nas representações que faz da vida, do próprio corpo e da alma. “É vendo-se a si própria que a alma descobre, no outro, quem ele era” (Foucault, 1981–1982/2011, p. 410).

Isto posto, o processo de subjetivação consiste no modo como a pessoa se relaciona como o mundo e como ela o vive, o internaliza e molda-se criando a sua singularidade, uma vez que suas vivências são únicas. Mesmo que compartilhe certas experiências com outras pessoas, o seu modo de enxergar acaba sendo diferente. Dito de outra forma, o cuidado de si consiste em um modo de construir a história da subjetividade, transversalmente ao processo de formar e transformar as relações consigo mesmo engendrado pela cultura. Assim, o cuidado de si, conceito oriundo da tradição filosófica grega, é definido como o ofício de se perscrutar, de se dominar, de se colocar à prova com vários matizes, tais como a *parrhesía*²⁴ e os modos de subjetivação (Castro, 2004/2016; Ferreira & Da Mota, 2018).

Nesse processo de se formar e se transformar na e pela experiência, Foucault (1994/2004) considera três elementos fundamentais que compõem a dinâmica da relação da pessoa com o mundo: *um jogo de verdade, as relações de poder e as formas de relação consigo mesmo e com os outros*, que, segundo ele, contemplam particularidades no que se refere à “constituição da objetividade, da formação de uma política e do governo de si e a formulação de uma ética e prática de si” (p. 231). Pode-se verificar que Foucault adota a perspectiva da construção histórica do sujeito, a saber, de seu processo de subjetivação, com foco na relação da subjetividade com a história. Ele analisa a constituição do sujeito a partir dos modos de subjetivação deste, situados em um tempo e em um lugar, considerando a subjetividade uma atividade de urdidura que se produz e se remodela em determinados momentos da história (Cardoso Junior, 2005; Takeiti, 2011).

²⁴ Forma de liberdade de expressão que consiste em falar a verdade pelo bem-comum.

Investigar os modos de subjetivação significa mapear os modos como a pessoa se relaciona com o mundo e como sua singularidade se engendra. Portanto, pensar na subjetivação é, em grande medida, pensar como a construção da singularidade se dá através de vivências no âmbito da história pessoal e social. Pode-se inclusive dizer que a subjetivação é um conceito que visa a analisar a mais complexa das relações humanas: a relação entre o sujeito e a sociedade. Nesse sentido, ainda é possível afirmar que a subjetivação é mediada pela experiência que cada sujeito estabelece nas condições sociais e materiais de sua vida, as quais acabam por forjar sua inevitável individualidade, em consonância com cada contexto social. O que está em jogo na subjetivação é o quanto se pode ou não exprimir formas de liberdade nos pontos de contato entre o sujeito e a sociedade. Um entendimento parecido pode ser encontrado em Foucault (1981–1982/2011), segundo o qual

É a experiência, que é a racionalização de um processo ele mesmo provisório, que redunde em um sujeito, ou melhor, em sujeitos. Eu chamaria de subjetivação o processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, mais precisamente de uma subjetividade, que evidentemente não passa de uma das possibilidades dadas de organização de uma consciência de si. (p. 262)

Como expressam Ferreira e Da Mota (2018),

É importante salientar que cada indivíduo é um ser ímpar, portanto a construção da subjetivação acontece de modo singular, pois as experiências vividas não são as mesmas, e ainda que sejam, cada pessoa a enxerga e encara de um modo diferente. A experiência é um ponto importante para a subjetivação, pois é através dela que o homem [ou melhor, a pessoa] se constitui como homem [como pessoa]. (p. 22)

As experiências vão, portanto, constituindo a pessoa em um *processo de subjetivação*, na medida em que a tocam e a afetam, levando-a a sentir e refletir sobre suas vivências no compasso de se construir constantemente. O sujeito, desse modo, é constituído como efeito de suas ações e de sua existência (Bondía, 2002; Ferreira & Da Mota, 2018; Foucault, 2011). Esses modos de subjetivação vão sofrendo as mais variadas transformações e produzindo diversas configurações, de modo que, ao analisarmos o presente e as possibilidades de nos transformarmos, é possível identificar sinais dessa dimensão histórica que nos atravessa, afastando qualquer tentativa de universalidade. Dessa maneira, os movimentos de diferenciação

do outro possibilitam uma existência que não responde a normas universais e levam a pensar na subjetividade, nos modos de subjetivação e no sujeito como construções não fechadas em um todo mitigado (Mansano, 2009).

Essa ideia de um ser humano que se diferencia e não se fecha pode ser verificada quando Foucault recusa a ideia de uma forma universal de sujeito, afirmando que este não é substância, mas, sim, forma e experiência. Nesse ponto, a problemática foucaultiana consiste em conhecer “o conjunto dos processos pelos quais o sujeito existe com seus diferentes problemas e obstáculos” (Foucault, 1984/2004, p. 261–262).

Observa-se que essa perspectiva histórica remete aos modos pelos quais nos tornamos sujeitos — os modos de subjetivação que se desenvolvem em práticas de si. Isso significa que toda experiência se concretiza em uma subjetividade que envolve modos históricos próprios de fazer a experiência de si (subjetivação). Considera-se que toda subjetividade carrega alguma impessoalidade, uma vez que esta se irrompe de processos de subjetivação pelos quais ocorre a divisão das singularidades (Foucault, 1984/2004; Cardoso Junior, 2005). De fato, segundo Mansano (2009), tal dimensão histórica é delineada por um processo de construção recíproca em que uma permanente “produção viva de si no encontro com o outro” traz como consequência a atualização da “potência coletiva para transformar a realidade social” (p. 116). Nesse viés, é preciso considerar a influência da construção subjetiva no cotidiano das relações sociais, assumindo o compromisso de aceitar as diferenças como partes que se integram à vida.

Uma forma de olhar para a definição de sujeito enquanto construção histórica e recíproca entre a pessoa e o mundo (o outro) no pensamento foucaultiano nos remete a Fernandes Júnior (2014), que afirma que Foucault assume um posicionamento que desnaturaliza o sujeito, o qual passa a ser visto “como construção e/ou fabricação histórica, atravessado por discursos e práticas que o constituem” (p. 165). Para ele, é possível evidenciar tal assertiva na visão foucaultiana de um sujeito mutável, físico e em processo de constante

construção — uma forma que se constrói conforme os contextos e os papéis que ocupa na sociedade. Fica clara a marca de seu interesse sobre a constituição histórica das diferentes formas de sujeito em relação aos jogos de verdade. Nas palavras do autor,

No curso de sua história, os homens jamais cessaram de se construir, isto é, de deslocar continuamente sua subjetividade, de se construir numa série infinita e múltipla de subjetividades diferentes, que jamais terão fim e que não nos colocam jamais diante de alguma coisa que seria o homem. (Fernandes Júnior, 2014, p. 165)

Ferreira Neto (2017) apoia essa perspectiva quando afirma que Foucault se interessava pelos diferentes modos pelos quais os seres humanos se tornam sujeitos em nossa cultura — um sujeito de forma sempre diversa. Foucault passou a considerar o sujeito como autônomo, como o ser que se constitui de maneira ativa por meio de práticas de si. Essas práticas, vale dizer, não são coisas inventadas pela própria pessoa; na verdade, “são esquemas que ele encontra em uma cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social” (Foucault, 1984/2004b, p. 276).

Ao falar desse sujeito autônomo, Foucault baseia-se nas práticas de si, práticas estas de liberdade, de se tornar sujeito sem ser sujeitado, de não ser governado sem, no entanto, ser indisciplinado. Considerando que somos constituídos na relação com os outros, as ditas práticas de si, na verdade, são práticas sociais descritas por Foucault (1980–1981/1989) como procedimentos que existem em todas as civilizações, propostos ou prescritos aos sujeitos para que suas identidades sejam fixadas, mantidas ou transformadas segundo os mais variados fins. Todavia, Foucault (1984/2004) ressalta a importância do cuidado de si em relação ao cuidado dos outros, quando postula que “não se deve fazer passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si; o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária” (p. 271). Desse modo, podemos compreender as *práticas de si* como um trabalho que o sujeito faz sobre si mesmo com o propósito de se constituir como sujeito; sujeito este que se conhece e se apresenta como sujeito daquilo que afirma como verdade; sujeito político e, portanto, sujeito de suas ações no contexto em que se

relaciona como os outros; sujeito moral, dadas as ações que pratica sobre si mesmo no que diz respeito à esfera da moralidade (Noto, 2009).

A ideia de um sujeito que trabalha na construção de si mesmo demonstra que Foucault mudou a “história do sujeito”, isto é, a perspectiva sobre seus modos de subjetivação. Também demonstra uma mudança de estilo, de objeto e de metodologia em seus construtos, dado o deslocamento da questão da episteme para a do dispositivo e, posteriormente, para a das práticas de si mesmo. Foucault, portanto, foi se dirigindo para uma história de práticas pelas quais o sujeito não mais aparece como uma instância de fundação, mas, sim, como efeito de uma composição. Não é sem motivo, então, que os modos de subjetivação sejam considerados como práticas de composição do sujeito (Castro, 2004/2016, p. 408).

Tais práticas de composição do sujeito, segundo Foucault (2011), se constituem como forças, além da própria força da pessoa, que a cercam e que, quando o encontram, configuram seu processo de subjetivação. O modo de viver do sujeito depende do que ele faz com essas forças: ele pode criar, imaginar, recordar, ter vontade ou realizar qualquer coisa com elas, construindo, portanto, seu modo de viver. Observa-se que, nessa abordagem histórica da subjetividade em Foucault, o sujeito não é dado *a priori*; ele é constituído na história e na cultura. Conforme Castro (2009), podemos dizer que se trata da “história da forma do sujeito”, não sendo esta sempre idêntica a si mesma. Pensar nessa história consiste em considerar a maneira como, em diferentes tempos da história, os seres humanos se tornaram sujeitos dentro de uma condição política, social e cultural (Castro, 2004/2016; Takeiti, 2011). Em termos foucaultianos,

[...] o sujeito se constitui através das práticas de sujeição (assujeitamento) ou, de uma maneira mais autônoma, através das práticas de liberação, de liberdade, como na Antiguidade – a partir, obviamente, de um certo número de regras, de estilos, de convenções que podemos encontrar no meio cultural. (Foucault, 1984/2004, p. 291)

A problematização de Foucault em sua analítica da subjetivação tem um cunho político e contempla uma ligação com a ética e a estética. A política da subjetivação é tida como

inseparável de um trabalho (exigente, de custo pessoal) que os sujeitos, individuais ou coletivos, engendram sobre si mesmos e a partir de elementos do ambiente cultural, social e institucional que o atravessam. O exercício da ética é a *reflexividade de si*²⁵, que consiste na diferenciação entre si mesmo e o sistema de governo e no posicionamento daquele dentro deste. Ocorre que, ao recusar a governabilidade, promove-se também novas formas de subjetividade (Ferreira Neto, 2017). Como disserta Castro (2004/2016),

A partir da noção de ética [...] podemos compreender a noção de estética da existência como modo de sujeição, isto é, como uma das maneiras pelas quais o indivíduo se encontra vinculado a um conjunto de regras e de valores. Esse modo de sujeição está caracterizado pelo ideal de ter uma vida bela e deixar a memória de uma existência bela. Um indivíduo, então, aceita certas maneiras de comportar-se e determinados valores porque decide e quer realizar em sua vida a beleza que eles propõem. (p. 150)

Podemos observar o caráter de processualidade dada à subjetividade, que é realizada em um plano histórico-político de onde emerge o sujeito como efeito da síntese de um processo de produção que gera modos de existência: modos de agir, sentir e dizer sobre o mundo. Desta feita, o sujeito é produto, e a subjetividade, processo e resultado ao mesmo tempo. Se esse processo de produção ocorre, é preciso, pois, considerar seu caráter político, a composição das relações de poder que lhe são inerentes e as relações de forças durante seu percurso. Assim, a subjetividade é um plano de forças, e tanto o sujeito como o mundo são os efeitos: configuram-se nas relações de produzir e de ser produzido. Essa produção do sujeito é ininterrupta, pois as forças que circulam vão organizando sua existência de modo particular e histórico, em construções provisórias, interpretadas e sentidas subjetivamente (Tedesco, 2006; Mansano, 2009).

²⁵ A subjetivação se dá com a experiência de submetimento ou de liberdade e autonomia com relação às normas. Foucault começou a entender que as pessoas não operam apenas quando submetidas; elas também operam numa dimensão de liberdade ou têm a possibilidade de operar.

2.1 As Práticas do Dizer e os Processos de Subjetivação

A partir do pensamento moderno, Foucault repensa o estatuto da linguagem, passando a considerá-la como o elemento que estrutura a relação do sujeito com o real, rompendo com a ideia romântica de um ser humano sujeito de sua própria história. As práticas discursivas passaram a ser consideradas, por ele, como a possibilidade de conhecimento, e o processo histórico passou a ser visto como descontínuo. Ele também passa a refletir sobre a representação, o discurso e o conhecimento como processos envolvidos com práticas sociais (Foucault, 1969/1987; Azevedo, 2013).

O que se depreende dessa descontinuidade histórica apontada por Foucault é o fato de não ser mais possível falar de qualquer coisa em qualquer época. Torna-se necessário que sejam consideradas as condições históricas do discurso²⁶, na medida em que dizer algo passa a ser relacionado com outros objetos, posto que o discurso é composto de um conjunto de enunciados apoiados em um mesmo contexto discursivo que não mais apresenta um sentido e uma verdade, e sim uma história. Dito de outro modo, cada época guarda uma linguagem com seu objeto singular, seus conceitos e seus métodos específicos, que se ligam a regras discursivas determinadas (Foucault, 2008/1987; Azevedo, 2013).

Acreditamos que esse olhar relativo às práticas discursivas, enquanto processo histórico, convoca o sujeito a pensar na relação da linguagem com a subjetividade em uma produção recíproca. Como apontam Silva e Machado Júnior (2016), ao analisar os discursos, Foucault chama a atenção para a “articulação daquilo que pensamos, dizemos e fazemos e nos permite compreender a definição que o pensador faz dos discursos como acontecimentos históricos” (p.203), reafirmando a construção da subjetividade. Nesse seguimento, os modos de dizer e de

²⁶ Para Foucault (1969/2008), discurso é “um conjunto de regras anônimas, históricas sempre determinadas no tempo espaço, que definiram em uma dada época, e para uma área social, econômica, geográfica, ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa” (p. 133).

existir são expressos a partir dos jogos de forças dos quais sujeito e mundo são efeitos, em uma “cadência” entre o processo de produzir e o de ser produzido (Foucault, 1969/2008; Azevedo, 2013; Tedesco, 2006).

O caráter relacional da subjetividade e as práticas discursivas nos leva a considerar a linguagem como um instrumento essencial à sociedade de controle, pois, como podemos observar em nosso cotidiano, os espaços são revestidos por uma vasta rede de comunicação que nos acessa em qualquer momento e em qualquer lugar. Essa relação de força de produção, que faz parte desse elo, apresenta um caráter pragmático e político; contudo, ao mesmo tempo, o sujeito perde o lugar central daquele que fala, pois o *eu* que fala deixa de ser o foco, não sendo ele mais aquele do qual as enunciações partem, tampouco o agente delas. Temos aqui o que Tedesco (2006) chamou de “reciprocidade catalizadora de engendramentos mútuos” (p. 359), que se desdobra quando determinante e determinado são, em um só tempo, produtores e produtos (Foucault, 1969/2008; Tedesco, 2006).

Foucault (1969/2008) refere-se ao papel essencial da linguagem, tratando-a como uma prática discursiva que interfere e transforma a realidade, sinaliza poder e ordena as variações dos fatos. Dessa forma, a realidade delineada pelos discursos é de natureza linguística e é tão verdadeira quanto a realidade não discursiva. Cabe ao discurso a tarefa de relacionar a língua a outras práticas no âmbito social, criando situações novas. Dessa forma, as práticas discursivas fazem a ligação entre o discurso (os enunciados) e a prática (práticas sociais do sujeito). São as práticas sociais, engendradas pelo sujeito, que vão materializar o discurso, o qual não é estático, apresentando descontinuidade e devendo ser considerado como produzido por interesses de setores da sociedade, bem como por suas relações de poder (Foucault, 1969/2008; Tedesco, 2006; Azevedo, 2013; Silva & Machado Júnior, 2016).

Nesse sentido, o discurso é parte da determinação das práticas sociais, e sua produção pode servir a diferentes setores da sociedade, bem como à exclusão social, pois a palavra pode

identificar os tipos sociais de maneira a isolá-los como se fossem deflagradores de efeitos negativos à sociedade: louco, criminoso, pervertido sexual etc. Como ressalta Canclini (2008), a identidade é, também, uma construção narrada; ela “é teatro e é política, é representação e ação” (p. 138). Para além disso, outro modo de subjetivação citado por Foucault é o da escrita, ligado estreitamente à ética, por meio do qual o sujeito se constitui em uma subjetivação da verdade, embasando suas ações.

As práticas discursivas e não discursivas agem umas sobre as outras, coproduzindo-se. Elas, segundo Foucault (1969/2008), correspondem a dois modos de produção, a saber: o discursivo, que se utiliza de signos e que, ao se referir ao mundo, o produz; e o não discursivo, que é marcado pelo empirismo e afeta os organismos e as coisas no mundo. Ambos os modos existem em planos mais amplos, e cada um se organiza de um jeito: são autônomos, distintos, mas não isolados; apresentam relações de reciprocidade e se cruzam mutuamente. As coisas vistas compõem os subtendidos implícitos naquilo que é dito, e este se inclui quase tacitamente na produção daquilo que é visto. Ambos se configuram como uma composição simultânea e histórica, produzindo a forma-sujeito que é, ao mesmo tempo, temporária (Tedesco, 2006).

Essa forma-sujeito é a mistura de diversas práticas enunciativas e não enunciativas que compõem um fato subjetivo (efeito). Lembremos que os discursos são plurais, vindos de diferentes saberes e práticas que produzem as realidades. O agrupamento dessas falas constitui a forma-sujeito, que é, portanto, objeto discursivo. Nesse sentido, as intervenções no mundo se ligam às palavras, que, uma vez ditas, não se desfazem, pois deixam a marca de um preceito, haja vista que a linguagem, ao mesmo tempo que descreve um objeto, o compõe. Como afirma Bondía (2002),

[...] as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação. [...] creio que fazemos coisas com as palavras e, também, que as palavras fazem coisas conosco. [...] E, portanto, também tem a ver com as palavras o modo como nos colocamos diante de nós mesmos, diante dos outros e diante do mundo em que vivemos. E o modo como agimos em relação a tudo isso. (p. 21)

Dessa forma, os discursos vão dando forma aos corpos, que, por sua vez, se veem como sujeitos de natureza orientada por princípios invariantes, fazendo surgir uma forma-sujeito com uma homogeneidade falsificada, ainda que amparada por pressupostos implícitos no enunciado. Os enunciados partem de dizeres heterogêneos alinhados que resultam em seu isolamento, produzindo um si mesmo como presumido agente da enunciação (Tedesco, 2006). Assim, “a análise da pragmática do discurso é a análise de elementos e mecanismos por meio dos quais a situação em que o enunciador se encontra modificará o que pode ser o valor ou o sentido do discurso” (Foucault, 1982–1983/2009, p. 84, tradução nossa²⁷). Dito de outra forma, não se deve buscar a causa das enunciações na unidade do sujeito, pois elas não existem individualmente, e tampouco é o sujeito que as enuncia. A subjetividade não é o ponto originador da linguagem, e, se há um sentido, é preciso que este seja buscado na dinâmica recíproca entre o universo da linguagem e os fatos do mundo, pois linguagem e subjetividade se afetam mutuamente e são reciprocamente produzidas (Foucault, 1969/2008; Tedesco, 2003).

Outra forma de produção ligada à linguagem é a do próprio processo, que consiste na ocorrência de uma bifurcação cujos efeitos são desviados daquilo que se poderia esperar, gerando novos modos de subjetivação. Esse movimento é alimentado pelo que Foucault (1994/2004) chamou de “experiência flutuante ou estrangeira, como exterior a nossa interioridade” (p. 522). Esse exterior pode ser compreendido como o “hiato” de uma realidade supostamente contínua — um efeito do plano de produção com graus elevados de indeterminação e alta probabilidade de romper a ordenação dos sistemas, sem, contudo, abandonar a dimensão a que estes pertencem. Nessa oportunidade, ao ser afetado pelo “fora”, novas formas de funcionamento maquínico, bem como produtos existenciais até então desconhecidos, são gerados pelo processo de produção da subjetividade (Tedesco, 2006).

²⁷ [...] el análisis de la pragmática del discurso es el análisis de los elementos y de los mecanismos mediante los cuales la situación en que se encuentra el enunciador va a modificar lo que puede ser el valor o el sentido del discurso.

Assim sendo, há uma ênfase nas novas possibilidades abertas à vida e na produção de si autônoma. Abandona-se a figura de um sujeito demarcado por regulações pessoais que se pretende unificar. Doravante, a subjetividade passa a ser considerada como “maquínica”, de subjetivação híbrida, em um movimento entrelaçado que tem o sujeito de um lado — a “individuação pessoal e regular” — e o “a-subjetivo, plural e impessoal” de outro. Nessa dinâmica entre essas duas tendências, é possível vislumbrar a subjetividade como um processo contumaz de produção que resulta em uma “forma-sujeito” de traçados arbitrários e contingentes (Tedesco, 2006). Esses novos traçados são novas maneiras do sujeito funcionar e se constituir historicamente.

Para pensar sobre esses novos modos de funcionamento e na construção histórica do sujeito, reportemo-nos a Fernandes Júnior (2014), que aponta para a necessidade de se indagar sobre a produção histórica da subjetividade ou os processos de subjetivação como proporcionadores da construção do sujeito no e pelo discurso. Como afirma Pelbart (2003), o sujeito vivo é um sujeito afetado cujo corpo, em sua singularidade, sofre os efeitos do encontro com o ambiente que o convoca à condição de existência, com tudo que ela traz. Para compreender essa afetação do sujeito, é necessário olhar para sua história: os aspectos históricos e sociais implicados na produção do discurso. Nesse sentido,

[...] trata-se de compreender a singularidade da existência do enunciado, suas condições de produção [...] busca-se verificar, a partir do enunciado produzido em determinada época e lugar, as condições de possibilidade do discurso que esses enunciados integram. Isso equivale dizer que as transformações históricas possibilitam a compreensão da produção do discurso, seu aparecimento em determinados momentos e sua dispersão. (Robin *apud* Fernandes, 2012, p. 20)

Esse corpo afetado pela exterioridade, pelo social, interessa a este estudo. É pertinente debruçarmo-nos sobre a dinâmica entre o corpo afetado pelas “forças do mundo” e o “encontro entre corpos” discutidos por Fernandes Júnior (2014). Este, ao se referir ao sujeito e à subjetividade, enfatiza que ambos são afetados e enfrentam as forças do ambiente, ao mesmo tempo em que se encontram transversalmente com outros corpos — do outro ou de si mesmos

— em um movimento de enfrentamento na relação que desenvolve com “o mundo, com os discursos e com a história” (p. 166).

A subjetividade e os processos de subjetivação são, então, compreendidos como um constante jogo de forças de intensidades variadas e de muitas facetas, o qual intensifica a relação entre o sujeito e o mundo. Observa-se que a subjetividade e os processos de subjetivação se vinculam às relações de poder e se constituem por meio delas, em uma dinâmica em que “[...] são classificados, deixam de conduzir, criam resistências ou linhas de fuga” (Fernandes Júnior, 2014, p. 166). Dessa forma, estamos sempre em relação, agenciando e desejando, em uma constante produção da subjetividade — subjetividade ora produtora, ora produto, em uma autoprodução sem finalidade nenhuma (Lopes, 2007; Fernandes Júnior, 2014).

O poder no ambiente social implica ação e reação e apresenta-se de maneiras variadas e com várias facetas. Daí se irrompe a dualidade poder-resistência, que se constitui em um campo de forças em que um pressupõe o outro, sendo tanto o corpo como o sujeito construídos ao longo da história e vinculados à relação de poder. A partir dessa compreensão é que podemos remontar à questão da captura do processo de construção empreendido, recorrendo às práticas discursivas e não discursivas (Fernandes Júnior, 2014).

Tais relações de poder engendradas no ambiente social são discutidas por Ferreira Neto (2004), que, ao se reportar a Foucault, postula que, para compreender a construção histórica do sujeito, é importante que se compreenda antes o processo de subjetivação como conectado à exterioridade do espaço urbano. Nessa seara, ele discorre sobre os novos processos de subjetivação existentes na atualidade e ressalta que a vida urbana segrega, uma vez que privatiza os espaços fechados e monitora as residências, o consumo, o lazer e o trabalho das classes média e alta. Para ele, “entre a vida social e a vida subjetiva” existe uma relação relevante. Ferreira Neto (2004) também afirma que a subjetividade pode ser entendida como o afloramento histórico de processos que não são determinados pelo social, e sim estão vinculados a “[...]”

processos sociais, culturais, econômicos, tecnológicos, midiáticos, ecológicos, urbanos” (p. 5) que contribuem para sua constituição e performance.

Tendo em vista que a subjetividade é tratada como processo, é possível refletir a respeito da afloração de novos modos de subjetivação, que são engendrados ao longo da história. Ferreira Neto (2004) discute sua emergência nas cidades contemporâneas, em seus novos arranjos, e ressalta que tal processo produtivo não garante que uma evolução esteja ocorrendo. Por exemplo, podem surgir subjetivações nefastas à espécie humana, como práticas de assujeitamento, ou ainda subjetivações que inventem novas formas de vida, em práticas de liberdade que podem ser transformadoras. Como ele sublinha, “os movimentos de associações de bairro, de grupos estudantis, de mulheres, das Comunidades Eclesiais de Base, de luta pela democracia e direitos sociais básicos, entre outros” (p. 5) se configuram em práticas pelas quais os sujeitos se formam; são eles um ponto de interseção entre “práticas políticas e a vida cotidiana”.

Alguns elementos caracterizam esses “novos arranjos urbanos”, sendo eles: um espaço de passagem, dada a velocidade de deslocamento; a substituição do meio ambiente da cidade por aparatos tecnológicos que controlam o espaço; e o papel midiático dos novos meios de comunicação. Observa-se que, em conjunto com todo processo de constituição ontológica, estão também encadeadas interferências relativas a cada tempo histórico. Dessa forma, a subjetividade enquanto processo se constitui em um movimento contínuo, uma vez que se liga a múltiplos fatores que integram a realidade. É a confluência desses inúmeros elementos (de subjetivação) que compõem a realidade. Eles, ao se conectarem e se desconectarem de modo aleatório, convergem e garantem a ocorrência do processo de subjetivação dos sujeitos (Pelbart, 2000; Sennett, 2001; Ferreira Neto, 2004; Parpinelli & Fernandes, 2011).

No que se refere ao espaço urbano, Ferreira Neto (2004) ressalta que, no Brasil, a desigualdade advinda da atual prática capitalista tem marcado duras realidades, pois o espaço

urbano apresenta-se como segregador, na medida em que é privatizado. Da mesma forma, o dia-a-dia da cidade é marcado por práticas segregatícias de convivência entre as pessoas: todos desconfiam de todos ao se encontrarem nas ruas. Desse modo, esses novos arranjos urbanos, associados à segregação, são novos modos de subjetivação nos quais imperam “o medo, o ódio, a insensibilidade e a indiferença” como novos modos “de viver, sentir, perceber e interpretar os encontros na cidade” (p. 6). Nas palavras do autor,

As classes média e alta passam a identificar o espaço público como perigoso e buscam organizar os encontros públicos por meio da seletividade e separação. A segregação torna-se, assim, complementar à violência urbana. [...] Tudo isso produz um processo de subjetivação coletivo e bipolar, centrado na violência e insegurança desigualdade e o distanciamento. (Ferreira Neto, 2004, p. 6)

Ferreira Neto (2004) indaga se é possível passar de um cenário de desigualdade segregatícia para um de simples diferenças, assinalando a necessidade de modificar as formas de apropriação do espaço urbano para reverter essa lógica. Ele ainda menciona que alguns estudos apostam que melhorar as condições de vida de populações pobres pode ajudar na reversão da lógica da segregação e da violência; menciona também a importância dos movimentos coletivos de luta como possíveis agentes de mudança e libertação.

É nesse contexto social que vão se configurando novos arranjos urbanos associados à lógica da diferença/desigualdade/segregação. É nessa lógica que esta pesquisa pretende abordar a pessoa que sofreu infarto, posto que tal evento se conecta a todo esse processo coletivo. Para pensar no processo de infarto, reportamo-nos a Ferreira Neto (2004), que ressalta a importância do pensamento transdisciplinar, uma vez que a subjetividade é um processo histórico que se constitui de variadas conexões entre os sucessivos acontecimentos. O autor pondera que, se os processos de subjetivação se ligam ao espaço urbano, a clínica — e referimo-nos à clínica do socorro ao infartado — passa a ser uma vivência de cunho político em interação com a cidade. Podemos concluir com Pez (2008) que

[...] o que chamamos sujeito é um enunciado social. Dessa forma podemos chamar os indivíduos de loucos, normais, gordos, revolucionários, sujeito deste ou daquele discurso que será reclamado pela medicina, pela psicologia, pelas ciências sociais. [...] O sujeito seria um

composto histórico. Uma determinada identidade produzida por forças em um determinado período histórico. (pp. 2–3)

Dito de outra maneira, os processos de subjetivação têm como contexto o ambiente no qual a pessoa se encontra inserida, seja ele social, físico, urbano ou político. Dessa forma, ao nos dedicarmos a estudar sobre pessoas que passaram por um episódio de infarto, devemos nos reportar aos contextos nos quais a identidade (produzida por essas forças) de infartado foi produzida. A seção a seguir discutirá a construção histórica do sujeito na Modernidade: um sujeito afetado e modificado pela ciência e tecnologia que o ajudaram e o condenaram ao mesmo tempo. O avanço tecnológico proporcionou o aumento da longevidade, visto que se adquiriu controle sobre as doenças, mas, ao mesmo tempo, a tecnologia do conforto levou ao menor esforço físico, à menor atividade e, portanto, à maior inatividade. Passamos a uma existência sedentária. Observa-se que o discurso moderno, tecnológico, produz também uma subjetividade baseada na velocidade, na virtualidade e, conseqüentemente, na “ação assistida” — quando se assiste ao outro agir, quando se simula sua ação, quando, sentado em sua cadeira, virtualiza sua existência —, negligenciando um corpo que adoece, que entope as veias e que infarta.

2.2 A Construção Histórica do Sujeito Pós-Moderno e os Efeitos da Tecnologia na Vida Humana

Tal como assevera Foucault, o sujeito é construído por uma série de discursos atravessados pelo poder e constituídos historicamente. A partir dessa perspectiva, temos em vista que o sujeito é constituído de diferentes formas, em diferentes períodos históricos, de modo que diferentes tipos de subjetividade vão sendo delineados ao longo desse processo.

Foucault (1970/2013) descreve mecanismos que exercem relação de controle nesses processos de produção dos discursos na sociedade. Nesta,

[...] a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (p. 9)

É possível exemplificar a historicidade dessa construção citando Pez (2008), que descreve os padrões de subjetividade conforme o ponto de vista de cada época: o homem da Idade Média apresentava subjetividade vertical (conectada com Deus); o homem da Modernidade apresenta-se como uma identidade que transpõe seus laços com o infinito, estando ligado a forças finitas, que podemos chamar de *subjetividade pontual*. Já o homem pós-moderno, à medida que não se reconhece como descendente de Deus (Idade Média) e não é mais limitado pelo corpo (Modernidade), pode estar simultaneamente em vários lugares — a *subjetividade virtual*. É essa subjetividade virtualizada que pretendemos discutir, pois as tecnologias digitais — a saber, as de comunicação — têm invadido nossas vidas e reconfigurado nossa existência, na medida em que nos inundam com toda sorte de informações, globalmente difundidas, produzindo efeitos sobre a sociedade de modo geral. Vale destacar que hoje vivemos em total dependência da tecnologia digital, com todas as suas facilidades acessíveis e resolutivas (*e-mail, internet móvel* etc.). No entanto, essas novas tecnologias da informação trazem impactos como possíveis rupturas na produção da subjetividade moderna.

O homem moderno²⁸ marcou, verdadeiramente, a sua entrada na história ao mesmo tempo em que ocorriam produções múltiplas dos saberes científicos. Ele pôde se ver como racional, natural como a natureza e distinto dos animais, sendo, pois, objeto e sujeito do conhecimento. Seu corpo passou a dar suporte a diversos saberes, ampliando sua espacialidade no âmbito dos discursos e trazendo questionamentos da ciência sobre o que viria a ser esse homem, cujo corpo passou a ocupar lugar central nos estudos sobre a finitude assinalada pela

²⁸ Segundo Oliveira (2000), por Modernidade compreende-se o período que começa entre o fim do século XVIII e o início do XIX e se estende até meados do século XX.

espacialidade do corpo, pelo descerramento do desejo e pela linguagem (Foucault, 1966/1992; Oliveira, 2000; Silveira, 2008).

Para Oliveira (2000), essa racionalidade conferiu ao homem a possibilidade de emancipação e autoafirmação. Entretanto, esse sujeito autônomo apresenta duas facetas que trazem problematizações para os modos de subjetivação modernos: as exigências do corpo e a determinação cultural. Para discutir essas problematizações, a autora recorre à Foucault, quando este afirma que o homem vive suas experiências na Modernidade com seu corpo articulado com o espaço das coisas, somado a três formas de singularidade, a saber: desejo, linguagem e morte. No que se refere à cultura, o problema consiste no fato de ela preexistir ao sujeito, e, dessa forma, suas determinações de espaço, tempo, valores e crenças o atravessam, o ultrapassam e dele escapam. Assim, “o homem tem a sensação de não ser contemporâneo de si por desconhecer a história que o faz ser e por seu corpo ser possuído por um desejo que age em segredo e o determina” (p. 12). Em outras palavras, Foucault (1996/2013) afirma que o homem se abre a uma historicidade, mas não partilha da contemporaneidade, quando da origem da mesma. Existe o fundo (aquilo que o precede), e o homem chega e se articula com o que encontra pronto, tanto na vida como na linguagem. Essas problematizações citadas pela autora encontram ressonância em Silveira (2008), quando este afirma que, na Modernidade,

[...] o corpo se avoluma e contém dimensões espaciais a serem claramente discriminadas. Ele possui disposições funcionais (respiração, circulação, digestão, dentre outras) [...] Possui também uma série de sentidos e percepções que precisam ser enumerados e analisados. [...] O corpo está sujeito aos processos desenvolvimentais (os quais, então, passarão a ser discriminados) advindos do passar do tempo e das transmutações e peculiaridades da cultura, da história e da sociedade. Ele passa a ser um corpo que, na somatória com outros corpos, produz a concretude fundamentadora da noção de população e de suas implicações demográficas, e se tornará a fonte intrigante de inúmeras pulsões e forças instintuais ancestrais. (Silveira, 2008, p. 739)

Conforme os autores apontam, o corpo está sujeito aos processos de desenvolvimento da cultura, e consideramos hoje que a vivência humana se apresenta atravessada pelas tecnologias, que, a cada dia, se superam e nos colocam diante de possibilidades antes inimagináveis. Decerto, tais mudanças, operadas por novas tecnologias, geram consequências

que vão impactar os processos de subjetivação. Tal assertiva aponta para a importância de refletirmos não sobre as tecnologias em si, mas sobre os efeitos e as possíveis reconfigurações dos modos de existência. Deleuze (1992), em conformidade com esse raciocínio, afirma que “as máquinas não explicam nada, é preciso analisar os agenciamentos coletivos dos quais elas são apenas uma parte” (p. 216). Tais agenciamentos coletivos podem ser observados nas “complexas articulações”, entre o corpo e a cultura, as quais Foucault (1966/1992) chamou de “duplicação empírico-transcendental”. Conforme sintetiza Oliveira (2000),

[...] o sujeito é o *locus* de articulação da experiência singular do indivíduo (empírico) e a experiência histórica preservada pela memória da cultura (transcendental). Se o sujeito é uma dobra entre o empírico e o transcendental, o pensamento que permite o conhecimento objetivo é o mesmo que se articula com o impensado. O homem é também o lugar do desconhecimento [...]. É na articulação entre corpo e cultura, deflagradora da constituição do homem como um duplo empírico-transcendental, que se engendra toda a complexidade dos modos de subjetivação na experiência moderna. (p. 12)

A preocupação da Modernidade no que se refere às articulações entre o corpo e a cultura consiste no fato de o corpo e a cultura escaparem à objetividade da razão. Esse corpo, sendo o *locus* da intensidade, do desejo, da paixão e do desregramento precisa ser conhecido e domado. Quando esse corpo é preparado para transitar no espaço social, como uma imagem criada por um engenho cultural, uma idealização, ele é denominado “corpo cozido”, em contraposição ao “corpo cru”, que não passou pela inscrição da cultura. Também, o corpo representa o *locus* do limite individual, aquilo que conecta o *eu* ao mundo social. Nesse seguimento, existe uma divisão entre sujeito e corpo, e este é passível de enganar o *eu*, pois vai além do que seria lógico ou racional. Assim, o corpo se impõe como uma barreira para se descobrir a verdade do sujeito e para a instituição do sujeito ideal (Oliveira, 2000).

Outros aspectos da Modernidade, como o padrão do que se chama “civilização pasteurizada” (processos civilizatórios que cultivam a autonomia) e a universalidade do valor do belo (ideal romântico que define o belo como valor universal), são fatores de problematização da subjetividade moderna. Do mesmo modo, no processo de modernização das culturas, o Estado cria regras de civilidade e mecanismos para submeter as pessoas. Dessa

forma, a civilização tem como ideal a pasteurização, que pretende uniformizar todas as culturas, bem como sugerir práticas de higiene. O processo civilizatório, então, dá corpo ao Estado nacional soberano, concebendo-o como esfera pública que administra os interesses da coletividade, e oferece regras de conduta para a educação das pessoas, em um processo que articula corpo e cultura, na medida em que se cria e uniformiza as dimensões de tempo e espaço de modo a disciplinar a produção da subjetividade moderna (Oliveira, 2000).

Para discutir a subjetividade moderna, é preciso entender que a base do pensamento moderno decorre do conflito entre os binômios natureza-cultura e sujeito-sociedade. Daí, é possível observar que os modernos atrelam a prática política à ética e a convertem em uma premissa de produção da subjetividade coletiva. Dessa forma, para compreender o aparecimento da subjetividade moderna, é preciso considerar a ideia de uma “natureza humana racional e sensível” como condição que diferencia o ser humano dos outros animais e das máquinas, pois ele é capaz de se organizar culturalmente e conhecer o mundo. Nesse sentido, o sujeito humano é provido de um “corpo próprio individual, marcado por finitude, sexualidade e linguagem”, sendo ele, o sujeito, pertencente a uma cultura que o determina e ao mesmo tempo é determinada por ele (Oliveira, 2000).

A diferenciação moderna entre o humano, os outros animais e as máquinas foi transformada em aproximação pelas novas tecnologias informacionais e as noções de tempo, espaço e maneiras de interagir. Não obstante, os limites da vivência foram remodelados. Tal expansão tecnológica trouxe efeitos mundiais: o mundo se tornou virtual, e o conceito de humano foi desconstruído. Dessa forma, para investigar a subjetividade nos tempos de hoje, sob a égide da tecnociência, é preciso levar em consideração essas transformações. Assim, nesse novo cenário, os “conceitos de natureza, cultura, ciência e técnica” se misturam, tornando-se necessário que um novo olhar seja dirigido para o entendimento do ser humano, que se encontra

em novas ligações (novas formas de ser e estar) com o mundo (Oliveira, 2000; Lemos 2013; Miranda, 2018).

Essas novas ligações da pessoa com o mundo, advindas de um contexto afetado pela dimensão tecnológica, podem também fundamentar nosso estudo sobre o processo de subjetivação da pessoa infartada. Assim, ao estudar o processo de subjetivação na vivência do infarto, podemos nos voltar ao papel das dimensões tecnológicas sobre esse fenômeno, na medida em que a tecnologia pode impedir o ser humano de ser ativo sobre seu próprio corpo, uma vez que oferece certas comodidades na interação do sujeito com o ambiente, criando padrões de comportamentos sedentários que podem vir a condená-lo ao infarto. No mesmo sentido, não se pode desconsiderar as vivências estressantes em um mundo afetado pela velocidade e pelas exigências de adequação advindas também do “progresso” tecnológico. Mais ainda: é preciso ter em vista o uso de aditivos químicos “tecnológicos” nos alimentos, que trouxeram o aumento da produção para um mundo populoso, embora também tenham predisposto as pessoas a efeitos colaterais que afetam sua saúde.

Dessa forma, o fato de vivermos em um mundo onde presenciamos um vertiginoso desenvolvimento tecnológico, cada vez mais avançado, tem trazido, além de suas benesses, problemas frequentes, como doenças e problemas psicológicos. A tecnologia vem contribuindo para que as pessoas se engajem em um estilo de vida sedentário, uma vez que trouxe comodidade, rapidez e versatilidade na obtenção de informações e reduziu o esforço das pessoas no sentido de levá-las a buscar opções diferentes das oferecidas pela tecnologia nos diversos setores da vida, como no lazer, no trabalho e no estudo. As pessoas interagem intensamente com as inovações tecnológicas e acabam por descuidar do compromisso com práticas esportivas e ou recreativas (Melo *et al.*, 2004; Oliveira & Oliveira, 2020)

O sedentarismo é um fator preocupante, pois predispõe a diversas doenças, como o IAM. Antunes *et al.* (2019) ressaltam que o comportamento sedentário se relaciona com o estilo

de vida humano associado a atividades corporais com baixo gasto energético. Sendo assim, o acesso às tecnologias somado a hábitos alimentares sem qualidade, com alto consumo de calorias e baixo gasto energético levam ao sobrepeso e à obesidade, considerados também fatores de risco para o infarto (Guedes *et al.*, 2012).

Os fatores de risco são as circunstâncias que podem levar uma pessoa ao risco de desenvolver doenças cardíacas. Vários são esses fatores, mas o sedentarismo é o que apresenta maior ênfase, pois a falta de exercício físico é marcadamente o fator mais importante para o adoecimento das coronárias, visto que a atividade física regular é fundamental para a prevenção dessas doenças (Chagas, 2012). O American Heart Association (AHA) e o American College of Cardiology (ACC) estabeleceram algumas categorias para os fatores de risco cardiovasculares: independentes, que apresentam relação de causa e efeito já definida (tabagismo, hipertensão, dislipidemia, diabetes e idade avançada); predisponentes, que se caracterizam por não serem diretamente responsáveis (obesidade, obesidade abdominal, sedentarismo, história familiar precoce e fatores psicossociais); e condicionais, que apresentam um relação com a doença aterosclerótica, ainda que sem papel definido (triglicérides, LDEL-c, homocisteína, Lp(a), fibrogênio e marcadores inflamatórios). A AHA estabeleceu a obesidade e o sedentarismo como os maiores riscos cardiovasculares (Grundy *et al.*, 1999).

Paradoxalmente, é possível dizer que o avanço tecnológico nos brinda com o pior e o melhor impacto em nossas vidas, pois, ao mesmo tempo que pode trazer malefícios, pode também atuar na prevenção e no tratamento das doenças, bem como contribuir no sentido de prescrever condutas de prevenção. Quando o sujeito é acometido por uma doença (por exemplo, o infarto), ele passa pelo processo de recuperação utilizando tecnologias que podem ser decisivas à manutenção de sua vida. Tais afirmativas nos dirigem ao fato inexorável do atravessamento do ser humano pela tecnologia, o qual se faz, a cada tempo, em um contexto

histórico-social mais presente, mais essencial e mais impactante, condicionando a existência humana em diversos setores da vida e em sua dimensão subjetiva.

Tal atravessamento tecnológico é discutido por Freud (1930/1969) em *O mal-estar na civilização*, quando ele se refere ao progresso humano e afirma que a civilização e o progresso civilizatório oportunizaram ao ser humano diversos confortos que antes ele não tinha, mas ao preço de causar desconfortos também pelos quais ele não passava. O autor afirma que muitas pessoas passaram a demonstrar atitudes hostis em relação à civilização e até mesmo condená-la, fundamentadas, segundo ele, em uma longa história de insatisfação por certos fatos históricos específicos. Em suas palavras,

O que chamamos de nossa civilização é em grande parte responsável por nossa desgraça e que seríamos muito mais felizes se a abandonássemos e retornássemos às condições primitivas [...] constitui fato incontroverso que todas as coisas que buscamos a fim de nos protegermos contra as ameaças oriundas das fontes de sofrimento, fazem parte dessa mesma civilização. (Freud, 1930/1969, pp. 105–106)

Freud assinala que a mesma civilização que busca se proteger, é também responsável pela desgraça que sofre. De acordo com ele,

Essas coisas — que, através de sua ciência e tecnologia, o homem fez surgir na Terra [...] — ele as pode reivindicar como aquisição cultural sua. [...] Há muito tempo atrás, ele formou uma concepção ideal de onipotência e onisciência que corporificou em seus deuses. [...] Hoje, [...] ele próprio quase se tornou um deus [...]. O homem, por assim dizer, tornou-se uma espécie de “Deus de Prótese”. Quando faz uso de todos os seus órgãos auxiliares, ele é verdadeiramente magnífico; esses órgãos, porém, não cresceram nele e, às vezes, ainda lhe causam muitas dificuldades. (Freud, 1930/1969. p. 111)

Assim, se o avanço tecnológico, por um lado, trouxe muitas contribuições para a vida dos seres humanos no que se refere ao controle das doenças, por outro, e contraditoriamente, aumentou o sofrimento das pessoas por problemas de saúde, acentuando ou causando seu adoecimento (doenças mentais, nervosas, pulmonares, cardíacas, alérgicas, cancerígenas, dentre outras). Dessa forma, ao mesmo tempo que a tecnologia adoece, ela provê a solução para as doenças. Nesse contexto, o uso das tecnologias passa a ser de interesse mundial, e a prevenção contra seus riscos se torna a pauta do dia em uma sociedade pós-moderna transformada em “uma sociedade mundial do risco” (Kawamura, 1987; Barros & Roldão,

2017). A sociedade pós-moderna, em seu aparato tecnológico, é um mecanismo que parece ter atingido o coração dos processos e práticas de subjetivação, capturando o cuidado de si (ou a relação de si consigo mesmo) de modo a atravessá-lo por inusitadas potências (Cardoso Júnior, 2005). Assim, há que se discutir sobre as condições de produção das subjetividades. Como dispõe Oliveira (2000),

Como estão em jogo a possibilidade de gestão coletiva das novas tecnologias e o estatuto do humano e do ser vivo, acreditamos que hoje é imperiosa uma análise mais acurada sobre o que são os modos de subjetivação e quais as condições de sua produção. (p. 17)

Atualmente, o computador e a *internet* estão maciçamente presentes no cotidiano das pessoas, e isso tem produzido mudanças na sociedade e reconfigurando o *modus operandi* dos sujeitos — a maneira como eles se relacionam com o mundo, com o outro e com eles mesmos. A importância de uma análise mais profunda da questão do impacto da tecnologia no processo de subjetivação é assinalada por Meyer (1999), quando este afirma que vivemos em um contexto caracterizado pela

[...] perda do senso de realidade, de sentido e de valores, ocasionada pela virtualização do homem, pelo jorrar incessante de informação e imagens via televisão, internet, propaganda [...] é levantada [inclusive] a dominação planetária da ciência e da tecnologia, com a consequente eliminação das diferenças culturais. O homem tende a perder um certo senso de interioridade, as coisas simples perdem o seu valor, o pensamento é soterrado pela avalanche de imagens. (p. 154)

Tal como Meyer, filósofos como Jean Baudrillard²⁹ e Paul Virilio³⁰ também apresentam uma visão pessimista no que se refere à virtualização, pois acreditam que esta produz uma desrealização e um desmantelamento da noção de espaço-tempo. No entanto, Lévi³¹, como uma voz dissonante dos críticos da virtualização, apresentando-se menos pessimista, afirma que estamos vivendo um movimento geral de virtualização. Também, ao encontro de Levi, Guattari (1992) chama a atenção para o fato de as tecnologias de comunicação (mídias eletrônicas,

²⁹ Sociólogo e filósofo francês. Desenvolveu uma série de teorias sobre os impactos da comunicação e das mídias na sociedade e na cultura.

³⁰ Filósofo, urbanista francês, arquiteto, polemista e autor de livros sobre as tecnologias da comunicação.

³¹ Filósofo, sociólogo e pesquisador em ciência da informação e da comunicação. Estuda o impacto da *internet* na sociedade, as humanidades digitais e a virtualidade.

informática e telemática) participarem da “heterogênese do humano” e, nesse seguimento, fazerem parte da produção de novas subjetividades. Dessa forma, Guattari (1992) sinaliza a existência de uma dinâmica dupla e simultânea de uma “homoginização universalizante e reducionista da subjetividade e uma tendência heterogenética, quer dizer, um reforço da heterogeneidade e da singularização de seus componentes” (p. 15). Ele ainda acrescenta que uma cultura virtualizada pode caminhar para “a criação, a invenção de novos Universos de referência” ou, no sentido inverso, para a “massmidialização embrutecedora, à qual são condenados hoje em dia milhares de indivíduos” (pp. 15–16). Nessa acepção, compreendemos a possibilidade de a virtualização originar novos modos de subjetivação, quais sejam: o igualamento, a singularização ou, ainda, a bestialização. Assim,

O que importa aqui não é unicamente o confronto com uma nova matéria de expressão, é a constituição de complexos de subjetivação: indivíduo-grupo-máquina-trocas múltiplas, que oferecem à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, de se re-singularizar. (Guattari, 1992, p. 17)

Os novos universos de referência, advindos da virtualização em “paisagens de informação”, se constituem enquanto complexos de subjetivação, na medida em que as palavras criam contexto para que a pessoa processe a informação. Como afirmam Alves e Mancebo (2006),

O espaço que agora se apresenta através do novo veículo de contato com o mundo não é uma paisagem de árvores, oceanos, pássaros, mas uma “paisagem de informação”, configurada por palavras, parágrafos, imagens, conceitos, códigos e números. Tal paisagem faz com que o clássico hábito de organizar a informação seja suplantado pela exposição a um sistema que tem por modelo não o lápis ou as máquinas impressoras, mas o modo como a mente humana processa a informação. A máquina deixa de ser prótese e extensão do homem para inserir-se em seu mundo, com uma ambientação que determina sua existência, configurando novos domínios da experiência contemporânea de estar-no-mundo [...]. (p. 7)

Assim, conforme aponta Santaella (2008), quando o usuário está plugado no ciberespaço, ele apresenta uma aparente imobilidade do corpo. No entanto, há uma quantidade de estímulos sensoriais e rápidas percepções síncronas a operações mentais. Dessa forma, as subjetividades já apresentam novas configurações, tanto em nível da percepção sensorial quanto no de outras esferas, tais como a mental, a psicológica e a corporal. Pode-se concluir que a

perspectiva subjetiva é afetada por mudanças de ordem social e tecnológica ou de ordem objetiva, em uma relação dialética. Podemos ser afetados de diferentes maneiras pelas tecnologias, e a virtualização afeta nossos corpos, a economia, nossa inteligência e também nossa composição com o outro (Lévy, 2000; Santaella, 2008; Araújo & Antoniassi Júnior, 2015).

3 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: ORGANISMO, CULTURA E ESPIRITUALIDADE

Todos nós desejamos viver com saúde, e é por isso que, desde muito, o ser humano se preocupa com essa condição de vida. Não há sociedade que não tenha se organizado para enfrentar doenças, produzindo conhecimentos, recursos e técnicas com o objetivo de viabilizar o tratamento dos males que acometem as pessoas. Todas elas buscam compreender os fatores e os processos que determinam o adoecimento e a morte, como uma tentativa de evitar ou adiar a incidência desses eventos pelo maior tempo possível.

A ciência, nesse processo, exerce um papel muito importante, pois, à medida que evolui, oferece explicações para os fenômenos envolvidos no adoecer, reformulando o conceito de saúde com o propósito de ditar prescrições para a manutenção desse estado. Isto posto, supõe-se que o binômio saúde-doença convoca a uma discussão sobre os conceitos de saúde e doença e como ambos se relacionam. Leva-se em consideração que o processo de saúde-doença tem significados individuais e culturais diferentes, pois “saúde e doença são expressões de um conjunto inter-relacionado ou dinâmico das circunstâncias físicas, biológicas, sociais, culturais e ambientais peculiares a cada indivíduo ou comunidade” (Savastano, 1980, p. 3).

Destarte, os conceitos relativos à saúde (e à doença) se constroem nos discursos empreendidos ao longo da história da humanidade e, por isso, não se fazem verdades absolutas, nem estáticas; pelo contrário, são absolutamente mutáveis e cadenciados pelo balanço vivencial da espécie humana. As concepções referentes à saúde e à doença, ao longo dos tempos, estiveram condicionadas ao desenvolvimento teórico-conceitual da ciência e, também, às ideologias que referendam alguns conceitos mais do que outros. Tais concepções se transformam na medida da experiência, em uma constante retroalimentação que culmina na

validação de práticas e instituições (Oliveira & Egry, 2000; Czeresnia *et al.*, 2013/2016).

Czeresnia *et al.* (2013/2016) afirmam que

Ao reconhecermos a temporalidade dos conceitos de saúde e de doença, valorizamos seus campos de constituição nas diferentes épocas. Tais conceitos formam parte de uma trama complexa de relações, representações e percepções, nas quais se entrelaçam aspectos amplos de vida e morte, orientações filosóficas e dimensões mais específicas, como possibilidades experimentais, tecnológicas, protocolos terapêuticos, modelos de formação médica, institucionalização e regulamentação das profissões na área da saúde, organizações sociais nas quais se inserem as práticas e instituições de saúde. (pp. 29–30)

A humanidade produziu, ao longo de sua história, diferentes teorias interpretativas do processo saúde-doença, na tentativa de inferir as causas da mudança de um estado para o outro. Tais teorias dizem respeito ao contexto e à visão de mundo de cada época, o que pode levá-las a incorrer em projetos que se divergem filosoficamente e, mais ainda, que se mostram contraditórios no que se refere a suas intervenções sobre a realidade das emergências humanas (Oliveira & Egry, 2000; Pinheiro *et al.*, 2004; Langdon & Wiik, 2010). Muitas são as teorias sobre a etiologia das doenças no seio de cada grupo social, posto que cada um destes apresenta um tipo de explicação que, conforme Langdon e Wiik (2010), expressam a interseção entre a saúde (em conjunto com a doença) e a cultura em um dado momento. Dessa forma, “cada época vivida pela humanidade apresenta modos particulares de viabilizar cuidados a um indivíduo doente e compreensão sobre o processo saúde-doença” (Silva *et al.*, 2021, p. 118).

De acordo com o pensamento médico-científico racional, os fenômenos devem ser explicados por estudos que se baseiem na observação, na experiência e nas mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Durante muito tempo, a saúde foi considerada e conceitualizada de acordo com seu oposto. Ou seja, a ênfase não estava em conceituar a saúde, mas, sim, em opor essa condição à de doença; portanto, a saúde era concebida como a “não-doença”. Cristopher Boorse³², em 1977, em referência à crítica de natureza técnica, tentou

³² Cristopher Boorse, professor de Filosofia da Biologia e Filosofia da medicina da Universidade de Delaware, dedica-se a desenvolver uma teoria naturalista da saúde. Em meados da década de 1970, ele escreveu uma série de artigos sobre problemas filosóficos e conceituais das noções de saúde e doença, o que veio a constituir a Teoria Bioestatística da Saúde (TBS) (Almeida Filho & Jucá, 2002).

formular um conceito de saúde, mas acabou por elaborar também um conceito negativo desse estado: saúde como a ausência de doença, à medida que cada parte do organismo se apresenta com bom desempenho em sua função natural. Mas, se apenas os dados objetivos eram considerados para classificar uma pessoa como saudável ou doente, outras variáveis acabavam por ser excluídas, tais como as dimensões econômica, social, cultural e psicológica, bem como o olhar de uma clínica experiente. Essa definição da saúde como negativo da doença foi muito criticada, em conjunto com a teoria boorseana (Batistella, 2007).

Também, a semiologia³³, juntamente com a perspectiva médica, refere-se à saúde como a ausência de doença, claramente correspondendo aos estudos e escritos clínicos. Nessa perspectiva, as pessoas que não apresentam sintomas estão saudáveis. Tal concepção, referenciada em aspectos quantitativos, desconsidera a dimensão da saúde como força para enfrentar a existência. Ora, as dificuldades são parte do processo vivencial, e a saúde, nesse seguimento, não é absoluta, estando vinculada à possibilidade da doença e, por conseguinte, à recuperação desse estado (Czeresnia *et al.*, 2013/2016).

Conforme Almeida-Filho e Andrade (2003), “em uma perspectiva rigorosamente clínica [...], a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ‘ausência de doença’. [...] os estados individuais de saúde não são excludentes *vis à vis* a ocorrência de doença” (p. 101). Outros autores afirmam que a saúde das pessoas deve ser considerada caso a caso, não sendo possível padronizá-la ou determiná-la previamente. O conceito de saúde não pode, nesse viés, ser desconectado do contexto concreto das vivências individuais, posto que a saúde, para cada ser humano, ocupa um lugar diferente, tendo em vista que cada experiência é única (Caponi, 1997; Dejours, 1986; Czeresnia *et al.*, 2013/2016). Como

³³ Semiologia médica é o estudo dos sintomas e dos sinais das doenças. Esse estudo permite que o profissional da área da saúde possa identificar alterações físicas e mentais, organizar as manifestações observadas e proceder com o diagnóstico e formas de tratamento. Por sinal e sintoma, temos que: (a) sintomas podem ser objetivos (observados por quem examina) e subjetivos (observados pelos pacientes); e sinais são dados relevantes das doenças que a pessoa que examina provoca (Dalgallarrondo, 2008; Sá Júnior, 1988).

assevera Dejours (1986), “não se pode substituir os atores da saúde por elementos exteriores” (p. 1).

Tal assertiva demarcada pelos autores pode ser visualizada em Garcia (1997), na pesquisa que este realizou em um centro de saúde de Florianópolis, com o objetivo de discutir a condição educativa das ações de saúde. Garcia (1997) constatou que os entrevistados, ao se referirem à saúde, sempre a relacionavam com determinantes ligados a “seu sentir individual e próprio”: eles vinculavam a saúde “com um estado de bem-estar, como algo ‘que sente’, de sentir-se bem, de ‘estar bem consigo mesmo’, de ‘estar feliz’, de ‘estar de bem com a vida’” (p. 29). O autor afirma que não era sua intenção criar uma celeuma no que diz respeito à desigualdade social, e sim lançar luz ao fato de que muitas pessoas podem se sentir vivendo em estado de saúde em condições que, segundo nossos valores, não reconheceríamos como tal.

Canguilhem (1966/2006) chama a atenção para o fato de saúde significar a possibilidade de adoecer e poder sair do estado de patologia. Dito de outra forma, a saúde é uma evidência de que se está preparado para encarar situações difíceis, dentro do que cada pessoa apresenta de tolerância, segurança ou resiliência para enfrentar tais dissabores na sua interação com o meio. Mais ainda, a saúde pode funcionar como um indicador das possibilidades de ação que a pessoa tem, podendo, inclusive, ditar novas performances. Para esse autor, “é compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é objetiva. [...] A clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções” (pp. 53–55).

Pinheiro *et al.* (2004) ressaltam que, mais recentemente, surgiram novas perspectivas para o entendimento da doença. O viés filosófico, por exemplo, a define como uma necessidade de ajuda subjetiva, clínica ou social, posto o desequilíbrio entre o físico e o psíquico. Já no viés antropológico, cuja base é construcionista, a doença é definida conforme as variações entre pessoas, grupos culturais e classes sociais. Os autores enfatizam a importância de considerar

que o sujeito está inserido em uma sociedade, a qual interfere no seu processo de saúde-doença.

Em seus termos,

A definição de doença não inclui somente a experiência pessoal, mas também o significado que o indivíduo confere aos problemas de saúde, e ainda, cada cultura possui uma linguagem de sofrimento própria, que faz a ligação entre as experiências subjetivas de mal-estar e seu reconhecimento social, vendo o adoecer como um processo social que envolve toda a comunidade que cerca aquele doente, à medida que seus integrantes sentem-se obrigados a cuidar dele. (p. 96)

Berlinguer (1988) define a doença como um processo essencial e contínuo de ação-reação, que ocorre tanto no organismo como entre o ambiente natural e o social. O autor organiza o processo saúde-doença e suas interpelações em cinco etapas: o sofrimento, a diversidade, o perigo, o sinal e o estímulo (Pinheiro *et al.*, 2004). No que diz respeito ao sofrimento, Berlinguer (1988) afirma que este nem sempre diz respeito à dor física, pois a doença é frequentemente relativa à perda de poder físico ou da dignidade humana. Essa perda de poder tem implicações subjetivas e revela a arrogância das pessoas sadias, evidenciando a desigualdade social. Quanto à diversidade, o autor critica a definição desse aspecto no sentido da anormalidade ou da inferioridade em relação à média da população, uma vez que existem gradações entre o tipicamente normal e o claramente patológico. No que tange à etapa do perigo, o autor encaminha a noção de contágio de uma pessoa para outra, bem como as angústias que isso traz para a vida com o outro — o perigo social. O perigo é usado como alegação para exercer controle sobre as pessoas, e não sobre as doenças. Isso foi provado quando foram descobertos os micróbios. O sinal é o lado positivo da doença, é a instauração de um desequilíbrio tanto da existência privada quanto da coletividade, o qual é frequentemente negado ou até mal interpretado. Por fim, a doença é como um estímulo (também o seu lado positivo) para buscar conhecimento e levar ao desenvolvimento de tecnologias e à evolução cultural (criatividade e transformações), uma vez que as ciências, ao analisarem fenômenos patológicos, sempre oferecem referências para se compreender o desempenho normal dos organismos vivos.

Para Berlinguer (1988), a doença é bem maior que os sinais e sintomas corporais ou até mesmo que a interação organismo-ambiente. Ela apresenta uma incoerência interna, pois, mesmo apresentando caráter negativo, ela pode proporcionar muita coisa positiva e também contribuir para a reflexão quanto ao papel da sociedade que responsabiliza o sujeito em seus processos de adoecimento, desde a mística divina culpabilizadora até hoje, quando aquele recorre a estilos de vida patogênicos.

Em uma perspectiva epistemológica, a doença não é apenas um fenômeno biológico, mas também institucional e simbólico. Como afirma Samaja (2000),

A enfermidade humana é um fato institucional, inclusive para uma patologia eminentemente somática, como por exemplo uma fratura. O estar “fraturado” redefine o sistema de vínculos não somente do indivíduo que sofre a fratura, mas do entorno social, que regula o comportamento dos demais para com o doente. Por esta razão a inclusão de uma terceira categoria — Cuidado — no par conceitual Saúde/Doença significa um componente inelutável na constituição de uma ciência da saúde humana. (p. 36)

Dado o exposto, a doença deixa de ser explicada como um episódio unicausal e passa a ser considerada em sua multicausalidade, proporcionando maiores possibilidades à saúde, na medida em que se passa a considerar o fato de os males serem causados não apenas por agentes patológicos, por hospedeiros e pelo meio ambiente separadamente, mas também por fatores psíquicos, ampliando, por conseguinte, a noção de ser humano como ser bio-psico-social (Pinheiro *et al.*, 2004; Martins, 2005; Backes *et al.*, 2009). Assim, “a partir dos fatores de natureza fisiológica e anatômica, estudados tradicionalmente, passou-se também a considerar como causadores de doença os fatores socioeconômicos, culturais e ecológicos” (Martins, 2005, p. 2). Dessa forma, tal conceito foi se ampliando, e outras dimensões foram sendo consideradas em sua definição: as dimensões física, emocional, mental, social e espiritual do ser humano. Hoje, a definição da Lei Orgânica de Saúde (LOS), Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990³⁴, busca ir além da proposta da OMS, sendo, pois, mais ampla, contemplando não só fatores

³⁴ É a lei que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como para a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 1990a).

determinantes, mas também condicionantes do processo saúde-doença. Essa lei regula o SUS e tem sua complementação em outra: a Lei n. 8.142, 28 de dezembro de 1990³⁵ (Tambellini & Schütz, 2009).

Segundo Langdon e Wiik (2010), as questões ligadas à saúde e à doença devem ser consideradas a partir dos contextos socioculturais particulares em que esses processos ocorrem. É na intersecção entre saúde e cultura que se pode refletir sobre as conjecturas teórico-filosóficas, isto é, refletir sobre aquilo que se observa nos fenômenos relativos à saúde e em sua relação com as teorias da cultura³⁶. Martins (1996) atesta esse pressuposto, afirmando que a maioria das doenças não tem existência apenas em fatores genéticos, estando também relacionada à sociedade em que a pessoa vive, guardando com esta uma relação estreita, podendo ser pensada como “uma síntese de determinações biopsicossociais. Nesta perspectiva, a doença não surge de repente. Adoecer não é diferente de sentir-se doente” (p. 41).

Nesse ponto, o “sentido pessoal” é importante, pois ele é marcado por experiências individuais adquiridas ao longo da vida. Mesmo que existam significações prontas e elaboradas na história de cada cultura, estas só se tornam relevantes mediante os sentidos que lhe são conferidos por cada sujeito. Esse sentido depende da vida da pessoa e de sua existência no mundo, sendo as representações de cada sujeito mediadas por sua relação com o mundo e sua subjetividade dada nessa interação (Martins, 1996). Conforme afirma Leontiev (1978), “o sentido é antes de mais nada uma relação que se cria na vida, na atividade do sujeito” (pp. 96–

³⁵ É a lei que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b).

³⁶ Por cultura, Langdon e Wiik (2010) entendem “um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social” (p. 175). Eles asseveram ainda a necessidade de se atentar a três pontos relevantes para a compreensão do significado de atividade sociocultural. Em seus termos, “cultura é apreendida, compartilhada e padronizada. Apreendida: não se pode explicar as diferenças de comportamento humano através da biologia de forma isolada; a cultura modela as necessidades e características biológicas e corporais. Compartilhada: pelos indivíduos formadores de uma sociedade que torna as potencialidades em atividades específicas, diferenciadas e simbolicamente inteligíveis e comunicáveis. Padronizada: pois consiste em uma criação humana partilhada por grupos sociais específicos” (p. 175).

97). Se o sentido pessoal se dá a partir da relação da pessoa com o mundo, pode-se dizer que o desenvolvimento da noção de saúde é determinado pelo social, bem como pelas distintas necessidades e pelos processos idiossincráticos que estão ordenados nessa experiência. Dessa forma, o adoecimento é determinado pelo social, não sendo apenas um processo da pessoa. Esse posicionamento incorpora os aspectos sociais e individuais e retoma a pessoa enquanto sujeito nos processos de saúde-doença (Mori & Gonzáles Rey, 2012).

No entanto, Mori e Gonzáles Rey (2012), ancorados no enfoque histórico-contextual, baseiam-se na teoria da subjetividade, tratando esta enquanto processo subjetivado que não se restringe à experiência individual ou àquela determinada por processos sociais, mas que abarca uma abordagem ampliada, que prioriza a articulação entre subjetividade e saúde em uma dimensão processual que considera a saúde um processo contínuo que integra o social, o cultural e a história diferenciada da pessoa e das sociedades. Há que se pensar a saúde e a doença como experiência pública e privada, considerando, dessa forma, “a pessoa como sujeito, além da plurideterminação de sua organização” (p. 2). Desse modo, “a essência humana não é o que ‘esteve sempre presente’ na humanidade (para não falar mesmo de cada pessoa), mas a realização gradual e contínua das possibilidades imanentes à humanidade, ao gênero humano” (Heller, 2008, p. 15). Sendo assim, influência social alguma opera de maneira linear e direta no individual; ela se organiza em produções de sentido subjetivo que nos dão a possibilidade de compreender as múltiplas e diferentes experiências pessoais (Mori & Gonzáles Rey, 2012).

Dessa forma, a produção subjetiva da pessoa na saúde e na doença é organizada a partir de diferentes elementos que estão presentes tanto na sua história individual quanto nos aspectos sociais e culturais. A história e o momento atual da vida da pessoa não estão numa relação de determinação, mas como constituintes da complexa configuração dos processos subjetivos. A saúde ou doença, nesses termos, são subjetivados pela pessoa na sua vida e lhe possibilitam diferentes produções de sentido em relação a eles. O que implica dizer que nenhum desses processos existe em abstrato, ou com uma representação já dada, mas como fenômenos que estão presentes e são subjetivados tanto socialmente como individualmente. (Mori & Gonzáles Rey, 2011, p. 101)

Para esses autores, os recursos subjetivos da pessoa determinam a maneira como ela assume seu processo de adoecimento, considerando que isso produz impacto nos processos de

subjetivação. O fato de a pessoa ser sujeito da doença não implica que ela negue sua condição, mas, sim, que, apesar das limitações da doença, ela não perca o interesse pela vida. Assim, ser sujeito da doença é a manifestação de ser sujeito na vida, assumindo posturas diferentes no caso do surgimento da enfermidade. A maneira como a pessoa se coloca tem a ver com os aspectos da subjetividade social, pois o processo individual é condicionado por discursos, representações sociais e outras práticas sociais que se dão mediadas pela cultura. Sendo assim, a representação de saúde e de doença revela uma articulação com a dimensão social (Ferreira, 1994; Helman, 2009).

Segundo Lamosa (1990) o ser é resultante dos vetores biopsicossociais; quando doente, o biológico apresenta-se em desequilíbrio; o psíquico é resultado de outros vetores como os repertórios adquiridos (personalidade) e a forma de interpretar os acontecimentos entre o real e o imaginário. O social engloba a família (de onde vem e para onde se retorna), a sociedade (comunidade, escola, trabalho, etc) e também a equipe de profissionais que dão atendimento ao doente.

Em seu livro *O normal e o patológico*, Canguilhem (1966/2006) critica a visão segundo a qual o patológico é apenas uma variação quantitativa do normal, pois há uma grande gama de possibilidades fisiológicas e contextuais durante a vida. O autor questiona a visão de doença como uma realidade objetiva, como se o processo de vida da pessoa estivesse à margem, e discute a validade da noção normativa do discurso médico, que busca enquadrar as pessoas em seus diagnósticos definidos, cujas fronteiras entre saúde e doença são apresentadas de maneira rígida. Ele propõe, então, uma abordagem qualitativa capaz de diferenciar o estado patológico do estado normal de um organismo, visto que um mesmo organismo se comporta de maneiras absolutamente diferentes em cada situação. Para o autor, cada pessoa tem sua percepção sobre si mesma, as condições individuais são flexíveis e o limite entre o normal e o patológico, quando se trata de uma única pessoa, pode ser preciso. Dessa forma, estar saudável ou doente passa a

ser uma determinação individual: quem determina o valor da doença é o doente. Nessa mesma linha de raciocínio, Dias e Oliveira (2013), referindo-se à doença, afirmam: “ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra. A doença é uma forma diferente de vida” (p. 4).

A presença ou a ausência de doença se configura como um problema tanto pessoal quanto social: “é pessoal porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionada com a saúde física e mental da pessoa. É social, pois a doença de uma pessoa pode afetar outras pessoas significativas que fazem parte das relações com a família, com os amigos com os colegas etc.” (Dias & Oliveira, 2013, p. 5). Dias e Oliveira (2013) acrescentam que a saúde e a doença integram experiências particulares de cada pessoa e, dessa forma, pertencem à dimensão subjetiva da existência (afetos, desejos e outras intenções para empreender maior qualidade de vida).

Certamente, as experiências particulares ocorrem em contextos que também exercem influência sobre os corpos. Albuquerque e Silva (2004), ao abordarem os aspectos da determinação social da doença, afirmam que “a doença ocorre de modo diferente nas diferentes sociedades, nas diferentes classes e estratos de classes sociais, apesar das semelhanças biológicas entre os corpos dos seres humanos que as compõem” (p. 962). Nesse sentido, Laurell (1982) pontua:

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. (p. 137)

Canguilhem (1966/2006) chama atenção para o fato do corpo ser produto de movimentos complexos de troca com o ambiente, os quais podem contribuir na determinação do fenótipo. A saúde seria equivalente a uma organização implicada tanto na esfera biológica quanto no modo de vida; ela seria um produto-efeito de um modo de vida, seria um sentimento de ser capaz de enfrentar o domínio da doença — uma espécie de segurança contra os possíveis

riscos. O autor sinaliza que a saúde científica poderia abarcar também alguns aspectos da saúde individual, subjetiva e filosófica, e não apenas a doença e os riscos.

Apesar de explicações puramente biológicas serem predominantes na medicina, vemos que tal assertiva vem sendo questionada em diversos estudos que têm evidenciado a influência da mente e das emoções nos estados de saúde. Já é sabido que o sistema nervoso autônomo é responsável pela coordenação do funcionamento de todos os órgãos internos, sendo ele regulado pelo sistema límbico, que, por sua vez, é afetado por experiências afetivas e emocionais da pessoa inserida em um contexto social. Não obstante, a PNI, que investiga as interações entre o sistema neuroendócrino, o sistema imune, os aspectos psicológicos e os comportamentais, tem evidenciado que o sistema imune influencia e é influenciado pelo cérebro (Ursin, 2000).

Ao abordar a saúde nessa perspectiva de organização biológica, somada à maneira de viver, podemos desvelar os efeitos dos estilos de vida nas emoções e também o papel destas no processo de adoecimento. Nesse ponto, o estudo das possíveis influências das emoções nos estados de saúde-doença talvez possa lançar luz a mais um aspecto que pode ser relevante e determinante para a presente discussão.

A discussão da relação das emoções com a saúde é bem antiga e se prolonga até hoje, ainda com impasses. Foi entre 1930 e 1940 que algumas pesquisas ressaltaram os fatores emocionais como causadores de doenças. Nessa mesma época, ocorreu o desenvolvimento da medicina psicossomática, enfatizando o corpo como uma unidade, contrariando a dicotomia mente-corpo. Os trabalhos comprovaram que as emoções intensas podem influenciar as funções do organismo e provocar alterações físicas próprias, de acordo com cada situação emocional. O estudo que Freud realizou com suas histéricas evidencia que o processo emocional prolongado altera o corpo de forma crônica. O estudo de Alexander (1989), por seu turno, chama a atenção para os distúrbios emocionais das funções vegetativas, pois, quando as

emoções não são expressas e a ação que seria externalizada é encoberta, ocorrem modificações vegetativas internas crônicas. Dessa forma, o processo fisiológico não se realiza por completo, e isso leva a problemas orgânicos e crônicos, como a úlcera (distúrbios gástricos) e as alterações vasculares (hipertensão arterial essencial), ao passo que, se os processos seguissem seu curso e a ação ocorresse, tudo estaria normal (Martins, 1996).

A abordagem psicossomática tem buscado estabelecer a relação entre o aspecto biológico e o psicológico, na medida em que enfatiza o papel das emoções para o surgimento de enfermidades. Segundo essa abordagem, os fatores psíquicos exercem influência no surgimento das doenças somáticas, pois aquilo que a pessoa não consegue elaborar pode ser expresso por meio da doença no corpo (Goulart & Silveira, 2020). Já a medicina social e a saúde coletiva desconsideram os aspectos psicológicos como fundamentais para o processo de adoecimento, pois enfocam o processo saúde-doença no viés materialista-histórico, contemplando duas categorias, a classe social e o trabalho, priorizando a articulação da saúde com as dimensões econômicas, políticas e ideológicas (Laurell, 1982), sem, com isso, sinalizar a importância dos aspectos psicológicos (Martins, 1996).

No que se refere à psicologia, existem posicionamentos diversos quanto ao papel das emoções no adoecimento da pessoa. As teorias sociopsicológicas enfatizam a determinação e a construção social do processo de adoecer. Algumas pesquisas podem ser consideradas, como aquela que aponta que pessoas com apoio social baixo têm duas vezes mais chance de morrer do que pessoas com elevado apoio social (sem dúvida, com os fatores de risco clássicos controlados). Tal assertiva vale para vários tipos de doença, como a isquêmica, o câncer e as doenças cardiovasculares (Ehcebarria, 1989).

Goulart e Silveira (2020) citam pesquisas que descrevem as emoções — negativas, principalmente — como um dos fatores de risco para as doenças do coração. Pinho e Marca (2018) ressaltam que o coração apresenta “duas faces”: a biológica, como é tratado pela

medicina e abordado nos livros de cardiologia, sendo ele o órgão responsável por bombear o sangue para todo o corpo para a manutenção da vida; e a simbólica, como aparece no imaginário social, ostentado pela arte em suas figuras e tido como o centro das emoções e dos afetos que, a depender da forma como estes são vividos, sua força e sua frequência de ocorrência são considerados fatores de vulnerabilidade para o adoecimento cardíaco. Além disso, as vivências emocionais e afetivas também interferem na maneira como a pessoa enfrenta a doença, bem como em suas fantasias, expectativas e angústias. Mais ainda: quando o coração é acometido por uma enfermidade, a pessoa pode viver o processo de adoecimento com angústia, fantasia, medo e ansiedade, além de vivenciar o luto por perder sua saúde integral, posto que o coração é carregado de simbolismo, sendo visto como centro da vida, da coragem e da razão e como símbolo do amor, trazendo consigo uma grande carga psicológica que não possibilita separá-lo em corpo e emoção (Ismael, 2017; Santos *et al.*, 2017).

Alguns autores não desconsideram os aspectos biológicos³⁷, mas se mantêm atentos às questões emocionais e psicológicas. Hipócrates assinalava a influência das emoções sobre um órgão. Em sua perspectiva, o coração poderia se contrair com as emoções negativas e relaxar com as positivas³⁸ (Santos *et al.*, 2017). Em concordância, Morschhitzky e Santor (2013) afirmam que “emoções não nos movem somente internamente, e sim ativam também o nosso corpo e o levam a um estado de tensão” (p. 13). Alguns estudos demonstram a existência de uma relação entre doenças cardiovasculares e fatores psicossociais, como estresse, depressão,

³⁷ Existem fatores de risco tais como o “uso de tabaco, dietas inadequadas e obesidade, sedentarismo e o uso nocivo do álcool, hipertensão, diabetes e hiperlipidemia” (Organização Pan-Americana de Saúde, 2017). No caso do IAM, parte do músculo cardíaco é necrosado por falta de oxigênio, pois a artéria coronária é obstruída. Seus sintomas mais comuns são dor ou desconforto intensos no peito, aperto, opressão, peso e queimação, podendo ser acompanhados de tontura, falta de ar, aumento da frequência cardíaca, náusea e vômito, sudorese, palidez, mal-estar súbito e sensação de morte. Dessa forma, as doenças cardíacas (aguda ou crônica) podem comprometer o funcionamento do coração, uma vez que o afetam em uma ou mais regiões anatômicas (Hcor, 2018).

³⁸ As emoções positivas estabelecem experiências agradáveis e fortalecem a saúde; as negativas dizem respeito às experiências desagradáveis e, contrariamente, comprometem a saúde. Alguns estados emocionais negativos, tais como a ansiedade, a raiva, o ódio e a tristeza, são mais estudados porque frequentemente aparecem associados a transtornos (Martins *et al.*, 2008).

emoções negativas e positivas etc. Tanto expressar emoções exacerbadamente quanto inibi-las trazem implicações à saúde. A inibição, a propósito, demanda um esforço psicológico maior, que pode ocasionar estresse cumulativo (Kubzansky & Kawachi, 2000; Bonomo & Araújo, 2009).

As emoções movimentam o organismo, e esse movimento começa com a alteração do ritmo cardíaco e da respiração. O organismo que luta ou foge tem seu coração acelerado e aumentado em volume para enfrentar a situação; posteriormente, esse órgão volta ao normal (Goulart & Silveira, 2020). Dessa maneira, tanto as emoções negativas quanto as positivas podem contribuir para a incidência de doenças específicas, ou, ainda, pode ser o efeito da doença, que afeta seu prognóstico, o engajamento do sujeito ao tratamento e até mesmo a recuperação deste (Bonomo & Araújo, 2009).

O quadro relativo à doença de Takotsubo, ou “síndrome do coração partido”, nos remete ao efeito de emoções específicas no corpo, visto que se assemelha ao IAM, sem, no entanto, obstruir as artérias coronárias. Tal doença tem ocorrência inesperada, normalmente após um trauma estressante, como perda de entes queridos, separações, acidente etc. (Knobel *et al.*, 2010; Pinho & Marca, 2018). Martins e Melo (2008) afirmam que a emoção é relevante porque engloba os paradigmas biopsicossociais, produzindo alterações das funções nesses três níveis (psicológico e cognitivo, biológico e social), como podemos constatar no trecho a seguir:

A nível psicológico e cognitivo, as emoções modificam funções intelectuais, nomeadamente a percepção, o pensamento, a memória, a atenção, a capacidade de concentração e a consciência crítica. Do ponto de vista biológico, induzem modificações corporais e, quando ocorrem, alteram o traçado eletroencefalográfico, a tensão muscular, a ativação do sistema nervoso vegetativo e certas secreções hormonais, como a adrenalina, a noradrenalina, a insulina e os corticosteroides, podendo conduzir a doenças psicossomáticas. Numa perspectiva social, as emoções desempenham um papel de especial relevo na motivação humana, podendo influenciar aspectos como a personalidade, as relações sociais, o desempenho profissional, a vida sexual, a ascensão numa carreira ou a própria maneira de viver dos indivíduos. (Martins & Melo, 2008, p. 126)

Dessa maneira, não é a vivência dos afetos por si só que gera doenças cardiovasculares, pois o fato de sentir emoções não implica que estas causem doenças do coração. Temos que a

elevação da pressão, das taxas de colesterol e de triglicérides são respostas normais do corpo às emoções, mas o fato principal reside na forma como o sujeito vive seus afetos, bem como na intensidade e na frequência com que estes ocorrem. Quando se vive continuamente sob condições em que as taxas ficam permanentemente alteradas, contribui-se para o desencadeamento de doenças desse tipo. Isto posto, o organismo realiza um conjunto de modificações químicas e de funcionamento, preparando-nos para enfrentar alguma situação desfavorável. Caso essas alterações ocorram de maneira hiper-reativa, é possível causar efeitos nocivos no organismo, podendo evoluir para o infarto do miocárdio e arritmias. Independentemente de o estímulo ser real ou simbólico, o comando cerebral do ser humano organiza as respostas no sentido de preservar a vida (Knobel *et al.*, 2010; Ventura & Rodrigues, 2018).

Estudos demonstram que sentimentos como raiva e ódio fazem o organismo liberar uma carga extra de adrenalina no sangue, e, com isso, ocorre o aumento dos batimentos cardíacos, o aumento da pressão arterial e a constrição dos vasos sanguíneos. Desse modo, assim como é essencial sentir a emoção, também o é o comportamento de resolução, pois uma emoção pendente de forma permanente causa um desequilíbrio bioquímico que acelera o processo de somatização (Giannotti, 2002; Martins & Melo, 2008; Ventura & Rodrigues, 2018). “A repetição desses episódios pode gerar dois problemas, em geral associados ao infarto; alteração do ritmo cardíaco (arritmia), aumento da pressão arterial e uma súbita dilatação das placas de gordura que, porventura, estejam nas artérias” (Silva, 2000).

As alterações fisiológicas podem afetar e danificar o músculo cardíaco de muitas maneiras, podendo haver cronificação, pois há uma relação estreita entre elas. Dito isso, embora a medicina venha priorizando as condições de vida e de personalidade³⁹ que favoreçam a doença

³⁹ “[...] quem fuma, como se sabe, tem até cinco vezes mais possibilidades de sofrer um ataque cardíaco, pessoas com uma vida sedentária apresentam um risco 50% maior de ter problemas de coração, obesidade e outros problemas de saúde” (Martins & Melo, 2008, p. 134).

cardíaca, após muitos estudos, é possível considerar a influência da raiva no desenvolvimento dessa enfermidade, sendo comparável às causas antes conhecidas e, mais ainda, sendo independente delas. Dito de outro modo, caso a pessoa não tenha nenhuma das condições de risco que se relacionam com o desenvolvimento de doenças cardíacas, mas não administre bem a raiva e o ódio, estará, da mesma forma, vulnerável a elas (Tiedens, 2001; Martins & Melo, 2008).

Outrossim, o sistema imunológico é comprometido pela raiva, pelo ódio e pela tristeza crônica, aumentando as possibilidades de dislipidemias (acréscimo anormal dos níveis de gordura no sangue), intensificando a dor e deixando o organismo mais suscetível às doenças. Também, a ansiedade, a raiva e o ódio (emoções negativas) são demasiadamente nefastos à saúde (Martins & Melo, 2008; Ventura & Rodrigues, 2018). Suinn (2001) acrescenta, após revisão seletiva de pesquisa na área, que a ansiedade e a raiva aumentam a vulnerabilidade às doenças e comprometem o sistema imunológico, elevando o risco de óbito por doença cardiovascular.

3.1 Aspectos Psicológicos associados a Problemas Cardiovasculares

Para referirmos aos aspectos psicológicos associados a problemas cardiovasculares pode ser importante considerar o que Lamosa (1990) ressalta quando fala do atendimento ao cardiopata. Ele afirma que deve-se considerar a peculiaridade da carga simbólica e da mística que envolvem o coração; ele (o coração) é trazido ao atendimento médico como algo valioso – o que vai impactar a racionalidade da pessoa infartada, prejudicando a sua maneira de perceber e vivenciar a sua condição. Somado a isso, as características individuais relativas às interações com o ambiente – personalidade - que irão também influenciar as vivências de adoecimento.

Personalidade, palavra que vem do latim *persona*, que se refere a um “tipo singular de padrão de comportamento adquirido durante o longo período de desenvolvimento de uma pessoa, é o seu comportamento peculiar e constitui sua personalidade” (Lundin, 1977, p. 7). Trata-se de uma representação de características relativamente constantes e estáveis dos sujeitos que os diferencia dos demais. Contudo, apresenta possibilidades de mudanças, uma vez que é produto das interações da pessoa com seu ambiente social (Silva & Nakano, 2011).

Para compreender melhor o adoecer humano, tem-se investigado os vários tipos de personalidade. Observa-se que as pessoas que apresentam características de personalidade tipo A normalmente têm predisposição ao desencadeamento de uma doença cardíaca (Ventura & Rodrigues, 2018). Verifica-se que pessoas ambiciosas, autodisciplinadas, com agressividade reprimida, competitivas, impacientes e com sentimento de urgência e hiperinvestimento profissional tendem a somatizar, culminando no adoecimento do coração (Lipp *et al.*, 1990; Oliveira & Luz, 2010; Knobel *et al.*, 2010; Ventura & Rodrigues, 2018).

Poderíamos citar outras características do paciente coronariano, como incapacidade de delegar aos outros autoridade e responsabilidade, controle rígido dos que o rodeiam e de si próprio, incapacidade de aceitar angústia e consequentemente racionalizar as emoções, colocar-se sempre em situações competitivas, buscando êxito profissional e/ou social; ficar parado, descansar ou tirar férias angustia, necessidade primordial de ser amado e elogiado pelos outros. Os indivíduos do grupo A são geralmente perfeccionistas e as características aqui citadas demonstram a conduta obsessivas dessas pessoas. Admite-se que essas características de personalidade geram suficiente estresse emocional a ponto de contribuir para o surgimento da doença coronária. (Oliveira & Luz, 2010, p. 347)

Características comportamentais, como a impaciência e a irritação constantes dessas pessoas, ocultam o perfil agressivo dessa personalidade, que, por sua vez, apresenta-se contida ou impedida, levando a um *modus operandi* que, normalmente, é nocivo ao coração. Os comportamentos característicos desse perfil são autodestrutivos, predispostos a padrões constantes de conduta de risco que estimulam a liberação, em excesso, de substâncias e provocam disfunções, como as arritmias, a hipertensão arterial, a necrose miocárdica, a insuficiência cardíaca, dentre outras (Campos, 2010; Ventura & Rodrigues, 2018).

Dessa forma, a pessoa que apresenta comportamento tipo A⁴⁰ pode estar mais suscetível à somatização cardíaca, ao lidar com situações internas/externas de suas vivências. Decerto, existem outros fatores que determinam as cardiopatias, mas não se pode negar a relevância desse aspecto, uma vez que tal consideração pode contribuir para que a abordagem terapêutica contemple as particularidades desse perfil (Ventura & Rodrigues, 2018). Segundo alguns estudos, isso não quer dizer que a pessoa tenha que apresentar todas essas características comportamentais do tipo A para desenvolver cardiopatias cardíacas, pois algumas são mais nocivas e podem ser determinantes para esse processo. Embora não sejam definidas claramente quais são as características mais prejudiciais, temos que as mais citadas são a hostilidade, a raiva e a pressa (Spieberger, 1979; Williams *et al.*, 1980; Krantz *et al.*, 1988; Friedman & Ulmer, 1984; Wright, 1988; Lipp *et al.*, 1990).

As expectativas das pessoas do tipo A também são apontadas como fator determinante, pois essas pessoas sempre se comparam ao que consideram ideal, e não ao mediano, configurando um padrão de exigência alto perante os fatos vivenciados e uma tensão desmedida em casos de insucesso, que, certamente, podem ocorrer, visto que suas expectativas são impossíveis de serem satisfeitas. Somado a isso, a sociedade supervaloriza essas características, sendo essas pessoas reconhecidas socialmente, ficando sensíveis a esses efeitos, sem, no

⁴⁰ O comportamento tipo A possui como característica central “a sensação de urgência de tempo, de haver muito o que fazer em pouco tempo. Há ainda outros aspectos deste comportamento, tais como: competitividade acentuada e polifasia (a habilidade de pesar ou fazer duas ou mais coisas ao mesmo tempo) e outras. O padrão de comportamento Tipo A é comum plexo de ação-e-emoção que pode ser observado em qualquer pessoa que se mostra agressivamente envolvida em uma luta crônica e incessante com o fim de conseguir cada vez mais, e em tempo cada vez menor, se solicitada - contra os esforços em contrário de outras pessoas ou coisas. [...] uma forma de conflito socialmente reconhecida e até muitas vezes enaltecida. Esses indivíduos mostram-se também inteiramente propensos a exibirem uma hostilidade de natureza instável mas extraordinariamente racionalizada. É claro que existem gradações na intensidade deste padrão. E como ele representa uma reação a agentes ambientais desafiadores, se a pessoa estiver num ambiente onde não haja qualquer desafio, estes comportamentos poderão não ser sentidos ou mostrados. Estudos onde se encontrou correlação entre Tipo A e doenças coronárias foram feitos por Friedman e Rosenman (1959); Rosenman e Friedman (1961) e Rosenman Friedman, Straus, Wurn, Hank, Kositec e Werthessen (1964) e outros” (Lipp *et al.*, 1990, p. 31).

entanto, se atentarem para o caráter nocivo desse padrão de comportamento (Ellis, 1973; Ventura & Rodrigues, 2018).

Embora vários trabalhos comprovem que o comportamento do tipo A está envolvido como fator de risco em doenças coronárias, ainda está distante a conclusão dessa evidência, existindo também controvérsias em muitos aspectos do problema. Um estudo realizado pelo National Heart, Lung and Blood Institute, entre 1973 e 1982 (MRFIT Group, 1982) não evidenciou correlação positiva entre comportamentos do tipo A e doenças cardíacas. Posteriormente, uma análise dessa mesma pesquisa, por meio das entrevistas gravadas, levantou a possibilidade de enviesamento, o que pode ter prejudicado os resultados. Pelo que foi constatado, os entrevistadores, inadvertidamente, induziram as respostas por meio de suas perguntas, e isso invalidou a classificação das pessoas como tipo A ou B (Lipp *et al.*, 1990).

Também, o estresse, quando prolongado e excessivo, pode produzir como efeito subsequente a doença física. Cada pessoa sente seu contato com o mundo de uma forma. Para tanto, estudos têm buscado comprovar que a exposição excessiva a agentes estressores pode causar danos ao organismo sadio, bem como doenças cardiovasculares (Campos, 2010; Knobel *et al.*, 2010; Ventura & Rodrigues, 2018).

Sendo o estresse um processo que ativa respostas singulares, o momento de avaliação subjetiva será crucial para determinar se a situação é ou não estressante e o dispêndio de energia e tempo, buscando restabelecer sua integridade, ditará o surgimento (ou não) de padecimento orgânico. Em resumo, a situação estressante envolve a avaliação (quanto à possível ameaça à integridade, coesão e sobrevivência do organismo) e a escolha (ou decisão) do método para enfrentá-la, resultando, então, numa dada resposta. (Campos, 2010, p. 322)

Lipp *et al.* (1990) e Knobel *et al.* (2010) dividem o estresse em quatro etapas, a saber: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. Na fase de alerta, ocorre a produção de adrenalina, cujo objetivo é manter a pessoa mais atenta para a ação, com a finalidade de sobrevivência. Na fase de resistência, ocorre um aumento das taxas de cortisol, e o organismo se esforça em restabelecer o seu equilíbrio, visto que se encontra fragilizado pelo prolongamento da fase primeira ou pelo surgimento de mais agentes estressores. Na fase de

quase-exaustão, a tensão excede o limite que o organismo pode suportar, e acontece o desequilíbrio e o aumento da ansiedade. A fase final, a exaustão, configura-se como um estágio de patologia do estresse, caracterizado por um desequilíbrio interno, uma vez que há falha nos mecanismos de adaptação⁴¹. Dessa forma, podem ocorrer doenças nas duas últimas fases, devido à diminuição das respostas imunológicas e aos processos fisiopatológicos.

De forma direta, o estresse se relaciona com as crenças de cada pessoa, e a tendência ao estresse crônico é equivalente à dificuldade de superar os eventos estressores. Alguns estudos correlacionam as crenças mais graves às características encontradas no comportamento do tipo A. Essas crenças são socialmente construídas e enraizadas na “personalidade” da pessoa, com esta podendo ter uma predisposição para se comportar de forma negativa diante dos acontecimentos (Knobel *et al.*, 2010; Lipp *et al.*, 1990). Essa personalidade também está associada a pessoas potencialmente mais suscetíveis ao estresse, por causa da necessidade de controlar e tentar alcançar metas impossíveis em um curto espaço de tempo (Ventura & Rodrigues, 2018).

Outro ponto importante, relacionado aos aspectos psicológicos associados aos problemas cardiovasculares, diz respeito à relação existente entre o transtorno depressivo e as doenças cardiovasculares, pois há grande evidência de que a depressão se apresenta como um fator de risco independente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Não obstante, a depressão pode agravar o prognóstico de pessoas já acometidas pela doença. Dessa forma, o transtorno depressivo maior, em pessoas saudáveis, pode progredir para doenças cardiovasculares, uma vez que incorre em alterações nas funções e no ritmo cardíaco, alterações

⁴¹ O organismo sadio responde, adaptativamente, a diversas emoções, agradáveis e desagradáveis, ao longo de sua existência. Tal adaptabilidade foi denominada *mecanismo de síndrome geral de adaptação* (Selye, 1965 *apud* Campos, 2010). Dessa forma, quando nosso organismo consegue se adaptar ao processo de estresse, considera-se que ocorreu a síndrome geral de adaptação: nosso organismo, de forma sadia, conseguiu se defender, por mecanismos que mobilizou, preparando o corpo para resolver o problema. Configuram-se doenças de adaptação quando os sinais físicos e psicológicos de desgaste causado pelo estado de tensão permanecem (Ventura & Rodrigues, 2018).

hormonais (cortisol) e do sistema nervoso autônomo, ativação das plaquetas e aumento da resposta inflamatória, além de predispor a pessoa a um estilo de vida prejudicial (Knobel *et al.*, 2010; Lemos *et al.*, 2008; Perez *et al.*, 2005; Ventura & Rodrigues, 2018).

Dado o exposto, e considerando o fato de, nas últimas décadas, ter havido uma diminuição de doenças infecciosas devido a medidas preventivas e ao aumento de doenças crônicas, podemos salientar a importância do papel dos aspectos psicológico e social evidenciados pelos repertórios comportamentais e os estilos de vida com relação às práticas de saúde. Também fica patente a relevância da interdisciplinaridade e da contribuição de outras áreas de conhecimento, como a psicologia, a sociologia e a antropologia (Traverso-Yépez, 2001).

As pesquisas têm demonstrado que os comportamentos e o estilo de vida das pessoas podem impactar, de forma significativa, no desenvolvimento ou no agravamento de doenças. Para tanto, a psicologia da saúde, em uma abordagem interdisciplinar, objetiva o estudo que promova, previna e trate a saúde da pessoa e da sociedade, buscando melhorar a qualidade de vida de ambas (Remor, 1999; Brannon & Feist, 2001; Calvetti *et al.*, 2012). Miyzaki *et al.* (2001) ressaltam que são muitos os comportamentos que podem ser ensinados na infância e na adolescência capazes de contribuir para promover e manter a saúde, a saber: hábitos saudáveis de alimentação e a prática de atividades físicas.

A Divisão de Psicologia da Saúde da American Psychological Association (APA) elaborou os objetivos para uma psicologia da saúde, os quais consistem em compreender e avaliar a interação que existe entre o bem-estar físico e os diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais, buscando entender como as teorias e os métodos da psicologia podem ser aplicados no sentido de incrementar a promoção da saúde e o tratamento da doença (Remor, 1999; Calvetti *et al.*, 2012). Para tanto, a psicologia ampliou o modelo biopsicossocial, que, segundo Straub (2005), aborda os comportamentos caracterizados como processos biológicos,

psicológicos e sociais que se interinfluenciam no desenvolvimento do ser humano. O corpo é formado pela interação dos sistemas endócrino, cardiovascular, nervoso e imunológico, interagindo com os aspectos psicossociais, que, por sua vez, atuam sobre o funcionamento imunológico no processo saúde-doença (Calvetti *et al.*, 2012).

Seligman e Czikszentmihalyi (2000), bem como Aspinwall e Staudinger (2003), sugeriram que a abordagem psicológica deve ir além do enfoque que privilegia a patologia e a reparação do dano, devendo também considerar os aspectos sadios do desenvolvimento do ser humano. A resiliência tem sido um tema de estudo, porque se relaciona a processos que pretendem compreender a superação das adversidades como uma variável de proteção à saúde. Assim, as pesquisas sobre prevenção, em uma perspectiva de construção de aspectos positivos, foram ganhando corpo (resiliência, otimismo, felicidade, bem-estar subjetivo, habilidades interpessoais, criatividade, esperança, autodeterminação e fé) (Morais & Koller, 2004).

Neste trabalho, o processo saúde-doença é abordado em uma perspectiva subjetiva e multidimensional da qualidade de vida, conforme proposto por Seidl e Zannon (2004). Para esses autores, a primeira diz respeito à percepção da pessoa sobre seu próprio estado de saúde e outros aspectos de seu contexto de vida e a segunda, por sua vez, refere-se às diferentes dimensões da vida, incluindo aspectos como a espiritualidade, que tem sido explorada no tratamento de doenças.

3.2 Fé e Espiritualidade no Processo Saúde-Doença

Ao longo da história da humanidade, “a fé vem como mediadora que mostra realidade, mas que impõe a esperança, paz, tranquilidade e compreensão” (Guimarães, 2017, p. 47). Ela está presente quando a pessoa busca ou afirma a felicidade, o sentido e o significado da vida e a necessidade de esperança. A fé se evidencia, sobretudo, no primeiro momento em que a pessoa

tem contato com a ideia de morte, dor ou sofrimento. Nesse sentido, a fé tem o papel de coadjuvante no processo de saúde do doente, contribuindo para a melhora do quadro e também para a vida dos familiares, já que, além de trazer paz e aliviar a dor e a ansiedade em portadores de doenças terminais, consegue transpor o sofrimento da família, fazendo com que esta se convença e aceite que o ente doente está preparado para “partir”, que existe um motivo e que a morte dele é não só uma etapa da vida, como também o descanso das dores do mundo, acabando, portanto, com seu sofrimento (Souza, 2009). A fé sempre aparece relacionada à religiosidade, à crença e à espiritualidade, porque elas apresentam concepções semelhantes e se complementam: “[...] a fé é uma abstração variada sendo significada de acordo com a cultura e religião de cada pessoa” (Brito & Jesus, 2021, p. 48).

De início, vale ressaltar a diferença entre religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais. Para Calvetti, Muller e Nunes (2012), religiosidade diz respeito ao tanto que a pessoa acredita, segue e pratica uma determinada religião. Espiritualidade relaciona-se ao significado da vida e da razão de viver, sem estar vinculada às crenças e práticas religiosas. No que diz respeito às crenças pessoais, estas são crenças ou valores sustentados pela pessoa que dão base a seu modo de viver e seu comportamento. Tanto a prática da religiosidade quanto a prática da espiritualidade produzem efeitos na vida das pessoas, os quais podem ser positivos (saudáveis) ou negativos (nocivos). Não se pretende aqui criar uma dicotomia entre religião e saúde, mas, sim, discutir ambos os aspectos: negativos e positivos (Shumaker, 1992).

Os aspectos negativos são descritos por Shumaker (1992), quando este chama a atenção para o fato de a religião poder acarretar níveis patológicos de culpa, impossibilitar a autodeterminação e a impressão de controle interno, contribuir para a dependência e o conformismo, diminuir a autoestima, devido a crenças que aviltam a natureza fundamental da pessoa, produzir ansiedade e medo por crenças que punem, disseminar ideias paranoicas como a de forças malévolas que pretendem ameaçar a integridade moral da pessoa e exortar a inibição

de sentimentos como a raiva. Muitas vezes, pode-se referenciar uma visão de mundo como se este fosse dividido entre santos e pecadores, aumentando a intolerância, a hostilidade e o preconceito entre as pessoas. A religião pode favorecer o desenvolvimento de dependência e sugestionabilidade, podendo produzir o conformismo às regras e ao controle externo, de forma inflexível, denotativo de alienação e passividade. Outros aspectos que devem ser considerados são o desenvolvimento da rigidez de pensamento e o medo do castigo, que impedem ações sensíveis ao ambiente, restringem o repertório da pessoa e diminuem a variabilidade de comportamentos, criando estereotípias (Coelho-Matos *et al.*, 2010).

Quanto aos aspectos positivos das crenças e práticas religiosas, Lotufo (2010) ressalta que a religiosidade e a espiritualidade possibilitam sentimentos de valorização do grupo, cuidado e atenção social, oportunizando suporte em momentos de dor, perdas, doenças, mortes, divórcio, falência e abandono. A religiosidade também contribui para o fornecimento de cuidado em situações de desamparo, incentivando ações proativas com sensação de poder e controle devido à ligação com uma força onipotente. Assim, a pessoa que pertence a um grupo religioso tem orientação moral que limita estilos de vida autodestrutivos. Além disso, o autor ressalta que o envolvimento espiritual possibilita sentimentos de utilidade e propósito, oferece esperança, significado e sensação de bem-estar emocional, conduz a soluções para conflitos, inclusive para a ideia incômoda de morte devido à crença em alguma continuidade da vida, e diminui a ansiedade com a existência, na medida em que proporciona uma organização de pensamento que ordena e explica o mundo.

Nesse sentido, pode-se dizer que crenças e práticas religiosas podem contribuir para a diminuição do desamparo diante das situações que escapam ao controle humano. Dito de outra forma, o manejo religioso de modo adequado pode ajudar as pessoas a lidarem com situações de incontrolabilidade, imprevisibilidade e inevitabilidade que são produtoras de ansiedade, pânico e depressão. A forma como as pessoas interpretam e lidam com situações difíceis ou

traumáticas são influenciadas pelas práticas religiosas, que podem levar a novos sentidos e significados para a vida e explicações para a morte (Coelho-Matos *et al.*, 2010; Koenig, 2001).

Pesquisas que investigam os efeitos da religião na vida das pessoas têm indicado que, nos processos de saúde-doença, ela pode ter papel determinante. Conforme Koenig (2001), tal como citado por Panzini e Bandeira (2007),

A vasta maioria das pesquisas indica que crenças e práticas religiosas estão associadas com melhor saúde física e mental. De 225 estudos investigando a relação com saúde física, a maioria verificou resultados benéficos do envolvimento religioso em relação a dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade (Koenig, 2001). De quase 850 pesquisas examinando a relação com saúde mental, a maioria endossa associação do envolvimento religioso com maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito e significado da vida, esperança, otimismo, estabilidade nos casamentos e menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias (Koenig *et al.*, 2001). Da perspectiva da saúde pública, estudos demonstram que pessoas que apresentam envolvimento religioso têm menor probabilidade de usar/abusar de álcool, cigarros e drogas, ou de apresentar comportamentos de risco, como atividades sexuais extramaritais, delinquência e crime, especialmente os adolescentes, nos quais ainda é negativamente relacionado com suicídio e atividade sexual/gravidez prematuras e positivamente a valores pró-sociais. (Koenig, 2001 *apud* Panzini & Bandeira, 2007, p. 127).

No entanto, o próprio autor faz uma ressalva quanto a essas possíveis relações positivas citadas, afirmando que não quer dizer que todas as religiões ou alguma específica, via de regra, possibilitam que a pessoa tenha emoções positivas, bons relacionamentos ou, ainda, modos de vida saudáveis. A prática religiosa pode também produzir impactos opostos na saúde, quando suas crenças servem para justificar comportamentos prejudiciais à saúde ou excluir cuidados médicos tradicionalmente recomendados; também, quando essas práticas religiosas levam a sentimentos de culpa, vergonha e medo ou servem como fundamento para justificar a raiva ou a agressão; e, ademais, quando sua função como agência de controle social ultrapassa os limites razoáveis, restringindo e limitando a pessoa, de forma que ela se afaste daqueles que não comungam da mesma maneira de pensar. Na verdade, o que vai determinar se as experiências religiosas sejam positivas ou negativas é a tradição religiosa e o perfil das lideranças (Koenig, 2001; Panzini & Bandeira, 2007).

Para estudar a influência dos aspectos espirituais na saúde e a qualidade de vida das pessoas, tem sido utilizado o conceito de *coping*⁴² religioso-espiritual. Seu processamento ocorre através da mobilização de recursos naturais no manejo de situações estressoras na interação da pessoa com o ambiente. As estratégias utilizadas no *coping* podem influenciar a resiliência da pessoa e funcionar como um fator de proteção contra futuros prejuízos psicológicos. O *coping* religioso ocorre quando se lança mão de estratégias relacionadas a crenças e/ou religião diante de acontecimentos negativos, para facilitar o processo de resolução de problemas e prevenir ou avaliar possíveis consequências emocionais negativas. Ou seja, o *coping* religioso descreve o modo como as pessoas utilizam sua fé para lidar com o estresse e os problemas da vida (Koenig *et al.*, 1998).

Não obstante, Pargament *et al.* (1998) afirmam que a religiosidade pode tanto contribuir quanto ser um empecilho no sentido de se alcançar adaptação nos processos de enfrentamento. Eles propõem uma distinção entre *coping* religioso-espiritual positivo e negativo. O primeiro envolve estratégias que conferem efeito benéfico a quem pratica (procurar amor e proteção de Deus, encontrar ajuda e conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar das pessoas, resolver problemas em colaboração com Deus e redefinir o estressor como benéfico). O segundo é caracterizado por abranger estratégias geradoras de consequências prejudiciais à pessoa, como questionar a existência, o amor ou os atos de Deus, delegar a Deus a resolução total dos problemas, sentir insatisfação ou descontentamento em relação a Deus ou frequentadores de instituições religiosas e redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal (Panzini & Bandeira, 2007). Observou-se que as estratégias de *coping* religioso-

⁴² *Coping* é uma palavra inglesa sem tradução literal para o português. Diz respeito a estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelas pessoas para lidar com um estressor (situações adversas) (Lazarus & Folkman, 1984). “Atualmente, existem muitas evidências empíricas conectando religião/espiritualidade à saúde tanto física quanto mental à qualidade de vida e a outros construtos relacionados, como bem-estar. Um dos construtos religiosos/espirituais que tem demonstrado indícios de relação com saúde física e mental e um dos mais utilizados para pesquisar tal relação é o *coping* religioso/espiritual” (Panzini & Bandeira, 2007, p. 126).

espiritual positivas são mais utilizadas do que as negativas e, também, que há uma considerável associação entre sintomas de ansiedade e as estratégias de *coping* negativas (Harrison *et al.*, 2001).

A partir do exposto, reportamo-nos a Moreira-Almeida *et al.* (2006), quando estes declaram a necessidade de se considerar a religiosidade na prática clínica para, de fato, analisar o problema do cliente de forma integral, em seus aspectos biopsicossociais, avaliando, compreendendo e respeitando suas crenças religiosas. Nesse sentido, a consideração da dimensão espiritual não torna nenhuma prática de saúde menos científica; ao contrário, a torna mais integral e humana (Coelho-Matos *et al.*, 2010).

Essa abordagem integral pode evidenciar, aos profissionais da saúde, um caminho estratégico a se explorar na condução do tratamento do doente. A perspectiva da dimensão espiritual humaniza a relação médico-paciente e confere um elemento de apoio, conhecido e vivenciado pelo doente, como mais uma ferramenta de tratamento acessada pelo médico, no sentido de contribuir no processo de enfrentamento da doença, seja esta orgânica ou psicológica. Não se trata de criar uma celeuma entre “crentes” e “céticos”, mas, sim, trazer à baila a possível relevância da dimensão espiritual nos processos de saúde-doença, com vistas a deflagrar o papel, senão determinante, coadjuvante nos desfechos clínicos mais ou menos excruciantes.

A religião, para as ciências sociais e psicológicas contemporâneas, já não é mais vista como um “sistema defensivo ou de alienação”. Pelo contrário, hoje a religião é vista como uma instituição social que organiza as experiências subjetivas. Como apontam pesquisadores, há evidências de que a religiosidade se relaciona à saúde mental: “a religiosidade foi considerada como sendo um fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinquente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais” (Fleck, 2003, p. 447). Psiquiatras da escola de Psiquiatria Cultural afirmam que a

religião exerce duas funções essenciais, culturais e psicológicas, pois, primeiramente, “possibilita a construção de um mundo possível, de uma ordem plausível e aceitável, dando um sentido ao caos fenomênico da experiência; e, em segundo lugar, permite ao homem sofrer, isto é, que o sofrimento tenha um determinado sentido” (Dantas, 1999).

No que se refere ao sofrimento das pessoas em seus processos de saúde-doença, os aspectos religiosos têm sido estudados, como assinalam Calvetti *et al.* (2012):

No contexto das práticas de saúde, a influência de aspectos religiosos na cura e no tratamento de doenças tem sido pesquisada por Faria e Seidl (2005) como uma forma de enfrentamento destacada para lidar com situações de adversidade, como a situação de enfermidade. Os autores salientam a importância da escuta dos aspectos religiosos bem como dos demais aspectos do desenvolvimento humano no contexto do atendimento psicológico. (p. 712)

Segundo Ellison (1983), o bem-estar espiritual tem a ver com a percepção individual da pessoa sobre o que ela acredita, sendo composto por dois aspectos: o bem-estar religioso, relacionado a Deus, e o bem-estar existencial, que se relaciona com o sentido de propósito e satisfação de vida. Hoffmann (2006) realizou um estudo que mostra que o aspecto religioso é compreendido como uma fonte de apoio social no enfrentamento da fatalidade da doença. Marques (2000) verificou a saúde e o bem-estar espiritual em adultos, com sua análise estatística demonstrando uma grande correlação entre espiritualidade e saúde geral, evidenciando que a espiritualidade pode colaborar para promover saúde e prevenir doenças.

A espiritualidade não se liga, obrigatoriamente, a uma religião específica, mas diz respeito ao modo como a pessoa procura viver. Ela é considerada inerente ao ser humano e presente na vida de um grande número de pessoas. Para Portal (2012), a espiritualidade transcende as crenças religiosas e a prática de qualquer credo; para compreendê-la como evidência natural e espontânea, deve-se buscar na vida do ser humano, em seu relato diário e transparente de seus pensamentos, sentimentos, significados e ações.

Volcan *et al.* (2003) ressaltam que algumas pesquisas demonstram que a espiritualidade nutre uma relação de proximidade com a melhora da qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. Por esses achados, também Marques (2000) e Meneses (2006) sugerem a inclusão da

dimensão da espiritualidade na concepção de saúde, associada a outras dimensões, como a biológica, a psicológica e a social, uma vez que acreditam no importante papel da espiritualidade para promover saúde, prevenir doenças e propiciar o bem-estar. Essa relação entre fé e saúde tem sido pesquisada por muitos estudiosos. Lawler e Younger (2002) afirmam que a espiritualidade e o comprometimento com religiões constituídas podem possibilitar o aumento da percepção dos objetivos e do significado da vida, aumentando a resiliência e a resistência a doenças relativas ao estresse.

Nunes e Müller (2003), no que tange à espiritualidade e ao tratamento psicológico, afirmam que há uma associação entre a dimensão da fé e a psicoterapia, sendo que uma pode potencializar a outra e ainda auxiliar na melhoria da qualidade de vida. Não obstante, a psicologia da saúde enfatiza que a religiosidade e a espiritualidade são aspectos que auxiliam a pessoa no enfrentamento das doenças (Calvetti *et al.*, 2012).

Lemos e Pietrobon (2012) afirmam que o corpo, a mente e o espírito da pessoa são afetados na doença cardíaca, o que exige uma abordagem integral para a recuperação. Os autores buscaram verificar a validade de uma intervenção espiritual em uma amostra de pacientes cardíacos, bem como os possíveis resultados psicoespirituais. Tais abordagens à espiritualidade referem-se às intervenções psicológicas que pretendem restabelecer a mente e o organismo investigando o sentimento do significado de doença, paz, fé, esperança, altruísmo, gratidão e perdão. Para eles, há possibilidade de se desenvolver o trabalho psicoespiritual para os procedimentos de revascularização do miocárdio (CABG) e para os pacientes que se encontram internados. Consideram também que o bem-estar espiritual pode ser aumentado através da terapia cognitivo-comportamental (Delaney *et al.*, 2008).

Podemos citar alguns estudos científicos que comparam espiritualidade e religiosidade com doença cardíaca, tais como o de Hummer *et al.* (1999), que aponta para possível relação entre a prática religiosa e a diminuição da mortalidade por problema cardiovascular em amostra

multivariada para sexo, idade, educação, etnia e *status* social. Tal estudo demonstra a pertinência do atendimento religioso ao paciente e a necessidade de os cuidadores respeitarem todo tipo de crença. Por meio dele, foi possível observar que pessoas que não tinham atendimento religioso apresentavam 1,87 vezes mais risco de morte em 9 anos de acompanhamento, comparadas às que frequentavam uma instituição religiosa mais de uma vez na semana. Pessoas não frequentadoras de igrejas ou de qualquer serviço religioso se mostraram mais suscetíveis à morte. Da mesma forma, os laços sociais, somados a fatores comportamentais advindos do contato em ambientes religiosos, diminuem o risco de morte.

Pacientes sobreviventes de IAM, com depressão e baixo apoio social, foram avaliados quanto a uma possível relação entre a experiência espiritual e a saúde. A conclusão demonstrou pouca evidência de que os relatos dos próprios pacientes em relação à espiritualidade, à frequência de ida à igreja ou à frequência de oração possam estar associados à morbidade ou à mortalidade cardíaca por qualquer causa pós-IAM. (Blumenthal *et al.*, 2007).

A religião é um processo dinâmico, dirigido, primeiramente, à descoberta de significado; depois disso, as pessoas são instigadas a alimentarem e conservarem sua relação por meio das práticas religiosas. Esse relacionamento pode ser alicerçado na possibilidade de socialização ou, ainda, em demandas e razões internas, sendo que as instituições religiosas têm o papel de ensinar a doutrina a partir de aspectos da moral. Em alguns momentos da vida, pode acontecer de as pessoas passarem por situações que afetam ou arruinam sua maneira de viver, e elas podem se sentir sem direção e travar uma exaustiva luta para voltar ao equilíbrio emocional ou psicológico. Nesse contexto, as pessoas podem procurar na religião o auxílio para socorrê-las, para manterem o sentido e o eixo. Podem, inclusive, buscar variadas práticas religiosas para enfrentar essas situações estressantes (Pargament, 2011; Monteiro *et al.*, 2020).

Dessa forma, a religião, além de auxiliar no enfrentamento da doença, é uma ferramenta sagrada que contribui para a procura de um significado para momentos delicados, tanto relativos

ao estresse quanto aos que dizem respeito aos bons e maus momentos — aquilo que é considerado importante para as pessoas. Ao passarem por situações de estresse e buscarem a religião, as pessoas podem experimentar um sentimento de pertencimento, de vínculo e identidade. Segundo Pargament (2011), mesmo que a função psicossocial seja relevante, a função espiritual é o primeiro propósito religioso. A pessoa busca significado para muitas questões da vida e tem suporte de muitas instituições sociais, família e escola; as instituições governamentais e médicas auxiliam nessa tarefa. Porém, o papel da religião é diferente do das outras instituições, porque inclui a dimensão do sagrado na busca do significado, marcando, assim, a complexidade e a dimensão plurifacetada que pode se desenvolver de muitas maneiras durante a vida da pessoa, sendo, portanto, única para cada uma delas.

4 A SUBJETIVAÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA: PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 A Escolha do Método Narrativo

O estudo dos processos de subjetivação em pesquisas qualitativas no campo das ciências humanas e sociais deve-se às próprias limitações desses campos, pois “nossos objetos são sujeitos histórico e geograficamente situados, em um dado tempo, em um dado local, diante de um dado observador” (Ferreira Neto, 2017, p. 19), o que quer dizer que o pesquisador é parte do processo de pesquisa — ele é parte que integra o processo de subjetivação do outro, ao mesmo tempo que se subjetiva nessa relação. Para Ferreira Neto (2017), nesse tipo de experiência de pesquisa, não se deve recorrer a uma teoria do sujeito que se apresenta fixa e limitante; deve-se, sim, trabalhar na lógica de uma analítica da subjetivação.

Nessa lógica, Foucault (1984/2004) acrescenta que o trabalho de pesquisa não é interessante se não há também uma pretensão de mudar o que a pessoa pensa ou o que ela é. Ele considera a pesquisa como um processo de subjetivação que flui na “dança” entre sujeito e objeto, os quais vão se transformando, afetando-se reciprocamente. Assim, o pesquisador precisa estar disposto a uma responsabilização compartilhada, aberto a se afetar e a se transformar nessa relação. O pesquisador é, pois, “sujeito do saber e objeto de estudo enquanto resultados mútuos, que se erigiriam concomitantemente” (Souza & Furlan, 2018, p. 326). Desse modo, a pesquisa qualitativa interpreta os próprios sujeitos nos contextos (grupos e organizações, o social etc.) em que eles estão inseridos, sem, portanto, recorrer a representações numéricas, abordando um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, abarcando um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que são irredutíveis ao aparelhamento de variáveis.

Dentre os vários métodos de análise qualitativa utilizados para abordar o contexto que se deseja investigar, a análise de narrativas é uma proposta que pretende analisar os dados qualitativos identificando características que são marcantes em cada sujeito ou grupo, buscando encontrar temas comuns e/ou até mesmo a revelação de novos conceitos que dão identidade aos dados coletados. O trabalho com análise de narrativas é caracterizado pela atenção cuidadosa à autoridade interpretativa do investigador e pela importância da voz do narrador. Dessa forma, um processo de investigação precisa ter interação entre o objeto de estudo e o pesquisador e entre o registro de dados ou informações coletadas e a interpretação/explicação do pesquisador (Minayo, 2001; Rabelo, 2011).

Considera-se que a experiência é uma forma de aprendizagem que abarca o sujeito e as relações que este compõe com o mundo. É dela que o narrador extrai o que narra; ela é a fonte em que a narrativa nasce (Benjamin, 1993). Assim, “o sentido do que somos depende das histórias que contamos [...], em particular das construções narrativas nas quais cada um de nós é, ao mesmo tempo, o autor, o narrador e o personagem principal” (Larrosa, 1994, p. 48).

Para tanto, segundo Marquesin e Passos (2009), é preciso compreender melhor a complexidade das narrativas no que tange à sua estrutura e sua produção. Os autores apontam que o tempo é um fator essencial, pois passado, presente, e futuro são três dimensões críticas da experiência humana que se relacionam, e cabe ao autor-narrador a articulação dessa tríade temporal. Dessa forma, “em termos gerais, o passado transmite a significatividade, o presente transmite valores e o futuro transmite a intenção” (Clandinin & Connelly, 1995, p. 38).

A pesquisa narrativa possibilita, portanto, o estudo de acontecimentos passados a partir da memória das pessoas. A narrativa é a interpretação do que foi vivido pelas pessoas em tempo anterior ao qual se expressa, em materialização, por meio da fala ou da escrita — em memórias narradas, em uma reconstituição narrativa (Moreira, 2004). Dessa forma, as memórias narradas apresentam um sentido para quem experimenta as situações. As narrativas são memórias de

situações vividas matizadas por significados múltiplos, adquirindo um sentido para o narrador, pois

[...] as situações que alguém vivencia não têm, apenas, um significado em si mesmas, mas adquirem um sentido, para quem as experiencia, que se encontra relacionado à sua própria maneira de existir. [...] O sentido que uma situação tem para a própria pessoa é uma experiência íntima que geralmente escapa a observação [...] pois o ser humano não é transparente; para desvendar sua experiência o pesquisador precisa de informações a esse respeito, fornecidas pela própria pessoa. (Forghieri, 1993, p. 57)

Uma forma de obtenção de informações a respeito da pessoa é a própria narrativa dela, pois nós sempre narramos: narramos sobre coisas cotidianas, sobre nós mesmos e sobre as pessoas com quem convivemos. Essa insistência em falar de nós mesmos, narrativamente, talvez seja a explicação para o fato de aquela ser a forma discursiva mais adequada para se estudar a construção de sentidos da identidade (Bamberg, 2004).

Por isso, o método narrativo busca compreender a experiência humana através da narração, em um processo dinâmico entre o viver e o contar as histórias vividas. Cada fragmento narrativo marca os momentos históricos de tempo e espaço, e, ao contar suas histórias, as pessoas se reafirmam, modificam-se e criam novas histórias (Clandinin & Connelly, 2015). A história, quando contada, compreende as personagens no tempo e no espaço, propiciando o tratamento delas em seu processo de metamorfismo. Na história, as personagens aparecem na relação com outras, produzindo um mundo social onde elas entram em embates e as qualidades morais são originadas. Dessa forma, o estudo narrativo parte do princípio de que a realidade é construída socialmente por meio das interações sociais. A realidade é percebida subjetivamente pelas pessoas como uma realidade objetiva; intersubjetivamente, elas a legitimam, dotando essa realidade de uma quase materialidade que possibilita a convivência humana constituída de uma rede de significados comuns — a cultura humana (Geertz, 1989). Portanto, é possível pensar em uma realidade construída socialmente, pois são as pessoas que, por meio de suas interações e ações, legitimam essa realidade como objetiva, e essas pessoas também vão internalizando

essa realidade, na medida em que inúmeros processos de socialização vão ocorrendo (Berger & Luckmann, 2003).

A realidade é, portanto, construída pelas experiências, sendo o foco da pesquisa narrativa. Ela é pessoal e social, considerando que tanto o pessoal quanto o social estão sempre presentes. Conforme assinalam Spink e Medrado (2013), as narrativas são produções sociais, pois os sentidos são produzidos e reproduzidos nas relações e os papéis são moldados e entrelaçados com as identidades. Conforme ressalta Polkinghorne (1986), as narrativas servem de base para a organização da experiência humana, da apreciação de si mesmo e de seu fazer como sujeito de seu processo.

As experiências vividas e significativas são selecionadas pelo narrador quando este compõe suas histórias (*stories*). Conforme define Denzin (2001), a história é um relato com sequência de eventos que se apresentam como relevantes para o narrador e para uma audiência. Essa história descreve experiências lembradas e representadas, possui sequência temporal e lógica e, conforme Weick (1995), proporciona a oportunidade de as pessoas falarem sobre os fatos da forma como estão organizados em sua memória, guiando ações e possibilitando o compartilhamento de valores e significados. Conforme Polkinghorne (1986), a narrativa é “uma estrutura de significado que organiza os acontecimentos e a ação humana numa totalidade, deste modo atribuindo significado às ações e aos acontecimentos individuais de acordo com o seu efeito na totalidade” (p. 18).

O narrador aparece como uma personagem que conta a sua história, que existe e ocupa um espaço no mundo. À medida que ele relata suas experiências, podemos, a partir dos fragmentos desses relatos, compreender os sentidos de vida atribuídos por eles. Cada uma das personagens expressa sua história descrevendo o seu contexto, suas atividades, seus valores, suas crenças e seus estados de saúde e doença como passagens marcantes que fornecem dados da existência na cena cotidiana e da vivência do infarto.

A experiência do infarto foi investigada como parte do processo de subjetivação das pessoas narradoras. Buscou-se refletir sobre a saúde e doença como experiência pública e privada que consiste em “um processo de negociação continuada de identidades sociais; em um processo de construções subjetivas”. Assim, “conhecer é dar sentido ao mundo” (Spink & Gimenes, 1994, p. 150), considerando que as narrativas podem competir umas com as outras e criar versões de realidade que são diferentes e incompatíveis, implicando em uma “exigência” de posicionamento perante os dados, as teorias e os outros (interlocutores diretos ou genéricos).

Para analisar essas narrativas, segundo Riesmann (2005), dois caminhos podem ser seguidos, a saber: *análise de narrativa*, em que as histórias são tratadas como expressão de uma realidade que o narrador viveu em um dado momento que precede a narração, igualando-se à própria vida; e *análise narrativa*, que se propõe neste estudo, quando as narrativas são o foco do estudo. A análise narrativa se interessa pela subjetividade, e a narrativa é o “local” onde os narradores vão construindo sentidos para uma audiência, em um tempo e espaço. As narrativas são baseadas em fatos da história do narrador, indo além disso, pois as pessoas, a partir de suas experiências, imaginam o presente, o passado e o futuro, construindo suas histórias com sentido para elas e para o ouvinte. Esse tipo de análise encara a narrativa como performance e como uma construção que se dá na interação com a audiência, sendo a própria narrativa um modo de agir que envolve e persuade o público (Riessman, 2005).

Os fatos da história podem se referir à história do adoecimento, como é nosso propósito nesta pesquisa. A doença pode ser vista como uma experiência de ruptura da sequência do cotidiano, uma súbita ameaça. Tal circunstância exige que as pessoas envolvidas tenham ações de recondução da vida cotidiana consonantes a suas novas possibilidades (Rabelo, 1999, p. 206). Em vista disso, a experiência é bem mais complexa para ser desvendada do que os sentidos produzidos, haja vista que estes sempre apresentam quadros parciais e incompletos de uma realidade sempre dinâmica. Os significados deles estão, sim, ligados a situações em que

são elaborados ou, antes mesmo, em que são usados no diálogo com as pessoas (Alves *et al.*, 1999). A ideia de experiência pode ser problematizada, pois, como apontam Alves *et al.* (1999), essa ideia “significa assumir que a maneira como as pessoas compreendem e se engajam ativamente nas situações em que se encontram ao longo de suas vidas não pode ser deduzida de um sistema coerente e ordenado de ideias, símbolos ou representações” (p. 11).

Podemos nos reportar a Kleinman (1988), quando este, ao tratar da noção de experiência, captura parte do conceito de enfermidade. Para esse autor, a enfermidade é a “experiência dos sintomas e do sofrimento, a experiência vivida do monitoramento dos processos corporais” (p. 284). Ele fala das formas de angústia causadas pelos processos fisiopatológicos e traz a enfermidade em uma perspectiva que inclui a avaliação que o paciente faz de como ele mesmo pode lidar com a angústia e com os problemas práticos que a enfermidade cria diariamente em sua vida. Para ele, a cultura e a particularidade das histórias individuais determinam a experiência da enfermidade.

A experiência, sendo um modo de estar no mundo, nos leva a pensar no papel do corpo no processo de inserção no mundo. O corpo nos dá a possibilidade de nos colocar no espaço e manusear os objetos, e estes, juntamente com o espaço, vão ganhando sentido para nós. “É por ter um corpo — ou ser um corpo — que estamos situados, que somos irremediavelmente seres em situação” (Alves *et al.*, 1999, p. 12). É ele, o corpo, que, antes de constituir um objeto, fala da dimensão do nosso próprio ser. Nesse sentido, a subjetividade é a consciência-corpo ou o corpo-consciência — o corpo, ele mesmo, tangido por uma extensão subjetiva de sentido. O corpo é o *locus* onde as várias dimensões da vida (experiências passadas, projetos e esforços concretos para intervir na realidade) se inscrevem. Essas dimensões se integram, em uma síntese espontânea, em um esquema corporal que demonstra um modo idiossincrático de estar no mundo (Alves *et al.*, 1999).

As narrativas de doenças são contadas por um corpo ferido que se movimenta no sentido de produzir novas histórias, quando a doença interrompe suas histórias antigas. E o corpo, doente ou recuperado, é, ao mesmo tempo, a causa, o tópico e o instrumento para quaisquer novas histórias contadas, as quais agregam tanto o lado pessoal como o social. O lado pessoal das narrativas das doenças é a possibilidade de dar voz ao corpo que fora transformado, para que ele possa voltar a ser conhecido nessas histórias. No entanto, esse corpo é incompreensível, alienado, de fato “tornado estranho”, dificultando que a linguagem dê conta de torná-lo familiar; ele escapa à linguagem. Para esse desapontamento, o corpo é reduzido a um simples tópico da história, negando o princípio da própria história, que é a doença que o narrador teve ou tem. O corpo doente de quem narra é, claramente, quem esculpe a história da doença (Frank, 1995).

Para Frank (1995), é uma tarefa pessoal a articulação do corpo doente em histórias, e estas são também sociais, uma vez que há um interlocutor para o qual elas são contadas, ou mesmo alguém que não está presente, mas que é um leitor em potencial. Além disso, é social porque as pessoas não inventam suas narrativas; estas são adaptadas (no sentido de serem influenciadas) das experiências retóricas de outras pessoas que relataram suas doenças, de propagandas de remédios ou, ainda, de respostas às indagações feitas pelo médico sobre suas dores, podendo inclusive reconhecer que aprendeu a narrar da forma como o médico precisava. Sendo assim, sua estrutura narrativa vem de experiências de histórias contadas por outros e reforçadas de algum modo, afetando a sua própria história (Frank, 1995).

Nesse sentido, o corpo traz uma história que vai além de sua doença física. Ele é inserido no mundo e carrega história e impressões. Como ressalta Frank (1995),

O lugar de um corpo no contínuo de controle não depende apenas da possibilidade fisiológica de previsibilidade ou contingência, mas também sobre como a pessoa escolhe interpretar esta fisiologia. A carne não pode ser negada, mas os corpos são mais do que mera corporeidade. Como eus corporais, as pessoas interpretam seus corpos e fazem escolhas: a pessoa pode buscar níveis aperfeiçoados de previsibilidade, a qualquer custo, ou pode aceitar vários graus de contingência. A maioria das pessoas faz as duas coisas, e as estratégias variam quanto ao que se busca controlar, onde e como. (p. 36)

O autor chama a atenção para o fato de a doença ocorrer em uma vida que está fluindo e cuja história deveria continuar seguindo esse caminho. Mas a chegada da doença altera esse fluxo, afetando o modo como a história é ou como ela tem sido construída. Essas alterações da vida, causadas pela doença, trazem questões importantes no que diz respeito às relações que a pessoa estabelece com o seu próprio corpo e com os outros corpos. Sendo assim, a doença é considerada como uma ocasião para se narrar uma história, fazendo-nos refletir sobre quais necessidades dos doentes as histórias contadas atendem.

Explorando essas necessidades, Frank (1995) sugere três tipos de narrativas, a saber: narrativa de restituição, narrativa do caos e narrativa de busca. A narrativa de restituição pode ser contada prospectivamente, retrospectivamente e institucionalmente, sendo muito utilizada por ser um enredo mais geral, marcando o desejo de ser saudável novamente e falando sobre a vitória da medicina. A segunda é o contrário da primeira, pois seu enredo imagina que nunca haverá melhora na vida da pessoa. É a história de uma pessoa que sofre, e é contada sem qualquer sequência, com sua voz sendo perdida no caos que se instaura. Já na narrativa de busca, a pessoa doente conta a sua própria história e possibilita aos doentes sua voz mais particular; ela fala da perspectiva da pessoa doente, da busca de alternativas para a doença, o que faz emergir a ideia da doença como uma jornada. Dessa forma, ela controla o caos que poderia se instaurar devido a doença.

4.2 Procedimentos Metodológicos

4.2.1 Desenho da Pesquisa

A pesquisa tem por objetivo analisar as narrativas de pacientes que passaram por episódios de infarto, buscando compreender a vivência do infarto na vida das pessoas. Este

estudo, de caráter descritivo, utilizou como referencial teórico-metodológico a pesquisa narrativa, que se apresenta tanto como método quanto como fenômeno de estudo (Pinnegar & Daynes, 2007). Nessa oportunidade, ressaltamos a pretensão em diferenciar a produção histórica das pessoas infartadas, a qual envolve diferentes problematizações, desde a organização social a que pertencem até a posição religiosa/espiritual, o tempo histórico e a atividade laboral. Destarte, tal escolha metodológica tem como objetivo contemplar a tarefa investigativa da proposição deste estudo, que é a de investigar processos de subjetivação diante da ocorrência do infarto na vida dos sujeitos que vivenciam esse evento.

O infarto não é uma experiência qualquer na vida das pessoas. Ele se torna um marco de uma história pessoal, referenciado em vivências que antecedem o próprio episódio e o que se sucede a ele. O infarto mobiliza o sujeito e todos os demais que o rodeiam. Nesse sentido, estudar o infarto na perspectiva de quem o vivencia pode contribuir para o desvelamento de um universo assustador, dada sua ocorrência abrupta, inesperada e com efeitos diversos que mudam a estrutura de vida da pessoa, podendo trazer graves limitações em seu cotidiano, bem como o risco de morte.

Neste trabalho, as entrevistas narrativas foram realizadas a partir da questão emanante trazida pela pesquisadora, que diz respeito à vivência do infarto. Para tanto, o entrevistado foi convidado a relatar sua estória. Dessa forma, o narrador trouxe temas relevantes e significativos para ele (imanentes), compondo uma estória, que foi o objeto de análise. As narrativas das pessoas que passaram pela experiência do infarto forneceram a possibilidade de coleta de informações e dados que não eram acessíveis à vista do pesquisador. Para além das narrativas (quando as pessoas infartadas foram escutadas), as impressões pessoais (registradas pela pesquisadora) contribuíram para o aprofundamento e a complementação da análise proposta neste estudo. As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas com a devida

autorização dos participantes, estando sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos, quando, por fim, serão eliminadas.

4.2.2 Participantes

A coleta de dados foi feita por meio de entrevista narrativa (não estruturada), tendo como atores 11 pacientes, na faixa etária de 36 a 84 anos, que passaram pelo episódio de infarto e foram atendidos por cardiologistas de hospitais de Belo Horizonte. O critério de escolha dos participantes foi o fato de terem passado pela vivência de episódio de infarto, independentemente da idade e do sexo. Para que se preservasse o anonimato dos participantes, foram adotados nomes de cantores e cantoras para cada um deles.

4.2.3 Modos de Obtenção de Informações

As entrevistas ocorreram no consultório da pesquisadora e/ou no local indicado pelo entrevistado, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, bem como de forma *on-line*, devido à pandemia de COVID-19. As pessoas foram informadas da pesquisa e convidadas a participar. Uma vez tendo aceito, cada participante assinou o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (Apêndice A) para autorizar sua participação. A pesquisadora se comprometeu a promover uma devolução dos resultados para os participantes, preparando um *pitch* com os principais resultados do estudo e disponibilizando as produções bibliográficas decorrentes da tese, colocando-se ainda à disposição para diálogos diretos sobre os resultados com participantes que os solicitarem.

Neste trabalho, a entrevista narrativa foi realizada a partir de uma questão geradora de narrativas, como proposto por Flick (2008), o que reforça o caráter menos estruturado dessa

modalidade de coleta. No apêndice, estão listados os tópicos para a fase de aprofundamento dos pontos apresentados na narração inicial. A questão gerativa utilizada neste estudo foi: *Conte-me sobre sua história de vida e experiência com o infarto. Você pode levar o tempo que for preciso e pode dar detalhes de tudo que for importante para você.*

O entrevistado, ao ser convidado a relatar sua estória, trouxe temas relevantes e significativos para ele (imanentes). Na medida em que sua narrativa era composta, esta passou a ser nosso objeto de análise (Jovchelovitch & Bauer, 2002). Os tópicos listados para a fase de aprofundamento, sempre que possível, foram expostos de forma imanente, ou seja, acompanhando os termos e expressões utilizados pelos participantes na narração inicial.

4.2.4 Análise de Dados

As narrativas foram utilizadas na análise de dados, e os protocolos de análise foram decididos pela pesquisadora, pois existem algumas modalidades possíveis para o procedimento de análise das narrativas, como as propostas por Labov (1972), Riessman (2008) e Gibbs (2008). Vale destacar que a ideia central que embasou a proposta de análise do presente trabalho pode ser definida nas palavras de Riessman (2008): “analistas de narrativas questionam a intenção e a linguagem – como e por que os incidentes são narrados, e não simplesmente o conteúdo ao qual a linguagem se refere” (p. 11).

As informações colhidas nas narrativas das histórias dos sujeitos (coleta de dados) foram organizadas em planilhas do Excel, de acordo com a seguinte categorização, a saber: *histórias de vida antes no infarto, a própria história do infarto e histórias de vida depois do infarto*. A primeira categoria descreve o sentido da vida, do mundo pessoal, e as condições de saúde e doença do sujeito antes da vivência do infarto. A segunda categoria pretende abordar a narrativa do episódio do infarto e trazer seu conteúdo vivencial. A terceira categoria aborda as

vivências subjetivas após o episódio do infarto, buscando identificar possíveis viradas narrativas dos atores.

5 “UMA REALIDADE MINHA”: SENTIDOS SOBRE A VIDA EM TRAJETÓRIAS DE ADOECIMENTO CARDÍACO

O quadro a seguir (Quadro 1) caracteriza os pacientes entrevistados nesta pesquisa, os quais foram designados com nomes de cantores.

PACIENTE	IDADE	PROFISSÃO	QUANTIDADE DE INFARTO
CAETANO	69 anos	Fisioterapeuta aposentado e docente de logosofia	2
VINÍCIUS	68 anos	Aposentado desde 2011 (agrimensor e topógrafo na Prefeitura)	2
GONZAGA	61 anos	Coordenador de jardinagem	1
VANUSA	61 anos	Dona de casa (8ª série)	1
ELZA	84 anos	Aposentada (trabalho em casa de família e, depois, como atendente)	2
FAGNER	67 anos	Aposentado (empresário/engenheiro)	2
GAL	36 anos	Formada em nutrição, porém dona de casa; cursa pedagogia	1
MARISA	73 anos	Aposentada (bibliotecária)	1
ALCEU	39 anos	Empresário (ramo de cursos profissionalizantes)	1
LATINO	50 anos	Aposentado	1
ROBERTO	46 anos	Desempregado em sua área, trabalhando de maneira informal.	1

Quadro 1. Caracterização dos pacientes entrevistados.

5.1 Dando Voz aos Narradores

Graham Gibbs (2008) sugere como ferramenta para organização de análise a construção de resumos sobre os eventos de destaque das narrativas. Seguindo essa recomendação, foram produzidos resumos das narrativas de cada participante da pesquisa, para o acompanhamento de cada história. A partir das vozes individuais dos entrevistados, foi possível construir as narrativas de seus infartos, bem como evidenciar os processos de subjetivação engendrados nessa vivência.

O estudo dos processos de subjetivação de cada participante foi realizado a partir dos seguintes marcadores: suas histórias de vida antes do infarto, as próprias histórias do infarto e suas histórias de vida após o infarto. A partir da narrativa de cada narrador, esses marcadores foram identificados e dispostos nos quadros descritivos abaixo.

Caetano foi entrevistado no consultório da pesquisadora, em Belo Horizonte, em abril de 2021. Aos 69 anos, ele tinha sofrido dois episódios de infarto. O quadro 2 mostra o resumo da história de Caetano.

CAETANO	
“[...] uma realidade minha, atual [...]”	
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida antes do infarto	A narrativa do entrevistado é marcada por seu envolvimento com a logossafia. Tal conhecimento respondeu às inquietações que ele tinha sobre a existência. Sua dedicação à logossafia é bastante intensa, tendo se dedicado a ler toda a obra relacionada. Trabalha no acervo da biblioteca de uma fundação, perfazendo uma trajetória que vem desde seus 17 anos. Hoje, ele se diz um “servidor da humanidade”, com “quase 24 horas de dedicação pra mim mesmo”. Teve o primeiro infarto enquanto jogava bola. Atualmente, vive um período difícil, porque o filho, extremamente preparado e estudado, não consegue colocação no mercado de trabalho, levando-o a ficar deprimido e desmotivado.
História do infarto	“E foi assim: eu tomei banho, fui pra sala esperando o almoço, né? De repente, eu comecei a suar... a camisa suando assim... Aí eu levantei e cheguei pra minha esposa e falei: ‘olha, fica calma!’ [...] Porque ela é um pouco ansiosa, né? Falei assim: ‘fica calma e tudo, e eu tô tendo um infarto, cê, cê fica calma’ [...] e, mesmo assim, ela assustou assim. Eu falei: ‘você tá com capacidade de pegar o carro... Se for o caso, nós chamamos o Uber’, né? Descemos na

	garagem e entramos no carro lá, e com, com 10 minutos, eu tava na porta do hospital. Então, é... são coisas que a gente..., né?”
História de vida depois do infarto	Depois de 4 meses, Caetano teve apendicite e cisto. Atualmente, tem os pés inchados e ficou mais lento. Relata que sente o infarto como uma conciliação. É uma realidade que está vivendo, sem se sentir pressionado por ela. Passou a valorizar tudo, ainda mais do que fazia. “[...] eu preciso até... é... 2035, é... 2030 [...] Agora vai ter os 100 anos da logosofia no Brasil. Então, eu preciso disso. E tô me preparando, né? Pra... pra realmente viver, e eu vou ter que viver isso com quase 70 e poucos anos. Aí, daí pra frente, eu, eu tô satisfeito, já até, nessa etapa.”

Quadro 2. Caetano.

Vinícius foi também entrevistado no consultório da pesquisadora em abril de 2021. Aos 68 anos, ele também tinha sofrido dois episódios de infarto. O quadro 3 mostra o resumo da história de Vinícius.

VINÍCIUS	
“[...] agora vai ter que abrir o peito. Tem que abrir o peito? Tem que abrir o peito, e agora vai ter que serrar aqui. Pensei: será? [...]”	
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida antes do infarto	O entrevistado relatou história de pressão alta antes da primeira vivência de infarto, em 2013. A partir de então, negligenciou a ingestão de medicamentos e passou a comer coisas gordurosas. É evangélico.
História do infarto	“[...] eu tava sentindo uma dor aqui assim... Essa dor apareceu de repente, eu tava achando que era mais era... é, é... como é que fala? Prisão de ventre. Sinceridade, eu tava pensando, pra mim, era mais era prisão de ventre, eu não tava pensando que era... Mas aí começaram lá em casa: ‘vai no médico, vai no médico, isso pode ser coração’. Eu falei: ‘gente, mas também tudo tem que tá perto do coração’, né? ‘Coração não, vai no médico, vai no médico’. [...] Aí, no outro dia, falei com meu genro: ‘me leva pro médico, porque a dor aumentou e eu não tô sabendo o que é’. Eu achava que era prisão de ventre, mas, agora, a dor... ‘tá doendo aqui assim, e é do lado do coração mesmo, agora eu já num sei se é só prisão de ventre mesmo ou se é coração, mas vão lá pra ver’. Aí eles me levaram. Chegaram lá, internaram e descobriram [...]. Fizeram cateterismo, aí vim pro hospital, aí fizeram a angioplastia, [...] ponte safena, já tava entupida, e meu organismo abriu uma terceira, o próprio organismo abriu uma terceira... uma tava boa e a outra, o meu próprio organismo abriu uma terceira. [...] Aí falaram, aí limparam ela direitinho, essa que abriu, que ela falou que uma boa, sabe? E as duas ponte safena já tava tudo entupida já. [...] Mas a que ele abriu, é uma larga, melhor que essas outras duas, sabe? [...] Aí, nisso aí, eu fui e operei, graças a Deus, voltei e fui pro CTI, a gente volta com algumas horas, né? Eu levei dois dia e tanto pra voltar, quase três.”
História de vida depois do infarto	Depois que teve infarto, Vinícius não procurou mais a esposa. Não sabe se é medo, mas não consegue manter uma ereção, então desistiu. Ele ficou apático. Entregou nas mãos de Deus e sua expectativa a partir de agora é ver os netos.

	“É, eu tô fazendo isso tudo, é mais... é pelos netos, sabe? Eu quero conhecer porque meus irmãos tudo já conhece os netos, né? Meus irmãos já tem...”
--	---

Quadro 3. Vinícius.

Gonzaga foi entrevistado no consultório da pesquisadora em abril de 2021. Aos 61 anos, ele tinha sofrido um episódio de infarto. O quadro 4 mostra o resumo da história de Gonzaga.

GONZAGA	
“[...] o senhor vai abrir eu, cortar eu, pra ver o que é que tá comigo, uma dor aí [...]”	
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida antes do infarto	O entrevistado relatou que corre há muitos anos e ficou com medo de ter exagerado, mas tinha feito exames recentemente. Reconhece que trabalha muito, em serviço pesado, mas nunca havia sentido nada. Foi quando entrou de férias que aconteceu. Ele se descreveu como uma pessoa muito estressada e nervosa, seja em casa, seja no trabalho, tendo tido vários problemas por onde passou; mas, ao mesmo tempo, se diz perseguido, dizendo que, em todo lugar que vai, alguém tem problema com ele. Já esteve até em delegacia por briga no trabalho. Nessas ocasiões, seu corpo treme muito, e ele precisa ser acalmado. Paradoxalmente, afirma que, por ele, queria que todo mundo ficasse unido e que, no serviço, os patrões gostam dele.
História do infarto	“[...] Eu senti uma dor, assim uma queimação, que deu nimim, assim aqui no peito, uma queimação; eu pensei assim: isso não é uma dor não, isso é uma coisa que tá queimando eu por dentro, parece que está destruindo eu por dentro, ai eu peguei, eu sai... pra comprar uma roupa pra menina. Ai, eu cheguei em casa e comentei assim com a minha esposa faz minha comida põe minha comida no prato eu vou comer e dar uma descansada, que eu tô muito cansado, ai eu peguei comi. Não dormi nem uma hora. Cheguei, deitei um pouquinho, de repente mim deu uma dor! Levantei, uma dor! E fiquei assim; uma queimação e não tava guentando nem andar e eu queria só mexer com o corpo, abaixar para ver que a dor, num é dor é uma queimação mesmo, tá queimando! Eu mexendo com o braço, ai deu umas... deu umas 7 horas a dor parou. Parou! Falei assim: graças a Deus! Isso é capaz de ser nada não, isso é um trem normal. Eu gosto de tomar uma cervejinha né; eu falei eu vou ali em cima tomar uma cervejinha, e... vou vim embora. Ai tomei umas duas cervejas, deu umas 10:30 eu desci pra e embora pra casa e quando eu entrei pra casa ai a dor pertou né mim demais, pertô, pertô, pertô e eu não tava guentando...Eu falo que sou muito pirracento, num gosto de hospital né! E a minha menina falou assim ô pai, eu tô vendo que o Sr tá mal mesmo; o Sr. Pode ir no médico hoje. Eu tô sentindo memo. Aí a minha menina falou assim vou chamar o uber pro cê, pegar ocê e levar pro hospital. Ai eu falei: chama então! Ai chamou o uber; foi numa base de 11 horas eu peguei o carro do uber; levou eu até lá, hospital. Chegou lá o médico falou assim comigo assim: aonde tá doendo? Tá doendo aqui Dr. tá queimando, eu não tô guentando [...] Ai ele falou comigo assim: é, vc vai internar hoje, é infarte que deu no cê, príncipe de infarte; cê vai internar. [...] fui pra sala desentupi a veia, veia entupida do coração, depois deu uma

	praqueta aqui no coração meu, aí eu tô tomando remédio, tomando remédio agora.”
História de vida depois do infarto	Quando chegou em casa, após o infarto, teve uma briga com o irmão, partindo pra cima dele mesmo. Depois do procedimento, sua vida melhorou, mas ele não pode mais pegar peso. Ficou com um pouco de medo, e, agora, qualquer dor o faz pensar em infarto.

Quadro 4. Gonzaga.

Vanusa foi entrevistada no consultório da pesquisadora em abril de 2021. Aos 61 anos, ela tinha sofrido um episódio de infarto. O quadro 5 mostra o resumo da história de Vanusa.

VANUSA	
“A minha vida era essa! Eu andava, fazia, eu acho, eu num tava vivendo; eu tava vegetando por aí.”	
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida antes do infarto	A entrevistada sempre resolveu todos os problemas da família, fazendo tudo para todos e nada para ela. Achava que sua opinião era certa. Descreve-se como uma pessoa muito agitada para tudo. E relata uma briga com a cunhada que a chateia muito, pois pediu perdão e a cunhada não aceitou. Conta que fica muito triste com essa situação e que sente dor no coração. Vivía preocupada com a opinião das pessoas e da cunhada. Ela nunca teve problemas de saúde, apesar de sua alimentação ruim. É evangélica e acredita que as coisas acontecem na hora que Deus permite. Afirma que é sentimental e emocional.
História do infarto	“[...] foi de repente, eu já tava sentindo uma dor! Só que eu falava: Ah, isso aí é porque a médica, já tinha passado pela ortopedista; [...] deu muito problema na coluna aqui cervical em cima né, eu sentia; pensava que essa dor nas costas que vinha aqui assim era, poderia ser do, da coluna. Aí, quando foi outro dia que a gente tava em casa, tranquilo, aí eu senti outra dor; aí ela já radiou aqui assim... quando ela radiou, falei: Eu vou no médico agora! Mas aí a dor parou, mais quando eu cheguei no médico; chegando lá, falou nos vão consultar, pra mim ver o que que é isso. Eu fui, cheguei lá, o médico falou: Não, a Senhora vai ter que internar agora porque os exames não tá bom; mas não falou diretamente o que era pra mim. Aí, internei, fui internada fiquei no hospital, daí depois de dois dias [...] no dia seguinte que eles falaram pra mim o que é era que eu tava tendo, que minha pressão tava alta e tal, mais aí graças a Deus né, porque tava dando infarto dentro do hospital, eu já tava lá no, nos médicos né, mais aí internei foi tudo rápido, num senti dor mais, foi tudo rápido e fez o catete...o coisa né, que até já cicatrizou não tem mais. [...] Eu fiquei assim meio aérea, eu num lembrei de nada, eu tava ali tava sendo cuidada, tava vendo o que os médicos tava fazendo. Se entreguei, eu num, num presenciei nem, nem assim, olhei pra minha família pros meus filhos, não, não, não, eu fiquei lá. Fiquei lá dentro assim, tudo que eles fazia eu tava aceitando, tudo que eles tinha que fazer ali, não lembrei nem como que a minha casa era; depois que eu sai [...]”
História de vida depois do infarto	Vanusa relatou que está com medo até de andar, pois nunca teve nada e, de repente, sofreu o infarto. De vez em quando, vem à sua cabeça alguns questionamentos sobre como será a sua vida. Afirma que sua mente está

	doente. Mesmo preocupada com possíveis limitações, ressaltou que o melhor é que ela não está pegando peso como pegava, pois a família está ajudando. Ela se pergunta por que aconteceu, e acredita que Deus tem um propósito em sua vida. Vem conciliando o infarto com sua fé. Fala de sua negligência com a saúde, pois não ia ao médico. Depois do infarto, as filhas e o marido estão fazendo as coisas para ela e aprendendo a cuidar deles próprios. Estão mais perto, mas ela tem dificuldade de aceitar bajulação. A partir da vivência do infarto, ela passou a entender que ninguém é igual, que todos têm direito a opiniões diferentes e que as coisas não são como ela quer que sejam. Ela está aprendendo a viver a vida dela, e não a das pessoas. Agora ela consegue conversar com o marido, coisa que não acontecia antes do infarto. Hoje ela não fica mais querendo mudar as pessoas e percebeu que ela é que tem que mudar. Segundo ela, ela tinha mais teoria do que ação. Sua confiança e fé aumentaram, pois hoje ela consegue dormir mesmo quando os filhos estão na rua, entregando para Deus. Ela fala que sua fé aumentou, pois, em plena pandemia, entrou no hospital, com pressão alta e saiu. Fez os exames de COVID, e tudo deu negativo. Para ela, foi Deus. Segundo ela, ela poderia ter pegado uma infecção lá dentro, mas foi cuidada pelo Senhor. Deus fez um milagre em sua vida e continua a cuidar dela. Ela acha que o que precisa melhorar é a cabeça.
--	--

Quadro 5. Vanusa.

Elza foi entrevistada no consultório da pesquisadora em junho de 2021. Aos 84 anos, ela tinha sofrido dois episódios de infarto. O quadro 6 mostra o resumo da história de Elza.

ELZA	
“Aí eu falei: não, mas como o braço apertou, sei lá se é o danado do infarto, eu vou lá assim mesmo, pra olhar, né?”	
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida antes do infarto	A narradora afirma que não teve filhos, mas criou o filho e a filha da irmã que morreu. O sobrinho é muito bruto com ela e a deixa muito nervosa. Só de ele chegar na casa dela, ela já fica nervosa, por causa do modo como ele a trata. Afirma que, quando teve o infarto, tinha deitado com muita raiva dele. Confessa que, em alguns momentos, sente medo dele também. Ele morava com ela, mas a convivência era difícil, então ela comprou um barracão na favela para ele morar, e quando ele está desempregado, ela cozinha para ele levar e comer durante a semana. Seu primeiro infarto foi há bastante tempo. Ela é católica praticante.
História do infarto	“[...] foi aquela coisa, assim aquele abafamento aqui no peito, aí sei lá, uma sensação horrível e doeu muito aqui, mas lá dentro de mim, podia fazer assim, mas lá dentro tava doendo, doendo, doendo, é tanto que eu cheguei lá no hospital, quando eu falei com o médico, eu num sei se é infarto ou o quê que é, porque como o braço doeu, por isso que tô achando que é infarto, mas eu tô sentindo a dor aqui lá dentro [...] por causa do infarto né.”
História de vida depois do infarto	Relata que está com a cabeça ruim. Ela sempre inventa coisas para fazer.

Quadro 6. Elza.

Fagner foi entrevistado em sua residência, em Lagoa da Prata, em junho de 2021. Aos 67 anos, ele tinha sofrido dois episódios de infarto. O quadro 7 mostra o resumo da história de Fagner.

FAGNER	
“Eu não preocupo. Honestamente, eu não preocupo em ter um terceiro, pra mim não é uma coisa assim... Não... Eu num penso... Num me afeta, certo? Primeiro, porque eu nunca tive... É... Assim... É, eu nunca tive muito medo de morrer, vamos dizer assim.”	
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida antes do infarto	Fagner teve dois infartos. Na época do primeiro, ele trabalhava como sócio de uma empresa. Esse infarto ocorreu logo quando ele saiu de férias, depois de trabalhar muito, às vésperas do <i>réveillon</i>. O trabalho de Fagner era muito estressante, pois era empresário responsável pelo setor financeiro de uma empresa que saiu do porte de pequena empresa para o de grande empresa, sem dinheiro e precisando manejar essa dificuldade, tirando daqui e dali. Foi um período extremamente estressante e de muita preocupação, mas que resultou em uma grande empresa. Foram vários anos difíceis, e, segundo ele, quando as coisas equilibraram, quando ele ia sair de férias, infartou. A partir dessa experiência do infarto, ele repensou a vida. Teve atritos na empresa com os sócios, vendeu sua parte e mudou-se, com sua esposa, para o litoral. Resolveu comprar um <i>buggy</i>, o que sempre desejou, embora ficasse adiando. Ele ficou cinco anos à toa, morando de frente para o mar, mas acabou arrumando uma sociedade por lá. Depois, no entanto, não quis seguir o sócio nos empreendimentos arriscados, pois já não aguentava isso mais. Voltou para sua cidade, quando o sogro adoeceu, e ficou mexendo com uma coisa aqui, outra ali.
História do infarto	“[...] eu acordei, assim... À noite, num, num fiquei muito bem não, sabe? Tava sentindo assim, meio... esquisito, deitei e ficou meio esquisito. Aí quando chegou, é... Assim... Ainda era cedo ainda, era umas 6 e pouco, 6 horas por aí, sabe? Eu tava com um pouco de falta de ar, sentindo calor e tal... Eram os mesmos sintomas... [...] Reconheci assim...achei que era isso, né! [...] Aí conversei com a Maria, aí a gente foi aqui no...na UPA certo? Mais a UPA, o... Aqui, eu já tinha um cardiologista [...] Aí fui... Me levaram pro... Lá pro... Pra UTI, aí ficou, passei o dia inteiro lá, aquele rolo. Vai pra Belo Horizonte, não vai? [...] Aí eu fui... Me levaram pra Belo Horizonte. Aí dessa vez foi mais problemático! Eu fiquei, só na UTI eu fiquei quase 1 mês. [...] deu uma série de problemas, por exemplo, igual, eu acabei pegando Pneumonia... [...]”
História de vida depois do infarto	Hoje tem mais sequelas ainda. Fagner atribuiu o infarto ao excesso de preocupação com problemas financeiros, pois as coisas começaram a apertar e seus investimentos em ações despencaram. Fagner afirma que ele segue todos os cuidados, toma os remédios, mas não fica com isso na cabeça. Ponto importante: Empresário com vida estressante.

Quadro 7. Fagner.

Gal foi entrevistada no consultório da pesquisadora em julho de 2021. Aos 36 anos, tinha sofrido um episódio de infarto. O quadro 8 mostra o resumo da história de Gal.

GAL	
“[...] nunca tive problema de saúde nenhum, [...] eu jamais imaginei que fosse acontecer comigo.”	
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida antes do infarto	Gal relata história em que aparece o fator genético, pois sua mãe, sua irmã e a família da mãe tiveram infarto. Inclusive, seus pais morreram de infarto. Ela pratica atividade física regularmente (caminhada e ginástica). Diz-se agitada. Ela faz todo o serviço da casa. Gal havia tido COVID, e isso gerou grandes problemas familiares, porque ela passou para sua irmã, que mora no interior com seus pais, e esta levou o vírus. A família culpou ambas. Ela relata que muitos problemas nas relações familiares afloraram com a questão da COVID. Ela resolveu ficar na dela, saiu de grupos de WhatsApp da família e ficou muito mal. Aí veio o infarto, e sua mãe fez um comentário, falando em punição divina. Ela foi se afastando por não dar conta. Sua mãe trata os filhos com distinção, e isso a magoa muito. Ela comanda a família e quer dominar tudo e todos. Com isso, acaba por causar atrito entre os filhos mais novos e os mais velhos. Existe também uma divisão entre católicos e evangélicos. A família ainda está ressentida, e eles não se encontraram nesse tempo. Tem um irmão mais velho que quer comandar também. Existe conflito da mãe com relação às escolhas maritais das filhas (negro, pobre e separado), exceto com a de Gal, pois o marido tem uma certa condição financeira e é de família conhecida na cidade. Os filhos ficam brigando por causa de terreno do pai vivo. Foi nesse contexto caótico que Gal teve o “infarto”. Seus filhos são “uns fofos”, segundo ela. Existem alguns atritos com o marido, pois ela depende dele financeiramente, haja vista que parou de trabalhar para cuidar das crianças.
História do infarto	“[...] e esse dia eu estava fazendo atividade física em casa, é eu tinha caminhado no dia anterior [...] E aí eu senti uma dor no peito, um formigamento no braço, é... e eu senti muita vontade de vomitar, mas eu num conseguia. E uma dor, uma dor muito forte que foi passando o tempo, foi ficando pior de eu num conseguir, assim, eu tava, acho que eu num conseguia nem raciocinar direito. A única coisa que eu lembro é que ele (o marido) me perguntou aonde, o quê que é que ele tinha que fazer e onde que ele tinha que me levar, que ele num sabia. E aí eu só falei com ele assim pra poder; cê me leva pra Pedro I, acho que foi a última coisa que eu, eu falei com ele. [...] eu não conseguia assimilar muito assim de, por causa da dor que eu tava sentindo. Me leva pra Pedro I, pra unidade da Pedro I, ele queria me levar pro hospital, eu falei me leva pra unidade da Pedro I, eu achei que era uma dor assim, algo, eu num imaginava que fosse. Nem passou pela minha cabeça, eu falei sei lá, uma dor no peito eu posso ter feito algum exercício e ficado cansada, alguma coisa que aconteceu por causa disso. Mas eu nunca imaginei que pudesse ter sido um infarto, no entanto que na hora que o médico falou comigo, que ele falou: Não, cê num vai embora não, cê teve um infarto. Eu falei: Mas como assim? (risos) que num, num tinha caído a ficha. [...] Aí eu fiquei lá (no P.A da Unimed/Pedro I) o dia inteiro, eu fiquei lá o dia intei, eu fiquei até duas e meia em observação,

	acho que ninguém tava muito, assim... tavam só observando pra ver se eu ia sentir dor de novo. Quando foi duas e pouquinho, que eu falei pro médico assim, posso ir embora? Aí ele falou: Uai, pode! Cê tá fazendo o quê aqui? Eu então falei assim, eu senti uma dor no peito de manhã, mas eu tô aqui e até agora ninguém falou nada comigo, fizeram um exame, mas também não me deram o resultado. Ah, então deixa eu olhar o exame pra poder eu te liberar. Aí que ele foi e olhou o resultado do exame e a minha Troponina tinha dado muito alta e ele: Não, então, senta aí. Cê teve um infarto e aí a partir de agora mudou todas as coisas, aí ele já num, não me deixaram andar mais, já colocaram é monitoramento, pra, pra poder... Aí é, olharam minha pressão, minha pressão tava alta, aí começaram a... [...] mas aí eu tive uma outra sequência de dor, é mais forte, aí a minha pressão subiu mais, aí que ele foram fazer é... [...] eu fiz só o cateterismo, mas aí eles foram fazer um outro, é um eletro pra poder ver; aí que viram que o eletro tava, tava muito estranho, eles falaram assim que o eletro tava muito estranho, e aí fizeram mais uns dois eletros; fizeram mais um outro exame de Troponina. [...] aí eles ficaram mais preocupados, assim, e aí começaram a não me deixar a ir nem no banheiro, aí eu tinha que ficar deitada e tudo, aí foi tudo mais rápido assim, até me encaminharem pro, pro hospital. [...] eles falam assim: Olha é algo diferente, o que aconteceu com cê não é um entupimento, é algo diferente. E... e aí o que tá parecendo é que é uma Dissecção de Aorta, a camada da, da, da, da sua artéria ela, uma das camadas, rompeu. Então num é um, um, por um entupimento de se colocar um Stend, ou alguma coisa, então, é por isso que cê tem que, é, é algo mais raro, mais difícil de acontecer e... e por isso que a gente precisa avaliar e ver quais que são as condutas.”
História de vida depois do infarto	Relata dificuldade em assimilar o que aconteceu, porque foi um baque. Ela não imaginava, pois nunca teve problema de saúde nenhum. Depois do infarto, está difícil de aceitar as pessoas fazendo as coisas para ela. Ela diz que ficou mais tolerante com o marido e vem pensando em que ele precisa mudar. Quer deixar o marido ajudá-la, vendo suas necessidades, para ela não ficar sobrecarregada com as coisas.

Quadro 8. Gal.

Marisa foi entrevistada em sua casa, na cidade de Lagoa da Prata, em julho de 2021.

Aos 73 anos, ela tinha sofrido um episódio de infarto. O quadro 9 mostra o resumo da história de Marisa.

MARISA	
“Será que ela, que ela aconteceu isso com ela, porque ela me viu desse jeito? Será que eu tive isso, porque eu vi que ela não tava, já não estava bem? Não sei.”	
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida antes do infarto	Relata que viveu com sua mãe e os filhos desde que ficou viúva. Elas sempre foram muito companheiras. Sua mãe começou a passar mal, e ela chamou o médico, que a examinou e medicou. Imediatamente, após esse episódio, Marisa começou a passar mal e foi levada ao hospital. Depois que ela voltou, percebeu

	que sua mãe estava estranha e chamou o médico, que constatou um AVC. Esta foi internada e teve mais alguns AVCs, até que foi a óbito.
História do infarto	“[...] Na hora que cheguei aqui na cozinha, eu comecei a sentir assim... Uma dor! Sabe? Assim no peito, cansado... Eu falei, eu pensei, ah mais, isso, é coisa que vai passar. E realmente passou. [...] Fui almoçar na casa do Mário, sem a mamãe. Quando eu voltei, acabou o almoço. Na hora que eu estava vindo embora, eu comecei a sentir uma dor, outra dor assim, forte no peito. Até pensei em pedir a Marta para me levar lá no carro, mais aí eu falei: Não! Eu vou dar conta! Aí vim. Entrei no carro e tudo... Na hora que eu cheguei ali na copa, mamãe sentada aqui, eu não dei conta de mais nada! Eu só dei conta de puxar a cadeira. Aquela falta de ar, mais um... Assim, uma falta de ar... E uma dor no peito, uma dor! Aí eu telefonei pro Mario. Mario vem aqui! Eu não tô bem, custando a falar. Ele, num instantinho eles chegaram. Chegaram e me puseram deitada aqui, a mamãe vendo tudo. Eu acho que a mamãe teve alguma coisa assim, e daí eu não lembro de mais nada! Não, não lembro deles virem me pegar, eles telefonaram pra, pra ambulância. Não lembro! Lembro de sentir muita dor, a única coisa que eu falava era: Tira essa dor de mim, tira essa dor de mim. Uma dor... Mais sabe? Uma dor aguda mesmo! E, cheguei lá no hospital, eles me deram, fizeram os exames, medicamentos... Tudo... Fizeram eletro, não deu nada, né? Fizeram em... Eu fiquei um dia, isso era (meio dia... 1 hora), eu fiquei até no outro dia, (meio dia) também, fizeram não sei quantos exames de sangue, só acharam que meu potássio tava baixo, muito baixo, sabe? [...]. E... mais, o médico falou: isso pode dar uma confusão na cabeça, pode não sei o quê, mais o resto nada. Aí o Jorge falou para eu ir pra lá né? O Mário foi me levar. Enquanto eu estava sentada no carro tudo, tudo bem. Lá no milhão, na hora que fui descer, não dei conta, de tanta cansaça, muito cansada, muito cansada mesmo! Aí ele pediu uma cadeira de rodas; lá tem. Me levaram no banheiro, tudo. Depois cheguei no... No hospital, me puseram na cadeira de rodas, aí começou aquele tanto de exame, que não deu nada! Nada! Nada! Eu fiquei até com vergonha. [...] o médico nomeou de Síndrome do Coração Partido [...] Ele que falou da, da Síndrome Takotsubo, ele me mostrou, Takotsubo é uma... um balaio.”
História de vida depois do infarto	Ela começou a se questionar por que suas doenças são associadas às emoções. Tem uma doença autoimune (artrite reumatoide) que veio depois de ter ficado viúva, sem dinheiro e com dois filhos para criar. Agora, teve essa síndrome. Marisa sempre afirmou querer morrer quando sua mãe morresse, mas agora é grata pelo que elas viveram e ainda quer viver. Ela quer seguir cuidando dos filhos, com as amigas, curtindo o sobrinho-neto, indo à casa de parentes que moram por ali mesmo e administrando a fundação (do câncer) que administrava com a mãe. Ela se vê como uma pessoa alegre e feliz. Sente que Deus foi generoso com ela, pois tudo ocorreu muito bem em sua vida. Ela adora contar histórias e pretende investir nisso com mais afinco.

Quadro 9. Marisa.

Alceu foi entrevistado no consultório da pesquisadora em julho de 2021. Aos 39 anos, ele tinha sofrido um episódio de infarto. O quadro 10 mostra o resumo da história de Alceu.

ALCEU	
“[...] é uma coisa que, tipo assim, eu sinto que me desligou do mundo. Eu tenho medo de tudo, eu tenho medo até de dirigir, que eu acho que vai acontecer alguma coisa, que eu acho que eu vou mexer com esse braço e o negócio que vai sair do meu braço.”	
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida antes do infarto	Alceu relata que sua família tem histórico de infarto, pois sua mãe teve sete. Ele se intitula muito nervoso, muito ansioso e muito estressado e que, com a pandemia, isso piorou, pois ele tem que administrar sua empresa e comandar 28 funcionários nesses tempos difíceis. Acostumado com um estilo de vida, viu, de repente, tudo mudar com a pandemia. Ele teve que cancelar contratos. Mas ele tem consciência de que é algo geral e que as pessoas tiveram que se reinventar. Somado a isso, ele se diz uma pessoa que vai juntando as coisas, não fala e aí estoura. Fala de seu amor pelo marido, mas que este é controlador e não o deixa fazer as coisas sozinho. Ele já frequentou muitas religiões, mas hoje ele crê em Deus.
História do infarto	“[...] eu achei que eu tava era tipo, que eu tinha comido alguma coisa que tava me fazendo mal, e quando eu fui ver não era, por que começou numa quarta-feira, 3 horas da manhã, uma dor muito forte, eu perdi o movimento do braço, começou a formigar, aí eu virei pro meu companheiro e falei assim: aqui tá acontecendo alguma coisa, num tá normal, tem alguma coisa acontecendo, e eu balançando o braço, balançando o braço, ele falou assim: vamos pro hospital agora, ele pulou da cama assustado, começou a chorar por que ele tava desesperado, por que viu a situação que eu tava, a gente foi no hospital, chegou lá o hospital tava fechado, por que já tava com muita gente, num tava fazendo atendimento, desde o dia anterior. [...] Ai a gente foi, ele lembrou do da Unimed, aí ele parou na porta, assim que parou na porta, eles já foram, me pegaram, já fizeram um eletro e falou assim: cê tá infartando, num tem jeito de fazer mais nada, me colocou na maca, já fui pra aquela sala, de hemodinâmica que fala? Ai fiz o procedimento, fui colocar o colocar o Stend né? [...] o que me, me deixou mais assim encabulado por que a 15 dias atrás, eu fui ao médico, fiz todos os exames e não deu nada, num deu alteração no coração, num deu nada, eu fiz tudo, fiz aqueles exames que a gente faz né, que os médicos pedem. E num deu nada, tava tudo ok. [...] eu senti que eu tava estressado, falei assim Junio vou fazer os exames, por que, por garantia, aí fiz o exame não deu nada, aí passei mal, 15 dias antes do infarto, fui ao médico de novo, no cardiologista, lá no hospital, fiquei lá de 7 da noite até a meia noite, tomando medicamento que eu tava sentindo uma dor, não era uma dor igual a que eu senti dessa última vez, mais fiz todos os exames e num deu nada, só tava aparecendo no Raio X se eu não me engano uma lesãozinha que era da Pericardite que era uma coisa normal, ai na semana seguinte foi, quase que foi fatal, quase que num dava tempo. [...] Foi 3 horas da manhã eu fiquei mais ou menos tentando combater a dor, tive que ir pro banheiro colocar no gelado, tomar banho gelado que eu tava suando muito, deitei no chão, apertando pra ver se era alguma coisa que tava, eu tinha comido que tava me fazendo mal né, de 3 e meia eu cheguei no hospital, eu fui atendido era 5 horas, foi 2 horas que eu fiquei, tentando achar se era alguma coisa, até tomei um remédio que precisava eu ter tomado, em tempo de morrer antes.”

História de vida depois do infarto	Ele relata que agora está mais calmo com a situação de sua empresa e está enfrentando a luta para parar de fumar. Tem sentido medo de tudo: medo de dirigir, medo do Stend sair do lugar. Sente tristeza por achar que não vai ser capaz de fazer mais nada do que fazia antes. Está se achando muito chato e tem hora que afirma estar doente e não querer fazer nada. Ele começou a mexer nas plantas para esquecer o cigarro e o infarto. Pretende voltar para terapia, fazer caminhada, “reinventar as coisas pra mim”. Decidiu que não vai mais permitir que o marido o cerceie e que não vai se preocupar mais com os outros, apenas com ele. Tem dificuldade de falar “não”, embora tenha começado a falar. Está decepcionado com pessoas que eram próximas e nem quiseram saber como ele estava, além de estas inventarem coisas ruins sobre seu estado de saúde. Quer viver para sua família agora. Vai cuidar da saúde, fazer rotina médica. “Cuidado, cuidado, cuidar da saúde, ir ao médico sim, fazer os exames, mesmo que cê num tá sentindo nada, isso pra mim virou, isso vai virar uma rotina pra mim sabe, o cuidado, e viver a vida, eu quero viver a vida, eu quero tirar esse sentimento que eu tavo que foi do início da nossa conversa, tirar esse sentimento de medo, que eu num vou poder fazer mais nada, que eu sou uma pessoa que não tenho, é que num vou viver a vida mais como era antes, não, vou viver sim, e com cautela, cuidado e fazendo os exames, e seguir em frente.”
---	---

Quadro 10. Alceu.

Latino foi entrevistado no consultório da pesquisadora em agosto de 2021. Aos 50 anos, ele tinha sofrido um episódio de infarto. O quadro 11 mostra o resumo da história de Latino.

LATINO “[...] uma surpresa desagradável! [...] a experiência que eu tive com Deus não foi o infarto, foi a vida que Deus me deu assim de novo, que meu infarto foi muito grave mesmo. Assim... ninguém acredita na vida que eu hoje assim... e, e que cê imagina um coração funcionar 30% só.”	
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida antes do infarto	Veio do interior, de família pobre. Relata que sua vida mudou muito em pouco tempo: mudou para Belo Horizonte, foi para a igreja, se converteu (evangélico), conheceu sua esposa na igreja, pegou dengue 3 vezes, aposentou, desaposentou, casou, infartou, aposentou de novo, pegou coronavírus — tudo em 10 anos. O casal é evangélico e vive uma vida regrada, pois não saem à noite e não bebem. Praticam atividade física e gostam de viajar.
História do infarto	“[...] eu pedalei 60 quilômetros de bicicleta, num senti desconforto nenhum, nada, e na sexta-feira 10 horas da manhã, na sexta-feira de manhã eu comecei senti meu corpo meio estranho, mas num era nada assim que, que gerasse um alerta assim, era alguma coisa diferente, aí eu fui ao centro da cidade pra, pra comprar um material e tava dentro duma loja e comecei a sentir, sentir uma dor, um desconforto no peito, aí assim muito forte, aí cabei de comprar, fui e direcionei pro carro e eu num achei a chave do carro, assim tava doendo tanto que eu num encontrei a chave do carro, aí eu voltei, que dava assim uns metros de distância, voltei sentido loja, aí eu achei a chave no bolso, nesse bolsinha

	da minha bermuda, aí abri o carro e deitei dentro do carro e aquela dor desesperadora, e eu pensei se eu ficar aqui eu vou morrer, porque num tinha ninguém próximo, aí fui dirigindo até o hospital, é que dá mais ou menos 1 quilômetro e meio mais ou menos, fui dirigindo assim, também num sei como (risos), e entrei dentro do hospital sem falar com ninguém, fui entrando sem falar com, com recepcionista com nada, o hospital muito cheio, e a primeira cama que eu achei, eu entrei e deitei dentro do quarto, aí passou um tempo veio uma enfermeira e falou assim: quem te autorizou a deitar aí? Eu falei ninguém, mas chama o médico que eu tô infartado, [...] sentindo muita dor, me deu remédio pra dor, mas a dor num passava, aí o médico falou assim: ó tem que levar pra Uberlândia, que se ficar aqui vai morrer, e já tinha feito o eletro, era infarto mesmo, agudo do miocárdio, Aí o médico, falou assim: Não, vamos, eu vou ligar né Uberlândia, eu vou reservar uma UTI pra você e a sala de cirurgia, ligou lá, já reservou e falou assim: Toma esse balão de oxigênio aí e põe ele dentro do carro particular aí e leva. Aí o pastor da minha irmã, se disponibilizou, fui dentro do carro com o balão, cheguei em Uberlândia, fez o... fez o procedimento, mas nesse tempo eu fiquei de 10 horas até 14 horas infartado, então minha lesão no coração ela foi muito grande, a minha fração de ejeção hoje, ela é 30%, de uma pessoa normal é 55 a 60, de um atleta é 80/70 se eu não me engano. E a partir daí, aí eu tinha outra lesão também na outra, eu não sei se é artéria que fala, então esse dia que eu fui, eu tive que fazer a cirurgia com stent, e no outro final, na outra semana eu tive que fazer outra cirurgia pra colocar outro stent, e de lá pra cá é luta. Assim... aí, assim até então eu pensei que era um negócio simples mais aí eu fui ver que o negócio era mais sério assim, mas aí eu fiquei internado lá uns 15 dias.[...] aí tem esse processo de ajuste de remédio, de, de competência de médico, e vim pra Belo Horizonte que é... de carro, minha esposa veio comigo, aí comecei a passar mal aqui e fui pro hospital aqui em Belo Horizonte, fiquei 1 semana internado de novo, [...] os médicos seu negócio é transplante de coração, que essa idade que cê tem, com fração de ejeção que cê tá, cê tem que fazer transplante; eu falei eu num recebo, num recebo.”
História de vida depois do infarto	Sua fração de ejeção hoje é de 30%. Quando infartou, os médicos indicaram que ele se aposentasse, e ele não quis. Ele se aposentou por tempo de serviço mesmo. Mas voltou a trabalhar e melhorou mais ainda, por estar produtivo, conforme acredita. Não consegue pensar no que o levou a ter infarto; especula sobre seu colesterol, que nunca foi bom, mas os médicos dizem apenas que contribui, e não que é causa. Não tem genética para isso pois foi o primeiro. Com relação ao infarto, ele fala que ele fica um pouco inseguro pois casou e ninguém quer conviver com pessoa doente; mas que sua esposa é muito tranquila, preocupa do jeito dela, sem ficar vigiando ele; ela confia no que ele sinaliza pra ela. No início teve um impacto porque ele teve dificuldade de ereção por causa dos remédios mas agora é mais ou menos normal. Mas a experiência foi bacana porque ele queria ter uma experiência com Deus que foi a vida que Ele o deu de novo. O infarto foi muito grave mesmo e ele faz muita coisa hoje com 30% de fração de ejeção. Por outro lado relata insegurança sobre o futuro mas tem muita fé em Deus. Ele tem problema com morte, quer morrer com saúde. Depois do infarto se perguntava até quando vai viver, vai viver com limitações, a questão da esposa, como é que vai ser pra ela que é

	mais nova que ele. Enfrentou as sequelas se esforçando e conseguiu mudar o seu estado sem precisar do transplante, com atividades físicas e empenho. Quer melhorar cada vez mais para ela e pelo filho que vai nascer. Para ele foi muito importante ver que tem amigos que foram visitar no hospital de Uberlândia mesmo depois dele ter se mudado há 12 anos para Belo Horizonte. E sua família está dando muito carinho e apoio. Tem como projeto viver bem, investir na vida; tem projeto voluntário com crianças que pretende ampliar, projeto de comprar uma fazenda, quer ensinar profissão para o filho antes dele morrer. Ele é habilidoso em várias áreas embora não tenha terminado se curso superior; ele acredita que a pessoa pode ser bem sucedida sem curso superior.
--	--

Quadro 11. Latino.

Roberto foi entrevistado na modalidade virtual (plataforma Teams) em agosto de 2021. Ele mora em Belo Horizonte, mas, devido ao cenário pandêmico, preferiu que a entrevista fosse *on-line*. Aos 46 anos, ele tinha sofrido um episódio de infarto devido ao uso de drogas. O quadro 12 mostra o resumo da história de Roberto.

ROBERTO	
“[...] eu estava sozinho em casa, a minha esposa estava trabalhando, eu tive náuseas, é... a dor é tão forte, que comecei a vomitar, e... eu tava com dificuldade de respirar também, e aí nesse momento a gente lembra de Deus, né? A gente lembra de Jesus, e... foi aonde eu me ajoelhei e pedi pro Senhor que não me levasse [...]”	
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida antes do infarto	Sua relação com a religião vem desde sempre; foi batizado na igreja católica, foi umbandista, espírita, e agora se encontrou na Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos dias – o livro dos Mórmons. Ele abraça e beija os filhos pois ele não teve isso e sente falta; com a esposa ele tem um relacionamento ótimo, são amigos e ele não precisa ficar mostrando aquilo que ele não é; ele quer viver com ela a eternidade.
História do infarto	“Eu enfartei, em casa, a noite, é... devido ao consumo de droga, cocaína.” É eu usei uma quantidade, não foi muita a quantidade, mas como era, a frequência era grande, é..., eu num tava conseguindo respirar e eu senti uma dor muito forte no peito, é...e senti, é eu nunca contei isso pra ninguém tá, eu tô contando pra você porque eu quero que seja, a sua pesquisa seja, é... verdadeira, por minha parte né, [...] É difícil a gente falar, é muito difícil a gente falar sobre mais eu tô disposto a compartilhar. Hã, eu tive esse infarto dentro de casa, e... eu senti uma dor forte no peito, e eu estava sozinho em casa, a minha esposa estava trabalhando, hã eu tive náuseas, é a dor é tão forte que comecei a vomitar, e... eu tava com dificuldade de respirar também, é aí nesse momento a gente lembra de Deus né, a gente lembra de Jesus, e... foi aonde eu me ajoelhei e pedi pro Senhor que não me levasse, naquele momento, e...eu me auto mediquei na hora, eu tomei Diclofenaco de Potássio, porque a dor era muito forte, e... eu tomei essa medicação e deitei, fiquei deitado esperando

	fazer o efeito da medicação, a minha esposa chegou em casa, eu relatei pra ela o quê que tinha ocorrido, aí ela, falei que tava vomitando e tal, ela foi na farmácia, comprou mais uma medicação pra mim, pra parar as náuseas, ela voltou, é eu tomei a medicação, vomitei novamente a medicação, e a dor foi passando, a, a, a, loucura né do efeito da droga também foi passando, e, e eu fui, é eu fui, melhorando, vamos dizer assim né. [...] então eu repousei, dormi, acordei no outro dia, com falta de ar, cansado, fumante também né [...] não melhorei; eu resolvi ir pro hospital, só que eu fui pro hospital já tinha né, já num tinha mais nenhum sintoma assim do efeito da, da droga nem nada, eu dei entrada no hospital como infarto, e a todo momento eles me perguntavam se eu tinha usado droga, eu sempre neguei, porque meu plano de saúde não ia cobrir né, se eu tivesse, falado a verdade, é... e fizeram exame de sangue na hora e constatou que eu tava infartado. Ah, muito bem. A partir do momento que identificou o infarto, eu fiquei 15 dias internado, eu tive uma, uma isquemia, de... é eu perdi 50% do coração; Infarto, e... após esse 15 dias, eu coloquei um Stend. [...] com a colocação do Stend, eu recuperei 5 % da área lesionada, [...] após, após esse episódio é, eu não tive mais contato com droga, porque foi muito forte o acontecimento né, o que eu vivi, eu vi a morte de, de perto sabe. Aí eu tava, eu tinha só 1 ano de casado, eu tava vindo de um, eu tava 3 meses, 3 anos limpo aí quando eu fui casar, eu, eu falei assim eu vou fazer uma despedida, e nessa despedida, eu quase despedi mesmo sabe? Quase, quase que eu morro, então aí partir desse momento eu não, eu não fiz mais o uso da substância [...] Eu acho que a droga era muito pura sabe, ela era muito forte, e..., e eu fiquei, eu num conseguia respirar, né aí acabou que eu tive, é... como eu não conseguia respirar, meu coração acelerou né, num sei, e deu, porque o quê que é o infarto né, é o fechamento da veia né. E aí ela fechou, e..., não foi, não foi, eu poderia ter tido um infarto é..., como é que fala? É..., há podia ter morrido. Fatal é, infarto fatal. [...] Mas, o vômito teve entendeu? Que a dor é tão forte que você, é tudo que tiver dentro de você, cê põe pra fora [...] eu me senti frio.”
História de vida depois do infarto	Ele não se culpou pelo uso de droga, ele tem arrependimento e isso nos coloca em frente. Ele passou a valorizar cada segundo da vida. Recebeu alta depois desses 8 meses e voltou a trabalhar normalmente. Nunca mais usou droga porque viu a morte de perto. Ele relata que já não sentia prazer com o uso, estava sentindo dores horríveis e com paranoia. Ele ficou com sequelas, não pode carregar peso. Sente-se como um velho de 70 anos. Ele tem relação sexual com a esposa, embora tenha falta de libido. Atualmente está desempregado. Ele não bebe mais e gosta de comer tropeiro, torresmo e feijoada. Também ele fuma cigarro de palha e tem cobrança da filha para ele largar. Ele fala que sua relação com os filhos é maravilhosa. “Eu cometi o erro, então é, e quando eu relembro esses erros, isso me fortalece. Porque eu não posso cometer eles mais né, e..., e de alguma forma eu tenho certeza que tem outras pessoas que vivenciaram o que eu vivenciei né? Algumas já não estão mais aqui né, é... eu que tive oportunidade de prosseguir né e eu tô te dando uma entrevista [...].”

Quadro 12. Roberto.

5.2 Analisando as Narrativas

Nesta sessão, as histórias narradas serão trazidas, explicitando-se pontos de aproximação e distanciamento centrais nas experiências do infarto.

5.2.1 *História de Vida antes do Infarto*

A história de vida antes do infarto pode oferecer indícios dos sentidos de vida dos sujeitos entrevistados: o que é importante para eles, o que eles viveram ou estão vivendo, seus valores, suas condições de saúde e doença e suas crenças. Conhecer o *modus operandi* dessas pessoas antes do episódio de infarto cria a possibilidade de identificar os eventos desencadeadores desse problema, isto é, as pistas não observadas ou negligenciadas. Não obstante, isso pode fornecer uma noção do contexto dos narradores, de modo que, posteriormente, seja possível indagar sobre os possíveis impactos da doença em suas vidas.

Ao narrar suas histórias, as pessoas colocam em evidência seu repertório simbólico. Segundo Larrosa (1994), o sentido do que somos depende das construções narrativas que fazemos, uma vez que somos, em um só corpo, o autor, o narrador e, ainda por cima, a personagem principal das histórias que vivemos. A história de Caetano, por exemplo, consiste em uma narrativa cujo sentido é orientado por uma busca (o sentido da vida) que influencia toda a sua trajetória, estabelecendo um modo de compreensão da vida e de si que ora contribui para o desenvolvimento da consciência, ora o sentencia a um olhar limitado, com um discurso único que o empodera e o faz acreditar ser o possuidor da verdade. Tal fato se apresenta como um dado significativo, pois Caetano, ao descrever sua vida pregressa, delineia uma trajetória na logosofia.

O sentido da vida também aparece expresso em outras narrativas construídas em contextos produtores de estresse nas interações com as pessoas do convívio dos narradores. Estes não demonstram consciência dos papéis ativos que têm para a ocorrência desse contexto, demonstrando ambiguidade entre o que dizem e o que realmente fazem, não existindo uma correspondência entre suas falas e suas ações efetivas. Gonzaga é um exemplo disso: ele se mostra muito nervoso, se envolve em várias brigas no serviço e em casa, não tem controle na relação com as pessoas, mas diz desejar a união delas. Temos também o caso de Vanusa, que se diz alienada de si mesmo por cuidar de tudo e de todos e se esquecer de si, mas, contraditoriamente, se apresenta como autoritária, onipotente, mostrando-se arrependida, quando não, culpada. Isso leva a crer que ela, na verdade, se comporta assumindo tudo de todo mundo porque tenta controlar a vida das pessoas, e não porque é abnegada. Aqui, podemos recorrer a Foucault (1979), quando este fala do corpo como um campo de batalha constante onde diversos dispositivos operam (as reais motivações de Vanusa e aquilo que é aprovado aos olhos da cultura, quiçá dela própria, ou da pesquisadora) e podem ser nomeados conforme o que se espera, como boas intenções, mesmo que isso não seja o que realmente está acontecendo, pois, na verdade, o que se exerce é um tipo de controle que podemos chamar de dominação. De forma consciente ou inconsciente, a narradora esconde (dela ou do outro), por meio de uma narrativa representada, situada entre o fazer e o dizer, a realidade de seu comportamento. Nas palavras de Foucault (1970), “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que, se luta, o poder do qual nós queremos nos apoderar” (p. 10).

Machado (1979) contribui para essa compreensão quando aponta o corpo como *locus* dos acontecimentos, sendo marcado pela linguagem e dissolvido pelas ideias. Vanusa, ao destacar suas verdades como valores absolutos e não se relacionar com o outro, não ouve o outro, aquele que fala francamente, que nos convoca a conhecer aquilo que não sabemos. Ela

negligencia o cuidado de si e permanece na ignorância de si mesma (comportando-se como a dona da verdade) e de seu papel no processo vivencial e no episódio do infarto, mostrando-se perplexa diante deste.

Elza, Marisa e Vinícius se dedicaram a cuidar de outras pessoas que precisavam de cuidados e fizeram disso o sentido de suas vidas, mesmo que, por vezes, negligenciassem a si mesmos.

As narrativas de Alceu e Fagner são de pessoas empreendedoras e destemidas em suas vivências de trabalho. Tratam-se de sujeitos muito eficientes, conhecedores e de grande capacidade administrativa, porém sobrecarregados de trabalho e envolvidos em uma luta constante com os reveses estressantes dos negócios. Para pensar nesse mundo estressante dessas duas personagens, recorremos a Alves *et al.* (1999), que tratam a experiência como uma maneira de estar no mundo e se referem ao papel do corpo nesse processo. Os corpos dos narradores dançam uma dança frenética e estressante e vão sendo marcados pelo indelével efeito dessa dança, imprimindo seus processos corporais. Já outras narrativas, como as de Latino e Gal, trazem como sentido de vida a manutenção da boa forma e da saúde, mediante a prática de atividades físicas que não impediram a ocorrência do infarto, embora a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade física e Saúde recomende tais condutas como forma de promoção de saúde.

Gal apresenta insatisfação com sua vida em relação à família, pois, segundo ela, sua mãe, além de discriminá-la, estimula a disputa entre os filhos, separando-os entre mais velhos e mais novos, dando maior poder de voz aos mais velhos, em uma hierarquia prescrita. Ela vem lutando contra a família para que sua voz seja ouvida e respeitada, pois ela faz parte da ala mais nova, que tem poucos direitos. Gal é evangélica, e isso a distancia ainda mais da família, dada a diferente opção religiosa dos demais. Os processos de subjetivação de Latino e Gal nos remetem a Foucault, posto que vão se constituindo em uma dimensão histórica que os atravessa,

os afeta e os transforma, de modo que algumas configurações são eleitas como modelos (experiências valorosas de Latino com o pai que serão passadas para o filho) e outras são rejeitadas (experiências de Gal com uma mãe que não admira e contra a qual ela luta por espaço), em uma produção ininterrupta, em construções provisórias, interpretadas e sentidas subjetivamente no encontro com o outro. Nesse encontro, cada um vai construindo uma forma de moral, pois, conforme Foucault (2006), a busca por uma moral que fosse aceita por todas as pessoas parece catastrófica.

O sentido de vida aparece também atrelado a diferentes aspectos dos relacionamentos de Gal, Vinícius e Roberto. Gal se queixa de seu relacionamento com seu parceiro, o que gera bastante frustração para ela. Ela desenvolveu um modo de viver com esse parceiro ou compreendê-lo, o que a auxilia a diminuir o sofrimento, embora isso ocorra ao preço de passar por cima dela própria. Gal expressa sua insatisfação com o marido, que possui valores muito diferentes dos dela, somado ao fato de ele ser refratário às suas colocações e não reconhecer seu esforço na criação dos filhos, uma vez que ela parou de trabalhar para cuidar deles, tendo se colocado em situação de dependência do marido. As práticas discursivas que se apresentam na relação de Gal com o marido se mostram alinhadas com as práticas discursivas em sua realidade familiar. Gal repete sua história com a mãe ao relacionar-se com o marido, na medida em que se vê novamente em situação de luta por direitos e por reconhecimento (relações de poder). Sendo assim, Gal vive engajada nessa luta. Conforme Fernandes Júnior (2014), os processos de subjetivação envolvem um constante jogo de forças “do mundo” que afeta o corpo. Essa articulação entre corpo e cultura (outro) nos leva a pensar no papel do corpo no enfrentamento das lutas que se impõem em sua relação com o mundo. Gal vive em constante luta em sua trajetória. sendo, por fim, acusada de infectar seus pais com COVID. Sua vivência do infarto consistiu no rompimento de sua artéria, em um momento marcado pelo aumento do estresse emocional. Para Goulart e Silveira (2020), as emoções movimentam o organismo e

alteram o seu funcionamento. Fugir e lutar envolvem a aceleração dos batimentos cardíacos e o aumento de volume do coração, para citar um exemplo da interferência das emoções no organismo. Dito isso, a relação de Gal com o marido a incita a conhecer a si mesma, pois, a partir da relação consigo e do conhecimento de si mesma, é que poderá emergir uma vida bela, sem padrões universais estabelecidos, alcançando uma íntima relação entre a estética da existência, o cuidado de si e a liberdade (Silva, 2006). A partir desse cenário, observa-se que a “estética da existência” e o “cuidado de si” abrigam diversos sentidos; aqui, recorre-se ao que sugere Furtado (2013): “[...] o jogo de criação e liberdade no interior do qual o sujeito inscreve-se, com vistas a transformar-se, transfigurando-se tal como uma obra de arte” (p. 54). O cuidado (ou as práticas) de si é tido como um trabalho ético que ocorre sobre a própria pessoa (Foucault, 2004) com a finalidade de construção de uma vida bela e honrada.

Vinícius se queixa de sua relação com a esposa e vive em constante sentimento de inadequação. Ele tem suportado o “gênio ruim” dela, embora expresse sua insatisfação com sua vivência sexual, uma vez que ela recusa carinho, afeto e sexo, fazendo-o sentir-se rejeitado e invalidado. Sua esposa o acusa de não ser ativo, porque ela mesma não se reconhece como uma pessoa que dificulta o envolvimento sexual. Vinícius quer uma demonstração de que ela quer estar com ele, pois deseja ser reconhecido. Martins (1996) afirma que a maior parte das doenças não está ligada apenas a fatores hereditários, mas também à sociedade (contexto) na qual a pessoa vive; a doença não surge de repente.

Roberto fala que sua existência é uma vida comum e se coloca em posição de uma aliança eterna com sua esposa, em função de sua crença religiosa — e/ou culpa, podemos acrescentar — e do quão agradecido é por ela o ter tirado, indiretamente, das drogas. Lotufo (2010) ressalta os aspectos positivos das crenças e práticas religiosas no desenvolvimento de sentimentos de valorização do grupo e de cuidado, limitando modos de vida autodestrutivos e produzindo sentimentos de propósito e bem estar emocional.

Foucault (1981–1982/2011) chamou de cuidado de si o que engloba a relação consigo e com o outro, pois, ao conhecer a relação que se tem com as coisas que nos cercam, somos transformados em nosso modo de ser e nos tornamos melhores. Os sentidos de vida apontados acima descrevem um pouco do mundo pessoal dos narradores, bem como aquilo que é importante para eles em suas vivências subjetivas no contexto de vida que já se configura desde antes do infarto. As pessoas narraram suas histórias nos levando a conhecer os seus movimentos no cenário vivencial, na medida em que falaram sobre o que é importante para elas, sobre seus interesses, suas crenças, seus valores, seus sabores, seus dissabores e seus amores, compondo o sentido de suas vidas.

As narrativas expressam também o estado de saúde e doença antes do episódio de infarto (no caso de dois infartos, estamos nos referindo ao primeiro como estado de saúde-doença para o segundo) e evidenciam algumas pistas marcantes, que, de alguma forma, podem ser sinalizadoras para a ocorrência da doença — em que contextos ocorreram os infartos? Que padrões comportamentais precederam os infartos? Os entrevistados também fornecem suas possíveis explicações para seus infartos.

Caetano, Fagner, Elza e Vinícius passaram por mais de uma experiência de infarto. Caetano, em 2003, já havia passado por um episódio de infarto quando jogava bola, apresentando, portanto, uma história de doença coronariana prévia ao episódio de infarto atual. Somado a isso, ele estava bem envolvido com o fato de o filho, muito estudado, não estar conseguindo uma colocação no mercado de trabalho e estar deprimido. Ele, no entanto, afirma que não foi isso que deflagrou o episódio de infarto; acredita que é uma herança genética e pelo fato de ter arteriosclerose.

Fagner também havia infartado em 2007, apresentando também história de doença coronariana prévia. Inclusive, vinha, desde então, tomando os remédios recomendados pelo médico. No que se refere às contingências atuais na vivência do seu segundo infarto, temos que

ele estava um pouco assustado, pois suas aplicações financeiras reduziram drasticamente. Ele acredita que viveu a vida toda com muita preocupação e em meio a situações estressantes; afirma que o excesso de preocupação é que pode ser a razão dos infartos. Elza, por sua vez, apresenta história de infarto em 1972. Posteriormente, começou a sentir dores no peito, tendo que fazer controle disso com medicamentos e idas ao hospital. Vinícius relatou história prévia de pressão alta antes da vivência anterior de infarto, em 2013. Desde então, negligenciou a ingestão de medicamentos e voltou a comer coisas gordurosas, vindo a ter o segundo infarto.

Alceu associou seu evento cardíaco à história familiar, pois sua mãe já passou por sete infartos. Relatou história prévia de colesterol alto e de negligência quanto a tomar o remédio recomendado pelo médico. Ele teve um processo de endocardite em período anterior ao episódio de infarto. Mencionou ser uma pessoa que não é de falar muito, guardando tudo até estourar. É amante de cigarros e tem uma vida bastante estressante devido a sua empresa.

Outras causas listadas pelos entrevistados não estão diretamente ligadas a infartos anteriores ou a outras doenças com relação direta com a função cardíaca. Roberto tem história anterior de comportamento adicto e atribuiu o episódio de infarto ao uso de drogas. Gonzaga mencionou o fato de ter uma saúde frágil desde pequeno (osteomielite) e atribuiu seu infarto ao fato de estar correndo (exercício físico) demais, de trabalhar muito ou de ficar estressado por qualquer coisa. Latino sempre foi praticante de atividades físicas e sempre levou uma vida saudável, sem consumo de bebidas, cigarro etc. No entanto, seu colesterol sempre foi alterado. Ele foi o primeiro da família, tanto pelo lado do pai quando pelo lado da mãe, a passar pelo episódio de infarto. Ele classifica o evento como uma surpresa desagradável. Vanusa diz que nunca teve nenhuma enfermidade até passar pelo episódio de infarto e que ainda não acredita no que aconteceu, mas reconhece que sempre se estressou por querer controlar as coisas e que ela própria estava fazendo mal para si mesma. Gal também nunca havia tido problema nenhum de saúde, até que teve COVID. Ela relata que existe uma herança genética para o infarto em

sua família. Contudo, é relevante ressaltar que COVID produz focos de inflamação no corpo da pessoa acometida, e talvez os dois fatores devam ser considerados.

O padrão alimentar como possível causa do episódio do infarto aparece como explicação de quatro dos entrevistados, a saber: Vinícius, Gonzaga, Alceu e Vanusa. Vinícius, e Gonzaga consideram que abusaram da gordura; Alceu come gordura aos finais de semana, mesmo tendo uma taxa de colesterol elevada. Vanusa diz que não come em horários adequados e até fica sem comer por longo tempo

Alguns narradores fazem atribuições causais a suas vivências do infarto recorrendo a explicações baseadas naquilo que, ao longo de sua história de subjetivação, aprenderam como sendo a causa da doença: hereditariedade, doenças prévias, estresse, alimentação, uso de drogas, dislipidemias e até a vontade de Deus. É reconhecido que as explicações genéticas e comportamentais — hereditariedade e a relação da pessoa com o mundo — são determinantes nos processos de doença. A literatura médica aponta como fatores de risco que favorecem o desenvolvimento das doenças cardiovasculares o *diabetes mellitus*, a hipertensão arterial sistêmica (doenças prévias/hereditariedade), o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o estresse e consumo de álcool excessivo (elementos comportamentais).

Em continuidade, os relatos dos narradores indicam suas vivências emocionais antes do episódio do infarto, pois as emoções foram apontadas como possíveis variáveis relevantes ao episódio do infarto que eles viveram. Tal assertiva vai de encontro ao que Santos *et al.* (2010) afirmam quando se referem ao papel das emoções como influências diretas nas doenças cardíacas, seja por alterações fisiológicas e metabólicas, seja pelo impacto em nossos comportamentos e escolhas. Também, a PNI evidenciou que essas alterações fisiológicas levam à alteração de marcadores dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, principalmente no que tange ao estresse, sendo este considerado por Selye (1936) como qualquer tipo de pressão

que incide sobre a pessoa (física, psicológica ou psicossocial) e elicia forte emoção, que pode ser boa ou ruim, mas que leve ao estresse.

As vivências emocionais foram creditadas como contribuintes para o episódio do infarto, como pode ser observado nas narrativas de Marisa, Gal, Elza, Fagner, Vanusa e Alceu. Essas narrativas expressam suas vivências emocionais no cenário da vida cotidiana e sinalizam fatores preditores de estresse. Sendo assim, a avaliação desses estados emocionais dos participantes ao longo de sua história subjetiva, bem como a possível proximidade de emoções fortes ao episódio do infarto, é condição relevante para a compreensão do processo de subjetivação do infarto.

Esses participantes, ao relatarem suas vivências subjetivas de infarto, trazem um forte conteúdo emocional como coadjuvante em seus processos de adoecimento, o que referenda a visão da psicologia chinesa sobre a ansiedade e as preocupações como agressoras do coração. Também, na antroposofia, o coração é considerado como centro de tudo (Vallée & Larre, 1992/2007; Bühler, 2012).

As emoções movimentam o organismo, e tudo começa pela alteração dos batimentos cardíacos e da respiração. Dessa forma, tanto as emoções boas quanto as ruins podem desencadear doenças ou também podem ser o efeito dessas últimas, interferindo no prognóstico, no investimento do doente no tratamento, bem como na recuperação (Goulart & Silveira, 2020). As narrativas de Marisa, Gal, Vanusa, Elza, Fagner e Alceu relativas ao estresse vivido, respectivamente, com a doença da mãe, com a família, com a opinião da cunhada, com a interação com o sobrinho, com as aplicações financeiras e estresse nos negócios evidenciam fortes componentes emocionais em suas vidas.

Goulart e Silveira (2000) no auxiliam a pensar na síndrome de Takotsubo, cujo nome popular não deixa dúvidas quanto ao componente emocional da doença — síndrome do coração partido. O relato de Marisa é expressivo desse fato, pois ela teve essa síndrome quando se viu

em uma situação de estresse emocional com o adoecimento de sua mãe. Marisa passou por um episódio de síndrome de Takotsubo. Esta consiste em uma forma aguda e reversível de insuficiência cardíaca caracterizada por anormalidades transitórias da parede do ventrículo esquerdo. O diagnóstico diferencial precisa ser feito em relação ao IAM. Seu tratamento é o mesmo do infarto. Na narrativa de Marisa, é possível identificar o momento estressante que viveu com a doença da mãe, pois esta teve sucessivos AVC, vindo a falecer. Marisa demonstra um padrão de inconsciência do processo que estava vivendo com a mãe. Após o episódio da síndrome do coração partido é que ela começou a ter consciência de que talvez pudesse estar se esquivando de entrar em contato com o fato de a mãe estar “decaindo” já há algum tempo e atribuiu ao cérebro o papel de um comandante que se comporta à revelia, tendo a impedido de enxergar o que vinha acontecendo, de fato, com sua mãe. Daí o grande impacto que teve ao ter o quadro de sua mãe descortinado diante de seus olhos no episódio dos AVC.

Relatos de conflitos, mágoas e estresses são encontrados nas narrativas de Gal, Vanusa, Elza, Fagner e Alceu. Gal apresenta uma narrativa de mágoa com relação a seus familiares, que a culpam por ter infectado seus pais idosos com COVID. Ela enfrentou muito estresse com os irmãos, que a acusaram, e chegou a cortar relações com eles. Vanusa, em sua narrativa, fala sobre uma preocupação exagerada com a opinião das pessoas em relação a ela e diz que, na hora do infarto, estava pensando na opinião da cunhada, com quem está brigada, em relação ao fato de ela passar mal. Elza relata que se sente nervosa com o comportamento do sobrinho que criou. Também sente medo dele em muitos momentos. Ela conta que, no dia que antecedeu o seu segundo infarto, ela deitou nervosa, porque ele tinha estado em sua casa. Fagner, no que se refere às contingências atuais da vivência do seu segundo infarto, relata que estava um pouco assustado, pois suas aplicações financeiras reduziram drasticamente. Ele acredita que viveu a vida toda com muita preocupação e situações estressantes e afirma que o excesso de preocupação é que pode ser a razão dos infartos. Alceu fala sobre suas emoções de forma a

sinalizar que ele, frequentemente, se sente ansioso, estressado e nervoso e que agora, com a pandemia, isso se agravou. Diferentemente, Caetano chega a expressar que não atribui o episódio de infarto a sua vivência emocional.

Assim, nossos narradores, ao interagirem com o mundo, relatam estar vivendo situações de estresse e nos falam sobre suas emoções, deixando evidente o modo como lidam com os infortúnios cotidianos, bem como com o infarto. Não são as vivências dos afetos que, por si só, causam as doenças cardiovasculares, mas o fato de elas elevarem a pressão, as taxas de colesterol e triglicérides. Somado a isso, temos a forma com que a pessoa lida com seus sentimentos — de forma hiper-reativa —, produzindo efeitos nocivos (Martins & Melo, 2008; Knobel *et al.*, 2010; Ventura & Rodrigues, 2018).

Uns, mais que outros, apresentam crenças que contribuem para o entendimento de suas vivências. Dos entrevistados, oito relatam envolvimento com algum tipo de crença religiosa, e, destes, dois atribuem a Deus a causa do infarto. Cinco dos participantes são evangélicos (Vinícius, Vanusa, Gal, Alceu e Latino), dois são católicas (Elza e Marisa), um é mórmon (Roberto) e um tem sua crença nos conhecimentos logosóficos (Caetano). Foram três os que não se reportaram a nenhuma crença religiosa (Fagner, Gonzaga e Caetano).

De fato, a relação com Deus aparece como algo importante entre os narradores. Eles sinalizam uma conexão que parte de uma performance religiosa (evangélica, católica, espírita, mórmon etc.) escolhida por eles e alcança o que poderíamos chamar de uma perspectiva de relacionamento com Deus ou com uma força maior. Esse relacionamento com Deus é, para os entrevistados, o que norteia o modo de viver e de encarar a vida, o qual podemos chamar de espiritualidade. Como afirma Calvetti *et al.* (2012), espiritualidade relaciona-se com o significado da vida e da razão de viver, sem se apegar a preceitos de práticas religiosas; cada pessoa encontra o seu propósito de vida: umas na religião e outras nelas próprias, na convivência com pessoas queridas, nas artes ou na natureza. Conforme os autores, tanto a

prática religiosa quanto a prática da espiritualidade produzem efeitos na vida das pessoas, que podem ser saudáveis (sentimentos de valor pelo grupo, sensação de cuidado e atenção social) ou nocivos (culpa, falta de controle interno, dependência e acomodação, atribuições de causas a forças do mal etc.). Adiante, discutiremos essa questão, ao conduzirmos a análise da história de vida após o infarto.

Uma vez investigada a história pregressa, as possíveis causas, as vivências emocionais e as crenças, passamos a analisar as narrativas pelo sentido que os entrevistados dão à vivência da doença, bem como ao desenrolar desta.

5.2.2 *Histórias do Infarto*

As experiências pessoais da doença, expressas nas narrativas, nos fornecem materiais únicos para que possamos explorar a maneira como os narradores dão sentido às suas experiências de adoecimento. Para Frank (1995), as narrativas não são simples histórias e não são contadas de forma linear; elas são capazes de expressar os sentimentos envolvidos nos fatos e, por isso, são tão ou mais importantes que a própria história concreta. Para compreensão do significado real da narrativa, é preciso identificar o que se expressa nas entrelinhas da narração, bem como interpretar a linguagem subliminar. Dessa forma, uma história pode ser contada e também ouvida de várias maneiras por pessoas diferentes.

Segundo Forghieri (1993), cada situação vivenciada por uma pessoa não tem apenas um significado nela mesma; ela adquire um sentido que guarda relação com o modo de existir da pessoa. A narrativa de Caetano demonstra que ele controlou a situação do infarto, administrando-a de forma serena e consciente, e, inclusive, conduziu as emoções da esposa. Ele viveu sua experiência de forma consciente e tranquila, o que nos leva a pensar sobre seu percurso vivencial através da logosofia, que, para ele, foi capaz de responder às suas indagações

quanto a sua origem e seu destino. O seu mestre na logossófia também morreu de infarto e se tornou o modelo performático que, possivelmente, rege sua vivência do infarto e sua narração com “serenidade”. Tal padrão comportamental pode ser compreendido conforme os achados de Ferreira (2001), quando este afirma que vários elementos influenciam as representações dos sintomas, como as experiências individuais e aquelas que compartilhamos em nossas redes de relações. O adoecimento de Caetano não o desloca daquilo que lhe é importante na vida: a logossófia. Inclusive, ele usa todo esse arcabouço de conhecimento em sua elaboração do infarto e o coloca como capaz ao superar toda a adversidade que passou. Ele relata valorizar a vida e não temer a morte; sente ansiedade, mas aceita a sua experiência, buscando permanecer consciente. Sua experiência de infarto significou para ele uma oportunidade de conciliação — momento em que ele se concilia com seus sentimentos em relação à situação do filho, comporta-se de forma menos dogmática e mais empática com a dificuldade vivida por este e com a ansiedade da esposa, sem criticar, sem se mostrar superior e assumindo que sente-se preocupado, mas confiante.

Vinícius não teve consciência de que estava tendo uma experiência de infarto; ele achou que estava tendo um episódio de prisão de ventre. Nesse momento, Vinícius se vê alienado de seu corpo, como Frank (1995) ressalta ao trazer que o corpo é tornado incompreensível pela doença — um corpo estranho, interrompido no curso de suas histórias. O autor vê na narrativa a possibilidade de fazê-lo se conhecer novamente. Ele fez o procedimento médico, e o fato de ele ter demorado a voltar da cirurgia o fez clamar a Deus. Ele sentiu medo, mas sua narrativa é de fé e aceitação; ele se entrega nas mãos de Deus, mas deixa clara sua vontade de viver e realizar o sonho de conhecer seus netos. Gal também não identificou a fonte da dor que sentia, achando que era por ter feito exercício físico. Ficou muito surpresa quando descobriu que teve um infarto. Embora tenha ficado surpresa por não esperar nunca por isso, ela enfrentou a situação com serenidade, ajudando o marido a resolver o que fazer para socorrê-la e para

administrar os filhos. O infarto que teve foi muito diferente, pois a artéria estourou. Ela sofreu um impacto, pois nunca esperava passar por isso. Vanusa foi mais uma que viveu a experiência de infarto sem identificar o evento, achando que era sua coluna. Ela se entregou aos cuidados médicos e deixou-se ir se recuperando com fé, valorizando a sua vida. Mesmo sendo tão emotiva, como ela diz, conseguiu viver o momento aceitando os cuidados dispensados a ela quando foi socorrida.

Como afirma Ferreira (2001), as representações dos sintomas do paciente são influenciadas por muitos elementos: suas concepções relativas ao corpo de maneira geral, suas experiências idiossincráticas com relação a processos de adoecimento e, também, as noções sobre esses processos compartilhadas com o ambiente em que vive. Nesse sentido, Gonzaga, que se nomeia como pirracento e como uma pessoa que não gosta de ir a hospitais, recusou-se, inicialmente, a buscar por socorro; desvalorizou o que estava acontecendo consigo e foi deixando a dor piorar. Gonzaga apresenta um padrão de comportamento agressivo e se diz muito nervoso por qualquer coisa. Este padrão agressivo cotidiano de Gonzaga pode contribuir para o entendimento do seu processo de infarto, pois, conforme Giannotti (2002), Martins e Melo (2008) e Ventura e Rodrigues (2018), alguns estudos demonstram que sentimentos como raiva e ódio levam o organismo a liberar alta quantidade de adrenalina no sangue, ocasionando o aumento dos batimentos cardíacos, da pressão arterial e da constrição dos vasos sanguíneos. Para, Silva (2000) a repetição desse padrão agressivo e as sucessivas descargas de adrenalina podem levar a problemas como o infarto, dentre outros.

Além do mais, Gonzaga demonstra ignorância quanto ao que seria o infarto, e ele chega até a minimizar o evento, por ser menos do que ele pensava. Ele minimizou o infarto, pois tinha uma ideia de que este causava imediata morte da pessoa; estar vivo depois de passar pelas dores que passou o tranquilizou para receber os cuidados médicos no atendimento e para os procedimentos necessários. Alceu também desvalorizou o evento, achando que era alguma

coisa que tinha comido. Não pensou em doença, porque havia feito exames que não acusaram nada. Ele viveu a situação de tratamento com aflição, porque não aguenta ficar internado — ele se comportou no CTI como se comporta na vida dele, de maneira ansiosa. Por outro lado, o relato de Fagner é tranquilo, consciente, pois ele compreende que seu estilo de trabalho e sua vida de empresário foram desgastantes. Ele, depois do primeiro infarto, buscou uma vida mais pacata em outra cidade, mas, quando percebeu, já estava novamente em um contexto estressante de trabalho; voltou para sua cidade e ficou mexendo com uma coisa e outra. Aposentou e, dois meses depois, teve o segundo infarto. Na hospitalização, ele pôde repensar muitas coisas da vida dele. Ele valoriza a vida, mas não tem medo de morrer. Fagner demonstra refletir a respeito de sua vida e de sua relação com o mundo (sobretudo com o trabalho). Como afirma Foucault (1981–1982/2011), em sua estética da existência, para se construir, o sujeito precisa refletir sobre suas relações e observar como se comporta diante dos fatos da vida. Deve também cuidar de si, interrogar-se a respeito de si mesmo e sobre as coisas que ele pode controlar ou não. Ao cuidar de si, ele aprende a cuidar também do outro. Dessa forma, Fagner atua na sociedade diariamente em um processo de subjetivação, construindo-se, educando-se para as adversidades da vida, como a morte — a qual ele não teme.

O relato de Marisa é contundente ao falar da dor que sentiu. Ela não pensou que estava morrendo em nenhum momento, mas relatou que sentiu “uma dor muito aguda mesmo”, que parecia que alguém estava enfiando “um negócio” nela. Essa descrição, como uma metáfora, deixa claro que esse “negócio” que vinha de fora para dentro na verdade era o anúncio da doença da mãe sendo enfiado, escancarado, tornado consciente. Foi a única entrevistada que se referiu a uma dor que era “enfiada” nela. Isso nos revela o estresse que ela viveu ao ver o que realmente estava acontecendo com a mãe. Ademais, fica clara a fisicalidade das emoções: Marisa sentiu uma forte emoção, e esta afetou o seu corpo. Conforme Silva e Pimentel (2010), as doenças cardíacas são diretamente influenciadas pelas emoções. Santos *et al.* (2017) convergem com

essa afirmativa, enfatizando a necessidade de se atentar aos aspectos emocionais e psicológicos na relação como os processos físicos, para compreender o adoecimento. Segundo os autores, a doença é um caminho a ser trilhado pela pessoa acometida, e esta precisa se esforçar para interpretar e encontrar o significado da doença em sua vida.

No hospital, Marisa se preocupou em mostrar para a mãe que ela estava bem, sentindo-se ótima, e sua dor, tão aguda, se esvaiu. Da mesma forma que veio, foi embora sem deixar nenhum vestígio. Nesse momento, Marisa, ao sair do hospital envergonhada por julgar ter tido um “piti”, retoma o lugar de cuidadora da mãe, reassumindo o seu posto, agora consciente e forte, para, em seguida, enterrar a mãe. Depois disso, resta a ela o consolo por Deus ter sido tão generoso com sua mãe, que teve sucessivos AVC até que se apagasse, sem sofrer.

Oliveira *et al.* (2019) afirmam que o uso de cocaína é responsável por 25% dos casos de infarto em pacientes de 18 a 45 anos de idade. Roberto não reconheceu os sintomas do infarto, achando se tratar de um problema estomacal. Seu episódio de infarto foi devido ao consumo de cocaína, e, segundo ele, quase perdeu a vida; a partir daí, nunca mais usou droga. Considera que teve outra chance na vida e pretende fazer o melhor que puder daqui para frente. Em seu relato, afirma que se sentiu frio e sem amor. Todo o amor se esvaiu dele, tanto em relação a si mesmo como em relação a Deus. Naquele momento, ele se sentiu absolutamente vazio, desumanizado.

Latino relata seu dramático episódio de infarto, o qual culminou na grande perda da fração de ejeção do seu coração. Seu caso de infarto foi o primeiro da família, e ele foi muito consciente no processo, sendo salvo por isso. Sem nenhum antecedente, considera o infarto uma “surpresa desagradável” e tem se empenhado muito para vencer os desafios e não precisar de transplante. Sua palavra de ordem é superação. Ele se recusa a pensar em transplante, mesmo que tenha escutado essa indicação de vários médicos. Usa um bordão de sua religião para enfrentar a situação, dizendo “eu não recebo”, como se, ao dizer isso, ele se recusasse a receber

tal prescrição. Manteve-se consciente e disposto a lutar e não aceitar um destino ruim para si. Ele lutou o tempo todo para se salvar e continua lutando. Seu sentimento é o de fé e esperança. A história de Latino evidencia o que Frank (1995) sugere de uma narrativa de busca, pois ela se desdobra no enfrentamento da doença e no engajamento em uma jornada em prol da recuperação, sendo bem-sucedida. Conforme Rabelo (1999), a partir de sua experiência de ruptura da vida cotidiana, com uma ameaça que ele jamais imaginaria, Latino foi capaz de reconduzir, dentro de suas possibilidades, o rumo de sua vida e, hoje, ainda faz projetos que pretende executar.

Dada a riqueza do evento do infarto, foram observadas duas performances narrativas (que aqui nomeamos como emocionada e heroica) de três participantes, ao relatar suas histórias de infarto. Essas performances merecem destaque, pois, de forma contundente, foi possível observar nelas uma abordagem emocionada. Tratam-se das histórias de Marisa e de Roberto, que falam de gratidão, de medos, arrependimento e de vergonha; também a de Latino, por sua odisseia pela busca de socorro, pela recuperação e fé inabalável, dando à sua narrativa uma conotação de heroísmo.

As narrativas do infarto demonstram a marca da imprevisibilidade do evento, as performances dos narradores ao viverem essa experiência, bem como a multiplicidade de efeitos decorrentes dele. A seguir, apresentamos as histórias de vida depois do evento do infarto e suas possíveis consequências.

5.2.3 *História de Vida depois do Infarto*

A partir das narrativas dos entrevistados, foi possível constatar que, embora o evento do infarto tenha como características a imprevisibilidade, a gravidade e a demanda por urgência no socorro (e os casos narrados não foram diferentes disso), os prognósticos foram favoráveis

por esses sujeitos demonstrarem pouca afetação na saúde ou pelo empenho deles no enfrentamento das afetações mais significativas.

Foi possível observar que algumas sequelas físicas e/ou emocionais foram descritas nas narrativas dos entrevistados (que serão descritas a seguir). No entanto, estes demonstraram que seguem a vida bem e que, mesmo com alguma sequela, não desistem e não se entregam. Eles começaram a investir na saúde, alterando alguns hábitos nos cuidados pessoais, embora ainda apresentem dificuldades em alterar certos padrões de comportamentos de risco, como uma alimentação rica em gorduras, o tabagismo ou exposição a fatores estressantes nas relações de trabalho e pessoais.

A maneira como cada narrador viveu seu episódio de infarto fornece dados sobre seus processos subjetivos ao longo da vida. Algumas narrativas demonstram o contexto e/ou tipo de enfrentamento. Caetano viveu o infarto como uma realidade atual que ele não deixaria ser determinante em sua vida, nem o abater; sua abordagem é otimista. Gonzaga voltou do hospital e se envolveu em uma briga com o irmão, emitindo o mesmo comportamento agressivo de sempre e querendo provar que não está doente. Vanusa inicia sua jornada do infarto se perguntando a respeito do objetivo (para quê) dessa vivência, pensando que as coisas não acontecem à toa. Fagner foi racional, pois já passou por outra experiência de infarto, e não tem medo de morrer. Latino viveu seu episódio de infarto de maneira dramática, porém foi proativo na busca por socorro. Já Roberto viveu o momento do infarto de forma solitária, dramática e sob efeito de drogas.

Foram relatados alguns problemas de saúde e sequelas decorrentes do infarto, como no caso de Caetano, que, depois de quatro meses, teve apendicite e, posteriormente, um cisto que precisou ser drenado. Depois desses reveses, ele relata que está mais lento e que ficou com os pés mais inchados. Vinícius relata que, depois do infarto, não conseguiu mais ter relações sexuais com a esposa por medo. Já Gonzaga relata que se sente bem depois do infarto e que sua

vida melhorou, não entrando em detalhes. Vanusa e Elza afirmam que ficaram com a cabeça ruim e aérea depois do episódio de infarto. Fagner teve o segundo infarto, e seu coração perdeu um pouco da capacidade de bombear, pois a lesão foi aumentada. Ele se cansa mais, é dependente de remédios, mas sua vida é relativamente normal, desde que não faça muito esforço físico. Gal também sente cansaço quando se exige algum esforço físico dela, como subir uma escada depressa. Marisa, embora tenha sentido muita dor e muito cansaço na ocasião do infarto, agora não sente mais nada. Alceu se mostra feliz porque vai ficar apenas com uma sequela muito pequena; porém, ainda não sente prazer nenhum no sexo. Latino, devido à demora no seu socorro, ficou com sua fração de ejeção baixa, sendo inclusive sugerido pelos médicos o transplante de coração. No entanto, Latino foi e tem sido muito persistente, investindo em sua saúde e em suas recuperação e reabilitação. Com isso, já conquistou um grande avanço, podendo viver sua vida praticamente de maneira normal. Roberto, assim como Latino, teve uma história de atraso por socorro que levou a sequelas que são limitantes, tendo uma baixa recuperação, sentindo-se como um “velho de 70 anos”, pois não pode fazer ginástica, pegar peso e correr.

Segundo a concepção foucaultiana, os modos de subjetivação são processos pelos quais nos tornamos sujeitos, e, nessa forja, somos capturados por relações de forças implicadas no processo, tal como o evento do infarto nas vidas de nossos narradores. O infarto tensiona e produz sentidos particulares, singulares e mesmo coletivos (vinculados ao contexto social). Por meio de suas histórias, os narradores deixam transparecer seus pensamentos sobre si mesmos, seus modos de ser, seus valores em relação à vida, suas experiências de infarto e os efeitos destas.

Sendo assim, o sujeito é construído historicamente em seus processos de subjetivação que se desenvolvem em práticas de si. Nossos narradores, situados em um tempo e em um lugar na relação com o mundo, por meio de suas vivências pessoais e sociais, se individualizam na

medida em que a singularidade deles se engendra. Assim, Caetano, Vinícius, Gonzaga, Vanusa, Elza, Fagner, Gal, Marisa, Alceu, Latino e Roberto foram afetados por suas experiências de infarto como parte do processo de construção — constante e transformador — que produz diferentes configurações, sempre abertas a novas construções.

Os narradores relatam algumas mudanças relativas à visão de mundo e a suas interações após a vivência do infarto. Caetano Passou a aceitar os cuidados de sua esposa, valorizando-os como expressão de amor (deixando-as fazer as coisas para ele). Segundo ele, o infarto o ajudou em sua luta contra a personalidade e a individualidade. Vinícius começou a rever seu relacionamento com a esposa, compreendendo que sempre fora uma interação ruim. Vanusa se colocou a questionar sua vida através de uma série de reflexões sobre si mesma: como vem se tratando, sua postura diante das pessoas/família e seus comportamentos, que passou a julgar como inadequados. Fagner realizou o seu desejo de ter um buggy depois da reflexão sobre a finitude da vida. Gal inicia uma jornada de reflexões relativas a sua família, seu casamento e sua vida, questionando seu comportamento de querer mudá-los. Marisa pensava que queria morrer depois que sua mãe se fosse, mas, depois do infarto, ela entendeu que quer viver. Alceu começa a perceber que se sente oprimido na relação com o marido, que não o deixa fazer nada sozinho, por sentir ciúmes; também despertou-se para o fato da necessidade de selecionar mais seus amigos. Latino passou a questionar suas amizades. Roberto considera ter cometido um erro ao se enveredar pelo uso das drogas e tem vivido a vida como uma oportunidade que teve para refazê-la, sem estar dominado pela droga.

A decepção de Alceu e Latino com algumas pessoas de seus círculos de amizade nos remete a Pinheiro *et al.* (2004), quando estes apresentam uma concepção antropológica da doença, dizendo que ela vai além da experiência pessoal, assinalando a necessidade de se considerar o significado que cada pessoa atribui aos problemas de saúde, bem como o modo como a cultura lida com essas questões. Segundo os autores, a linguagem do sofrimento, própria

de cada cultura, liga as experiências individuais de doença ao seu reconhecimento social; o adoecer é um processo que envolve toda a comunidade (pessoas) que circula o doente, uma vez que ela é levada a se sentir obrigada a cuidar desse último. Dessa forma, Alceu e Latino sentiram-se negligenciados por seus pares não os reconhecerem como doentes e não se solidarizarem — sobretudo, como doentes do coração, órgão que é considerado símbolo universal do amor e símbolo da bondade e da caridade cristãs, conforme Boyadjian, citado por Prates (2005).

Os relatos dos narradores relativos a suas vidas após o evento do infarto revelam um desfecho favorável, mesmo para os que apresentaram sequelas mais significativas. Abordaremos os possíveis impactos da vivência do infarto nos processos subjetivos dos narradores, sejam estes positivos ou negativos.

Caetano, depois da experiência do infarto, tem tentado valorizar mais as coisas e as experiências que vive, colocando foco no presente e estando mais consciente das vivências cotidianas. Vinícius relata que o infarto, juntamente com a idade, o deixou apático para o sexo, pois afirma não conseguir um desempenho satisfatório. Segundo ele, seu próprio corpo está respondendo assim em relação às recusas da esposa, anteriores ao infarto. Ele deixa clara sua ideia de vingança, ou pelo menos prefere pensar assim, em relação à esposa, que nunca quis sexo; agora que ela quer, ele não quer. Sua preocupação agora consiste no temor de continuar a ter infarto e isso atrapalhar seu plano de ser avô novamente.

O infarto colocou Vinícius diante de um dilema com a esposa, que sempre lhe negava sexo. Agora, ela quer e ele não consegue ter um desempenho satisfatório e não sabe se é medo. No que concerne ao episódio de infarto, Lunelli *et al.* (2008) afirmam que uma possível redução da atividade sexual após eventos cardíacos pode ocorrer por vários fatores como: medo da morte ou do reinfarto, dispneia, angina, exaustão, alterações da libido, depressão, impotência, preocupação ou ansiedade do cônjuge e também sensação de culpa. No entanto, esses fatores

podem estar relacionados à falta de informação a respeito da doença e sobre a importância da reabilitação após o episódio cardíaco, além da ignorância sobre os possíveis riscos que a atividade sexual pode realmente acarretar. De fato, a presença de alterações hemodinâmicas, de aumento da frequência cardíaca e da elevação da pressão arterial no decorrer da relação sexual podem funcionar como gatilho para outro evento cardíaco. No entanto, feita a estratificação adequada, o risco absoluto é muito baixo.

No entanto, Vinícius hipotetiza que seu corpo está vingando de sua esposa. Diante do infarto e de seus medos, colocar o corpo como vingativo é de alguma forma um acalento para ele, pois evita entrar em contato com a situação temida de reinfarto e, ainda, evita questionar sua masculinidade. É certo que, conforme afirma Le Breton (2006), o existir é corporal e esse corpo permite leituras diferentes pelos membros sociais; ele é o lugar onde se inscreve os discursos que o colocam em lugares específicos — o corpo é um conjunto de informações provisórias, sendo vinculado a acordos feitos com o ambiente (Le Breton, 2006; Ankerkrone, 2015; Louro, 2004; Katz, 2008). Dessa forma, o infarto é uma marca corporal, mas o discurso de Vinícius faz dela o que melhor lhe parece. A linguagem e subjetividade caminham em uma produção recíproca, e os modos de dizer e de existir expressam-se a partir dos jogos de forças entre o processo de produzir e ser produzido (Silva & Machado Júnior, 2006).

Gonzaga diz ter aprendido a identificar quando o infarto estiver acontecendo, porque adquiriu experiência e desmistificou o que pensava ser infarto, mostrando-se mais flexível. Porém, não faz nenhuma reflexão quanto a seu padrão agressivo de interação. Vanusa questiona-se como sua vida seguirá após o infarto. Ela mudou muitas de suas concepções e atitudes, as quais identificou como inadequadas. Aprendeu a cuidar de sua saúde e ir ao médico, tendo seu foco voltado para si, em vez de focar a vida das outras pessoas. Achava que podia controlar e opinar com suas verdades, as quais eram impostas, também achando que todos deveriam pensar como ela. Ela mesma chegou à conclusão de que era muito chata. Embora se

comportasse de forma autoritária, acima de tudo e de todos, ela se preocupava muito com o julgamento que as pessoas pudessem fazer dela, sobretudo os julgamentos da cunhada, com quem brigou há anos e não conseguiu se redimir, pois esta não quer. Ela chega a dizer que agora o problema é da cunhada, e não dela, uma vez que ela já tentou a reconciliação. Sua fala apresenta oscilação entre compreender a cunhada (a dor do outro) e lidar com sua frustração de não ser acolhida em suas desculpas.

Ademais, Vanusa faz reflexões sobre sua vida na família, o lugar que passou a ocupar depois do infarto. Ela relata que precisa dar atenção ao marido, que, agora, também tem procurado conversar mais com ela. A família se voltou mais para ela, mas Vanusa descobriu que não sabe dar nem receber afeto; descreve-se como uma pessoa seca e tem sentido a atenção dada pela família como muita bajulação. Voltada para si, para a recuperação do infarto, ela começou a esboçar novas regras de conduta, tais como: não se preocupar tanto com os filhos quando eles estiverem na rua e reconhecer que as mudanças têm que partir dela. Ela passou a reconhecer que também tem suas fragilidades, embora ache difícil aceitar o infarto; está cheia de dúvidas com relação a como viver. Vanusa, que tinha tantas certezas, que achava que sabia tudo e que estava sempre certa, não tem conseguido lidar com a nova realidade. Ao se ver refazendo seus valores e adquirindo consciência da necessidade de mudanças de seus comportamentos, sente-se insegura em relação a si mesma e às pessoas em sua volta.

Gal iniciou seu processo de mudança revendo sua relação com o marido e decidiu buscar compreender melhor o que ele quer dar para ela e o tanto que isso a satisfaz. Quanto à família, decidiu não ficar mais afastada. Marisa tem se sentido grata por todo apoio que recebeu de suas amigas. Ela tem se ocupado bastante para não ficar pensando em tudo que viveu (o infarto e a morte da mãe); canalizou seus afetos para os filhos, amigos e parentes. Após o seu infarto e a posterior morte da mãe, seu sentido de vida anterior (cuidar da sua mãe) foi direcionado

inteiramente aos filhos e aos amigos. Ela ainda almeja melhorar um aspecto de seu comportamento que julga não ser bom o suficiente: ela quer se empenhar em ser mais generosa.

Alceu se permite sentir cansado e doente, mas sabe que tem responsabilidades e, com isso, tem buscado fazer coisas para distraí-lo de pensar no infarto que sofreu e da dura tarefa de parar de fumar. Ele se vê como um viciado, absolutamente dependente de cigarros, e deixa bem claro que a tarefa de parar de fumar é extremamente difícil para ele. Para tanto, tem utilizado algumas estratégias para ajudá-lo na dificuldade de largar o cigarro, como fazer coisas que lhe dão prazer, como cuidar das plantas. Depois de suas reflexões sobre o fato de o marido controlá-lo, Alceu tem buscado estratégias para manejar a relação e também tem procurado ser mais assertivo com as pessoas, colocando limites, o que descobriu ser importante para ele. Alceu tem sentido muita ansiedade e temor em relação a sua recuperação, está com medo de fazer as coisas que fazia antes do infarto, temendo que o stent⁴³ saia do lugar; dessa forma sente-se meio paralisado e não consegue achar graça nas coisas. Assim, ao mesmo tempo que se sente frustrado por não poder fazer algumas coisas que fazia antes do infarto, sente medo de fazer. Ao viver essa ambiguidade, acaba por se sentir impotente e não merecedor de seu companheiro saudável, alegando que ele tem saúde e não vai querer uma pessoa incompatível a seu lado, que não pode acompanhá-lo nas coisas. Quando o marido deixa as coisas para ele fazer, ele acha ruim e fala que ele o acostumou assim. Essa reação de Alceu não está apenas ligada ao infarto, ela pertence à outra esfera da relação dos dois, pois Alceu se diz mimado. Ou seja, o marido foi assumindo o lugar daquele que resolve tudo, e parece que Alceu se acostumou. Alceu relata que tem vivido uma ambiguidade depois do infarto, pois, ao mesmo tempo que não acredita que as coisas vão melhorar, sente-se confiante que vai vencer; pensa em buscar ajuda, voltando

⁴³ O stent é um pequeno tubo que é colocado dentro de uma artéria com o objetivo de mantê-la aberta, restaurando ou evitando a diminuição do fluxo sanguíneo por entupimento e mantendo a oxigenação dos tecidos. Geralmente, o uso do stent está indicado em situações de emergência para tratamento do entupimento da artéria coronária no coração ou para prevenir a ruptura de aneurismas no cérebro, na aorta ou em outros vasos sanguíneos.

para a terapia, se reinventando e seguindo em frente. A partir de agora, Alceu pretende realizar exames de rotina para evitar outras intercorrências em sua saúde, embora já estivesse fazendo exames antes do infarto, que não acusaram nada. Também está cuidando da sua alimentação.

Latino, mesmo tendo um desfecho do infarto que o limitou devido à baixa fração de ejeção, conseguiu identificar experiências positivas no processo, pois pôde sentir a intensidade do amor de suas irmãs e de sua mãe, cujas presenças fizeram toda a diferença. Ressalta que também percebeu coisas negativas ao verificar que algumas pessoas, que ele esperava que participassem de seu processo de adoecimento, sumiram. Mesmo consciente do que ele passou e das sequelas que o limitariam, não se entregou a pensamentos ruins como se preocupar com o seu casamento, com o fato de a esposa ficar com uma pessoa doente e com limitações; ao contrário, foi à luta e “investiu na vida”, viajando, voltando a praticar exercícios de forma gradual (caminhar, andar de bicicleta), tendo sua esposa a seu lado, o apoiando na medida certa. Ele tem projetos para a sua vida depois que se desligar do trabalho, mas entrega e confia em Deus para direcionar. Apresenta-se como uma pessoa de muita garra e flexível, disposto a experimentar a vida sem se fixar em metas irredutíveis; essa forma de encarar as coisas o está ajudando a lidar com a sua realidade após o infarto. Sua narrativa é de superação e de vontade de viver, e ele luta por isso e o faz com alegria e disposição, acreditando a cada dia que vai conseguir — e consegue: um dia de cada vez, sem se padecer de si mesmo, em uma abordagem realista, otimista, reflexiva e cheia de força e perseverança. Ele vai na sua fé, de forma ativa e resolutiva, em uma cadência que pode levá-lo à vitória sobre si mesmo, sobre seus medos, sobre cada desafio diário, sobre os fantasmas que, com certeza, o assombram e sobre o seu corpo. Ele vive a vida — a vida que quer viver.

As construções subjetivas das representações sobre o estado de saúde de Vanusa, Gal, Alceu e Latino consistiam em um olhar para si mesmos como pessoas portadoras de saúde e, por isso, suas narrativas são de perplexidade; Vanusa nunca tinha adoecido, Alceu era jovem e

cheio de energia, e Gal e Latino são praticantes de atividades físicas. No entanto, compreendemos os processos saúde-doença configurados de maneira plurideterminada. Sendo assim, os sentidos subjetivos organizados na situação de doença relacionam-se com toda a experiência de viver, sendo que nenhuma influência social vai incidir de forma linear e direta no que é individual, mas faz parte da produção de sentido subjetivo que culmina em desdobramentos de diferentes experiências para a pessoa, conforme Mori e Gonzáles Rey (2012).

Roberto tem vivido a vida como uma oportunidade que ganhou para refazê-la. Assim, ele tem valorizado cada momento dessa oportunidade para expressar o seu amor aos filhos e a sua esposa, encontrando na religião forças para seguir o caminho contrário às drogas, o caminho, segundo ele, do amor. Roberto se apega à religião e à família, para se redimir quanto ao uso de drogas, e a seu arrependimento, por isso ter causado o seu infarto. A relação entre religião e controle social surgiu quando o indivíduo se inseriu na sociedade, exigindo-se dele maior semelhança possível ao grupo ao qual ele pertence. No entanto, cada pessoa tem seus próprios desejos e sentimentos e acaba por ver o mundo segundo sua própria ótica. Foi aí que se fez necessário o estabelecimento de normas, no sentido de padronizar comportamentos referentes à coletividade. A partir daí, criou-se o controle social para regular a sociedade. A religião é uma forma desse controle, bem como a família. A religião se utiliza da fé para convencer as pessoas a se comportarem conforme os interesses da sociedade, a título de evitar a punição divina. A palavra *religião* significa religar, pois os comportamentos errados dos indivíduos o separaram de Deus e só a prática da religião pode devolver a conexão com Ele. (Carvalho *et al.*, 2020) A família, como uma diversidade de agrupamentos sociais, tanto em estrutura como em funções, possui também caráter de dominação.

A despeito dessas considerações e do pensamento de Karl Marx sobre o fenômeno religioso como alienação e, posteriormente, em parceria com Engels, como uma ideologia —

uma produção material humana que atua como uma falsa consciência, legitimando as relações de dominação de classe (Carvalho *et al.*, 2020) —, presenciamos que Roberto, que havia passado por várias religiões e que também já possuía, anteriormente, uma família, só conseguiu deixar o seu vício quando passou pela experiência do infarto, quando se viu no “abismo da morte”. Os processos subjetivos da vivência do infarto foram determinantes para que as formas de controle social — religião e família — pudessem servir à recuperação de Roberto. Dito de outra forma, o comportamento religioso de Roberto e seu forte vínculo familiar se deram a partir de uma contingência que lhe foi muito aversiva: a possibilidade da morte que o infarto evidenciou.

Outros entrevistados, como Vanusa, Gal, Alceu e Latino, também apelaram a Deus. Vanusa é evangélica e teve sua fé abalada, mas se conciliou com Deus quando entendeu que ela podia ter morrido e que, na verdade, Ele trabalhou o tempo todo no seu processo de infarto e/ou recuperação. Vanusa, por fim, teve sua fé aumentada. Gal, também evangélica, acredita que Deus está lhe dando uma oportunidade para repensar muitas coisas em sua vida. Alceu não frequenta igrejas, mas afirma ter um pacto com Deus e que Ele já o tinha avisado, pois Alceu já sentia que algo lhe aconteceria. Por fim, Latino não perdeu a sua fé em momento nenhum; mesmo diante da possibilidade da necessidade de transplante; não se desviou de suas crenças no poder divino para alcançar a superação.

Observa-se os distintos processos subjetivos dos narradores (Roberto, Vanusa, Gal, Alceu e Latino) no que se refere à religiosidade/espiritualidade: cada um elabora o processo de infarto conectando-se, de alguma forma, a um tipo de relacionamento com Deus, que lhes serve de amparo na vivência do adoecimento. A crença em Deus aparece tanto como causa para o infarto (“Deus me parou”, conforme Vanusa) como para explicar a sobrevivência ao mesmo (“[...] acredito muito em Deus [...] que Ele tá no controle”, de acordo com Latino). Isso vai ao encontro do que Coelho-Matos *et al.* (2010) e Koenig (2001) afirmam sobre o fato de as crenças

e práticas religiosas poderem contribuir para a diminuição do desamparo diante de situações que escapam ao controle humano. Pesquisas têm mostrado que a religião pode ter papel determinante nos processos saúde-doença. Koenig *et al.* (1998) chama de *coping* religioso o modo como as pessoas utilizam sua fé para lidar com o estresse e os problemas da vida. Como Souza (2009) sugere, a fé é evidenciada, principalmente, no primeiro momento em que a pessoa tem contato com a ideia de morte, dor ou sofrimento; a fé tem o papel de coadjuvante no processo de saúde do doente e pode contribuir para a melhora do quadro.

Tal perspectiva religiosa, bastante presente nas narrativas, se mostrou um importante instrumento para se lidar com as adversidades da vida. Remontamos, aqui, ao conceito de *coping* religioso-espiritual, trazido por Koenig (2001), cujo processamento ocorre pela mobilização de recursos naturais no manejo das situações estressoras (angustiantes, de medo) a que os sujeitos são expostos em seus processos de subjetivação. O *coping* influenciou na capacidade de nossos narradores se adaptarem à situação de doença que enfrentaram, tendo o comportamento resiliente como fator de proteção. Outros tipos de crença, como a logosofia, se mostram como fonte de apoio e manejo no processo de infarto de Caetano.

Segundo autores como Moreira-Almeida *et al.* (2006), é preciso respeitar as crenças religiosas dos doentes para que se tenha um olhar integralizador em seus aspectos biopsicossociais. Da mesma forma, como ressaltam Coelho-Matos *et al.* (2010), o reconhecimento de dimensões como a espiritualidade na abordagem ao doente não faz das práticas científicas de saúde menos comprometidas com a ciência, mas, sim, torna-se mais um instrumento estratégico para se explorar na condução do tratamento. Hoje, a religião é vista como uma instituição social organizadora de experiências subjetivas. Mais ainda, ela pode fazer parte do processo de subjetivação dos pacientes, como demonstramos neste estudo.

Ao viverem seus infartos, os narradores se voltam a novas perspectivas que apontam para a importância da realização de mudanças. A doença se torna o marco para novos modos

de subjetivação. Conforme Pinheiro *et al.* (2004), Martins (2005) e Backes *et al.* (2009), a doença possui não só aspectos de natureza fisiológica e anatômica, mas também fatores socioeconômicos, culturais e ecológicos, em uma abordagem que privilegia a multicausalidade.

O processo de doença diz respeito a uma experiência do sujeito no mundo, em que sua história vai sendo engendrada em vivências subjetivas. Ao viverem suas doenças, as pessoas têm histórias para narrar que guardam relação com o modo de ver o mundo e viver nele, em uma relação de interinfluência. A maneira como cada pessoa vive a sua experiência de adoecimento, ou o que essa experiência pode traduzir na vida dela, diz respeito aos processos de subjetivação de cada um. Nesse ponto, alguns narradores utilizaram-se de (auto) prescrições como marcadores da necessidade de se manterem vivos por mais tempo, tais como: Caetano, que deseja comemorar os cem anos da logosofia; Vinícius, que pretende conhecer os seus netos; Latino, que quer ensinar um ofício a seu filho que vai nascer; e Roberto, que não quer deixar os filhos ficarem sentindo sua falta. Para outros, o marcador prescrito é o da ressignificação, como Vanusa, que teve uma grande oportunidade para rever a vida e o modo de vida, abandonando, a partir disso, uma postura impositiva em nome de outra postura, mais receptiva e aberta a mudanças. Já Gal começa a se posicionar de forma diferente com relação aos seus dissabores com a família, ficando menos afetada no sentido de querer convencê-los a uma mudança de conduta por parte deles.

Assim, cada um dos narradores desta pesquisa narrou a sua experiência na vivência do infarto; cada um imprimiu sua conotação subjetiva à vivência. O quadro abaixo pretende ilustrar algumas narrativas indicativas das mudanças na visão de si mesmos na interação com o mundo, ocorridas no repertório comportamental dos entrevistados após a vivência do infarto.

NARRADORES	NARRATIVAS DE TRANSFORMAÇÃO
CAETANO	“Então essa realidade eu tô lidando mas eu tô tentando, assim, valorizar tudo. Entendeu? Se eu for ler alguma coisa, eu tento lê valorizando, se eu tenho uma coisa com a empregada, se eu tenho uma, a vivência com a... valorizar mais ainda do que eu já fazia, né.[...] Uma das coisas que apareceu mais foi uma realidade, sabe? Realidade, uma realidade minha, atual, do meu organismo,

	né? Mais que eu consigo passar, assim, sem ficar pressionado por ela, entendeu? Não, não é um negócio assim fictício, né? Cê tê 2 stents [...]” (CAETANO)
VINÍCIUS	“[...] eu num tô sentindo firmeza [...] “Eu num sei também, já que ela não quis, agora que ela quer eu num quero também, tendeu? Eu num sei se o próprio corpo da gente responde o contrário também, ela quer, hoje ela quer [...] Sou eu, eu num tô afim, num tô legal hoje, aí acho que depois que aconteceu esse infarto, aí foi gota d’agua, que eu tive o infarto e na hora que eu voltei, voltei e nada, nada.[...]” (VINÍCIUS)
GONZAGA	“E você acha que esse enfarto mudou alguma coisa na sua vida? Mudou porque é uma experiência que eu nunca tive né. Eu tava sentindo uma dor aqui, e pensei isso aí é capaz de ser nada, né. Mas agora peguei uma experiência, qualquer uma dor que dá nimim já sei o que tá acontecendo. Que fala assim: Ó, deu enfarte; aí eu pensava, o enfarte é assim, dá o enfarte a pessoa já cai e morre de uma vez. Tendeu?” (GONZAGA)
VANUSA	“Aí comecei a entender que muitas das vezes eu tenho que viver, aquilo que é pra mim viver, não viver a vida do outro. Não viver o sentimento do outro, não viver a vida do outro, né? [...] às vezes, o julgamento dos outros não valem pra você; eu num parava pra pensar. (..) Depois do acontecimento eu fique mais... [...] Porque eu era mais chata.” (VANUSA) “[...] eu acho que... foi aí que... que agora eu cuido de mim, é... eu não cuidava muito da minha saúde, não ia no médico. Então eu...eu andava; fazia tudo pra todos; menos pra mim. [...] eu também sou frágil.” (VANUSA)
FAGNER	“(,,,) Não fico com esse negócio na cabeça não, igual agora, esse negócio de Covid (arranhou a garganta) eu acho que você tem que se cuidar, isso é uma coisa, mais eu não fico nem vendo jornal, porque pô, se liga...[...] a gente tem que se racional. [...] Eu não preocupo, honestamente, eu não preocupo em ter um terceiro, pra mim não é uma coisa assim... Não... Eu num penso... Num sei... Num... Num... Num me afeta, certo? Primeiro, porque eu nunca tive... É... Num... É... Assim... É... É, eu nunca tive muito medo de morrer, vamos dizer assim. Porque tem gente que... Só de pensar, entra em pânico! Morre e... (risos) eu não, é claro que eu tomo alguns cuidados, tal, né? “[...] a gente tem que se racional [...]” “[...] determinadas coisas eu procuro ig-no-rar [...]” (Coisas como a Covid) (FAGNER)
GAL	“[...] Mas acho que com o tempo a gente vai amadurecendo né, e aí vai aprendendo que, que a gente precisa num é só a vontade da gente, e eu sei que eu sou é, as vezes muito turrone, é... com algumas coisas, mas eu tenho vivido isso e feito esse exercício diário assim comigo, sabe? [...] o quê que realmente eu preciso mudar? [...] Tem, na verdade a, a aí eu tomei um posicionamento assim: Não adianta discutir; tem coisa que não adianta é... ficar discutindo... falando... e colocando... e explicando... E aí eu resolvi assim... ficar na minha. Eu saí dos grupos de whatsapp de família, eu fiz uns trem [...]” (GAL)
MARISA	“Ah, eu acho que, que, eu pensei assim, quando a mamãe morreu, antes dela morrer, eu falava assim: quando a mamãe morrer, eu quero morrer também, o quê que eu vou fazer aqui? Agora, eu já não penso assim, eu acho que ainda tem meus filhos, que ainda podem precisar de mim, né? E... Eu quero viver o

	dia-a-dia, a hora-a-hora... Fazer o que eu gosto... É... Viajar. Eu tô sempre fazendo alguma coisa, pintando, bordando, alguma coisa, E uma coisa que eu... é... que foi muito bom pra mim, nessa época e depois que a mamãe morreu foi, as amizades, muito valor, sempre gostei muito, sempre tive muita amizade. [...] eu procuro agora me ocupar bastante [...].” (MARISA)
ALCEU	“[...]Não, por que eu num vou permitir; por que eu decidi que eu num vou permitir mais. Eu falei com ele ontem: Deixa eu viver, eu quero ser feliz, mas eu quero ser feliz, eu quero continuar com você, eu te amo, eu quero você pro resto da vida, eu escolhi você, mas eu quero viver! Se eu quiser viajar, ir pro sítio sozinho, eu vou pro sítio sozinho, se eu quiser ir pra... [...] a gente vai vendo situações e eu não quero essa questão mais de preocupar com os outros, eu quero preocupar comigo, e eu sempre vivi pelos outros, e eu vi a dificuldade que eu tenho de falar não; é muito grande, e eu comecei a falar não, tendeu? [...] (ALCEU)
LATINO	“[...] a gente fica inseguro assim, quê que vai ser? O quê que vai virar meu casamento agora [...] quem quer conviver com gente doente? Eu falo com minha esposa, ainda bem que eu casei, que ninguém quer casar com gente doente (risos), vai dar só trabalho né, [...] mas é muita, coisa ruim que a gente pensa. [...] sexualmente teve impacto no início, é porque eu tinha dificuldade de ereção por causa dos remédios, por causa do coração também. Mas hoje, hoje é normal [...] normal num é, mas [...] num tem impacto na relação assim de que possa prejudicar né. Mas no começo; mas ela também nunca cobrou nada [...] tipo assim, tô com você, sou sua companheira, e isso de certa forma dá segurança [...]” (LATINO)“Assim muito triste, muito desesperadora (a dor do infarto) assim, muito, muito, muito mesmo, mas eu num procuro pesar nisso não, que se eu fosse pensar nisso, eu num tinha feito nem 10% das coisas que eu tenho feito. [...] Então assim, se eu fosse pensar em morte eu num tinha feito nada depois que eu enfartei, tava aposentado, encostado, dessa gordura, porque num tava fazendo nada. Esperando a morte. Não eu num vou esperar não, vou fazer minha parte. [...]“Mas a gente tem que ter projetos. Então assim eu faço meus projetos mas, amanhã as vezes até fico aqui (não ir para o interior) num sei, na mão de Deus.” (LATINO)
ROBERTO	“É porque, é porque... a gente, quando a gente passa perto do abismo da morte, a gente, a gente começa a valorizar cada segundo, cada minuto que a gente tem. Porque é... é..., é a oportunidade que eu tô tendo de fazer o que eu devia, não devia, ter feito né e fazer o que eu devo fazer né? Então é... é amar os meus filhos, eu abraço os meus filhos, eu beijo os meus filhos, né? Eu tenho, eu sou bem é... num é só com meus filhos não, é com todas as pessoas que eu conheço, eu gosto de abraçar, eu gosto de beijar [...] Porque eu sou uma pessoa muito é.. afetiva, fraterna, [...] “Eu cometi o erro, então é, e quando eu relembro esses erros, isso me fortalece. Porque eu não posso cometer eles mais né, e..., e de alguma forma eu tenho certeza que tem outras pessoas que vivenciaram o que eu vivenciei né? Algumas já não estão mais aqui né, é... eu que tive oportunidade de prosseguir né.” (ROBERTO)

Quadro 13. Fragmentos narrativos das transformações vividas pelos entrevistados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diferentes processos individuais organizados nas experiências narradas evidenciaram os processos de saúde-doença dos narradores em interação com o ambiente social, em uma visão sistêmica e processual, além das causas concretas e físicas configuradas nessas experiências.

Com o objetivo de dar voz aos entrevistados, o presente estudo utilizou a metodologia narrativa, buscando evidenciar os processos de subjetivação na vivência do episódio de infarto. Para proceder a análise, as narrativas foram divididas em história de vida antes do infarto, história do infarto e história de vida depois do infarto. No que se refere à história de vida antes do infarto, foi possível trazer à baila a vida dos narradores, seus *modus operandi*, seus conflitos e seus estados de saúde. Foi possível identificar trajetórias de busca de sentido, de relações conflituosas no convívio com o outro (brigas por espaço, disputa de poder, disputa por atenção, busca de reconhecimento, problemas nas relações conjugais etc.), de relações de trabalho estressantes e de uso de drogas. Quanto à alimentação, o uso de gorduras apresenta-se bastante relevante e o tabagismo também é evidenciado, sendo dois entrevistados usuários de tabaco.

O estudo evidenciou que, nos casos de acometimento por infarto, a necessidade de agilidade na prestação do socorro é determinante para o processo de recuperação. Dois dos entrevistados tiveram suas frações de ejeção diminuídas devido à morosidade na busca de serviços médicos. Da mesma forma, a reabilitação cardíaca, após o evento, é uma condição necessária ao bom prognóstico. Tal perspectiva coloca as doenças cardiovasculares como um problema de saúde pública, haja vista a precariedade dos serviços de tratamento e prevenção e a visão reducionista que desconsidera que as doenças cardiovasculares são um fenômeno psicossocial e político.

Foram relatados eventos de forte impacto emocional como antecedentes ao episódio de infarto. Certamente, não é a vivência dos afetos por si só que gera doenças cardiovasculares, pois o fato de sentir emoções não implica que estas causem doenças do coração; outras variáveis devem ser consideradas em conjunto. A conexão de vivências emocionais e consequências ao sistema biológico partiu de elementos históricos e permitiu analisar a influência desse aspecto presente nas histórias narradas, sobretudo na de Marisa. Vale ressaltar que quatro dos entrevistados apresentaram histórias anteriores de infarto.

As histórias dos infartos foram relatadas e possibilitaram identificar os diferentes processos subjetivos na maneira como cada um dos participantes viveu o evento: Caetano com sabedoria, Vinícius com negação, Gonzaga com teimosia, Vanusa com abnegação, Elza com aceitação, Fagner com racionalidade, Gal com perplexidade, Marisa com inconsciência, Alceu com indignação, Latino com fé e Roberto com medo. Tais performances são exatamente o protótipo dos modos de vida dos narradores. Ao enfrentarem o infarto, eles o fizeram com o “requite” de seus processos subjetivos. Quatro histórias foram muito marcantes por suas especificidades: Gal, que teve sua artéria “estourada”; Marisa, que teve a síndrome de Takotsubo; Latino, que enfrentou uma odisséia para conseguir socorro; e Roberto, que infartou usando drogas. Um fator que se mostrou relevante nas histórias foi a referência à Deus, que aparece em muitos relatos.

As histórias de vida depois do infarto apontaram para algumas sequelas físicas e/ou emocionais, como a diminuição da fração de ejeção (que leva a limitações quanto a fazer esforço físico) e medo de que outro infarto aconteça (o que impede a pessoa de enfrentar as dificuldades para se recuperar). Ainda assim, os desfechos foram favoráveis. Evidenciou-se os processos subjetivos de enfrentamento, tais como: revisões quanto ao modo de estar no mundo e se relacionar com as pessoas, reavaliação do domínio exercido pelo outro, engajamento em atividades de reabilitação, busca por vivências gratificantes com a família e aumento da fé. De

maneira geral, os desfechos foram favoráveis. O comportamento religioso e a espiritualidade se mostraram como importantes aliados na vivência do infarto, bem como no enfrentamento e na elaboração das mudanças necessárias após esse evento.

Algumas conclusões podem ser tiradas das histórias antes, durante e depois do infarto. Esse evento, ou a possibilidade de morte que lhe é correlata, exerceu impacto nos processos subjetivos das pessoas e abriu novas perspectivas de reflexão da vida e de si mesmos em seus processos subjetivos, levando a um engajamento mais responsável com a caminhada existencial desse momento em diante, visto que certos comportamentos precisaram ser revistos. Observou-se ainda a resiliência nos enfrentamentos impostos pela nova condição de infartado, que, como vimos nos relatos, exige esforço e perseverança. Assim, foi possível observar que ocorrem algumas viradas narrativas com propostas de mudanças nos processos de subjetivação em curso (que nunca se esgotam) como o caso de Vanusa, Roberto, Gal, Alceu e Caetano.

O empenho para a construção de conhecimento neste trabalho permitiu o estudo e a compreensão do que podemos entender por processos de subjetivação, proposto pelo referencial teórico adotado e pelo estudo dos processos subjetivos dos narradores em seus processos de adoecimento. Mediante a construção e a interpretação do material levantado pelas entrevistas narrativas, foi possível que alguns elementos e fatos da experiência dos narradores da pesquisa viessem a revelar os marcadores de sentido subjetivo atribuídos. A organização teórica possibilitou estabelecer núcleos de sentido e compreender como estes se articulam nas experiências subjetivas aqui estudadas. As discussões geradas a partir da teoria e dos elementos de pesquisa possibilitaram a compreensão das narrativas estudadas, gerando uma produção que desvela os processos subjetivos nas vivências do infarto de maneira empírica.

O esforço teórico empreendido neste trabalho não teve a pretensão de esgotar nenhum dos assuntos trabalhados, mas, sim, permitir que os elementos teóricos articulados e a construção de informação em seu caráter construtivo-interpretativo possam servir a novas

reflexões. O estudo apresenta como limitação o fato de ter uma amostra pequena de participantes.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, G. S. C., & Silva, M. J. S. (2004). Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, 38(103), 953–965.
- Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática: princípios e aplicações*. Artes Médicas.
- Almeida-Filho, N., & Andrade, R. F. S. (2003). Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. M. Freitas. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Fiocruz.
- Almeida-Filho, N., & Jucá, S. (2002). Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 879–889.
- Alves, P. C. B., Rabelo, M. C. M., & Souza, I. M. A. (1999). *Experiência de doença e narrativa*. Fiocruz.
- Alves, P. P., & Mancebo, D. (2006). Tecnologias e subjetividades na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 11(1). <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000100006>
- Alves, T. C. T. F., Fráguas, R., & Wajngarten, M. (2009). Depressão e infarto agudo do miocárdio. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 88–92.
- Ankerkrone, M. B. F. (2015). *O corpo humano muito além do biológico: a relação entre aparência e identidade* [Comunicação oral]. Congresso Internacional de Comunicação e Consumo, São Paulo, Brasil. http://anais-comunicon2015.espm.br/GTs/GT2/33_Marcela_Bezelga.pdf
- Antunes, B. M., Rossi, F. E., & Lira, F. S. (2019). *Sedentarismo: guia prático do diagnóstico à prescrição de exercício físico*. Clube dos Autores.
- Araújo, D. O. S., & Antoniassi Júnior, G. (2015). Tecnologia e a subjetividade contemporânea: o uso do recurso tecnológico na didática educacional. *ARTEFACTUM: Revista de*

Estudos em Linguagem e Tecnologia, 7(2).

<http://artefactum.rafrom.com.br/index.php/artefactum/article/view/696>

Assembleia Mundial de Saúde. (2004). *Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*. 57ª Assembleia Mundial de Saúde.

Aspinwall, L., & Staudinger, U. (2003). A psychology of human strengths: some central issues of an emerging field. In L. Aspinwall & U. Staudinger (Eds.). *A psychology of human strengths: fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 9–22). American Psychological Association.

Avezum, A., Maia, L. N., & Nakazone, M. (2012). Cenário das doenças cardiovasculares no mundo moderno. In A. Timerman, M. Bertolami & J. F. M. Ferreira. *Manual de cardiologia* (pp. 1–5). Atheneu.

Ávila, L. A. (2012). O corpo, a subjetividade e a psicossomática. *Tempo Psicanalítico*, 44(1), 51–69.

Azevedo, S. D. R. (2013). Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. *Filogênese: Revista Eletrônica de Filosofia da UNESP*, 6(2), 148–162.
<http://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/saraazevedo.pdf>

Backes, M. T. S., Rosa, L. M., Fernandes, G. C. M., Becker, S. G., Meirelles, B. H. S., & Santos, S. M. A. (2009). Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Revista Enfermagem UERJ*, 17(1), 111–117.

Bamberg, M. (2004). I know it may sound mean to say this, but we couldnt really care less about her anyway: form and functions of “slut bashing” in male identity constructions in 15-year-olds. *Human Development*, 249, 1–23.

Barbosa, M. R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 24–34.

- Barros, M. C., & Roldão, M. L. (2017). A sociedade em rede e as doenças emergentes: uma proposta baseada na utilização excessiva das tecnologias digitais. *Revista Sociais e Humanas* CCSH/UFSM, 30(1), 21–38.
<http://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/25959>
- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In A. F. Fonseca (Ed.). *O território e o processo saúde-doença* (pp. 51–86). EPSJV; Fiocruz.
- Benjamin, W. (1993). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In W. Benjamin. *Obras escolhidas: Vol. 1. Magia e técnica, arte e política* (pp. 197–221). Brasiliense.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2003). *A construção social da realidade*. Vozes.
- Berlinguer, G. (1988). *A doença*. Cebes-Hucitec.
- Bíblia de Jerusalem*. (1976). Infotematica.
- Bíblia Sagrada* (J. F. Almeida, Trad.; 5ª ed.). (2009). Geográfica.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Ironson, G., Thoresen, C., Powell, L., Czajkowski, S., Burg, M., Keefe, F. J., Steffen, P., & Catellier, D. (2007). Spirituality, religion, and clinical in patients recovering from an acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 501–508.
- Boff, L. (2017). *Saber cuidar: ética do humano; compaixão pela terra* (20ª ed.). Vozes. (Trabalho original publicado em 2014).
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência (J. W. Geraldi, Trad.). *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20–28. (Trabalho original produzido em 2001).
<https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>
- Bonomo, A. M. S., & Araújo, T. C. C. F. (2009). Psicologia aplicada à cardiologia: um estudo sobre emoções relatadas em exame de Holter. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 65–74.

- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Thomson Learning.
- Brasil. (1990a). Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. (1990b). Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm
- Braunwald, E., Zipes, D. P., & Libby, P. (2001). *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine* (6th ed.). W. B. Saunders Company.
- Brito, R. S., & Jesus, C. R. (2021). Saúde e religião: a influência da fé no processo de saúde e doença: revisão bibliográfica 2009–2020. *Revista Multidebates*, 5(2). <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/328>
- Bühler, W. (2012). O coração, órgão da cordialidade. *Arte Médica Ampliada*, 32(2), 59–67.
- Calvetti, P., Muller, M., & Nunes, M. (2012). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 706–717.
- Campos, E. P. (2010). Aspectos psicossomáticos em cardiologia: mecanismos de somatização e meios de reagir ao estresse. In M. Burd & J. Mello Filho (Eds.). *Psicossomática hoje* (pp. 318–342). Artmed.
- Canclini, N. G. (2008). *Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização*. Editora da UFRJ.
- Canguilhem, G. (2006). *O normal e o patológico*. Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1966).
- Caponi, S. (1997). *A proposito del concepto de salud*. UFSC; Mimeogr.

- Cardoso Junior, H. R. (2005). Para que serve uma subjetividade? Foucault, tempo e corpo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 343–349.
- Carvalho, T. (2000). Tratamento da doença coronariana no Brasil: um quadro que reflete a necessidade de mudança de paradigma. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 6(6), 221–223. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922000000600002>
- Carvalho, et al. (2020). A religião como forma de controle social. *Revista Humanidades e Inovação*, 7(2).
- Castiel, L. D., & Diaz, C. A. (2007). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Fiocruz.
- Castro Júnior, L. V. (2014). *Festa e corpo: as expressões artísticas nas festas populares baianas*. Editora da UFBA.
- Castro, E. (2016). *Vocabulário em Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Autêntica. (Trabalho original publicado em 2004).
- Castro, F. S. (2009). *Corpo, mente e cérebro na antiguidade: um breve estudo histórico* (Disseertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro). http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/13801/13801_4.PDF
- Castro, F. S., & Landeira-Fernandez, J. (2011). Alma, corpo e a antiga civilização grega: as primeiras observações do funcionamento cerebral e das atividades mentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 798–809.
- César, M. B. (2009). *O escaravelho-coração nas práticas e rituais funerários do Antigo Egito*. Museu Nacional da UFRJ.
- Chagas, J. P. S. (2012). *Fatores de risco que podem levar ao infarto agudo do miocárdio (IAM), e o papel do enfermeiro na sua prevenção*. FEMA.
- Chammé, S. J. (1996). Modos e modas da doença e do corpo. *Saúde & Sociedade*, 5(2), 61–76.

- Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (1995). Relatos de experiencia e investigación narrativa. In J. Larrosa *et al.* *Déjame que te cuente: ensayos sobre narrativa y educación* (pp. 15–59). Laertes.
- Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2015). *Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa*. EDUFU.
- Coelho-Matos, M. C., Marucci, F. A., & Matos, M. S. (2010). Religião e espiritualidade na Psicoterapia. In M. R. Garcia (Ed.). *Sobre comportamento e cognição: análise experimental do comportamento, cultura, questões conceituais e filosóficas*. ESEtec Editores Associados.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society*. Johns Hopkins University Press.
- Costa, D. S., & Pereira, S. (2016). O corpo é uma festa! Reflexões em torno da oralidade Brasileira. *Revista Lume*, (10), 88–98.
<http://gongo.nics.unicamp.br/revistadigital/index.php/lume/issue/view/26>
- Costa, S. S. M. V. (2012). *Contribuições da psicologia para as novas fronteiras do transplante cardíaco: avaliação psicossocial, adaptação psicológica e qualidade de vida* (Tese de doutorado). Universidade do Porto.
- Czeresnia, D., Maciel, E. M. G. S., & Oviedo, R. A. M. (2016). *Os sentidos da saúde e da doença*. Fiocruz. (Trabalho original publicado em 2013).
- Da Silva, G. F., & Machado Júnior, S. S. (2016). A construção do sujeito em Michel Foucault. *Entreletras*, 7(1).
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.
- Dantas, C. R., Pavarin, L. B., & Dalgalarondo, P. (1999). Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(3).
- Daolio, J. (1995). *Da cultura do corpo*. Papirus.

- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 14(54), 7–11.
- Delaney, C., & Barrere, C. (2008). Blessings: the influence of a spirituality: based intervention on psychospiritual outcomes in a cardiac population. *Holistic Nursing Practice*, 22(4), 210–219.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. 34.
- Denzin, N. K. (2001). *Interpretive interactionism*. Sage.
- Dias, D. N. S., & Oliveira, P. T. R. (2013). Qual a relação entre a saúde e a doença? *Revista do NUFEM*, 5(2). <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v5n2/a03.pdf>
- Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2012) Health inequality-determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 12–105.
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia integrativa. PNIE (Psiconeuroinmunoendocrinologia): integracion cuerpo-mente-entorno*. Psicolibros.
- Ehcebarria, A. (1989) La emoción la enfermedad física. In A. Ehcebarria & D. Páez (Eds). *Emociones: perspectivas psicosociales* (pp. 305–339). Fundamentos.
- Eliade, M. (1987). *The encyclopedia of religion*. Macmillan.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychology: the rational-emotive approach*. Julian.
- Ellison, G. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330–340.
- Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*. (1995). Lisboa: Verbo. (Trabalho original publicado em 1963).
- Fernandes Júnior, A. (2014). Discurso, poder e processos de subjetivação: a infância na sociedade de controle. *Letras*, 24(48), 157–173.
- Fernandes, C. A. (2012). *A análise do discurso: reflexões introdutórias*. Pontes.

- Ferreira Neto, J. L. (2004). Processos de subjetivação e novos arranjos urbanos. *Revista do Departamento de Psicologia*, 16(1), 111–120.
- Ferreira Neto, J. L. (2017). A analítica da subjetivação em Michael Foucault. *Polis e Psique*, 7(3), 7–25. <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/76339>
- Ferreira, A. L. N., & Da Mota, F. A. B. (2018). Subjetivação, estética da existência e educação em Foucault. *Fundamentos*, 1(1), 21–35.
- Ferreira, F. R. (2008). A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. *Dossiê Interface*, 12(26). <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000300002>
- Ferreira, J. (1994). O corpo sóico. In P. C. Alves & M. C. S. Minayo (Eds.). *Saúde e doença: um olhar antropológico* (pp. 101–111). Fiocruz.
- Ferreira, J. (2001). Semiologia do corpo. In O. F. Leal (Ed.). *Corpo e significado: ensaios de antropologia visual* (pp. 89–104). AFRGS.
- Fleck, M. P. A. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446–455.
- Flick, U. (2008). *Managing quality in qualitative research*. Sage.
- Forghieri, Y. C. (1993). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas*. Livraria Pioneira.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Graal.
- Foucault, M. (1987). *A arqueologia do saber*. Forense. (Trabalho original publicado em 1969).
- Foucault, M. (1989). *Subjectivité et vérité*. Juilliard. (Trabalho original apresentado entre 1980 e 1981).
- Foucault, M. (1992). *As palavras e as coisas*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1966).
- Foucault, M. (1996). *A ordem do discurso. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. Loyola. (Trabalho original produzido em 1970).

- Foucault, M. (2004). *Ditos e escritos: Vol. 5. Ética, sexualidade, política*. Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1994).
- Foucault, M. (2004). *História da sexualidade: Vol. 2. O uso dos prazeres*. Graal. (Trabalho original publicado em 1984).
- Foucault, M. (2004). O retorno da moral. In M. B. Motta (Ed.). *Ética, sexualidade, política* (pp. 252–263). Forense Universitária.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Fondo de Cultura Económica. (Trabalho original apresentado entre 1982 e 1983).
- Foucault, M. (2011). *A hermenêutica do sujeito*. Martins Fontes. (Trabalho original apresentado entre 1981 e 1982).
- Foucault, M. (2013). *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970* (2ª ed.). Edições Loyola. (Trabalho original produzido em 1970).
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.
- Freitas, A. P., Silveira, C. R., & Mascia, M. A. A. (2017). O “ser-consigo” ao ataque do clarim: educação, processos de subjetivação através das “escritas de si”. *Revista Eletrônica de Educação*, 11(2), 578–593.
- Freud, S. (1969). O mal-estar na civilização. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (2001). *A interpretação dos sonhos*. Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Friedman, M., & Ulmer, D. (1984). *Treating Type A behavior and your heart*. Alfred A. Knopf.
- Frutiger, A. (1999). *Sinais e símbolo: desenho, projeto e significado*. Martins Fontes.

- Furtado, R. N. (2013). Por um governo de si mesmo: Michel Foucault e a estética da existência. *Paralaxi: Revista de estética e filosofia da arte*, (1), 51–57.
- Galeano, E. (2004). *As palavras andantes*. L&PM.
- Gallian, D. (2008). O coração na história. *Ser Médico*, (44).
<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=374>
- Gallian, D. M. C. (2010). O destronamento do coração: breve história do coração humano até o advento da modernidade. *Memorandum*, 18, 27–36.
- Garcia, A. V. (1997). *O caráter educativo das ações em saúde: entre o biológico e o político* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.
- Geertz, C. (1989). *A Interpretação das Culturas*. LTC Editora.
- Giannotti, A. (2002). Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicologia USP*, 13(1), 167–195.
- Gibbs, G. (2008). *Analyzing Qualitative Data*. SAGE.
- Goldenberg, M. (2002). *Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Record.
- Gomes, F. et al. (2018). *Análise da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil: dados atuais e projeções futuras*.
https://www.researchgate.net/publication/337060482_ANALISE_DA_MORTALIDADE_POR_INFARTO_AGUDO_DO_MIOCARDIO_NO_BRASIL_DADOS_ATUAIS_E_PROJECOES_FUTURAS
- Goulart, C. V. (2015). O símbolo do coração na arte contemporânea (Trabalho de conclusão de curso). Universidade do Extremo Sul Catarinense.
- Goulart, R. S., & Silveira, B. B. (2020). O coração e as emoções: uma via de mão dupla entre corpo e mente. *Revista Mosaico*, 11(2), 169–173.

- Grandi, P. (2014). *Doenças psicossomáticas: o que a análise do comportamento tem a dizer*.
<https://comportese.com/2014///doencas-psicossomaticas-o-que-a-analise-do-comportamento-tem-a-dizer>
- Gregório, S. B. (2010). *Coração* [Postagem em blog].
<http://www.sergiobiagigregorio.com.br/palestra/coracao.htm>
- Grundy, S. M., Pasternak, R., Greenland, P., Smith, S., & Fuster, V. (1999). Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation*, 100(13), 1481–1492.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. 34.
- Guedes, D. P. et al. (2012). Aptidão física relacionada à saúde de escolares: programa Fitnessgran. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 18(2).
- Guillaumont, A. (1950). Les sens des noms du cœur dans l’antiquité. In S. Adidevananda, G. Bazin, L. Beirnaert, M. Carrouges, M.-D. Chenu, C. Chonez, P. Claudel, L. Cagnet, P. Debongnie, E. Dermenghem, A. Dérumaux, F. Dolto, J. Doresse, S. Fumet, H. Gouhier, A. Guillaumont, A. Hoog, A. Lefèvre, J. Lhermitte, J. Madaule, L. Massignon, P. La Trinité, G. Stresser-Péan & M. Tapié. *Le cœur* (pp. 41–81). Desclée de Brouwer.
- Guimarães, D. (2017). *A espiritualidade no cuidado a enfermagem*.
https://www.researchgate.net/publication/315549451_A_ESPIRITUALIDADE_NO_CUIDADO_EM_ENFERMAGEM
- Harrison, H. et al. (2001). The epidemiology of religious coping: a review of recente literature. *International Review of Psychiatry*, 2, 86–93.
- Hcor. (2018). Projeto “Boas Práticas Clínicas em Cardiologia”: infarto agudo do miocárdio. *Proadi-SUS*.
http://cardiol.br/boaspraticasclinicas/ferramentas/paciente/modelo-bpc/FolhetoIAM_2.pdf

- Heller, A. (2008). *O cotidiano e a história*. Paz e Terra.
- Helman, C. B. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Artmed.
- Hoekstra, B. E. *et al.* (2014). Doença de Takotsubo (Síndrome do Coração Partido): uma doença subdiagnosticada? *Revista Brasileira de Cardiologia*, 27(5), 327–332.
- Hoffmann, F. (2006). *Apoio social e bem-estar espiritual em mulheres: da espera pelo diagnóstico ao início do tratamento para câncer de mama* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Høystad, O. M. (2015). *Uma história do coração* (N. C. Melo Sobrinho, Trad.). Vozes.
- Hummer, R. A. *et al.* (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*, 36(2), 273–285.
- Illich, I. (1981). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Nova Fronteira.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*.
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>
- Ismael, S. M. C. (2017). Sofrer do coração. In J. Quayle & M. C. S. Lúcia. *Adoecer: as interações do doente com a sua saúde*. Atheneu.
- Jacquart, D. (2003). Cœur ou cerveau? Les hésitations médiévales sur l'origine de la sensation et le choix de Turisanus. *Micrologus*, (11), 73–96.
- Jovchelovich, S., & Bauer, M. W. (2002). Entrevista narrativa. In Bauer, M. W., & Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 90-113). Vozes.
- Jung, C. G. (1991). Tipos psicológicos. In C. G. Jung. *Obras completas* (Vol. 6). Vozes. (Trabalho original publicado entre 1958 e 1981).
- Jung, C. G. (2002). A natureza da psique. In C. G. Jung. *Obras completas* (Vol. 8). Vozes. (Trabalho original publicado em 1971).

- Jung, C. G. (2013). A vida simbólica: escritos diversos. In C. G. Jung. *Obras completas* (Vol. 18). Vozes. (Trabalho original publicado entre 1958 e 1981).
- Kannel, W. B., Cupples, L. A., & D'Agostino, R. B. (1987). Sudden death risk in overt coronary heart disease: the Framingham Study. *American Heart Journal*, 113(3), 799–804. [https://doi.org/10.1016/0002-8703\(87\)90722-8](https://doi.org/10.1016/0002-8703(87)90722-8)
- Katz, H. (2008). Por uma teoria crítica do corpo. In A. C. Oliveira & K. Castilho (Eds.). *Corpo e moda: por uma compreensão do contemporâneo*. Estação das Letras e Cores.
- Katz, H., & Greiner, C. (2006). Por uma teoria da corpo-mídia. In C. Greiner. *O corpo: pistas para estudos indisciplinados*. Annablume.
- Kawamura, L. K. (1987). Tecnologia e saúde nas diferentes perspectivas de entidades associativas de médicos. *Revista de Administração de Empresas*, 27(2), 48–55.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. Basic Books.
- Knobel, E., Silva, A. L. M., & Andreolli, P. B. A. (2010). *Coração é... emoção: a influência das emoções sobre o coração*. Atheneu.
- Koenig, H. G. (2001). Religion and medicine: religion, physical health, and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(3), 321–336.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Peterson, B. L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal Psychiatry*, 155, 536–542.
- Krantz, D. S., Contrada, R. J., Hill, D. R., & Friedler, E. (1988). Environmental stress and biobehavioral antecedents of coronary heart disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 333–341.
- Kubzansky, L. D., & Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 323–337.

- Labov, W. (1997). Some Further Steps in Narrative Analysis. *Journal of Narrative and Life History*, 7(1-4), 395-415.
- Lamosa, B. W. R. (1990) As peculiaridades da atenção psicológica dispensada em unidades hospitalares de cardiologia. In: *Psicologia Aplicada à Cardiologia* (uma publicação do Departamento de Psicologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo). Lamosa, B. W. R. (org.) São Paulo: Fundo Editorial.
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3).
- Laraia, R. B. (2002). *Cultura: um conceito antropológico*. Zahar.
- Larrosa, J. (1994). Tecnologias do eu e educação. In T. T. Silva. *O sujeito da educação* (pp. 35–86). Vozes.
- Laurell, A. C. (1982). “La salud-enfermedad como proceso social”. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2, 7–25.
- Lawler, K. A., & Younger, J. (2004). Teobiologia: uma análise de espiritualidade, respostas cardiovasculares, estresse, humor e saúde física. *Journal of Religion and Health*, 41, 347–362.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Le Breton, D. (2006) *A Sociologia do corpo*. Vozes.
- Lemos, A. (2013). *Cibercultura: tecnologia e vida social na cultura contemporânea*. Sulina.
- Lemos, C. et al. (2008). Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 471–476.
- Lemos, M. T. M., & Pietrobon, R. C. (2012) Uma visão da espiritualidade na psicocardiologia. In E. F. B. Teixeira & M. C. Müller. *Espiritualidade e saúde* (pp. 51–70). Casa do Psicólogo.

- Leontiev, A. (1978). *O desenvolvimento do psiquismo*. Horizonte Universitário.
- Lévy, P. (2000). *Cibercultura*. 34.
- Lipp, M. E. N. *et al.* (1990). A relação entre stress, padrão tipo A de comportamento e crenças irracionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6(3), 309–323.
- Lopes, M. A. L. (2007). Da genealogia da moral ao anti-Édipo: a imagem da falta como ideal ascético. In D. Lins. *Nietzsche/Deleuze: imagem, literatura e educação* (pp. 193–210). Forense Universitária; Fundação de Cultura, Esporte e Turismo.
- Lotufo, N. F. (2010). Influências da religião sobre a saúde mental. In N. J. D. Costa & T. P. Barbalho (Eds.). *Psicologia, espiritualidade e qualidade de vida: uma abordagem interativa* (pp. 8-25). Centro Universitário Adventista de São Paulo.
- Louro, G. L. (2001). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Autêntica.
- Louro, G. L. (2004). *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Autêntica.
- Lundin, R. W. (1977). *Personalidade: uma análise do comportamento*. Editora Pedagógica Brasileira.
- Lunelli, *et al.* (2008) Atividade sexual pós-infarto do miocárdio: tabu ou desinformação? *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 90(3), 172-176.
- Mori e Gonzáles Rey (2012) A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. In: *Psicol. Teor. Prat.* vol. 14 nº 3 São Paulo.
- Lunkes, *et al.* (2018) Fatores socioeconômicos relacionados às doenças cardiovasculares: uma revisão. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – HYGEIA*, 14(28), 50–61.
- Machado, R. (Ed.). (1979). *Microfísica do poder*. Graal.
- Maia, A. C. (2002). Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, (2), 207–225
- Malta, D. C. *et al.* (2014). Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(11), 4341-4350.

- Mansano, S. R. V. (2009). Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2), 110–117. <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/946>
- Mansur, A. P., & Favarato, D. (2012). Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 99(2), 755-761.
- Mansur, A. P., & Favarato, D. (2016). Tendências da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 107(1), 20-25.
- Marques, L. F. (2000). *A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses* (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Marquesin, D. F. B., & Passos, L. F. (2009). Narrativa como objeto de estudo aportes teóricos. *Revista Múltiplas Leituras*, 2(2), 219-237.
- Martins, M. C. A. (2005). A promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 9(22), 42–46.
- Martins, M. C. A., & Melo, J. M. C. D. (2008). Emoção... emoções... que implicações para a saúde e qualidade de vida? *Revista Millenium*, 34(13), 125–148.
- Martins, S. T. F. (1996). Experiência cotidiana e sentido pessoal no processo saúde-doença. In N. A. Vasconcelos. *Comunidade, meio ambiente e qualidade de vida* (pp. 41-53). Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.
- Mauss, M. (1974). *Sociologia e Antropologia* (Vol. 2). EPU/EDUSP.
- Medeiros, C. R. G., Meneghel, S. N., & Gerhardt, T. E. (2012). Desigualdades na mortalidade por doenças cardiovasculares em pequenos municípios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(1), 2953-2962.

- Meirelles, A. A. V. *et al.* (2021). Tendência e perfil da morbimortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 6(9), 16–31.
- Mello, E. D., Luft, V. C., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: Como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, 80(3).
- Meneses, R. (2006). O papel da espiritualidade na saúde, bem-estar e qualidade de vida [Comunicação oral]. 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Faro, Portugal.
- Meyer, A. V. (1999). A Psicanálise na Época da Ciência e da Técnica: o Sentido do Humano. *Jornal de Psicanálise*, 32(58–59), 153–162.
- Minayo, M. C. S. (Ed.). (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Miranda, L. L. (2018). Juventudes e mídia: subjetividades hiperconectadas. In A. F. Lima, I. M. P. Germano, I. B. Saboia, & J. C. Freire (Eds.). *Sujeito e subjetividades contemporâneas*. Edições UFC.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., & Caballo, V. (2001). Psicologia da Saúde: intervenções em hospitais públicos. In B. Rangé (Ed.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 463-474). Artmed.
- Monteiro, D. D. *et al.* (2020). Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 40(98).
- Moraes, F. C. (2016). *As razões do coração: um estudo sobre a centralidade do coração em Pascal* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo). http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-14102016-134212/publico/2016_FabioCristianoDeMoraes_VOrig.pdf
- Morais, N., & Koller, S. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano. Psicologia positiva e resiliência: ênfase em saúde. In S. Koller. *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 91–107). Casa do Psicólogo.

- Moreira, V. (2004). O método fenomenológico de MerleauPonty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 447-456.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo N., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and Mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-50.
- Mori, V. D., & Gonzáles Rey, F. (2011). Reflexões sobre o social e o individual na experiência do câncer. *Psicologia & Sociedade*, 23, 99–108.
- Mori, V. D., & Gonzáles Rey, F. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(3).
- Morschhitzky, H., & Sartor, S. (2013). *Quando a alma fala através do corpo: compreender e curar distúrbios psicossomáticos*. Vozes.
- MRFIT Group (1982). Multiple risk factor intervention trial: risk factor changes and mortality results. *Journal of American Medical Association*, 248, 1465-1477.
- Muller, E. V., Regina, S., & Aranha, R. (2012). Distribuição espacial da mortalidade por doenças cardiovasculares no Estado do Paraná, Brasil: 1989-1991 e 2006-2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(6), 67–77. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600006>
- Naffah Neto, A. (1980). *Psicodramatizar*. Ágora.
- Nascimento, D. E. & Afonso, M. R. (2014) Os corpos na sociedade contemporânea. *EFDeportes.com*, 18(190).
- Nesralla, I., & Prates, P. (2014). *As emoções da cirurgia do coração*. AGE.
- Neves, R. T., Laham, C. F., Aranha, V. C., Santiago, A., Ferrari, S., & Lucia, M. C. S. (2013). Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. *Psicologia Hospitalar*, 11(2), 72-98.
- Nóbrega, S., & Brito, D. (2012). Miocardiopatia Takotsubo: estado de arte. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, (31), 589–596.

- Nogueira, M. F. *et al.* (2014). Exposição de idosos a fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(11), 3814-3822.
- Noto, C. S. (2009). A ontologia do sujeito em Michael Foucault (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo.
- Nunes, M. L., & Müller, M. (2003). Espiritualidade influencia na qualidade de vida. *PUCRS Informação*, 26(116), 25.
- Oliveira, A. L. M. *et al.* (2019). A relação entre a intoxicação por cocaína e o infarto agudo do miocárdio. *Revista Caderno de Medicina*, 2(2).
- Oliveira, D. W., & Oliveira, E. S. A. (2020). Sedentarismo Infantil, cultura do consumo e sociedade tecnológica: implicações à saúde. *Revista Interação Interdisciplinar*, 4(1), 155–169.
- Oliveira, F. C. R. M (2000). Os processos de subjetivação moderna e suas problematizações na contemporaneidade. *Logos*, 7(1), 10–12. <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/logos/article/view/14817>
- Oliveira, M. A. C, & Egry, E. Y. (2000). A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1).
- Oliveira, M. F. P., & Luz, P. L. (2010). O impacto emocional da cirurgia cardíaca. In M. Burd & J. Mello Filho (Eds.). *Psicossomática hoje* (pp. 343–349). Artmed.
- Organização Pan-Americana de Saúde (2017). *Doenças cardiovasculares*. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doenças-cardiovasculares&Itemid=1096](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doen%C3%A7as-cardiovasculares&Itemid=1096)
- Orsini, K. (2005). Fatores de risco para doença arterial coronariana. In W. Pádua Filho *et al.* (Eds.). *Cardiologia: Sociedade Mineira de Cardiologia*. Medsi; Guanabara Koogan.

- Paim, C. P. P., Azzolin, K. O., & Moraes, M. A. P. (2012). Dor torácica no infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 77-82.
- Paiva, S. A. (2008). *Quando o mal-estar social adoece o coração: o infarto à luz da psicossociologia* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista Psiquiatria e Clínica*, 34, 126–135.
- Pargament, K. I. (2011). Religion and coping: the current state of knowledge. In S. Folkman (Ed.). *Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 269-288). Oxford University Press.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H.G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1, 710-724.
- Parpinelli, R. S., & Fernandes, S. L. (2011). Subjetivação e psicologia social: dualidades em questão. *Fractal: Revista de Psicologia*, 23(1), 191–203. <https://www.scielo.br/pdf/fractal/v23n1/v23n1a13.pdf>
- Pelbart, P. P. (2000). *A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea*. Iluminuras.
- Pelbart, P. P. (2003). O corpo do informe. In P. P. Pelbart. *Vida capital: ensaios de biopolítica* (pp. 42–51). Iluminuras.
- Penna, E. M. D. (2004). O paradigma junguiano no contexto da metodologia qualitativa de pesquisa. *Psicologia USP*, 16(3), 71–94.
- Perez, G. H. et al. (2005). Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia Hospitalar*, 3(1), 41–58.

- Pesaro, A. E. P., Serrano, J. R., & Nicolau, J. C. (2004). Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 214-220. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200041>
- Pez, T. D. P. (2008). Pequena análise sobre o sujeito em Foucault: a construção de uma ética possível. In *Anais, 7 Seminário em Ciências Humanas*. Eduel. <http://www.uel.br/eventos/sepech/sepech08/arqtxt/resumos-anais/TiarajuDPPez.pdf>
- Pinheiro, J. N., Chaves, M. C., Jorge, M. S. (2004). A concepção de doença nas perspectivas: histórica, filosófica, antropológica, epistemológica e política. *Revista RENE*, 5(2), 93-100.
- Pinho, M. C. M. S., & Marca, J. V. F. (2018) Quando o coração expressa a dor do indizível. In F. S. R. Almendra *et al.* *Psicologia em unidade de terapia intensiva: intervenções em situações de urgência subjetiva*. Atheneu.
- Pinnegar, S., & Daynes, J. G. (2007). Locating narrative inquiry historically. In D. J. Clandinin. *Handbook of narrative inquiry: mapping a methodology*. Sage.
- Piueзам, G. *et al.* (2015). Mortalidade em Idosos por Doenças Cardiovasculares: Análise Comparativa de Dois Quinquênios. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 105(4), 371-380.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative Knowing and the human sciences*. Suny Press.
- Portal, L. L. F. (2012). Espiritualidade: fonte de saúde na perspectiva de uma educação para a inteireza. In E. F. B. Teixeira & M. C. Müller (Eds.). *Espiritualidade e saúde*. Casa do Psicólogo.
- Prates, P. R. (2005). Símbolo do coração. *Manguinhos*, 12(3), 1025-1031.
- Rabelo, A. O. (2011) A importância da investigação narrativa na educação. *Educação & Sociedade*, 32(114), 171-188.

- Rabelo, M. C. M. (1999). A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In M. C. M. Rabelo, P. C. B. Alves & I. M. A. Souza (Eds.). *Experiência de doença e narrativa* (pp. 205–228). Fiocruz.
- Ramos, D. G. (1990). *A psique do coração: uma leitura analítica do seu simbolismo*. Cultrix.
- Ramos, D. G. (2002). O simbolismo do coração. *Correlatio*, 1(2), 26–41.
- Ramos, D. G. (2006). *A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença*. Summus.
- Ramos, R. F. (2004). Infarto agudo do miocárdio e cocaína. *Informativo do Cremesp*, (201).
- Remor, E. (1999). Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Revista Psico*, 30(1), 205–217.
- Riessman, C. K. (2005). Narrative Analysis. In N. Kelly, C. Horrocks, K. Milnes, B. Roberts, & D. Robinson (Eds.). *Narrative, memory & everyday life* (pp. 1–7). University of Huddersfield.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage.
- Rodrigues, A., Guerra, M., & Maciel, M. J. (2010). Impacto do stress e hostilidade na doença coronária. *Revista da SBPH*, 13(1), 107-135.
- Sá Junior, L. S. M. (1988). *Fundamentos de psicopatologia: bases do exame psíquico*. Atheneu.
- Sahagoff, A. P. (2015). Pesquisa narrativa: uma metodologia para compreender a experiência humana. *Semana de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação SEPesq*, 11.
- Samaja, J. A. (2000). *Reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Casa da Qualidade.
- Santaella, L. (2008). *Culturas e artes do pós-humano: da cultura das mídias à cibercultura*. Paulus.
- Santo Agostinho. (1973). *Confissões*. Abril.
- Santos, J. P., & Paes, N. A. (2014). Associação entre condições de vida e vulnerabilidade com a mortalidade por doenças cardiovasculares de homens idosos do nordeste. *Revista*

- Brasileira de Epidemiologia*, 17, 407-420. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020010ENG>
- Santos, J., Vasconcelos, T. C., & Gico, V. V. (n.d.). *Significado social do corpo doente* [Comunicação oral]. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale Paraiba.
- Santos, L. F. R., Pereira, M. I. F., & Martins, C. V. (2017). As doenças do coração e as emoções: conversações entre a psicossomática e a psicologia analítica. *Revista do Instituto Junguiano de São Paulo*, 2. <https://self.ijusp.org.br/self/article/view/14/pdf>
- Savastano, H. (1980). Abordagem do binômio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema: implicações em saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 14(1).
- Savian Filho, J. (2016). A experiência religiosa à luz do conceito de coração. *Síntese*, 43(Supl. 1), 5–24.
- Schumaker, J. F. (1992). *Religion and Mental Health*. Oxford.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno Saúde Pública*, 20(2), 580–588.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
- Selye, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138(32).
- Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida*. IBRASA.
- Sennett, R. (2001). *Carne e pedra*. Record.
- Silva, A. L. M., & Pimentel, W. S. (2010). A influência das emoções nas doenças cardíacas. In E. Knobel, A. L. M. Silva & P. B. A. Andreoli (Eds.). *Coração... É emoção: a influência das emoções sobre o coração*. Atheneu.
- Silva, G. F., & Machado Júnior, S. D. S. (2016). A construção do sujeito em Michel Foucault. *EntreLetras*, 7(1), 200-210.

- Silva, I. B., & Nakano, T. C. (2011). Modelo dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 51-62.
- Silva, M. A. D. (2000). *Quem ama não adoece: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças*. Pergaminho.
- Silva, M. A. D., Sousa, A. G. M. R., & Schargodsky. (1998). Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil — Estudo Fricas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 71(5), 667-675. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X1998001100005>
- Silva, S. E. D. *et al.* (2021). As representações sociais sobre o processo saúde-doença na visão espírita. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 13, 117–122.
- Silva, S. M. (2006). A vida como obra de arte. *Revista Científica/FAP*, 2, 1-9.
- Silveira, F. A. (2008). Michel Foucault e a construção discursiva do corpo do sujeito moderno e sua relação com a Psicologia. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 733–742.
- Silveira, F. A., & Furlan, R. (2003). Corpo e alma em Foucault: postulados para uma metodologia da psicologia. *Psicologia USP*, 14(3), 171–194.
- Simão, A. *et al.* (2013). I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 101(6), 1-63. <https://doi.org/10.5935/abc.2013S012>
- Soares, G. P. *et al.* (2013). Evolução de indicadores socioeconômicos e da mortalidade cardiovascular em três estados do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 100(2), 147-156. <https://doi.org/10.5935/abc.20130028>
- Souza, M. A. (2009). *A influência da fé no processo saúde-doença sob a percepção de líderes religiosos cristãos*.
- Souza, P. F., & Furlan, R. (2018). A questão do sujeito em Foucault. *Psicologia USP*, 29(3), 325-335. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170057>
- Spielberger, C. (1979). *Understanding stress and anxiety*. Harper and Row.

- Spink, M. J., & Gimenes, M. G. G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discurso sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 149-171.
- Spink, M. J., & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. Spink (Ed.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano* (pp. 1-20). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Steindl-Rast, D. (2018). *Gratidão, a alma do coração*. Vozes.
- Straub, R. (2005). Introdução à psicologia da saúde. In R. Straub. *Psicologia da saúde* (pp. 21–51). Artmed.
- Suinn, R. M. (2001). The terrible twos-anger and anxiety. Hazardous to your health. *American Psychologist*, 56(1), 27–36.
- Takeiti, B. A. (2011). Juventude(s), modos de subjetivação e violência: um diálogo com aportes de Michael Foucault. In M. J. P. Spink, P. Figueiredo & J. Brasilino (Eds.). *Psicologia social e personalidade* (pp. 59–75). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO. <http://books.scielo.org/id/xg9wp/pdf/spink-9788579820571-06.pdf>
- Tambellini, A. M., & Schütz, G. E. (2009). Contribuição para o debate do CEBES sobre a “Determinação Social da saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, 33(83), 371–379.
- Tedesco, S. (2003). A natureza coletiva do elo linguagem-subjetividade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(1).
- Tedesco, S. (2006). As práticas do dizer e os processos de subjetivação. *Interação em Psicologia*, 10(2), 357–362.

- Tesser, C. D., & Dallegrave, D. (2020). Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *CSP Cadernos de Saúde Pública*, 36(9).
- Tiedens, L. Z. (2001). Anger and advancement versus sadness and subjugation: the effect of negative emotion expressions on social status conferral. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 86–94.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface Psicologia Social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49–56.
- Tunstall-Pedoe, H., Kuulasmaa, K., Amouyel, P., Arveiler, D., Rajakangas, A. M., & Pajak, A. (1994). Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Registration procedures, event rates, and case-fatality rates in 38 populations from 21 countries in four continents. *Circulation*, 90(1), 583–612. <http://10.0.4.137/01.cir.90.1.583>
- Ursin, H. (2000). Psychosomatic medicine: state of the art. *Annals of Medicine*, 32(5), 323–328.
- Vallée, E. R. (2020). *Duplo aspecto do coração e as emoções na Medicina Chinesa*. Inserir.
- Vallée, E. R., & Larre, C. (2007). *Os movimentos do coração: psicologia dos chineses*. Cultrix.
- Varela, F. (1999). O eu do corpo. In D. Golleman (Ed.). *Emoções que curam: conversas com o Dalai Lama sobre a mente alerta, emoções e saúde* (pp. 61–80). Rocco.
- Ventura, T. S., & Rodrigues, B. B. (2018). Traços de um Coração Doente: Psicologia em Diálogo com a Cardiologia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(3), 463–478.
- Volcan, S. et al. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440–445.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Sage.

- Williams, R. B., Thomas, T. L., Lee, K. L., Kong, Y., Blumenthal, J. A., & Whalen, R. E. (1980). Type A behavior, hostility, and coronary atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 42, 539-549.
- Wright, L. (1988). The Type A behavior pattern and coronary artery disease. *American Psychologist*, 43 (1), 2-14.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-
graduação Comitê de Ética em Pesquisa –
CEP**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

N.º Registro CEP: CAAE (colocar o número de registro obtido no CEP PUC Minas)

Título do Projeto intitulado: **“PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO EM****EXPERIÊNCIAS DE INFARTO: possibilidades narrativas”**

Prezada Sra.,

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem por objetivo compreender sua história de vida, bem como os processos de subjetivação de pessoas que passaram pela experiência de infarto.

Você foi selecionado (a) porque passou por uma experiência de infarto há pelo menos 2 anos. A sua participação nesse estudo consiste em conceder uma entrevista na qual será convidada a narrar sua história de vida e experiência com vivência do infarto. Os riscos (e/ou desconfortos) envolvidos nesse estudo dizem respeito à dificuldade ou não que você terá em falar dos assuntos que interessam a esse estudo. Caso perceba algum desconforto durante a entrevista, você poderá interromper e sua decisão sobre continuá-la ou não será inteiramente respeitada. Trata-se de uma pesquisa desenvolvida pela psicóloga Mônica Silveira Barrouin sob supervisão da Prof.^a Dra. Luciana Kind do Nascimento, do curso de Pós-graduação da PUC Minas.

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar desse estudo. Em contrapartida, você também não terá nenhum gasto. A entrevista será realizada pela pesquisadora responsável no próprio ambulatório, no horário mais conveniente para você.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua entrevista em todas as fases da pesquisa. E a apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa sempre se dará como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo

pessoal se esta for a sua decisão.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído.

Os resultados dessa pesquisa servirão para subsidiar reflexões sobre as vivência do infarto e o processo de subjetivação do paciente, podendo **BENEFICIAR** ações voltadas à prevenção dos mesmos.

Para todos (as) os (as) participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável:

Mônica Silveira Barrouin

Endereço: Av. Itaú, nº 525 - Bairro Dom Cabral - Belo Horizonte/MG - CEP: 30535012

E-mail: monicasilveirabarrouin@yahoo.com.br

Telefone: (31) 9 9897-2108

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.^a Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (31) 3319-4517 ou e-mail cep.proppg@pucminas.br.

Eu, _____, declaro que li esse TCLE ou alguém o leu para mim, e dou o meu consentimento para a realização da pesquisa.

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou representante legal

Data

Eu, **Mônica Silveira Barrouin**, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

Assinatura da pesquisadora entrevistadora

Data

**APÊNDICE B: QUESTÃO GERADORA E TEMAS PARA AS ENTREVISTAS
NARRATIVAS COM PESSOAS QUE PASSARAM PELA EXPERIÊNCIA DO
INFARTO**

Questão gerativa de narrativas:

“Conte-me sobre sua história de vida e experiência com o infarto. Você pode levar o tempo que for preciso e pode dar detalhes de tudo que for importante para você”.

Temas a serem formulados preferencialmente como questões imanentes, ou seja, acompanhado às expressões e entonação utilizada pelas participantes na narração inicial:

- Contexto da vivência do infarto;
- Tratamento;
- Repercussões do infarto;
- Estigmas;
- Sentimentos
- Explorar situações específicas apenas mencionadas na narração central, tais como: família, situação no trabalho, equipe multiprofissional no tratamento, pertencimento a grupos, etc.
- Perspectivas para o futuro;

Informações gerais:

Nome: _____

Nome fictício: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Situação do Infarto: _____

Trabalho: _____

Estado civil: _____

Filhos/as: _____