

Instituto de Treinamento e Pesquisa em
Gestalt-Terapia de Goiânia – ITGT

Phenomenological Studies
 Revista da Abordagem Gestáltica

Volume XXIII – N. 1

2017

Goiânia – Goiás

<http://pepsic.bvs-psi.org.br>

Ficha Catalográfica

Revista da Abordagem Gestáltica – Phenomenological Studies/
Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia de
Goiânia – Vol. 23, n. 1 (2017) – Goiânia: ITGT, 2016.

133p.: il.: 30 cm

Inclui normas de publicação

ISSN: 1809-6867

1. Psicologia. 2. Gestalt-Terapia. I. Instituto de Treinamento
e Pesquisa em Gestalt-Terapia de Goiânia.

CDD 616.891 43

Citação:

REVISTA DA ABORDAGEM GESTÁLTICA. Goiânia, v. 23, n. 1, 2017. 115p

Impresso no Brasil

Printed in Brazil

Phenomenological Studies



Revista da Abordagem Gestáltica

Volume XXIII – N. 1 – Jan/Abr, 2017

Expediente

Editor

Adriano Furtado Holanda (*Universidade Federal do Paraná*)

Editores Associados

Celana Cardoso Andrade (*Universidade Federal de Goiás*)

Danilo Suassuna Martins Costa (*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*)

Tommy Akira Goto (*Universidade Federal de Uberlândia*)

Consultores Especiais de Fenomenologia

Antonio Ziri6n Quijano (*Universidad Nacional Aut6noma de M6xico*)

Pedro M. S. Alves (*Universidade de Lisboa, Portugal*)

Conselho Editorial

Adelma Pimentel (*Universidade Federal do Pará*)

Andrs Eduardo Aguirre Antúnez (*Universidade de São Paulo*)

Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo (*Universidade do Estado do Rio de Janeiro*)

André Barata (*Universidade da Beira Interior, Portugal*)

Cláudia Lins Cardoso (*Universidade Federal de Minas Gerais*)

Daniela Schneider (*Universidade Federal de Santa Catarina*)

Ileno Izidio da Costa (*Universidade de Brasília*)

Irene Pinto Pardelha (*Universidade de vora*)

Josemar de Campos Maciel (*Universidade Católica Dom Bosco, MS*)

Lester Embree (*Florida Atlantic University*) (*in memoriam*)

Lílian Meyer Frazão (*Universidade de São Paulo*)

María Lucrecia Rovalletti (*Universidade de Buenos Aires*)

Marcos Aurélio Fernandes (*Universidade de Brasília*)

Marisete Malaguth Mendonça (*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*)

Marta Carmo (*Universidade Federal de Goiás*)

Mnica Botelho Alvim (*Universidade Federal do Rio de Janeiro*)

Michael Barber (*Saint Louis University*)

Nilton Júlio de Faria (*Pontifícia Universidade Católica de Campinas*)

Patrícia Valle de Albuquerque Lima (*Universidade Federal Fluminense*)

Rosemary Rizo-Patrn de Lerner (*Pontifícia Universidad Católica del Perú*)

Virginia Elizabeth Suassuna Martins Costa (*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*)

William Barbosa Gomes (*Universidade Federal do Rio Grande do Sul*)

Editores de Texto – Suporte Técnico

Josiane Almeida

Silvana Ayub Polchlopek

Capa, Diagramação e Arte Final

Franco Jr.

Bibliotecário

Arnaldo Alves Ferreira Junior (CRB 01-2092)

Financiamento

Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia de Goiânia (ITGT-GO)

Apoio

Associação Brasileira de Psicologia Fenomenológica (ABRAPEF)

Encaminhamento de Manuscritos

A remessa de manuscritos para publicação, bem como toda a correspondência de seguimento que se fizer necessária, deve ser submetida eletronicamente endereçada ao site: <http://submission-pepsic.scielo.br/>

Editor

Revista da Abordagem Gestáltica – *Phenomenological Studies*.

E-mail: aholanda@yahoo.com

Fone/Fax: (62) 3941-9798

Normas de Apresentação de Manuscritos

Todas as informações concernentes a esta publicação, tais como normas de apresentação de manuscritos, critérios de avaliação, modalidades de textos, etc., podem ser encontradas no site: <http://pepsic.bvs-psi.org.br>

Fontes de Indexação

- *Clase*
- *Dialnet*
- *Ebsco*
- *Index Psi Periódicos (BVS-Psi Brasil)*
- *Latindex*
- *Lilacs*
- *Psicodoc*
- *Redalyc*
- *Scopus*

Qualis CAPES 2015– A2

ISSN 1809-6867 versão impressa

ISSN 1984-3542 versão on-line

SUMÁRIO

EDITORIAL vii

ARTIGOS - RELATOS DE PESQUISA

- **A Experiência da Primeira Sessão de Hemodiálise: uma Investigação Fenomenológica..... 3**
Rhayssa Ferreira Brito (*Universidade Federal de Pernambuco*);
Telma Costa de Avelar (*Universidade Federal de Pernambuco*);
Marcus Tulio Caldas (*Universidade Católica de Pernambuco*);
Luciana Fernandes Santos (*Universidade Federal de Pernambuco*);
Fernanda Paula dos Santos Castro (*Universidade Federal de Pernambuco*) &
Brena da Cruz Prado (*Universidade Federal de Pernambuco*)
- **Homens que Vivenciam a Infertilidade: Clientes da “Cegonha Tecnológica” 10**
Ellen Fernanda Gomes da Silva (*Universidade Católica de Pernambuco*) &
Carmem Barreto (*Universidade Católica de Pernambuco*)
- **Da Paralisação dos Rins ao Movimento da Vida: Percepções de Pessoas em Tratamento de Hemodiálise 22**
Fabiola Guzzo (*Universidade Federal de Santa Catarina*);
Elisangela Böing (*Universidade Federal de Santa Catarina*) &
Anne Luisa Nardi (*Universidade Federal de Santa Catarina*)
- **Compreendendo Narrativas sobre Suicídio com Base na Analítica Existencial de Martin Heidegger..... 32**
Marcelo Vial Roehé (*Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará*) &
Elza Dutra (*Universidade Federal do Rio Grande do Norte*)

ARTIGOS - REVISÃO CRÍTICA DE LITERATURA

- **Em Busca de uma Boa Forma de Fazer Psicologia do Esporte: Contribuições da Gestalt-terapia..... 45**
Adriana Amaral do Espírito Santo (*Universidade do Estado do Rio de Janeiro*)
- **Saberes e Práticas do Acompanhamento Terapêutico com Crianças: uma Revisão Bibliográfica 55**
Ana Laura Batista (*Universidade Federal de Uberlândia*);
Tatyanne Couto Flor (*Universidade Federal de Uberlândia*) &
Ricardo Wagner Machado da Silveira (*Universidade Federal de Uberlândia*)

ARTIGOS - ESTUDOS TEÓRICOS OU HISTÓRICOS

- **Heidegger: em Busca de Sentido para a Existência Humana 65**
Tatiana Benevides Magalhães Braga (*Universidade Federal de Uberlândia*) &
Marciana Gonçalves Farinha (*Universidade Federal de Uberlândia*)
- **O Processo de Escuta na Redução de Danos: Contribuições de Rogers e Kierkegaard 74**
Breno Augusto da Costa (*Universidade Federal do Triângulo Mineiro*) &
Thabata Castelo Branco Telles (*Universidade de São Paulo/Universidade Federal do Triângulo Mineiro*)
- **Reflexões da Hermenêutica Filosófica para a Prática do Psicólogo em Contexto Hospitalar 84**
Valéria Christine Albuquerque de Sá Matos (*Universidade Federal do Maranhão*) &
Almir Ferreira Silva Junior (*Universidade Federal do Maranhão*)

- **Leitura Fenomenológica da Religiosidade: Implicações para o Psicodiagnóstico e para a Práxis Clínica Psicológica** 95
 Marta Helena de Freitas (*Universidade Católica de Brasília*) &
 Paula Rey Vilela (*Universidade Católica de Brasília*)

TEXTOS CLÁSSICOS

- **A Gênese Psicológica do Espírito Materno** 111
 F.J.J. Buytendijk

RESENHA

- **Uma Leitura Acerca da Imaginação em Sartre** 123
 Edelu Kawahala (*Centro Universitário Estácio de Sá*) &
 Rodrigo Diaz de Vivar y Soler (*Centro Universitário Estácio de Sá/Universidade do Vale do Rio dos Sinos*)

NORMAS

- **Normas de Publicação da Revista da Abordagem Gestáltica** 129

EDITORIAL

Principiamos este novo ano com novos projetos, sendo o principal deles a ampliação da revista. A partir deste número, a *Phenomenological Studies* passará a ser quadrimestral, com mais espaço para a disseminação da Fenomenologia em nosso país.

Neste primeiro número, começamos com um conjunto de quatro pesquisas: **A Experiência da Primeira Sessão de Hemodiálise: Uma Investigação Fenomenológica**, buscou compreender o significado de se submeter à Hemodiálise de urgência a partir da experiência do Doente Renal Crônico. **Homens que Vivenciam a Infertilidade: Clientes da “Cegonha Tecnológica”**, buscou compreender a experiência de homens inférteis, os quais participam de um serviço de Reprodução Assistida. O manuscrito, **Da Paralisação dos Rins ao Movimento da Vida: Percepções de Pessoas em Tratamento de Hemodiálise**, trabalha as percepções de pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) a partir do seu processo de adoecimento e tratamento. Na sequência, o artigo **Compreendendo Narrativas sobre Suicídio com Base na Analítica Existencial de Martin Heidegger**, trabalhou com o depoimento de vinte colaboradores, para relacionar o suicídio com a frustração das possibilidades de ser-no-mundo e com o sofrimento correlato a uma existência irrealizada.

Em seguida, apresentamos duas revisões de literatura: **Em Busca de uma Boa Forma de fazer Psicologia do Esporte: Contribuições da Gestalt-terapia**, buscou apresentar a psicologia do esporte sob uma nova abordagem; e, **Saberes e Práticas do Acompanhamento Terapêutico com Crianças: Uma Revisão Bibliográfica**, fez uma revisão bibliográfica a partir das produções científicas brasileiras dos últimos 14 anos (2001-2015).

Na sequência, temos quatro estudos teóricos. **Heidegger: Em Busca de Sentido para a Existência humana**, aborda alguns dos principais temas da fenomenologia existencial de Martin Heidegger, tendo como fio condutor o conceito de existência. **O Processo de Escuta na Redução de Danos: Contribuições de Rogers e Kierkegaard**, coletou textos sobre a prática de redução de danos e as informações sobre o processo de escuta foram discutidas e refletidas a partir dos dois pensadores e sua possível interlocução. **Reflexões da Hermenêutica Filosófica para a Prática do Psicólogo em Contexto Hospitalar** tem como objetivo refletir sobre a prática do psicólogo em contexto hospitalar considerando os fundamentos hermenêutico-filosóficos da saúde propostos por Hans-Georg Gadamer; e, **Leitura Fenomenológica da Religiosidade: Implicações para o Psicodiagnóstico e para a Práxis Clínica Psicológica**, tem como objetivo apontar, discutir e ilustrar algumas contribuições da fenomenologia com vistas a uma apreciação crítica dos critérios de psicodiagnóstico de experiências religiosas e suas possíveis conexões ou distinções com os sintomas ou quadros clínicos psicopatológicos.

Finalizamos este número com a tradução de um clássico texto de F.J.J. Buytendijk, intitulado **A Gênese Psicológica do Espírito Materno**; e com a resenha de Sartre, **A Imaginação**.

Boa leitura a todos.

Adriano Furtado Holanda (Editor)

(Este número foi finalizado em 29.01.2017)

EDITORIAL

We begin this new year with new projects, the main one being the expansion of the journal. From this issue, the *Phenomenological Studies* will happen every four months, with more space for the dissemination of the Phenomenology in our country.

In this first issue, we began with a set of four researches: **The Experience of the First Session of Hemodialysis: A Phenomenological Investigation**, sought to understand the significance of undergoing urgent Hemodialysis from the experience of the Chronic Patient. **Men who Experiences Infertility: Clients of “Stork Technological”** sought to understand the experience of infertile men, who participate in a service of Assisted Reproduction. The manuscript, **From the kidney’s paralisation to the life’s movement: the perceptions patients of hemodialysis**, works on the perceptions of patients with Chronic Renal Disease from their process of illness and treatment. Next, the article **Understanding Self-Reports on Suicide Based on Martin Heidegger’s Existential Analytic** worked with the testimony of twenty collaborators to relate suicide to the frustration of the possibilities of being-in-the-world and the suffering correlated to an unrealized existence .

Next, we present two reviews of literature: **In search of a good way of applying sport psychology: contributions of gestalt-therapy**, sought to present the psychology of sports under a new approach; And, **Knowledge and Practices of Therapeutic Accompaniment with children: A literature review**, made a bibliographical review based on the Brazilian scientific productions of the last 14 years (2001-2015).

Following, we have four theoretical studies. **Heidegger: searching for sense for the human existence**, addresses some of the main themes of Martin Heidegger’s existential phenomenology, with the concept of existence as the guiding thread. **The Process of Listening in Harm Reduction: Rogers and Kierkegaard Contributions**, collected texts on harm reduction practice, and information on the listening process was discussed and reflected from the two thinkers and their possible interlocution. **Hermeneutics Philosophical Reflections for Psychologist Practice in Hospital Context** aims to reflect on the practice of the psychologist in hospital context considering the hermeneutico-philosophical foundations of health proposed by Hans-Georg Gadamer; **Phenomenological Approach of Religiosity: Implications for Psychodiagnostic and Psychological Clinic Praxis**, aims to discuss, and to illustrate some contributions of phenomenology with a view to a critical appreciation of the criteria of psychodiagnosis of religious experiences and their possible connection with or distinctions from psychopathological symptoms or clinical conditions.

We conclude this issue with the translation of a classic text by F.J.J.Buytendijk, entitled **The Psychological Genesis of the Mother Spirit**; and with a Sartre’s review of **The Imagination**.

Good reading to everyone.

Adriano Furtado Holanda (Editor)

(Issue finished in 29.01.2017)

EDITORIAL

En este nuevo año, tenemos nuevos proyectos, siendo lo principal la expansión de la revista. A partir de este número, *Phenomenological Studies* presentará más espacio para la difusión de la fenomenología en nuestro país, con la publicación de tres números en el año.

En este primer número, comenzamos con un conjunto de cuatro investigaciones: **La Experiencia de la Primera Sesión de Hemodiálisis: Una Investigación Fenomenológica**, trata de comprender el significado de la experiencia para aquellos que se someten a hemodiálisis de emergencia. **Hombres que Experimentan la Infertilidad: Clientes de la “Cigueña Tecnológica”** presenta la comprensión de la experiencia de los hombres infértiles, que participan en un servicio de reproducción asistida. El manuscrito, **El cierre de los riñones para el movimiento de la vida: la percepción de las personas en tratamiento de hemodilisis**, se realiza percepciones de los pacientes con enfermedad renal crónica desde el proceso de su enfermedad y tratamiento. **Entendiendo los auto-informes sobre el suicidio con base en la Analítica Existencial de Martin Heidegger** trabajó con el testimonio de veinte personas, para relacionar el suicidio con la frustración de las posibilidades de estar en el mundo y el sufrimiento relacionado a una existencia sin cumplirse.

A continuación presentamos dos revisiones de la literatura: **En busca de una buena manera de hacer psicología del deporte: contribuciones de la terapia Gestalt**, tuvo como objetivo presentar la psicología del deporte en un nuevo enfoque; y **Conocimientos Y Prácticas de Acompañamiento Terapéutico con niños: Una revisión de la literatura**, hicieron una revisión de la literatura de las producciones científicas brasileñas de los últimos 14 años (2001-2015).

Siguiendo, tenemos cuatro estudios teóricos. **Heidegger: en busca de sentido de la existencia humana**, aborda algunos de los temas principales de la fenomenología existencial de Martin Heidegger, cuyo principio rector el concepto de la existencia. **El Proceso de Escucha en la Reducción de Daños: Contribuciones de Rogers y Kierkegaard**, recoge textos sobre la práctica de la reducción del daño y la información sobre el proceso de consulta, reflexionando con los dos pensadores. **Reflexiones de la Hermenéutica Filosófica para la Práctica del Psicólogo en el Contexto Hospitalario** tiene como objetivo reflexionar sobre la práctica del psicólogo en el contexto hospitalario teniendo en cuenta las bases hermenéutico-filosóficas de la salud propuesto por Hans-Georg Gadamer; **Leitura Fenomenologica de la Religiosidad: Implicaciones para el Psicodiagnostico y la Praxis Clínica Psicológica** pretende señalar, discutir e ilustrar algunas de las contribuciones de la fenomenología con miras a una evaluación crítica de los criterios diagnósticos psicológicos de las experiencias religiosas y sus posibles conexiones o diferenciaciones con síntomas o cuadros clínicos psicopatológicos.

Terminamos este número con la traducción de un texto clásico F.J.J. Buytendijk, titulado **La Génesis Psicológica del Espíritu Materno**; y la reseña de Sartre, acerca **La Imaginación**.

Buena lectura a todos.

Adriano Furtado Holanda (Editor)

(Fascículo finalizado en 29.01.2017)

ARTIGOS

- RELATOS DE PESQUISA

A EXPERIÊNCIA DA PRIMEIRA SESSÃO DE HEMODIÁLISE: UMA INVESTIGAÇÃO FENOMENOLÓGICA

La Experiencia de la Primera Sesión de Hemodiálisis: una Investigación Fenomenológica

The Experience of the First Session of Hemodialysis: a Phenomenological Investigation

RHAYSSA FERREIRA BRITO
TELMA COSTA DE AVELAR
MARCUS TULLIO CALDAS
LUCIANA FERNANDES SANTOS
FERNANDA PAULA DOS SANTOS CASTRO
BRENA DA CRUZ PRADO

Resumo: O presente estudo faz parte de uma pesquisa que procurou investigar a experiência da primeira sessão de hemodiálise para o paciente renal crônico a luz da fenomenologia. O objetivo deste estudo é compreender o significado de se submeter à Hemodiálise de urgência a partir da experiência do Doente Renal Crônico. Arelado a este, intenciona-se descrever o significado de submeter-se a hemodiálise, investigar a compreensão do Doente Renal Crônico e pesquisar sua expectativa quanto aos cuidados relacionados à saúde e seus hábitos de vida. Este estudo baseia-se na proposta de Estudo de Caso que permite uma visão em maior profundidade acerca dos fenômenos humanos. Para análise do material, foi utilizado o Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia de Amedeo Giorgi de metodologia qualitativa, que estuda o sentido da experiência humana nas suas mais variadas relações com o mundo. Foi escolhido para colaborar com o estudo um participante em sua primeira sessão de hemodiálise acompanhado no Hospital das Clínicas de Pernambuco. Este estudo aponta que a experiência da primeira sessão de hemodiálise é algo singular para os sujeitos e que apesar do avanço tecnológico e as abordagens médicas, aceitar tal condição depende do paciente e a sua forma de relacionar-se com o adoecimento.

Palavras-chave: Diálise renal; Psicologia em saúde; Doença renal crônica.

Abstract: This study is part of a search that sought to investigate the experience of the first hemodialysis session for the chronic renal patient in the light of phenomenology. The present study aims to understand the meaning of submitting to the Hemodialysis urgency from the chronic renal patient experience. In addition to this, it intends to describe the meaning of undergoing hemodialysis, investigate the Chronic Renal patient understanding and search your expectations for the care related to his or her health and lifestyle habits. This study is based on a case study proposal that allows a vision of greater depth about human phenomena. For material analysis it was used the phenomenological Research's Method in Psychology of Amedeo Giorgi in qualitative methodology, which studies the sense of human experience in its various relations with the world. It was chosen to collaborate with this study a participant in its first hemodialysis session that was accompanied at Hospital das Clínicas de Pernambuco. This study points to a singular experience for the subjects in the first session of hemodialysis despite the technological advancement and the medical approaches, accept this condition depends on the patient and its way of relating with the illness.

Keywords: Renal dialysis; Behavioral medicine; Renal insufficiency.

Resumen: Este estudio es parte de una investigación científica que intentó investigar la experiencia de la primera sesión de hemodiálisis para pacientes renales crónicos la luz de la fenomenología. El objetivo de este estudio es comprender el significado que se someten a hemodiálisis de emergencia de la experiencia del enfermo renal crónica. Junto a esto, se tiene la intención de describir el significado de hemodiálisis, investigar la comprensión del enfermo renal crónica y buscar sus expectativas para la atención relacionada con los hábitos de salud y estilo de vida. Este estudio se basa en la propuesta de estudio de caso que permite una visión más a fondo acerca de los fenómenos humanos. Para el análisis del material, se utilizó el método de investigación fenomenológica en Psicología de Amedeo Giorgi de la metodología cualitativa, que estudia el significado de la experiencia humana en sus múltiples relaciones con el mundo. Fue elegido para participar en el estudio de un participante en su primera sesión de hemodiálisis en el Hospital de Clínicas de Pernambuco. Este estudio muestra que la experiencia de la primera sesión de hemodiálisis es algo único para las personas e el tema ya pesar de los avances tecnológicos y los enfoques médicos, aceptar estas condiciones depende del paciente y la forma en que se relaciona con la enfermedad.

Palabras clave: Diálisis renal; Medicina de la conducta; Insuficiencia renal crónica.

Introdução

1. Doença Renal Crônica

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) configuram-se como um grave problema de saúde pública em nível mundial, colocando em risco a saúde e o desenvolvimento de toda a população. Os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento são os mais afetados (Schmidt, 2011). A porcentagem de óbitos atribuídos às doenças crônicas no Brasil é alarmante, em 2007 aproximadamente 72% das mortes em todo o país foram relacionadas às DCNT, tais como doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e renais. Com o avanço da tecnologia da saúde, o desenvolvimento econômico e social, observa-se que causas de mortalidade se distinguem totalmente em relação a 1930 quando maior parte dos óbitos ocorriam por doenças infectocontagiosas (Silva-Junior, 2009).

Atribuir a uma doença o status de cronicidade carece que esta traga consigo uma série de impactos psicossociais ao indivíduo, família e ao meio em que vive. Por não existir tratamento que vise à cura, dependendo da sua característica e malignidade, pode acarretar incapacidade total ou parcial do indivíduo, propiciando que o mesmo venha a sofrer mais internamentos hospitalares, careça de cuidados médicos constantes e de tecnologias e/ou medicamentos de alto custo (Rolland, 1998).

Dentre as principais doenças crônicas, destaca-se a Doença Renal Crônica (DRC) por sua elevada taxa de mortalidade e morbidade. Doenças renais e urológicas levam a óbito cerca de 850 mil pessoas anualmente sendo considerada como a 12^a causa de morte no mundo (Who, 2014). A cada ano tem se observado um aumento significativo no diagnóstico da DRC no Brasil (Grassmann, Gioberge, Moeller & Brown, 2005), que em seus estágios mais avançados impossibilita que o rim funcione de maneira adequada, causando a Insuficiência Renal Crônica (IRC) e necessitando de métodos eficazes para substituição da função renal.

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seguida das Glomerulonefrites e Diabetes Melito (DM), são as principais causas para o aparecimento da Doença Renal Crônica (Barros, 2009). Independentemente da causa do aparecimento da Doença Renal Crônica, suas complicações (acidose metabólica, anemia, desnutrição, etc.), a falência da função renal (FFR) e óbito, são conseqüências que poderiam ser evitadas caso a doença tivesse um diagnóstico rápido e tratamento adequado (Bastos, 2010).

A DRC divide-se em três grupos: doenças primárias, sistêmicas e que afetam o trato urinário ou urológico. Apesar de ser um órgão complexo, o rim apresenta capacidade de adaptar-se, mesmo quando o órgão apresenta alguma disfunção. Por esta capacidade, os sintomas podem levar anos para serem notados, levando progressivamente o portador da DRC a diminuir a função renal, até que chegue à condição de insuficiência, ou seja, menos que 10% da função renal total (Marques, Pereira & Ribeiro, 2005).

2. Terapia de Substituição Renal

Quando o paciente é diagnosticado com DRC em condições de insuficiência renal é indicado iniciar o tratamento dialítico, pois sem o funcionamento correto do rim os sistemas e os órgãos podem sofrer danos irreversíveis (Barreto et al, 2014). Ao médico nefrologista compete unir os achados clínico-laboratoriais, sintomas urêmicos, indicadores nutricionais, para fomentar a decisão pela Diálise ou Transplante Renal. Em linhas gerais dialisar significa transportar água e solutos através de uma membrana artificial (Hemodiálise) ou biológica (Diálise Peritoneal) (Barros, 2009).

Alguns estudos apontam que o acompanhamento prévio com um nefrologista tem boa influência no decorrer do tratamento. Os pacientes sentem-se mais seguros, recebem o suporte médico adequado, são preparados para o momento certo para o início da diálise, podem escolher o tipo de terapêutica mais recomendada para seu caso e tem um bom prognóstico no decorrer do primeiro ano de diálise. (Jones, Roderick, Harri & Rogerson, 2006).

Diante da organização atual do sistema de saúde público brasileiro, o acesso deficitário aos serviços especializados, a progressão silenciosa da doença renal, podem contribuir para um prognóstico negativo da patologia. Muitas vezes nas primeiras consultas médicas, o início da TRS (Terapia Renal Substitutiva) já é previsto devido à rápida progressão da doença (Pandovani, Schor & Laranja, 2012).

As terapias de substituição renal são procedimentos de alta complexidade, que exigem o uso de tecnologias de ponta, um corpo de profissionais treinados e uma equipe multidisciplinar para que possam abranger todos os aspectos da DRC (Seco & Castilho, 2007). Por a DRC ser considerada um problema de saúde pública, devido às altas taxas de morbidade e mortalidade, exerce também um impacto significativo sobre a qualidade de vida (Martins & Cesarino, 2005). Normalmente as sessões de hemodiálise duram em média quatro horas e são realizadas três vezes por semana. Por ser caracterizada como um tratamento de alta complexidade devido à necessidade de o paciente ser constantemente monitorado durante as sessões, a fim de evitar complicações graves ou emergências médicas (Valle, Souza & Ribeiro, 2013).

3. Repercussão do Diagnóstico da Doença Renal Crônica

O diagnóstico da DRC pode trazer uma série de impactos na vida de seu portador. É um tratamento rigoroso que pode apresentar mudanças na esfera familiar, social, sexual e profissional, concomitantemente prejudicando sua qualidade de vida. Ao submeter-se a procedimentos que por muitas vezes são extremamente invasivos, restrições hídricas, alimentares, e ao próprio processo de diálise, ocasiona grande dependência de familiares ou acompanhantes, modificando totalmente a rotina do paciente (Chan, Brooks, Erlich & Suranyi, 2009).

Os pacientes submetidos à Hemodiálise são acometidos por diversas limitações biopsicossociais que interferem diretamente no enfrentamento da doença e na qualidade de vida. Aceitar-se enquanto Insuficiente Renal Crônico significa adaptar-se à rotina do tratamento hemodialítico ocasionando repercussões significativas no contexto social, familiar, físico e emocional do indivíduo (Ferreira & Filho, 2011). A experiência de ser Insuficiente Renal Crônico que realiza hemodiálise é singular e significativa para cada sujeito, os modos de vivências e enfrentamento utilizados influenciam diretamente na qualidade de vida e adesão do tratamento destes pacientes.

Por tal condição que a doença renal impõe quando se precisa utilizar a hemodiálise, são fatores que aumentam o estresse e também podem acometer em problemas para tal portador como isolamento social, perda da ocupação laboral, dependência dos benefícios sociais, dificuldade de locomoção, adaptação pela perda da autonomia, alteração da imagem corporal e o medo de morrer constante. O apoio psicoterápico, familiar e social, podem ser úteis para ressignificação (Machado & Car, 2003).

Objetivos

O objetivo deste estudo de caso é compreender experiência de se submeter à primeira sessão de hemodiálise a partir da experiência do Doente Renal Crônico. Arelado a este, intenciona-se descrever o significado de submeter-se a hemodiálise, investigar a compreensão do Doente Renal Crônico e pesquisar sua expectativa quanto aos cuidados relacionados à saúde e seus hábitos de vida.

Metodologia

O estudo de caso dá a possibilidade de se estudar com maior profundidade um fenômeno, grupo ou instituição, pois considera suas diversas dimensões. Um de seus pressupostos é considerar o caso numa totalidade e o relacionamento entre as partes. Segundo Gil (2009), os estudos de caso, embora estudando eventos contemporâneos, favoreceriam a apreensão das mudanças qualitativas, pois o caso em estudo pode ser entendido também como processo. Nesta pesquisa, foi utilizada a perspectiva do estudo de caso descritivo, que tem a intenção de descrever um fenômeno, reconhecer as suas diversas manifestações e descrevê-las. O estudo de caso descritivo único tem a intenção de lançar um maior aprofundamento acerca de situações específicas que merecem ser analisadas com maior detalhamento.

Como o objetivo do estudo é o de investigar a experiência da primeira sessão de hemodiálise foi escolhido um participante em sua primeira sessão de hemodiálise acompanhado no Hospital das Clínicas de Pernambuco. A entrevista foi realizada em uma sala reservada, proporcionando privacidade ao colaborador. Inicialmente foi apresentada a proposta do estudo a após o seu consentimento

através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi iniciada a coleta dos dados.

A coleta dos dados foi realizada através de uma entrevista semidirigida com as seguintes questões disparadoras: 1) O que você entende por hemodiálise?; 2) Você sabia que em algum momento iria realizar hemodiálise?; 3) O que significou para você se submeter a hemodiálise de urgência; 4) Como você se sente em realizar hemodiálise?. Os dados foram gravados e transcritos com o consentimento do colaborador para posterior análise, respeitando os critérios da pesquisa fenomenológica em disponibilizar um diálogo que proporcione a expressão das experiências do sujeito.

A Psicologia Fenomenológica tem como objeto de estudo a vivência intencional, que é o sentido da experiência humana. O objetivo de utilizar o método fenomenológico de investigação em Psicologia consiste em compreender como o sujeito descreve a sua experiência. Para alcançar tal objetivo é utilizada a entrevista fenomenológica, que consiste em um instrumento no qual traduz uma forma diferente para se construir o significado sobre as atitudes humanas.

O Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia foi utilizado neste estudo para realizar a análise dos dados obtidos. Foi criado por Amedeo Giorgi e Daniel Souza e divide-se em quatro partes. A primeira se refere a Estabelecer o Sentido Geral, que consiste em realizar uma leitura da entrevista sem formular hipóteses nem focar em partes específicas, tendo assim uma compreensão geral do conteúdo da entrevista do sujeito. A segunda parte se consiste em reler a entrevista com o objetivo de dividi-la em partes menores, sempre que houver uma mudança de sentido na fala do sujeito, estas divisões são chamadas de unidades de significado. Na terceira parte o pesquisador irá descrever os significados psicológicos de acordo com a descrição do sujeito na entrevista. E por fim, a última parte do método o pesquisador irá usar as unidades de significado para explicar a estrutura psicológica da experiência relatada pelo sujeito (Giorgi & Souza, 2010).

1. Resultados e Discussão

Experiência Psicológica da hemodiálise

1. O conhecimento científico não supera os afetos.

É um procedimento para a regularização das taxas... Fica a enfermidade no corpo e pode causar diversos problemas (...). Sempre tive um medo por conta de coisas que aconteceram na minha família, que me levaram a fazer exames, hoje é surpresa para mim.

O participante contextualiza a hemodiálise através do discurso científico, mas sua experiência é compreendida de forma pessoal. Apesar de entender para que serve o procedimento de hemodiálise, se surpreende ao ser

diagnosticado com a Doença Renal e precisar da diálise. Diante disto pode-se observar que apesar do conhecimento científico ter sua importância na experiência do processo diagnóstico, a dimensão humana, das experiências e dos afetos não deve ter menor valia que a do conhecimento técnico-científico. “Para compreender o homem e sua subjetividade, o cuidado com a saúde não envolve apenas o caráter técnico-científico, necessita de um modo de cuidado que acolha também as nuances existenciais e afetivas do ser humano” (Olivieri, 1985).

2. Experiência caótica no processo de diagnóstico

Deu falta de ar, passei mal (...). No outro dia procurei a “verdade” daquilo na minha cidade (...) quase que eu morria de tanto remédio que eles me deram... Depois vim ao HC porque não gosto de fazer nada na minha cidade”

O participante passa por uma experiência caótica no processo de descobrimento da doença, trás desconfiança e ambivalência com os serviços de saúde que o assistem. A experiência do surgimento da doença se dá de forma desorganizada. A partir do momento em que se há o vestígio da doença no homem a experiência de ser doente é compreendida tanto como a luta do organismo versus um sintoma que surge como também é compreendida como o duelo interno do corpo com a injúria que se instalou, então a partir destes sintomas o participante sente-se doente. “A doença difere da saúde, o patológico do normal, como uma qualidade difere da outra, quer pela ausência de um princípio definido, quer pela reestruturação da totalidade orgânica” (Canguilhem, 2000, p. 21).

3. Experiência do mal estar

Vinha bem, até este sábado que eu me senti mal depois de ter comido charque. Eu senti uma falta de ar, uma vertigem... não igual a passada... eu pensava que ia me desligar, assim, morrer.

Para o participante, a experiência que passa ao sentir o mal estar é algo dramático. Quando este sente a doença no corpo os sintomas da doença se apresentam e mesmo passa a ter uma experiência caótica. “A doença, esse fator de perturbação de alguma coisa que quase não percebemos quando de sua impermutabilidade, nos torna presente ao extremo nossa corporeidade” (Gadamer, 2006, p. 80).

4. A experiência corporal não o faz sentir-se portador da DRC

O médico disse que eu tinha que ficar internado, eu entrei na medicação logo. Disse que eu era um hipertenso crônico e tinha 99% de chances de fazer a diálise. Não aceitar a situação, eu era normal, tava normal em casa, depois dessa vertigem eu fui a tantos lugares, aí comi tudinho, não bebi (bebida alcoólica), mas tomei muito sorvete e não tive nada.

Apesar de descrever a situação de forma técnica, o procedimento médico de informar-lhe as porcentagens de chance que tinha para entrar em diálise, a relação do paciente com a corporeidade ainda está muito ligada. Não acredita estar doente, após sentir-se mal conseguiu conduzir suas atividades normalmente, não se considerando doente. Alegando desta forma não aceitar a condição que poderia entrar no processo de diálise, pois, estava sentindo-se bem, seu corpo não sofria nenhum sintoma da doença.

5. Desconfiança no conhecimento da equipe médica

Era um negócio que teria que ser decidido passo a passo, de repente a pessoa vê uma necessidade tão tamanha e a gente fica assim... sem entender, porque se eu tinha um tempozinho até... Primeiro eu tinha que resolver outras coisas logo, pra depois...

O participante demonstra uma desconfiança no conhecimento técnico-científico, vê como uma decisão que deveria ser tomada junto a ele, de acordo com o que estava sentindo. Confia no que sente o que não justifica ser a doença renal, sente-se violado por não compreenderem que sua experiência de adoecimento perpassa pela esfera corporal. Sentir-se doente significa ser aquele sujeito para o qual falta alguma coisa (Gadamer, 2006).

6. Traz a experiência emocional como segundo plano

Como eu sei que deve estar envolvida a parte nervosa eu acho que pode ser, eu fico na minha, calado. Eu acho pior agora né... com a esperança de ficar bom. Eu fiquei nervoso pelo fato de ter assim aquele medo diante de ter o pescoço, mas, com a consciência tinha que ser resolvido meu problema da pressão, que eu não ficaria o tempo todo com pressão alta... Acontece, né? Horrível como uma coisa ruim, mas com o pensamento que poderia ser para o bem, aí encarar a realidade como ela deve ser encarada...

O participante relata sua experiência de iniciar a hemodiálise como algo passivo de lidar. Trás um sentimento de dúvida na sua confiança no procedimento técnico, algo que pode melhorar seu estado de saúde, mas que prefere não se envolver emocionalmente deixa os afetos de lado para lidar com a experiência da inserção do cateter de hemodiálise, experiência bastante impactante, mas trazendo de modo objetivo a compreensão que o procedimento melhoraria sua hipertensão arterial. A relação de causa e efeito é bastante presente nessa experiência do participante: para regularizar suas taxas bioquímicas é necessário deixar a experiência emocional distante.

7. Sentimento de ambivalência

Eu tenho um pouquinho de conhecimento, sei por que acontecem as coisas. Significou uma saída do problema, da cura da pressão alta e da regularização das ta-

xas... significou isso, né? Agora acredito na mudança do corpo em si só, a intervenção às vezes é tudo, às vezes eu acho que tem que se tentar outros recursos... pelo menos no meu caso eu estava fazendo tudo direito, me locomovendo para todo canto, estudando, fazendo tudo, de repente a surpresa de estar envolvido na diálise.

Novamente o participante trás em seu discurso a questão do sentimento de ambivalência. Apesar de compreender de forma científica para que serve e como funciona a hemodiálise, acredita que a decisão tomada pela equipe médica solucionou a saída do problema, mas algo tratado na forma objetiva: regularização das taxas e diminuição da hipertensão arterial. Enxerga que em seu caso, não necessariamente é necessária a intervenção técnica, pois como estaria seguindo a risca as recomendações médicas em relação a seus hábitos de vida, sentia-se ativo, não se sentia doente, portador da doença renal crônica.

A fenomenologia destitui a realidade fatídica da natureza, dos homens, dos animais, do eu, mas, compreende que a alma, o sentido de tudo em que se está em contato, de uma forma que as coisas não estão somente presentes diante a mim, mas germinam de mim (Husserl, 2006).

“A medicina moderna se viu, então logicamente, confrontada, sobretudo com doenças crônicas, para as quais se colocam outras tarefas. Nelas depende o cuidado dedicado ao doente, no que também se exige o cuidado espiritual. O doente tem de aprender a aceitar a doença e a viver com ela, à medida que a doença permita. Deve-se aprender a aceitar viver com a doença, a aceitar uma doença crônica – sim, até mesmo uma doença crônica – sempre que se trata de vida ou morte” (Gadamer, 2006, p. 84).

8. Espiritualidade como superação

A mudança está sendo estranha, horrível, fico tonto, não sei se isso depois passa, não sei se é por causa do ferimento no pescoço (cateter) puxando... não sei se é isso. Mas, eu vou vencer se Deus quiser. Eu acho... ela vai (a hemodiálise), ela vai, resolver meu problema de pressão, se Deus quiser eu vou me livrar dele e regularizar as minhas taxas.

Durante toda a entrevista é o primeiro momento que o participante insere a esfera espiritual como sentido de falta de esperança em sua condição após o diagnóstico de ser portador da doença renal, Deus entra em seu discurso. Dependendo da ordem divina, ele poderá superar a angústia que sentida e as experiências emocionais negativas advindas com o processo de diálise.

“A angústia está em extrema relação com o aperto, com a repentina exposição à amplitude e ao estranho. Todos nós temos algo da nossa experiência primordial em

muitas palavras da nossa língua e podemos escutar a partir daquelas palavras. A angústia vem desta forma como uma constituição básica da vida, a de se arremessar do estreito ao vasto” (Gadamer, 2006, p. 156).

9. Ocupação como definição de ser si mesmo

Tão falando que eu não vou poder trabalhar mais, vou ter de me aposentar... Eu acho muito ruim porque eu sei lá, tenho sonhos feito todo mundo tem, estudar, fazer cursos e trabalhar, agora eu não vou ter mais a oportunidade... Não vou tirar a oportunidade de outra pessoa, né? Porque pessoas em hemodiálise não tem muita chance de entrar no mercado de trabalho não, já basta a idade e com algum problema...

Nesta parte o participante trás a esfera psicossocial a sua experiência, nesta fala se considera doente, portador da DRC e compreende que por conta da sua condição atual será difícil voltar a sua ocupação laboral, algo que revela o seu ser.

“No cotidiano nós nos definimos a partir daquilo de que nos ocupamos. Cada um tem o seu negócio, o seu ofício, a sua profissão. E passa a compreender o seu ser-no-mundo a partir das perspectivas abertas pelas suas ocupações. Elas podem ser, sempre de novo, uma chance para ele vir a ser si mesmo” (Fernandes, 2011, p. 24).

10. A isenção da responsabilidade

As forças estranhas estão ocultando para isso... O fato de às vezes a pessoa ter um tipo de pessoa que mora perto da sua casa, as vezes ela age de um jeito e depois de outro, a gente sempre fica na expectativa de saber quem é a pessoa e de repente a pessoa não presta é um mal caráter. Depois ela age da maneira mais baixa possível... esses negócios de bruxaria, de coisas assim... coisas ocultas. Antes eu tinha uma vida normal, não sou uma pessoa exagerada em nada, tudo regularizado e me pega assim esse problema. Porque uma pessoa de um dia para a noite não tem um diagnóstico mudado tão radicalmente assim. Sou uma pessoa que vivi na igreja que vivo um pouco afastado agora, mas eu tenho meus relacionamentos com o pessoal da igreja e elas me disseram que existe uma coisa e outra né... o mal e o bem e eu não tenho muito o que dizer desses vizinhos não, mas eles tem muito o que me dizer que eles fazem coisas assim. De uma hora para outra eu caí doente com umas palavras malditas de uma pessoa lá.

O mal não está nele, é através de acontecimentos exteriores que a doença se instala. Sua experiência de ser acometido com a DRC agora é encarada como destino, algo que ele deve aceitar e se isenta da responsabilidade. Ele não se culpa por ter desenvolvido a DRC, cuidava de sua saúde e não cometia exageros em relação à dieta, desta

forma ele não foi o responsável por a doença. As forças externas que influíram para que ele viesse a desenvolver apesar dos cuidados que tinha.

11. Destino como aceitação de sua condição

Não compete ao paciente, compete ao profissional ver à necessidade. Mas a gente deixa se quiser. Ser avaliado melhor, porque laboratório pode errar, eles podem errar, pode não fazer direito o exame e a pessoa ser penalizada. Porque uma coisa é você tá sentindo muitos sintomas que a levam a aquilo, né? Outra coisa é você não estar sentindo essas coisas. Porque tudo foi precipitado, mas eu não sei se tinha essa necessidade toda, tamanha, eu não tive escolha não... Agora o profissional é quem sabe, né? Eu conheço gente que tá na pista a mais tempo do que eu e não fez não (hemodiálise), tem tratamento mas não fez, tá entendendo? Mas é assim que tem que ser...

O participante recupera a capacidade crítica, de autonomia, de escolha. Este se sente atingido pelo mal na forma de sua doença. Como acreditava que estava a serviço do bem na luta contra o mal, encontrou a resposta para suas dúvidas e assim o tratamento médico passou a fazer sentido. Portanto, o participante segue as ordens médicas como estratégia de sobrevivência para continuar lutando.

Considerações finais

Percebe-se o impacto emocional na forma de compreender a doença experimentada pelo participante do estudo. Mesmo o diagnóstico da DRC como de outras morbidades estarem embasados em um racionalismo técnico – científico, os afetos vividos com o impacto do diagnóstico estão presentes. A forma como o paciente enxerga a doença e seu ingresso na hemodiálise é sentido de forma pessoal e singular. Sua experiência apresentou alguns momentos caóticos e de descrença de que a hemodiálise seria realmente a terapêutica correta a ser adotada em seu caso. A experiência e o significado dado a este momento veio à frente de todos os sintomas físicos experimentados, apesar de ter uma boa leitura dos sintomas apresentados não significa que este seja portador da DRC.

Sentir-se doente é diferente de estar doente. Apesar de a DRC manifestar-se em seu organismo, o participante não se considerava doente. O diagnóstico veio acompanhado de uma experiência caótica, pois, apesar de portar uma doença crônica, constatada após a consulta médica, a decisão de aceitar a condição de adoecimento deveria vir acompanhada do sentir-se doente, afetado pelos sintomas da doença.

Desta forma é imprescindível que desde o momento do diagnóstico o profissional médico saiba perceber a forma na qual o paciente compreenda a DRC, visto que os sintomas corporais, laboratoriais e físicos possam não

representar a real condição total de estar doente. A linguagem corporal segue linhas diferentes da linguagem emocional. Sabendo compreender como o paciente enxerga o adoecimento a partir do diagnóstico, como este lê os sintomas em seu corpo, a atuação profissional no sentido de favorecer um ambiente no qual este possa discutir acerca da sua condição de saúde poderá implicar em um melhor enfrentamento de tal processo.

A atuação do psicólogo é de suma importância neste ambiente. Como a hemodiálise consiste em uma terapêutica de alto risco e com um elevado potencial de intercorrências que podem influir na adesão do paciente no tratamento. O suporte psicológico desde o momento do diagnóstico da DRC, início do suporte hemodilítico e a manutenção de tal suporte durante as sessões de hemodiálise podem ajudar a melhorar a adesão do tratamento e fortalecer o enfrentamento da terapia de substituição renal. Então, desde um acompanhamento anterior a hemodiálise este paciente pode entrar mais fortalecido no tratamento e compreendendo como o adoecimento pode manifestar-se.

Referências

- Barreto, F. C. et al. (2014). Em busca de uma melhor compreensão da doença renal crônica: uma atualização em toxinas urêmicas. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(2), 221-235.
- Barros, E. (2003). *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. (3. ed). Porto Alegre: Artmed.
- Bastos, M. G., Bregman, R., & Kirsztajn, G. M. (2010). Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 56(2).
- Canguilhem, G. (2000). *O normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Chan, R, Brooks, R, Erlich, J, & Suranyi, M. (2009). The effects of kidney-disease-related loss on long-term dialysis patients' depression and quality of life: positive affect as a mediator. *Journal American Society Nephrology* (Washington), 4(1), 160-167.
- Correa, A. K. (1997). Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem* (Ribeirão Preto), 5(1), 83-88.
- Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. (2004). *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26, p. 49.
- Fernandes, M. A. (2011). Do cuidado da fenomenologia à fenomenologia do cuidado. Em Adão José Peixoto & Adriano Furtado Holanda (Orgs). *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares* (p. 17-27). Curitiba: Juruá.
- Ferreira, R. C., & Filho, C. R. S. (2011). A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* (São Paulo), 33(2), 129-135.

- Gadamer, H. G. (2006). *O caráter oculto da saúde*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Gil, A.C. (2009). *Estudo de caso: Fundamentação científica, subsídios para coleta e análise dos dados, como redigir o relatório*. São Paulo: Atlas.
- Giorgi, A. & Souza, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Portugal: Lisboa.
- Husserl, E. (2006). *Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: introdução geral á fenomenologia pura*. São Paulo: Idéias & Letras.
- Jones, C., Rolderick, P., Harris, S. & Rogerson, M. (2006). Decline in kidney function before and after nephrology referral and the effect on survival in moderate advanced chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplant*, 21, 2133-2143.
- Machado, L. R. C. & Car, M. R. (2003). A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (São Paulo), 37(3), 27-35.
- Marques, A., Pereira, D. C. & Ribeiro, R. C. H. M. (2005). Motivos e frequência de internação dos pacientes com IRC em tratamento hemodialítico. *Arq. Ciênc. Saúde* (Brasília), 12(2), 67-72.
- Martins, M. R. I. & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Latino-americana de Enfermagem* (Ribeirão Preto), 13(5), 670-676.
- Olivieri, D. (1985). *O "ser doente": Dimensão humana na formação do profissional de saúde*. São Paulo: Moraes.
- Padovani, C. S. S., Schor, N. & Laranja, S. M. R. (2012). Avaliação do perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes para o atendimento de primeira consulta no ambulatório de triagem da nefrologia da UNIFESP. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* (São Paulo), 34(4), 317-322.
- Rolland, J. S. (1998). Ajudando Famílias com perdas antecipadas. In F. Walsh & M. Mcgoldrick. *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Silva-Junior, J. B. (2009). As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Valle L. S., Souza V. F.; Ribeiro A. M. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 30(1), 131-38.
- WHO-World Health Organization. (2014). *Global burden of disease study*. Disponível em: <<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden&language=english>>. Acesso em: 16 de nov de 2014.
-
- Rhayssa Ferreira Brito** - Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Endereço: Rua Frei Jaboatão, 280, Bloco F Apt 603. Torre, Recife-PE. Cep: 50710-030. E-mail: rhayssabrito@hotmail.com
- Telma Costa de Avelar** - Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco, com Mestrado em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco. Atualmente é Professora Assistente da Universidade Federal de Pernambuco.
- Marcus Tulio Caldas** - Doutor em Psicologia pela Universidade de Deusto. Atualmente é médico psiquiatra do Governo do Estado de Pernambuco e Professor Adjunto da Universidade Católica de Pernambuco.
- Luciana Fernandes Santos** - Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, na Universidade Federal de Pernambuco.
- Fernanda Paula dos Santos Castro** - Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco, com Especialização em andamento em Residência multiprofissional integrada em saúde, na Universidade Federal de Pernambuco.
- Brena da Cruz Prado** - Graduada em Psicologia pela Faculdade dos Guararapes, com Especialização em andamento em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, na Universidade Federal de Pernambuco.

Recebido em 01.06.2016
Primeira Decisão Editorial em 30.09.2016
Aceito em 20.10.2016

HOMENS QUE VIVENCIAM A INFERTILIDADE: CLIENTES DA “CEGONHA TECNOLÓGICA”

Men who Experiences Infertility: Clients of “Stork Technological”

Hombres que Experimentan la Infertilidad: Clientes de la “Cigueña Tecnologica”

ELLEN FERNANDA GOMES DA SILVA
CARMEM BARRETO

Resumo: A presente pesquisa teve como objetivo compreender a experiência de homens inférteis, os quais participam de um serviço de Reprodução Assistida. De natureza qualitativa, esta investigação está afinada à perspectiva fenomenológica hermenêutica, privilegiando a compreensão interpretativa fundada na Hermenêutica Filosófica, proposta elaborada por Gadamer. Para acesso à experiência utilizaram-se a entrevista narrativa e os registros feitos no “diário de bordo” das pesquisadoras, a partir da sua inserção no *locus* da pesquisa. Os relatos dos colaboradores apontaram para dificuldades vividas durante a tentativa de métodos de Reprodução Assistida, as quais levaram a experiências de desconforto, estranheza, bem como de desesperança frente à burocracia e morosidade dos serviços prestados no hospital. Os interlocutores narraram sua vivência frente aos procedimentos técnicos/médicos, desvelando de um lado a utilidade da técnica no projeto parental e, de outro, o seu domínio na hegemonia do discurso científico e na compreensão do corpo masculino como matéria-prima a ser explorada e aperfeiçoada.

Palavras-chave: Infertilidade masculina; Psicologia; Técnicas reprodutivas.

Abstract: This research aimed to understand the experience of infertile men, who participate in a Assisted Reproduction Service. Qualitative, this research is in tune to the hermeneutic phenomenological perspective, focusing on interpretive understanding founded in Philosophical Hermeneutics, proposal made by Gadamer. For access to the experience we used the narrative interviews and the records made in the “logbook” of the researchers, from its insertion into the locus of research. The accounts of the employees pointed to difficulties experienced while trying to assisted reproduction methods, which led to discomfort experiences, strangeness, and of hopelessness against the bureaucracy and slowness of services in the hospital. The interlocutors narrated his experience forward to the technical / medical procedures, unveiling the one hand the technical usefulness of the parental project and on the other, its dominance in the hegemony of scientific discourse and understanding of the male body as a raw material to be exploited and improved.

Keywords: Infertility male; Psychology; Reproductive techniques.

Resumen: Esta investigación tuvo como objetivo comprender la experiencia de los hombres infértiles, que participan en un Servicio de Reproducción Asistida. Cualitativa, esta investigación está en sintonía con la perspectiva fenomenológica hermenéutica, centrándose en la comprensión interpretativa fundada en la hermenéutica filosófica, propuesta hecha por Gadamer. Para el acceso a la experiencia se utilizaron las entrevistas narrativas y los registros realizados en el “cuaderno de bitácora” de los investigadores, a partir de su inserción en el locus de la investigación. Las cuentas de los empleados señalaron las dificultades experimentadas al tratar de los métodos de reproducción asistida, lo que llevó a la incomodidad experiencias, extrañeza, y de desesperanza contra la burocracia y la lentitud de los servicios en el hospital. Los interlocutores narran su experiencia con interés los procedimientos técnicos / medicina, revelando un lado la utilidad técnica del proyecto de los padres y por el otro, su dominio en la hegemonía del discurso científico y la comprensión del cuerpo masculino como materia prima para ser explotados y mejorado.

Palabras clave: Infertilidad masculina; Psicología; Técnicas reproductivas.

Introdução

No horizonte desta reflexão, importa realçar que o espírito do nosso tempo demonstra o quanto os avanços tecnológicos, nas mais diversas áreas do conhecimento, ganham expansão. Paradoxalmente, algumas questões afligem o humano perpassando as gerações, tais como: os mistérios da origem, do futuro e da morte. A impossibilidade de concepção também é um tema presente desde os escritos bíblicos e mitológicos, o qual ganha, na atualidade, outras roupagens a partir do surgimento das tecnologias reprodutivas. Diante da condição de não poder ou ter

dificuldade de gerar, homens e mulheres deparam-se com a proposta biomédica/tecnológica de parentalidade, bem como podem encontrar-se frente a situações inusitadas e paradoxais: filas de espera, limitações orgânicas, riscos, direitos sexuais e reprodutivos, saber médico, interesses mercadológicos, bioética, legislação, princípios religiosos.

Cabe mencionar que, durante séculos, a infertilidade foi conferida prioritariamente à mulher. Mulheres que não podiam procriar eram vistas como amaldiçoadas pelos deuses e, muitas vezes, banidas socialmente. Em ressonância a tal tradição, os estudos acerca da infertilidade se concentraram por muito tempo nas mulheres, devido

à associação direta delas com a gravidez, conforme salienta Torres (2012). Há um cenário que é efetivamente masculino, cuja problematização e inserção no debate da saúde reprodutiva não é contemplado. Não seria relevante atentar para essa população? O que se observa é que a preocupação com as experiências dos homens continua tendo pouca visibilidade e influência, tanto na produção acadêmica quanto nas intervenções realizadas no âmbito da saúde.

Sabendo da importância de pesquisas acerca da infertilidade masculina, pretendemos com este estudo adentrar no universo masculino a partir da experiência de homens que não correspondem ao papel socialmente prescrito de reprodutor. Quando acontece uma quebra neste ideal, como é o caso da descoberta de infertilidade, questiona-se o cumprimento do “destino natural do homem”. Seguindo o fio condutor deste estudo, algumas questões se apresentaram: Como os homens inférteis se percebem? Qual o sentido que o diagnóstico tem para eles? Como se colocam no mundo, cuja tradição vigente está pautada na interligação da sexualidade, virilidade, fertilidade e paternidade? Será que a condição de estar infértil interfere em seus relacionamentos? Quais sentidos dados pelos homens ao projeto parental?

Interessante realçar que a produção referente à infertilidade se encontra, em sua maioria, desenvolvida pela área de medicina, focando métodos, diagnósticos e possibilidades de tratamento. Já o modo como a experiência de infertilidade é vivenciada tem uma atenção tímida, por vezes, apenas envolvendo discussões amplas com relação ao casal ou à mulher. Acreditamos que essa tradição está atrelada ao fato que a reprodução e assuntos relacionados ao planejamento familiar são concebidos como de responsabilidade feminina (Greil, 1997).

Situamos a relevância da presente pesquisa, a qual, através das discussões e linhas de questionamentos exploradas anteriormente, busca, de um modo geral, compreender a experiência de homens que vivenciam a infertilidade e frequentam um serviço de reprodução assistida. Por fim, cabe mencionar que este artigo será organizado da seguinte maneira: Inicialmente, faremos uma discussão concisa a respeito da masculinidade para, em seguida, discutir aspectos da saúde do homem, a fim de adentrar a questão da infertilidade. Em um segundo momento, descreveremos a compreensão da experiência de homens inférteis, a partir das entrevistas realizadas.

1. Masculinidades e modos de ser-homem

Um homem também chora / Menina morena / Também deseja colo / Palavras amenas
Precisa de carinho / Precisa de ternura / Precisa de um abraço / Da própria candura
Guerreiros são pessoas / Tão fortes, tão frágeis / Guerreiros são meninos / No fundo do peito...

Precisam de um descanso / Precisam de um remanso /
Precisam de um sono que os tornem refeitos...
É triste ver meu homem / Guerreiro menino / Com a barra de seu tempo / Por sobre seus ombros...
Eu vejo que ele sangra / Eu vejo que ele berra / A dor que tem no peito / Pois ama e ama...
(Gonzaguinha, disco sonoro, 1997)

A canção acima citada apresenta a pluralidade de vozes do “Guerreiro-Menino”, ressoando a tradição da sociedade capitalista e machista de 1980, a qual destinou ao homem um lugar restrito-normativo. Os versos de Gonzaguinha possibilitam um dizer através de sua linguagem poética, acolhendo a singularidade masculina e dando margens para um existir outro do homem, que vive, sente, reage, descansa, carece, sangra, sofre, ama. A letra também abre passagem para a conversação a respeito das masculinidades. Inicialmente, importa ressaltar que, após décadas da origem da referida canção, nota-se a correspondência de que homem não chora. Ao mesmo tempo, vê-se que as transformações em curso, na contemporaneidade, indagam o padrão tradicional de masculinidade tido, por muito tempo, como símbolo de dominação ocidental. Assim, partindo de perspectivas pós-estruturalistas do existir humano, novos caminhos do pensar estão abertos para tematizar as masculinidades.

Borgis (2011), ao analisar como homens contemporâneos vêm lidando com sua masculinidade, comenta que os sentimentos de muitos se encontram “em esconderijos”, devido à conformação aos modelos de comportamento prescritos socialmente. O autor também destaca a vivência da violência, a competição, o estresse profissional e o desempenho sexual como exemplos de “ser macho”. Tais valores servem de referência para a delimitação dos contornos de um homem, o qual tem, no machismo, o parâmetro para se situar diante do mundo. Contudo, simultaneamente, apontam para a fragilidade do homem, a luta para não demonstrar sentimentos e limitações.

Autores como Maciel Junior (2006) diagnosticam um fenômeno denominado de “crise da masculinidade”, na qual o modo de ser homem vem sofrendo transformações. O homem hoje já se mostra mais participativo no convívio afetivo/familiar, na criação dos filhos e na realização de tarefas outrora consideradas de exclusividade feminina. Ser homem, por muito tempo, ficou limitado às características normativas de masculinidade, força, controle, exaltação do prazer, virilidade. Essa perspectiva caminha na direção salientada por Nolasco (1993, p. 40) ao expor que o estereótipo do macho aponta para a associação do homem com sucessivos absolutos: “nunca chora; tem que ser o melhor; competir sempre; ser forte; jamais se envolver afetivamente e nunca renunciar”. No entanto, de acordo com Maciel Junior (2006), as masculinidades, na contemporaneidade, protestam contra a hegemonia ao buscarem reconhecimento de seus corpos e modos de ser. Isso significa que, embora encontremos um

mundo com prescrições sendo-nos impostos modelos de homem e mulher, é possível encontrar outros sentidos.

Maciel Junior (2006) acrescenta que existem diferentes modos de se “tornar homem”, interrogando o conceito de masculinidade explicado em termos de herança genética. Tal discussão caminha em direção às masculinidades, em sua pluralidade biográfica e atesta a singularidade como própria da existência. Cabe mencionar que esta possibilidade interpretativa será condutora da perspectiva adotada no presente estudo para compreender a vivência de homens frente à infertilidade. Quando se discutem questões em torno das masculinidades, os estudos de gênero são tidos como um expoente avanço ao fornecerem subsídios para compreender as interações humanas. Segundo Arilha (2010), até a segunda metade do século XX, a concepção de gênero encontrava-se pautada em pressupostos biológicos, inatos; posteriormente, entre 1960 e 1970, atribui-se gênero a forças sociais e culturais. Com a perspectiva feminista pós-moderna, enfatizou-se gênero não como um produto biológico, mas sim ideológico, atravessado por uma rede complexa de relações de poder influenciadoras de modos de ser, saber e fazer.

As construções de gênero são compreendidas como um elemento primordial de relações sociais baseado nas diferenças produzidas entre os sexos e também como um modo de dar significado a essas relações; significados que são atravessados por exercícios de poder. Nesse sentido, as masculinidades são concebidas no arcabouço de relações de gênero e de regimes de verdade que são, simultaneamente, efeitos e reprodutores de relações de poder.

É preciso reconhecer que a perspectiva de gênero pode trazer importantes contribuições para a compreensão da vivência de homens que se encontram frente à infertilidade. Contudo, cabe demarcar que a presente investigação não tomará como base os estudos de gênero para alcançar seu objetivo de pesquisa. Optou-se por realizar um diálogo com a fenomenologia hermenêutica, por acreditar que tal ótica mais se aproxima do modo como compreendemos o homem e o mundo.

Por fim, importa aludir que, compreender o modo de ser masculino mostrou-se fundamental para nos aproximarmos dos sentidos atribuídos por aqueles homens que se encontram inférteis, ou seja, não se encaixam no modelo prescrito como ideal. Na continuidade discursiva do presente estudo, a seguir, as lentes serão dirigidas à problematização do lugar conferido aos homens no campo da saúde para, posteriormente, adentrar na infertilidade.

2. A saúde do homem e a condição de infertilidade

De acordo com Arilha (2010), a saúde do homem no Brasil está, historicamente, ancorada a questões de saúde do trabalhador, ou seja, é pensada relacionada à capacidade produtiva. Por essa via, um homem saudável é a mola propulsora da engrenagem lucrativa do mundo la-

boral. O adoecimento, portanto, significa um risco, visto a possibilidade de desacelerar o ritmo ou dificultar/impedir a produção. Tal tradição contribuiu para que as ações e debates de saúde estivessem, em sua maioria, voltados para o público feminino. A partir da década de 90, houve o reconhecimento de debates sobre a saúde de homem, o qual se deu em grande parte, devido à urgência imposta pela HIV/Aids, à crescente visibilidade da violência contra mulheres e à constatação do descompasso de gênero nas decisões e cuidados no campo da saúde sexual e reprodutiva (Arilha, 2010).

Esses dados nos ajudam a compreender a escassez de serviços voltados a demanda masculina. Conforme Noca (2011), a procura pouco frequente dos homens às práticas de prevenção e promoção à saúde pode estar associada à construção do modo de ser masculino e ao seu processo de socialização, no qual o cuidado de si e do outro é concebido como marca feminina. Os homens acessam o sistema de saúde predominante através da atenção especializada, buscando mais hospitais de emergência do que postos de saúde e recorrem menos às consultas periódicas.

Para tentar refletir sobre o contexto que atravessa a inserção masculina no campo da saúde, serão apresentados alguns eventos de caráter político-acadêmico considerados marco no investimento e visibilidade no estudo a respeito do homem. A década de 1990 apresentou dois episódios relevantes: a Conferência sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo (1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, na cidade de Beijing (1995). Ambas ressaltaram a urgência de inserir, na pauta política, questões sobre os direitos reprodutivos, o exercício da sexualidade e o efetivo envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável. Em 2004, foi inaugurado, no México, o I Colóquio Internacional sobre Gênero e Masculinidades. Nesse mesmo ano, o Instituto Papai – Programa de Apoio ao Pai –, organização não governamental, localizada na cidade de Recife-PE, passou a propagar campanhas midiáticas cujo foco era uma nova perspectiva em relação à paternidade, entendida como cuidado, desejo e compromisso (Arilha, 2010). No Brasil, em 2008, via ação governamental, foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH – a qual aborda a necessidade de mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia do direito social à saúde.

Apesar da ampliação das ações, anteriormente citadas, voltadas para as masculinidades, Arilha (2010, p. 24) narra a existência de um “cenário efetivamente masculino e/ou relacional, cuja problematização e inserção no debate público não são contemplados, ou que não encontra espaço para ser visto”. Nessa direção, é possível perceber a timidez de discussões e recursos em busca de compreender a saúde sexual e reprodutiva do homem, bem como a prover serviços centrados a esta população.

2.1 Infertilidade como obstáculo para o projeto parental

A Associação Americana de Medicina Reprodutiva compreende a infertilidade enquanto a falta de uma gestação após um ano de tentativas sexuais, sem o uso de métodos contraceptivos. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 60 e 80 milhões circulam os números de pessoas inférteis. Tal índice mundial coloca a infertilidade como um fenômeno de saúde pública (Lisboa, 2008). Mesmo a infertilidade não sendo uma doença, costumeiramente, é tratada como tal, visto que a equipe médica objetiva a cura da infertilidade, a fim de possibilitar uma gestação. Os tratamentos atuais para a infertilidade envolvem modificações de hábitos – uso/abuso de álcool e outras drogas, obesidade –, reposição hormonal, prescrição medicamentosa e cirurgias. Interessante sinalizar que o direcionamento predominante de tais tratamentos se encontra em aspectos biológicos que atravessam a infertilidade; já as questões voltadas à experiência singular não são contempladas enquanto foco de atenção e cuidado.

Em seus modos de apresentação, a infertilidade é identificada enquanto primária – fazendo referência a um casal que nunca concebeu, apesar da prática sexual regular sem anticoncepção; e secundária – englobando pessoas que não conseguem, atualmente, gerar filhos, apesar de terem ocorrido gestações anteriores. Além dessa distinção, faz-se oportuno trazer a compreensão de esterilidade, a qual ao se diferenciar de infertilidade, refere-se à uma condição biológica irreversível, a qual impede à concepção, mesmo com tratamentos clínicos.

Cabe realçar que, na presente investigação, não serão utilizadas categorias prévias de causalidade para interpretar o fenômeno da infertilidade. Esta escolha, com base na perspectiva fenomenológica hermenêutica, parte do pressuposto de que interpretar previamente a infertilidade enquanto doença/patológica/desvio do normal é cristalizar, restringir a amplitude da condição infértil dos homens colaboradores deste estudo. Por essa via, será assumida pelas pesquisadoras uma atitude hermenêutica, o que implica uma disposição de acolhimento do inesperado.

Continuando a discussão acerca da infertilidade, Ramírez-Gálvez (2003) expõe que frente à infertilidade era dada apenas a opção pela adoção de filhos. Foi, a partir da década de 80, que o campo da Reprodução Humana Assistida – formado por um conjunto de técnicas de tratamento médico visando à fecundação – ganhou expansão. Posteriormente, diversos métodos de diferentes graus de complexidade, estão sendo desenvolvidos com vistas a facilitar e/ou possibilitar uma gestação.

No Brasil, as ações voltadas para a questão da infertilidade ainda são incipientes. Duas portarias foram criadas no ano de 2005¹: a n° 426/GM, instituindo a Política

Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, e a n° 388, regulamentando as providências necessárias para implantar tal Política. A despeito da existência desses documentos, verifica-se que essas medidas não afixam o acesso universal aos procedimentos de Reprodução Assistida, visto serem técnicas caras, consideradas complexas e relativamente novas no Brasil.

A seguir será abordada a questão da técnica no âmbito da Reprodução Assistida. O diálogo com essa temática, mesmo que brevemente, faz-se oportuno visto sua expansão na vida humana. É inegável o impacto das tecnologias reprodutivas, as quais ingressaram no âmbito familiar e na sexualidade, favorecendo múltiplas possibilidades de gerar um filho biológico. De um lado, através dos benefícios da técnica, vê-se a possibilidade de realização de um sonho parental de pessoas biologicamente impossibilitadas de reproduzir; por outro, o desejo de ter filhos por meio de técnicas reprodutivas tornou-se um negócio rentável e de aguda ascensão contemporaneamente.

Ramírez-Gálvez (2003) aponta que as técnicas médicas se configuram enquanto solução para diversos anseios atuais, dentre eles o sonho parental. A geração tecnológica de um filho é considerada um milagre, um dos grandes empreendimentos da ciência contemporânea, colocando o médico na posição de gestor da vida do “bebê prodígio”. Em tal contexto, vigora a necessidade de a tecnologia oferecer uma “mãozinha” à natureza, ao observar sua eficiência diante das demandas do mundo contemporâneo. Se há algum erro na procriação dita “natural”, ela é solucionada pela assistência médico-tecnológica.

A compreensão da técnica do campo da Reprodução Assistida enquanto meio para um fim que progride aceleradamente e, por vezes, de modo irrefletido, repercute em indagações desafiadoras nos campos teórico, ético e político, à medida que não é possível entendê-las como neutras. Torres (2012) considera que a interlocução entre atores humanos e não humanos pode gerar “novos” ordenamentos sociais. Tais reconfigurações dizem respeito, por exemplo, à procriação sem relação sexual, sendo possível também a utilização de material genético (esperma, óvulo) de terceiros, através de doação ou comercialização. A fecundação, do privado, passa para o âmbito público do laboratório; a “cegonha tecnológica” deixa de ser uma ficção para se tornar realidade.

3. Método

Inicialmente, vale ressaltar que a investigação em pauta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme os procedimentos básicos e éticos de respeito aos voluntários e à instituição. Todos os colaboradores assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de sua participação, o qual contém, de modo claro, o objetivo da pesquisa, procedimentos, riscos, desconfortos e benefícios. A pesquisa foi realizada em um ambu-

¹ Recuperado em 22 de agosto de 2013, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm e <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-388.htm>.

latório de Reprodução Assistida de um hospital público no Recife-PE. A escolha por tal ambiente se deu por razão de o mesmo ser um hospital de referência na região Nordeste no âmbito da Reprodução Humana, bem como por se revelar um hospital-escola, em que a presença de pesquisadores e estagiários são comuns.

A entrada no campo empírico ocorreu três meses antes do início da “coleta de dados”. Participando do cotidiano institucional, foi possível ter contato com integrantes da equipe, bem como aproximação com as pessoas que buscavam os serviços oferecidos naquele local. Cabe mencionar também que as pesquisadoras tiveram acesso, mediante autorização, aos prontuários dos pacientes e a grupos terapêuticos coordenados pela psiquiatra do serviço.

3.1 Participantes

Participaram deste estudo 5 (cinco) homens, com idades entre 39 e 50 anos, que frequentavam o ambulatório de Reprodução Assistida da instituição escolhida para a realização da pesquisa. O critério de inclusão utilizado foi estar infértil e ser cadastrado no referido serviço. Cabe mencionar que eles foram abordados na sala de espera. Na ocasião, a temática da pesquisa foi explicitada e, posteriormente, foram convidados para participarem da entrevista. O quadro, colocado a seguir, apresenta dados dos participantes, no intuito de dar a conhecer aspectos de suas vidas:

Nome fictício	Idade	Profissão	Tempo de tratamento no serviço de reprodução assistida	Tem filhos de outro relacionamento
CARLOS	45 anos	Autônomo	2 anos	Não
HEITOR	42 anos	Autônomo	1 ano	Sim (1 filha)
JAN	39 anos	Agricultor	4 anos	Não
LUIZ	50 anos	Taxista	4 anos	Sim (3 filhas)
PAULO	40 anos	Autônomo	3 anos	Sim (1 filha)

3.2 Recursos metodológicos

A entrevista narrativa foi utilizada como recurso de acesso à experiência por ter como características a não estruturação e a profundidade. Conforme Flick (2009), esse tipo de entrevista tem início com uma pergunta de abertura, a qual visa a estimular uma narrativa sobre a área escolhida como interesse do entrevistador. Sob tal ótica, no presente estudo, os homens narraram espontaneamente as situações que acreditavam ser relacionadas ao fenômeno que estava sendo investigado, mediante uma pergunta inicial: “como é vivenciar a infertilidade?”.

Interessante apontar que o sentido de narrativa parte da compreensão de Benjamin (1994). De acordo com esse autor, o advento da informatização técnica como modo instantâneo de comunicar tem ameaçado a capacida-

de de narrar. Narrar possibilita ao narrador e ao ouvinte darem continuidade a suas histórias e refletir sobre elas, desvelando sentidos e abrindo horizontes para um pensar que se dá a partir da experiência de quem vive e escuta.

Na presente investigação, as narrativas foram colhidas tanto nas entrevistas dos colaboradores, quanto no “diário de bordo” das pesquisadoras. Tendo como referência os escritos dos viajantes das primeiras navegações, os quais se lançavam ao encontro do desconhecido, por “diário de bordo”, Aun e Morato (2009) apresentam um possível “instrumento” de pesquisa no campo da Psicologia, o qual registra e compartilha impressões, observações e sentimentos vivenciados na experiência.

3.3 Procedimento de acesso e análise das narrativas

Mediante aceitação voluntária, os interlocutores foram entrevistados individualmente numa sala reservada do ambulatório de Reprodução Assistida. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes e, posteriormente, transcritas. Prontamente após as entrevistas, foram registradas observações das pesquisadoras que se mostraram relevantes, tais como expressões dos entrevistados, afetação das pesquisadoras e intervenções externas.

Para análise das narrativas colhidas, a Hermenêutica Filosófica (Gadamer, 1986/2012) foi adotada pelo fato de privilegiar a análise compreensiva da ação humana. Cabe mencionar que, tal qual Heidegger, Gadamer atribui à compreensão uma dimensão originária, direcionando seu interesse para o movimento da compreensão e a situação hermenêutica em sua especificidade. Para Gadamer (1986/2012), a noção de horizonte compreensivo ressalta a dinâmica constituinte da compreensão como interpenetração de dois horizontes, os quais obedecem às condições particulares de cada um dos que se interpenetram no jogo compreensivo. A interpretação, nesse sentido, afasta-se de um regramento metodológico e se dá na fusão de horizontes, no encontro de perspectivas. Importa ressaltar que, em tal fusão, não há posição neutra de isolamento das sensações e emoções, desse modo, considera-se que o conhecimento, nas palavras de Critelli (2007), é sempre emocionado.

A interpretação revela-se, pois, em uma fusão, que não poderá ser obtida em sua totalidade, nem completamente finalizada. Constitui-se na realização particular de uma fusão de horizontes em meio a sua circularidade, o que, por sua vez, implica que uma interpretação jamais esgotará todas as possibilidades pertencentes ao fenômeno que se busca compreender. Nessa direção, a presente pesquisa, afinada aos pressupostos da Hermenêutica Filosófica gadameriana, não tem pretensões de esgotar o fenômeno interrogado, ou mesmo, finalizar a interrogação que foi levantada. Busca-se, pois, por meio da linguagem, apontar possibilidades compreensivas que surgiram a partir da análise das entrevistas. Possibilidades que, antes mesmo de pôr um ponto, abre outras perguntas, inquietações.

4. Análise das narrativas

A seguir, em direção a uma tematização² a respeito da experiência de homens que estão inférteis, serão apresentadas as narrativas dos participantes desta pesquisa em diálogo com a compreensão das pesquisadoras e o pensamento de alguns autores que fazem referência aos fenômenos abordados. Apresentaremos alguns fenômenos que se desvelaram durante a pesquisa, se mostram relevantes e nos aproximam do objetivo de compreender a experiência de homens inférteis. Importa esclarecer que tais fenômenos dialogam entre si, numa circularidade que compõem as experiências dos participantes e das pesquisadoras.

4.1 Homens e o cuidado com a saúde

Encaminhando a compreensão pelas trilhas das narrativas dos colaboradores em cena, inicialmente, consideramos importante mencionar que a discussão acerca da saúde do homem soou, de certo modo, como nova no serviço de Reprodução Humana que estávamos inseridas.

Ao folhear diversos prontuários, visualizamos, a partir do registro dos profissionais no referido documento, a pouca informação oferecida pelos homens no momento da triagem, em relação a sua vida, histórico de saúde e compreensão do que o aguardaria durante o tratamento de Reprodução Assistida (procedimentos, tempo de duração). O homem inscrito nos prontuários parecia um corpo doente, que pouco falava de sua experiência, apenas necessitado de cuidados biomédicos. Essa realidade revelada nos prontuários se aproxima da pesquisa de Noca (2011) quando comenta que o homem tem dificuldade de falar de si mesmo no âmbito da saúde e necessita, muitas vezes, de sua companheira para mediar a relação com o serviço de saúde e os profissionais. Interessante notar que a proposta do serviço de Reprodução Assistida parece reafirmar, e não romper, o modelo hegemônico de masculinidade (centrado no trabalho e avesso às práticas de cuidado) e os modelos normativos de saúde (focados no saber biomédico e na perspectiva de saúde como ausência de doença).

O pouco investimento na saúde do homem tem ganhado ressonâncias no campo das técnicas assistidas, visto o acentuado investido na saúde reprodutiva feminina e o descompasso com relação aos homens. A experiência em campo sinalizou que a busca por serviços de Reprodução Assistida expõe, muitos homens, pela primeira vez, ao ritmo e à lógica do contexto médico, ao tempo gasto com exames e à exposição do corpo mediante os procedimentos submetidos, questões há muito experimentadas por diversas mulheres. Seria, esse cenário, sinalizador do hiato ainda existente entre homem, saúde e cuidado?

² Tematizar compreende o apropriar-se reflexivamente do vivido que se mantém aberto.

Quiçá esteja aí uma via para a compreensão da ausência de alguns homens no tratamento da Reprodução Assistida, postura questionada por suas companheiras e registrada no diário de bordo:

“L e ‘C’ afirmaram levar ‘a carga’ do tratamento sozinhas. Seus companheiros não perguntam a respeito das consultas realizadas e também não procuram saber, no ambulatório, notícias e informações sobre o tratamento. Outras mulheres, por sua vez, mencionaram que seus companheiros têm atitudes opostas: perguntam, se preocupam, conversam. Segundo as mesmas, a atitude de compartilhar a respeito do tratamento as deixam com a carga mais “leve”. Essa realidade me deixou atônica e me mobilizou a pensar qual o lugar que esses homens estão ocupando no processo de tratamento de Reprodução Assistida” (Trecho do diário de bordo).

O relato supracitado nos reporta à crítica dirigida às simplificações existentes no discurso de participação e responsabilidade masculina na esfera reprodutiva. Na cultura nordestina, “terra de Lampião”, podemos dizer que a ida aos serviços de saúde é tida, por muitos homens, como desonra à masculinidade, por se mostrar vulnerável a limitações/doenças? No tocante à infertilidade nessa cultura nordestina, dizer que o homem vivencia essa condição pode levantar suspeitas quanto à sua virilidade e ameaçar sua “identidade masculina”, a qual está firmada no valor da dimensão reprodutiva. E mais, a participação “tímida” do homem no campo das tecnologias reprodutivas, revela o antagonismo entre masculinidade e reprodução, sendo algo comumente limitado ao público feminino. Em tal contexto, os homens seriam dispensáveis para a reprodução?

4.2 Situando o projeto parental

“Às vezes eu chego aqui e fico olhando as fotos que estão no mural e penso: ‘quem sabe um dia minha foto não estará aí também’. Um dia quem sabe eu não te encontro e digo: ‘meu filho chegou’” (Jan).

“A chegada do meu filho renoverá a nossa vida e da nossa família. Para sermos ainda mais felizes está faltando Eliseu, se for um homem, ou, se for uma mulher, bem provável se chamar Vitória, não é?” (Luiz).

“Vemos reportagens, pessoas que tem filhos com facilidade e abandonam, jogam fora os filhos! Isso é o que mais machuca, entristece! Mas, ao mesmo tempo, valoriza mais a nossa expectativa de querer lutar, ter mais força e amor!” (Paulo).

Os depoimentos de **Jan, Luiz e Paulo** revelam sua implicação afetiva no projeto parental, eles sonham em ter um filho. Sonho aqui é compreendido como plano, desejo, antecipação como algo que faz parte do sentido da vida. Esse poder sonhar constitui a existência humana, sempre à espera de caminhar na busca das possibilidades abertas. Quando os homens falam do filho desejado, esse projeto reúne sua esperança, preocupação, seu sonho de ser pai. Isso ocupa uma posição privilegiada: move-os, convoca força e empenho a ter nas técnicas reprodutivas uma alternativa viável, apesar da morosidade e burocracia. Dito de outro modo, a busca pela paternidade biológica sinaliza o aparecimento de um modo de ser homem integrando a vida sexual e reprodutiva, mesmo que com o impulso dado pela condição infértil. Constatamos, a partir das entrevistas, que o envolvimento afetivo dos entrevistados e a disposição em assumir as consequências sociais/econômicas/familiares desse desejo de ser pai não foi perdido diante do desejo de transmissão genética, associado a tendência contemporânea de realização biotecnológicas.

Consideramos pertinente também atentar para uma relação existente entre a impossibilidade de ter filhos e a necessidade de mostrar socialmente a sua chegada. O depoimento de **Jan**, por essa via, nos chama a atenção:

“Eu vou mostrar aos outros: ‘está vindo? Você dizia que eu não fazia menino. Demorou mas veio logo dois ou três de uma vez’”.

Essa “dívida social” revelada pela infertilidade de **Jan**, de alguma maneira, pode estar vinculada à experiência de angústia, da qual tendemos a nos afastar, ao passo que a mesma causa estranhamento suficiente a ponto de questionar os projetos de vida construídos e orientadores da escolha diante das possibilidades apresentadas (Heidegger, 1987/2009). A condição de “débito”, devido ao adiamento do projeto de ter um filho, vem trazer estranheza ao homem contemporâneo que, continuamente, é convidado à vitória e autossuperação.

4.3 Infertilidade: sonhos, obstáculos e incertezas

O sonho de ser pai precisa se retrair para dar lugar à realidade infértil, a qual é considerada como indesejada, inesperada, inquietante. Essa condição se faz ver no vazio dos braços daqueles que vivenciam a infertilidade. A experiência de estar infértil pode ameaçar as expectativas daqueles que, por meio da procriação, vislumbram seu lugar na posteridade. Nesse sentido, Jan narra:

“Eu vou trabalhar para deixar alguma coisa para o meu filho. A nossa casa mesmo... se a gente morrer vai deixar para quem? Hoje não temos para quem deixar, mas se Deus quiser chegará”.

A fala de **Jan** nos direciona para a questão da manutenção do sonho parental, apesar dos obstáculos encontrados pelos colaboradores da pesquisa. Mesmo diante das incertezas, lágrimas e burocracia, os homens são incitados a realizar sua parte no caminho em direção à parentalidade. Aqui retomamos a compreensão heideggeriana de projeto, a qual aponta a motivação como impulsionadora para o homem encontrar-se na relação tecida com o projeto parental, com a tarefa diante de si (Heidegger 1986/2009).

Essa condição originária de ser-projeto, aponta para a condição característica dos homens: serem portadores, geradores e sacrificadores de sonhos. Quanta esperança e expectativa eles põem na vinda desse filho! Importa realçar que o herdeiro/filho de **Jan** se faz anunciar muito antes da sua chegada. Em outros termos, refere-se a uma expectativa frente a um filho, o qual não existe fisicamente, mas, na antecipação, já tem sido alvo de afeto, rodeado de cuidados. Será o sonho iluminador da espera?

Prosseguindo nessa trilha compreensiva, perguntamos-nos: onde fica o lugar a ser ocupado pelo filho desejado diante de uma burocracia institucional que se arrasta podendo chegar a oito anos de espera? Os entrevistados falam dessa burocracia e ressaltam a falta de informação e o modo técnico como são submetidos às diversas etapas do “tratamento”, sem nenhuma participação ativa nas decisões: datas dos procedimentos a serem realizados, período de espera, marcação e espaço entre as consultas.

“É muita gente para fazer a inseminação artificial, ninguém nem sabe qual o nosso número na fila de espera” (Jan).

“Eu estou no começo do tratamento, eu não sei o que vem pela frente; mas ouvi falar que o tratamento é longo... agora depende do organismo de cada pessoa” (Heitor).

“Já faz dois anos que venho ao ambulatório... o que eu estou achando difícil é a demora. Você marca e as coisas só acontecem depois. Eu estou aqui hoje e não posso marcar outro exame. É para vim depois, chegar cedo, pegar a ficha e marcar para o outro mês. São situações como essa que você fica sem esperança, pelo tempo” (Carlos).

“Eu pensava que era somente chegar aqui e marcar a Fertilização! Mas é completamente diferente... é um procedimento lento, demorado, datas muito longas entre as consultas! [...] A espera é com muita ansiedade!” (Paulo).

Refletindo sobre as experiências anteriormente narradas, é possível perceber a existência de três esperas: a do tempo real/cronológico que aguarda os cuidados médicos e burocracias institucionais; à espera da reação do organismo aos procedimentos tecno-médicos na esperança de

que obtenham êxito para procriação; e a espera do tempo *kairos*, o tempo experiencial marcado pelo inesperado, pelo mistério da existência finita. Os colaboradores parecem revelar que aguardar – uma espera sem tempo e respostas – mobiliza angústia. Conviver com o diagnóstico de infertilidade e com as situações desconhecidas da submissão às técnicas reprodutivas estimula angústia e desamparo.

Os depoimentos dos entrevistados também apontam obstáculos concretos para os quais buscam solução dentro de sua condição de vida, na tentativa de continuar investindo em um projeto maior: “ser pai”. Em nome desse projeto, tentam encontrar saídas para horários, distância, compromissos assumidos; como pode ser visto nos depoimentos abaixo:

“É complicado ter que vir aqui no hospital com frequência porque eu moro no interior. Tem dia que saio às quatro horas da manhã de casa para chegar no horário marcado” (Jan).

“Se tiver que cumprir as dez etapas a gente vai as dez! Se tiver um trabalho eu cancelo, pois a prioridade é estar aqui!” (Heitor)

Essas narrativas são norteadas pela perspectiva de sentido como “rumo que apela, [...] solicitação que se faz ouvir, um apelo obstinado que se insinua e persegue” (Critelli, 2007, p. 146). Trazendo tal compreensão para o âmbito da infertilidade, cuidando de ser, os homens colaboradores desse estudo destinaram-se “ser pai”, dimensão de sentido que os aproximou do cotidiano da Reprodução Assistida, bem como de suas facilidades/dificuldades e desafios. Importa também mencionar que, ao narrarem suas experiências, os interlocutores revelaram sentimentos diante da infertilidade:

“Tem vezes que bate a dificuldade, tem momentos que eu fico deprimido, mas depois eu lembro que a nossa hora vai chegar” (Jan).

“Eu fico triste e decepcionado comigo e com a demora do sistema. Acho que já me acostumei... entrou no meu cotidiano! Se eu não conseguir ser pai tudo bem, mas também se vier...! Como a minha cunhada e os meus colegas dizem: ‘Ah... Carlos! Você tem um imã para crianças! Tem muitos pais que não possuem o carinho que você tem com os seus sobrinhos!’ Nessa ânsia eu me alegro... mas depois perco a esperança!” (Carlos).

Nas narrativas de **Jan** e **Carlos**, salta aos olhos a experiência de ora sentir dificuldade, tristeza e decepção diante dos procedimentos do tratamento; e ora ter a esperança de vivenciar a parentalidade, revelando o modo de ser do humano enquanto projeto sempre por se fazer, aberto ao futuro. Dito isso, é possível compreender que, enquanto projeto lançado, o homem infértil, diante da sua incom-

pletude, mantém-se na abertura afetiva pela parentalidade. Os sentimentos de desesperança, tristeza, ansiedade, decepção, expressos pelos narradores, favorecem a situação de “crise”, aqui compreendida como perda de rumo, mesmo que temporária, do seu projeto de vida, lançando a pessoa, cada uma a seu modo, numa situação de falta de sentido, desalojamento.

4.4 Técnica: salvação, controle e mensuração

Frente à impossibilidade/limitação de gerar um filho pelas “vias naturais”, a técnica no âmbito da Reprodução Assistida se revela como importante recurso, ou seja, como um instrumento à mão, conjunto de meios, a serviço do homem e da ciência para alcançar um fim. Nessa direção, os colaboradores narram o lado “positivo” dos procedimentos técnicos:

“Se a infertilidade fosse uma coisa que não tem jeito, mas eu sei que tem vários meios, por isso estou tranquilo” (Jan).

“Os médicos sabem...! Tenho que aceitar o que eles querem; é o que devo fazer” (Luiz).

“As pessoas que trabalham aqui estão envolvidas direta e indiretamente para o nascimento do nosso filho! [...] Eu tenho esse hospital como uma referência... pessoas da minha família já foram tratadas aqui... os médicos são de qualidade! Isso faz com que a gente tenha mais fé, certeza de que vai dá certo!” (Paulo).

Os interlocutores acolhem os procedimentos tecnológicos ao dizerem “sim” à técnica. As narrativas revelam que os entrevistados acatam o que se prescreve pelo saber técnico: eles estão doentes, é preciso corrigir! Fica nítido como consentem a essas questões e, por isso, talvez não questionem para a equipe a finalidade de cada etapa, apenas se submetem. Mas conseguiriam os colaboradores dizer “não” ao aparato protocolar burocrático que atravessa sua experiência e os retira do lugar de apropriação de tal vivência? Parece não haver lugar de acolhimento e cuidado para essa dimensão da existência humana.

Importa realçar a relação de confiabilidade com a técnica reprodutiva, a qual aparenta deixá-los numa posição de segurança a respeito do que fazer (exames, cirurgias, medicações) e do que aguardar do porvir (um filho como resultado). Mais uma vez, a técnica ocupa um lugar predominante na vida humana, estendendo-se à dimensão da paternidade. Cabe ressaltar que esse lugar de confiabilidade na técnica é importante, como expressa **Paulo**, ao narrar a confiança cultivada pela família com relação ao hospital no qual realiza os procedimentos. O perigo está em não colocar em xeque essa tradição com as experiências atuais e assumi-las como pertencentes a um tempo

imutável. **Paulo** acredita que estar neste hospital, instituição tida, por sua tradição familiar, enquanto detentora do saber científico-médico bem-sucedido, legitima sua fé na concretização do seu objetivo parental.

Ao lado dessas reflexões, retomamos o diálogo com Heidegger (1959), principalmente quando aponta para outra possibilidade de lidar com a destinação técnica, qual seja: uma atitude desprovida de certeza, aberta ao mistério, suscitando outros sentidos possíveis para a existência do homem moderno. Nesse sentido, cabe apontar que, a partir da experiência no campo de investigação, visualizamos como expectativa a possibilidade de que alguns homens consigam subverter as técnicas reprodutivas a fim de poderem servir-se dela de outro modo, distante da redução a um “corpo objeto” e manipulável.

Importa destacar que o avanço das técnicas abriu caminhos para uma possível substituição das relações sexuais por intervenções médicas – a fecundidade atualmente pode acontecer em clínicas, com a mediação da tecnologia e do saber científico. Nessa direção, a experiência narrada por Paulo já aponta para a possibilidade de “inspeção” das relações sexuais, revelando o incômodo diante de tal procedimento:

“Já fizeram monitoramento da nossa relação sexual. A médica dizia as datas, por exemplo, três dias seguidos no final de semana e na segunda-feira minha esposa vinha ao hospital para o monitoramento médico! Ela via se minha esposa estava ovulando... como o útero estava! A gente até se resguardava alguns dias antes da data marcada para se preparar... era como se fosse uma lua de mel forçada!”

Frente ao depoimento de Paulo, por um tempo, percebemos que sua experiência aponta para o corpo enquanto materialidade, objeto de manipulação médica com data estabelecida para ter relações sexuais e dia para verificação do resultado da sua “lua de mel forçada”. Tal monitoramento não é somente sexual, mas também do modo como experienciavam seu corpo. A “lua de mel forçada” sinaliza a utilização de um corpo para um fim: a reprodução, superar a ausência indesejada de filhos biológicos, a despeito das causas da infertilidade e das implicações decorrentes dos usos das técnicas reprodutivas. Nessa perspectiva de que o saber científico determina o que “pode ou não ser feito”, perde-se de vista a experiência – o paciente comumente não é escutado e seu corpo compreendido como objeto passível de ser calculado e convocado a corresponder às exigências médicas.

A narrativa de Paulo nos direciona para refletir sobre a ciência e seu lugar de destaque na “resolução” de problemas, que, ao assumir a direção do processo, naturaliza e explica todas as dimensões da vida. No caso das experiências narradas pelos colaboradores do presente estudo, o preço cobrado pelo controle e promessas científicas ressoa particularmente no campo do parentesco e na patologiza-

ção da existência – tendência em explicar possibilidades humanas a partir de parâmetros unicamente biomédicos.

As inovações tecnológicas, de um modo geral, estão também ligadas à ideia de bem-estar, a importância do desejo de reprodução e à demarcação de limites à manipulação da vida humana. Tal visão apresenta-se conforme a lógica de consumo biotecnológico e de mercantilização da produção da vida, apoiada na noção de progresso científico como um valor em si mesmo, ideia discutida por Ramírez-Gálvez (2003).

4.5 *Corpo fragmentado: quem é assistido?*

“Eu tenho quarenta anos de idade e já sofri acidente de caminhão, carreta, moto, mas nunca tive uma lesão, nem tenho cicatriz no corpo...! Nunca tive problema com nada de saúde e de repente eu me vejo passando por uma bateria de exames! Apesar de achar horrível tive que tirar umas dez ampolas para realizar os exames. [...] Eu fico constrangido! Quando a gente quer se submete a tantas coisas... deixa o orgulho de lado, a vergonha!”

A narrativa de **Paulo** fala de um corpo sofrido e manipulado pelas técnicas reprodutivas; bem como de um corpo “constrangido”, que perdeu o “orgulho” em prol do projeto de ser pai. Consideramos a dificuldade que alguns homens apresentam em serem pacientes, especialmente no caso de procedimentos que violam fronteiras do seu corpo. Para ele, os acidentes que sofrera não deixaram marcas no corpo, mas a infertilidade (ao se mostrar também como um acidente) parece deixar uma marca em seu corpo. Que corpo é este que estou em vias de assumir e viver?

Esse lamento não é escutado pela equipe e é somente sussurrado por **Paulo**, pois não ousa interrogar acerca dos procedimentos, submete-se a despeito do sofrimento. Será que o processo não poderia ser vivido de outro modo, caso esses homens tivessem um espaço de escuta e até de esclarecimento sobre os procedimentos, com a abertura da possibilidade de assumir o tratamento, podendo decidir sobre o tempo e o modo como os procedimentos técnicos poderiam ser aplicados?

Fica a marca da dor no “corpo” expressa na narrativa de **Paulo**:

“Eu conheço pessoas que desistiram no meio do tratamento, começando pela realização do espermograma que, para mim, foi algo novo. Tive que fazer dois, a pulso, mas fiz! Quando voltei da sala do exame eu peguei as minhas coisas e sai correndo pela escada! Depois tive que ser submetido a um ultrassom da bolsa escrotal... foi quando ele detectou a correção de varicocele e marcou essa cirurgia!”

Ao passo que a entrevista era encaminhada, **Paulo** foi construindo um sentido, a partir da revisitação de vivências no serviço de Reprodução Assistida. Tal condição foi aberta pelo modo como nos colocamos, possibilitando que algo acontecesse na direção de elaboração/apropriação do vivido.

Continuando com **Paulo** e, mais uma vez, escutando a dor da “invasão” sofrida no corpo, ele narra:

“Vim fazer alguns exames e quando cheguei na sala o médico pediu para eu tirar a roupa na frente da médica residente!”

A partir da compreensão da narrativa, podemos indicar que o corpo, para muitos profissionais de saúde, parece constituir extensão da tecnologia. Ocupam-se do corpo material, afastado da existência, não considerando o modo como cada um experimenta a situação de infertilidade ou os procedimentos técnicos.

4.6 Espiritualidade: refúgio para o enfrentamento da infertilidade

Outra dimensão a ser considerada na vivência de homens que estão inférteis é referente à espiritualidade. As narrativas dos colaboradores revelaram, em unanimidade, o fenômeno da espiritualidade, ou seja, a relação da humanidade do homem e da divindade do sagrado. Parece que, no caminho da experiência de infertilidade ou quando a técnica falha, o sagrado pode ser uma ajuda, um paliativo para uma espera sem tempo:

“Coloco na cabeça que a nossa hora vai chegar e tenho fé em Deus. Sei que Ele está vendo o nosso esforço” (Jan).

“Eu estou tranquilo... a providência é divina, não é? Se for da vontade de Deus vamos ter o nosso filho. Ele me ajudando eu encho a casa de crianças” (Heitor).

“Eu sou uma pessoa evangélica e o tratamento não me atingiu em nada; só em termos de trabalho que eu paro um pouco para fazer os exames” (Luiz).

“Sou muito religioso... aí fico pensando: será que eu mereço ser pai?” (Carlos).

“Eu vejo a medicina, mas também o lado espiritual!” (Paulo).

As narrativas dos colaboradores revelam a ligação do fenômeno da espiritualidade com a saúde. Dimensão que, mesmo sendo constitutiva da existência humana, foi, ao longo dos tempos, esquecida no tocante aos cuidados à saúde (Torres, 2012).

Jan, Heitor, Luiz, Paulo e Carlos parecem apontar, não obstante a soberania da técnica, que a espiritualidade se faz presente em suas tradições, assumindo sentidos singulares para cada um. Por exemplo, a fé, como possibilidade de fortalecimento e sustentação, que os narradores expressam ter, diz respeito a crenças e valores atribuídos a Deus, ao acreditar que Ele está atento ao sofrimento, esforço e espera dos colaboradores da pesquisa, bem como irá responder, de modo positivo e no tempo oportuno, às solicitações.

Sabendo que somente o saber técnico-científico não dá conta da vida humana, seria interessante que os profissionais de saúde pudessem acolher a dimensão da espiritualidade quando esta for manifesta na fala dos pacientes, de modo a favorecer um cuidado mais abrangente.

Considerações finais

Ao realizar uma síntese compreensiva do que se revelou na experiência frente à infertilidade masculina, é pertinente considerar alguns aspectos que, de algum modo, respondem aos primeiros questionamentos que impulsionaram a realização desta pesquisa. Inicialmente, cabe mencionar que a situação da infertilidade proporcionou aos interlocutores deste estudo olharem para a sua saúde, mesmo que timidamente, e participarem da rotina de um serviço médico – exames, consultas, burocracia, espera, exposição do corpo. Importa destacar que o diagnóstico de infertilidade rompe com a familiaridade habitual de ser-homem, firmada no valor da dimensão reprodutiva; e reveste-se de um caráter estigmatizante e patológico, portanto, provocador de sofrimento.

No âmbito das tecnologias reprodutivas, o corpo, morada da infertilidade, mostrou-se objeto do saber médico, matéria-prima supervisionada, diagnosticada e aperfeiçoada. Esse modo de pensar técnico-científico sinaliza a dissociação corporeidade/existência e lança luz para a desvalorização da experiência humana, propagada na contemporaneidade. Presente aqui está a lógica técnico-científica como resolução e explicação naturalizada para as demandas da existência, na qual os valores particulares dos médicos orientam o que pode ou não ser feito. Não negamos o lugar de destaque do saber científico, mas problematizamos o enaltecimento do progresso científico associado à ideia de sucesso parental, a manipulação desmedida e invasiva no corpo e a tendência crescente de transformar questões comuns do humano em pauta biomédica.

Os colaboradores também expressaram a força dos laços sanguíneos, acenando timidamente a adoção como escape para a não concretização do sonho biológico parental. Investindo na promessa de gerar um filho, a técnica se levanta como uma rainha, propagando um mercado, com altos custos e que alcança a condição socioeconômica de poucos. Simultaneamente, encontramos os

clientes da “cegonha tecnológica”, inclinados a investir financeiramente ou submetidos às tecnologias a fim de alcançar o objetivo de ter um bebê. Esse “milagre” é realizado a despeito das causas da infertilidade e das implicações ético-morais, sociais e de saúde decorrentes do uso de tais tecnologias. Nessa perspectiva, perde-se de vista a dimensão da experiência parental, enfraquecidas frente ao projeto de transferência e perpetuação genética, associada à lógica contemporânea de vivências e realizações biotecnológicas, na qual se inscreve a exacerbação e valorização da verdade genética, norteadas pelos valores biomédicos.

Outra dimensão destacada é referente à espiritualidade, manifesta pela religiosidade. A mesma foi apresentada, pelos entrevistados, como possibilitando fé para lidar e enfrentar as demandas solicitadas na condição de infertilidade. Esta experiência de abertura ao mistério foi relatada enquanto benéfica e fortalecedora, assegurando uma vivência mais serena frente aos diversos esforços e burocracias encontrados no tratamento.

As narrativas dos entrevistados – ao sinalizarem como benéfica a experiência de narrarem suas experiências, sentimentos, sonhos e temores – nos direciona para a necessidade da presença do psicólogo enquanto profissional que possa acolher as demandas daqueles que procuram os serviços de Reprodução Assistida. Acreditamos que uma escuta clínica sistemática – seja individual, de casal ou grupal – é oportuna para questionar o aprisionamento diagnóstico e atentar para a dimensão de sentido da experiência singular de pessoas que estão vivenciando a infertilidade.

Apontamos ainda a relevância da presente pesquisa para o âmbito da saúde pública, colocando em pauta questões que podem alertar a opinião pública a respeito da infertilidade, fenômeno que atinge milhares de brasileiros. Sinalizamos a urgência da ampliação de serviços que possam garantir mais acesso às tecnologias reprodutivas. Indicamos também a importância de sensibilizar a população para a compreensão de que o exercício da maternidade/paternidade pode dar-se por outras vias que não somente a biológica. A adoção surge como uma alternativa para realização do projeto parental.

Ao finalizar, de modo inconclusivo, algumas possibilidades compreensivas sobre a experiência de homens na condição de infertilidade, apontamos a complexidade desta temática e a relevância de discussões futuras, que a envolvem e problematizam, tais como: saúde do homem no âmbito da Reprodução Assistida, repercussões do diagnóstico da infertilidade na relação conjugal, burocracia e morosidade dos serviços, supremacia da técnica e suas ressonâncias nos envolvidos, o corpo diante das técnicas reprodutivas, medicalização da família e do parentesco e a importância de um acolhimento psicológico a essa demanda, face à condição de desamparo e angústia, com a qual muitos se deparam.

Referências

- Aun, H. A.; Morato, H. T. P. (2009). Atenção Psicológica em Instituição: Plantão Psicológico como Cartografia Clínica. Em H. T. P., Morato; C. L. B. T. Barreto; A. P. Nunes. *Aconselhamento Psicológico numa Perspectiva Fenomenológica Existencial: uma introdução* (p. 123-138). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Arilha, M. (2010). *Nações Unidas, população e gênero: homens em perspectiva*. Jundiaí: In House.
- Benjamin, W. (1994). O narrador: Reflexões sobre a obra de Nikolai Lesskov. Em *Sobre Arte, Técnica, Linguagem e Política*. (p. 27-57). (3. ed.). (M. A. Cruz, Trad). Lisboa, Portugal: Relógio D'Água (Original publicado em 1985).
- Borgis, G. D. J. B. (2011). *Falas de Homens: A construção da subjetividade masculina*. São Paulo: Annablume.
- Critelli, M. D. (2007). *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica* (2. ed.). São Paulo: EDUC/Brasiliense.
- Flick, C. (2009). *Introdução a Pesquisa Qualitativa* (3. ed.) (J. E. Costa, trad.). São Paulo: Artmed.
- Gadamer, H. G. (1986/2012). *Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica* (12ª ed.). (F. P. Meurer, Trad). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1986).
- Gonzaguinha. (1997). Um Homem Também Chora. Em *CD Gonzaguinha: Coleção MPB Compositores*. [CD] Rio de Janeiro: RGE Gravadora.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of literature. *Social Science Medical*, 45(11), 1679- 1704.
- Heidegger, M. (1987/2009). *Seminários de Zollikon* (2. ed.). (G. Arnhold & M. de F. de A. Prado, Trad.) Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1987).
- Heidegger, M. (1981). *Todos nós... Ninguém: um enfoque fenomenológico do social*. (D. M. Critelli) São Paulo: Moraes.
- Heidegger, M. (1959). *Serenidade*. (M. M. Andrade & O. Santos, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Lisboa, (2008). *Saúde Reprodutiva e Infertilidade. Orientações – Direção Geral da Saúde*. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Lisboa: DGS.
- Maciel Junior, P. de A. (2006). *Tornar-se homem – O projeto masculino na perspectiva de gênero*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC, São Paulo, SP.
- Noca, N. J. M. S. (2011). *Produções discursivas sobre saúde e masculinidades em um serviço público de atenção à saúde dos homens*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, Recife, PE.
- Nolasco, S. (1993). *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco.

Ramírez-Gálvez, M. C. (2003). *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: Fabricando a vida, fabricando o futuro*. Tese de Doutorado, Departamento de Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas/Unicamp, São Paulo, SP.

Torres, K. de A. (2012). *A cegonha não é mais uma ficção: a paternidade no contexto das Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, Recife, PE.

Ellen Fernanda Gomes da Silva - Graduada em Psicologia pela Faculdade do Vale do Ipojuca-PE, Mestra em Psicologia Clínica e Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), na linha de pesquisa Práticas Psicológicas Clínicas em Instituições. É membro participante do Laboratório de Clínica Fenomenológica Existencial (LACLIFE). Endereço Institucional: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP Estrada de Aldeia, km 15, Condomínio Country, Lote F11. Camaragibe-PE. CEP: 54.789-000. E-mail: ellenfernanda1@hotmail.com

Carmem Barreto - Possui Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo, Mestrado e Graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Pernambuco. Atualmente é professora adjunta da Universidade Católica de Pernambuco e Coordenadora da Linha de Pesquisa de Práticas Psicológicas em Instituições do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Vice Coordenadora do GT-Prática Psicológica em Instituições: atenção, desconstrução e invenção da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Coordenadora do Laboratório de Psicologia Clínica Fenomenológica Existencial da UNICAP-LACLIFE e membro do Laboratório de Estudos e Prática em Psicologia Fenomenológica e Existencial da Universidade de São Paulo - LEFE.

Recebido em 08.06.2016
Primeira Decisão Editorial em 14.10.2016
Aprovado em 20.10.2016

DA PARALISAÇÃO DOS RINS AO MOVIMENTO DA VIDA: PERCEPÇÕES DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE¹

*From the Kidney's Paralisation to the Life's Movement:
the Perceptions Patients of Hemodialysis*

*El Cierre de los Riñones para el Movimiento de la Vida:
la Percepción de las Personas en Tratamiento de Hemodiálisis*

FABÍOLA GUZZO
ELISANGELA BÖING
ANNE LUISA NARDI

Resumo: A insuficiência renal crônica é considerada um grave problema de saúde pública no mundo. Este artigo tem como objetivo conhecer as percepções de pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) a partir do seu processo de adoecimento e tratamento. Tem como base para as reflexões o referencial teórico de Carl Rogers, a Abordagem Centrada na Pessoa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório e descritivo. O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada, com o uso de um roteiro contendo uma parte destinada a caracterização do participante e outra composta por questões norteadoras. A partir da análise de conteúdo foram criadas quatro categorias: 1) Percepções sobre Doença e Tratamento; 2) Transformações no Modo de Viver; 3) Recursos de Enfrentamento; 4) Mudanças nas Relações. De forma geral, o estudo apontou que além das mudanças na condição física, que resultam na limitação de atividades laborais e de lazer, evidenciam-se mudanças relacionadas ao estado de humor e maneira de relacionar-se no mundo. A dificuldade de integração da doença como parte da vida mostra-se relacionada à dificuldade de atualização do *self*. Em contrapartida, o potencial de superação mostra-se relacionado à aceitação das limitações e à construção de um significado positivo para o tratamento.

Palavras-chave: Nefropatias; Diálise renal; Terapia centrada na pessoa.

Abstract: The chronic renal insufficiency is considered a grave problem of public health in the world. This paper has as goal to know the patient's perceptions with chronic renal insufficiency the process of illness and treatment. It has as base the theoretic referential of Carl Rogers, The Person Centered Approach. It is a qualitative research, of exploratory and descriptive nature. The instrument used was a semi-structured interview, with the use of a roadmap containing a part designed to characterize the participant and another composed of guiding questions. From the content analysis it was created four categories: 1) Perceptions of Disease and Treatment; 2) Changes in the Way of Life; 3) Coping Resources; 4) Changes in Relations. Overall, the study found that in addition to changes in the physical condition, resulting in the limitation of labor and leisure activities show up changes related to mood and way of relating to the world. The difficulty of integration of the disease as part of life appears to be related to self-actualization of difficulty before the new condition. In contrast, overcoming potential appears to be related to the acceptance of the limitation and the construction of a positive meaning for the treatment.

Keywords: Kidney diseases; Renal dialysis; Person-centered therapy.

Resumen: La insuficiencia renal crónica se considera un problema grave de salud pública en todo el mundo. Este artículo tiene como objetivo evaluar las percepciones de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) desde el proceso de su enfermedad y tratamiento. Su base para la reflexión del marco teórico de Carl Rogers, el Enfoque Centrado en la Persona. Se trata de un carácter cualitativo, exploratorio y descriptivo. El instrumento utilizado fue una entrevista semi-estructurada, con el uso de una hoja de ruta que contiene una parte diseñada para caracterizar el participante y otro compuesto por preguntas de orientación. A partir del análisis de contenido que se ha creado cuatro categorías: 1) La percepción de enfermedad y el tratamiento; 2) Los cambios en la forma de vida; 3) recursos de afrontamiento; 4) Los cambios en las relaciones. En general, el estudio encontró que, además de los cambios en la condición física, lo que resulta en la limitación de las actividades laborales y de ocio, se presentó cambios relacionados con el estado de ánimo y la manera de relacionarse con el mundo. La dificultad de la integración de la enfermedad como parte de la vida parece estar relacionada con la auto-realización de dificultad. En contraste, el potencial superación parece estar relacionada a la aceptación de las limitaciones y la construcción de un sentido positivo para el tratamiento.

Palabras clave: Enfermedades renales; Diálisis renal; Terapia centrada en la persona.

¹ Artigo produzido como requisito para conclusão do curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - Universidade Federal de Santa Catarina - HU/UFSC.

Introdução

As pessoas geralmente esperam que a vida seja plena, longa, satisfatória e, acima de tudo saudável, ficar doente não faz parte dos planos de vida. A descoberta de uma doença gera uma série de movimentos internos e externos, como o de definir passos do tratamento e reconhecer-se na nova condição, adequar as expectativas pessoais e de seus familiares sobre tratamento e recuperação, mudanças nos hábitos e na qualidade de vida, além de outras demandas que exigirão da pessoa grande investimento de energia (Castro & Barroso, 2012). Quando se fala em doença crônica, essa exigência de investimento de energia parece se tornar ainda maior. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) define a doença crônica como uma doença permanente ou de longa duração, geralmente com progressão lenta, que produz incapacidade ou deficiência residual, causada por alterações patológicas não reversíveis, que requeira reabilitação ou longos períodos de observação, controle e cuidados.

Os participantes dessa pesquisa possuem doença renal crônica (DRC). Essa doença significa a presença de uma perda lenta, progressiva e irreversível da função dos rins. Até que o paciente tenha perdido cerca de 50% do funcionamento dos seus dois rins ele permanece praticamente sem sintomas. A partir desse ponto, vários sintomas podem ocorrer, como inchaço, pressão alta, anemia, entre outros (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2014²).

A DRC é considerada um importante problema de saúde pública, que se caracteriza por maus resultados e elevados gastos com saúde. Essa doença representa um grande risco para pacientes com diabetes, hipertensão, doença cardíaca e acidente vascular cerebral, que são as principais causas de morte e incapacidade em pessoas mais idosas. Uma vez que a prevalência da doença renal crônica é maior em pessoas mais velhas, o impacto do envelhecimento da população na saúde dependerá, em parte, de como a comunidade renal responde aos tratamentos (Tonelli & Riella, 2014).

Entre as diversas doenças dos rins, a doença renal crônica pode ser considerada uma das mais temidas, em grande parte, em função da ciência médica não ter cura para tal doença. Uma em cada dez pessoas sofre de alguma forma de doença renal crônica e os índices vêm aumentando nos últimos tempos. As principais causas desse aumento são diabetes, hipertensão, obesidade, fumo e níveis altos de colesterol (Souza & Pandya, 2014). O tratamento da doença renal requer dieta especial e uso de medicamentos (Barros, 2004). Este tratamento, com a evolução da doença, atinge de forma considerável a rotina da pessoa, pois consiste em restrições líquidas e alimentares rígidas, além de uso contínuo de diversos remédios

e consequente prejuízo no rendimento físico (Rodrigues, Lima & Amorim, 2004).

A redução da função renal a menos de 10% caracteriza o estágio terminal dessa função e são necessários tratamentos dialítico e/ou transplante (Barros, 2004). Os tratamentos dialíticos estão disponíveis em diferentes modalidades: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI) ou hemodiálise (HD) (Martins & Cesarino, 2005).

A hemodiálise, terreno desta pesquisa, é geralmente realizada por períodos de aproximadamente quatro horas e três vezes por semana, em unidades especializadas onde o paciente é conectado à máquina através de acessos venosos. O sangue é bombeado e encaminhado para a máquina onde acontece o processo de filtragem do sangue artificialmente, retornando, então, para o organismo (Velloso, 2001). As mudanças no estilo de vida ocasionadas pela insuficiência renal crônica e pelo tratamento dialítico ocasionam limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais, que podem afetar a qualidade de vida. Na vivência cotidiana com estes pacientes, os mesmos expressam sentimentos negativos, como medo do prognóstico, da incapacidade, da dependência econômica e da alteração da autoimagem. Por outro lado, eles também reconhecem que o tratamento possibilita a espera pelo transplante renal e, com isso, há uma expectativa de melhorar sua qualidade de vida. As mudanças advindas do tratamento também atingem seus familiares, pois esses necessitam ajustar sua rotina diária às necessidades de apoio ao familiar (Silva, Silveira, Fernandes, Lunardi & Backes, 2011).

As pessoas, a partir deste momento, passam a vivenciar esta experiência inicial, de maneiras variadas. Cada ser humano traz consigo sua história, sua bagagem cultural, sua forma própria de reagir às condições crônicas de saúde e a necessidade de realização do tratamento. No vivenciar a hemodiálise, a pessoa carrega consigo sua condição física e psicológica, e diversas vezes, renuncia de atividades de ordem social e econômica em função de sua situação patológica (Campos & Turato, 2010). A partir de uma aproximação com a temática, foi constatado que muitos estudos científicos se debruçavam sobre aspectos relacionados às perdas que as pessoas têm com o início do tratamento, como a perda do trabalho, do convívio social, da autoestima, entre outras (Valle, Souza & Ribeiro, 2013; Roso, Beuter, Kruse, Girardon-Perlini, Jacobi & Cordeiro, 2013; Silveira, Pantoja, Silva, Sá, Turriel & Nunes, 2010), mas constatou-se, nesta revisão de literatura, que não havia estudos focados no potencial de superação dessas pessoas. Assim, a relevância científica deste estudo reside na sua contribuição para a pesquisa e intervenção que possibilitem enfatizar e mapear o potencial de superação dessas pessoas para adequar-se à nova realidade de vida surgida com a doença renal crônica e tratamento.

² Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/publico/tratamento-conservador>>.

1. A Abordagem Centrada na Pessoa

Para adentrar na experiência da pessoa com doença renal crônica, a partir do seu processo de adoecimento e tratamento, optou-se pelo olhar da Abordagem Centrada na Pessoa, fundada por Carl Rogers (Rogers, 1983). A premissa de Carl Rogers refere-se à confiança na pessoa como plena de recursos e capaz de se autodirecionar em seu processo de desenvolvimento através da vida. Neste sentido, a filosofia de Rogers se fundamenta na primazia da autoconfiança. Segundo este autor, em todo o ser humano há uma necessidade que se faz evidente em toda a vida humana e orgânica, rumo ao amadurecimento, ao desenvolvimento e ao tornar-se autônoma. O homem é um ser que, independente de sua patologia, mantém posturas frente à vida (Rogers, 1999).

Partindo do pressuposto denominado de *tendência à atualização* (ou tendência atualizante), na teoria Rogeriana acredita-se que todo organismo é movido por uma tendência inata para desenvolver todas suas potencialidades e para desenvolvê-las de maneira a beneficiar seu crescimento pessoal. A tendência atualizante é o movimento natural em progredir e tem relação com um conjunto de fatores como a visão de mundo e as perspectivas. Ela é positiva no sentido de que todos os seres humanos buscam o melhor para si (Pinto, 2010).

No momento em que se busca compreender como a tendência atualizante se manifesta no indivíduo, é importante deixar de lado juízo e valores, pois o olhar deve ocorrer a partir do referencial de vida daquela pessoa, caso contrário, ela poderá parecer sem sentido. Rogers e Kinget (1977) afirmam que a tendência atualizante procura atingir aquilo que a pessoa percebe como valorizador e enriquecedor, mas não necessariamente ao que é valorizado ao juízo dos outros. Transversalmente ao conceito de tendência atualizante, Rogers (1979) demarca o conceito de *Self*, descrevendo-o como a inclusão de todas as percepções que a pessoa possui de seu organismo, da sua experiência de vida, da forma como essas percepções interagem com outras percepções e objetos no seu ambiente, e com todo o mundo exterior. Pontua-se que nos primeiros anos de vida, a realidade para as pessoas se resume a sua experiência que passa por um processo avaliativo do mundo em alguns critérios, são eles: o que se percebe sensorialmente como algo agradável é atribuído um valor positivo e o que não é percebido como agradável é atribuído um valor negativo. Rogers nomeou esse processo de avaliação organísmica, quando o indivíduo guia a sua ação a partir de como experiência o mundo no aqui e agora. Da interação entre indivíduo e o contexto onde vive, uma parcela desta experiência se torna “experiência de si”, fazendo com que este, então, crie uma “noção de eu” a partir da qual, também irá guiar suas ações.

Todas as noções adquiridas fazem parte do seu mundo fenomenológico, de maneira que não se trata somente do eu, como existe em realidade, mas do eu como é percebido

do pela pessoa (Rogers, 1977). Então, o conceito de *self*, também chamado de autoconceito e de noção de eu, é a percepção de si e da realidade pela própria pessoa (Rogers e Kinget, 1977). Em linhas gerais, a *tendência atualizante* é o movimento, a energia rumo ao desenvolvimento, crescimento, ou conservação que seguirá a direção dada pela noção de *self* de cada pessoa. Rogers (1977) apresentou outra questão, tendo como solo o existencialismo, e que complementa sua visão de homem: a liberdade, que juntamente com a escolha e responsabilidade estão intrinsecamente ligadas e são inerentes a qualquer ser humano. Está relacionada à coragem, pois ao praticar a liberdade por meio das escolhas, o homem deveria ser corajoso ao entrar no solo das incertezas. A experiência de ser livre é um processo ou aspecto central na abordagem de Rogers, proporcionando mais autonomia, espontaneidade e segurança.

Todavia, essa liberdade tratada por Rogers e Kinget (1977), relaciona-se essencialmente com a experiência. O indivíduo se sente livre para elaborar suas experiências e sentimentos pessoais como ele os entende. O indivíduo é psicologicamente livre quando não se sente obrigado a negar ou deformar aquilo que experimenta, a fim de conservar o afeto ou o apreço daqueles que possuem um papel importante na sua vida.

Para Rogers e Kinget (1977), o ser humano tem a capacidade, latente ou manifesta, de compreender-se a si mesmo e de resolver seus problemas de modo suficiente para alcançar a satisfação e eficácia necessárias ao funcionamento adequado. Esta capacidade é entendida como parte de sua bagagem natural, e não é produto de alguma educação ou aprendizagem particular, especializada. No entanto, a atualização eficaz desta potencialidade não é automática. Ela requer certas condições, um certo clima interpessoal. O uso desta capacidade requer condições principalmente ligadas às relações humanas: positivas, favoráveis à conservação e valorização do eu, desprovidas de ameaças ou desafio à concepção que o sujeito faz de si.

Através dessa abordagem psicológica, Rogers construiu seu diferencial de psicoterapia sustentado na existência de uma tendência individual para o crescimento e saúde; na ênfase dos elementos emocionais em detrimento dos intelectuais; na priorização do presente em detrimento do passado; e no reconhecimento do papel da relação terapêutica na experiência de crescimento. Em defesa da ideia de que a personalidade humana tende a saúde e ao bem-estar, Rogers desenvolveu atitudes facilitadoras e recursos interventivos que permitem o resgate do potencial realizador existente em todo ser humano (Bacellar, Xavier & Flôr, 2012).

Partindo dessas concepções é que se buscou uma aproximação das experiências relatadas pelos participantes deste estudo, a fim de refletir sobre como eles têm integrado a doença e tratamento às suas vidas.

2. Método

A abordagem utilizada foi a qualitativa, de cunho exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o mundo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um campo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

As informações coletadas nas entrevistas passaram por uma análise de conteúdo categorial temático. Para Minayo (2007, p. 316), “a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”. As entrevistas foram lidas na íntegra diversas vezes, através de leitura flutuante, após foram feitos recortes das entrevistas e em seguida elegidas as categorias temáticas conforme os objetivos do estudo.

Na análise dos dados são apresentados fragmentos das entrevistas dos sujeitos, que são identificados por códigos: letra P (participante) mais enumeração, seguido das letras M e F (masculino e feminino). O estudo foi desenvolvido em uma unidade de tratamento dialítico de um Hospital Universitário, na região Sul do país. A referida unidade conta com uma média de 30 pacientes, divididos em três períodos do dia para realização do tratamento. Participaram deste estudo sete pessoas, quatro do sexo masculino e três do sexo feminino. Estes foram escolhidos por conveniência e como critério de inclusão foi considerado ter disponibilidade, função cognitiva preservada e condição de saúde estável no momento da entrevista. O tempo que os participantes da pesquisa realizam hemodiálise varia de 2 a 8 anos.

Primeiramente foi realizado contato individual com o paciente e explicado sobre o propósito da pesquisa. Após verificação do interesse e disponibilidade da pessoa em participar, a mesma recebeu os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, foi informada sobre segurança do anonimato e foi-lhe apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o aceite e assinatura do mesmo, foi agendado um horário e local para realização da entrevista, dentro da instituição hospitalar.

Esse estudo proporcionou um momento de acolhimento e escuta, permitindo um espaço propício de reflexão, o qual pode trazer benefícios aos participantes. Quanto aos possíveis riscos de abordar questões tão mobilizadoras para as pessoas, como são as relacionadas à saúde/doença/tratamento, foi esclarecido pelo TCLE que em caso de sofrimento emocional durante e após a entrevista, a entrevistadora estaria disponível para prestar a assistência psicológica necessária, realizando acompanhamento posterior aos participantes que realizam hemodiálise na UTD do HU. Ainda, poderiam ser encaminhados para Serviço

de Psicologia em Clínica Social ou Clínica Escola, onde o atendimento é gratuito.

O estudo foi realizado através de uma entrevista semi-estruturada, com o uso de um roteiro, contendo uma parte da caracterização do participante, com informações referentes ao sexo, idade, tempo de tratamento, escolaridade e religião. A outra parte foi composta por questões norteadoras referentes às percepções das pessoas sobre as transformações no modo de viver, os recursos de enfrentamento utilizados e a rede de apoio significativa ao longo do processo de adoecimento e tratamento. Em todo o desenvolvimento da pesquisa foi respeitada a Resolução CNS 466/12.

3. Resultados e Discussão

Por meio da análise dos dados foram obtidas quatro categorias que emergiram da análise das entrevistas, elencadas e discutidas a seguir: 1) Percepções sobre Doença e Tratamento; 2) Transformações no Modo de Viver; 3) Recursos de Enfrentamento; 4) Mudanças nas Relações.

Categoria 1: Percepções sobre Doença e Tratamento.

Pôde-se constatar que os participantes do estudo possuem conhecimento diverso sobre a doença e o referido tratamento. Alguns falam de forma apropriada sobre seu diagnóstico, enquanto outros parecem ter uma noção limitada do mesmo, o que pode contribuir para dificuldade de aderência ao tratamento em alguns casos. Infere-se que essa diversidade de conhecimento está relacionada à maneira como cada pessoa recebeu as informações sobre seu diagnóstico e sua percepção de *self* naquele momento. Seguem alguns fragmentos das entrevistas sobre o momento da comunicação diagnóstica:

Falaram que era só isso, ou aquele que eu te falei que fazia em casa... mas quando o doutor falou que eu precisava fazer (o tratamento de hemodiálise) comecei a chorar, chorar, chorar... porque eu sempre vinha sozinho né, aí no último dia minha cunhada veio comigo pra saber o que eu tinha, o que não tinha, ela dizia não chora dona P, não chora... (P 4 F).

Minha médica foi bem taxativa, “vai ter que fazer uma fistula e essa fistula tem que ficar bem pra poder fazer a hemodiálise”. Eu não conseguia aceitar. É muito difícil pra gente saber que tem o problema renal, eu chorei muito... (P 5 F).

A descoberta da doença e necessidade de realizar o tratamento de hemodiálise suscitaram reações de tristeza e desespero. Aqui nota-se o impacto emocional frente a uma experiência completamente nova e que não constituía o *self* dessas pessoas, sendo que nesse primeiro momento a comunicação pode ser entendida como uma ameaça ao

self, gerando dificuldade para incorporar isso a sua organização atual. Sabido que a sociedade ocidental, na qual estamos inseridos, preza pela boa forma e funcionalidade do corpo, e que as pessoas se reconhecem e se sentem valorizadas através da avaliação vinda dos outros, receber um diagnóstico de DRC pode estar associado a uma promessa anunciada de falência do corpo e até mesmo de sua identidade, seu “eu”. Para Rogers e Wood (1994) o *self* é a percepção consciente que o “eu” tem de uma parte do campo da experiência total. Consiste no conjunto de ideias, percepções e valores que caracterizam o “eu”.

Os participantes trouxeram na sua compreensão sobre o adoecimento e tratamento de hemodiálise a ideia de disfuncionalidade e paralisção, além de uma necessidade de mudança nos hábitos alimentares e de uma nova relação com o corpo, o que aponta para uma nova realidade a ser vivida.

O tratamento é porque o rim esquerdo não tá funcionando normal, não é porque eu só tenho um, é porque ele tá fraco... se eu não fizer mais, ele para, ele não filtra mais o sangue, se eu não fizer, se eu não tiver a máquina, ele para, eu não vou urinar, ele tem uma função especial, que é a função do rim, que é filtrar o sangue e coisarada, se eu não fizer posso morrer, é isso que tô sabendo” (P 3 M).

O problema renal é do rim né, os rins vão parando, e eu tenho que me alimentar, fazer uma dieta especial, tem que tirar o sal, não pode tomar muito líquido, tem que fazer muita dieta... Eu sei que é tipo uma filtração, filtra o sangue, entra na máquina e ela faz aquele processo de tirar as coisas ruins do sangue, resíduos, a água que a gente toma tem que diminuir o líquido, tem que perder peso, é filtrar o sangue (P 5 F).

Paradoxalmente à ideia de disfuncionalidade e paralisção, os pacientes também veem na hemodiálise a chance de continuarem vivos. É quase unânime a percepção de que a hemodiálise – a máquina – é a tecnologia da qual dependem para viver, o que traz, muitas vezes, a ideia de obrigatoriedade e de aprisionamento ao tratamento.

Segundo Silva et al. (2011) a hemodiálise pode acarretar sentimentos ambíguos de aceitação e revolta nas pessoas que precisam deste tratamento para sobreviver, pois ao mesmo tempo em que ele garante a vida, torna a pessoa dependente da tecnologia. Existe um simbolismo atribuído à hemodiálise, tratando a mesma como uma relação de “vida e morte”, ponderando que a sobrevivência é possível pelo procedimento.

É um negócio que você está preso pelo resto da vida até a hora de partir de vez... Eu gosto do ambiente aqui, me acostumei, está tudo bem, venho aqui dia sim dia não (P 2 M).

O que eu sei é que tem que se cuidar né, que não é uma doença muito boa né. Diz que se não se cuidar prejudica muita coisa no corpo da pessoa... É um tratamento bom, a gente sabe que se quiser viver tem que enfrentar, que é obrigada (P 4 F).

É uma sobrevida, sem isso a gente não consegue viver, eu posso optar por não fazer, mas aí a opção vai me levar à morte... Eu não tenho nada contra a hemodiálise, mas é uma coisa chata, te acarreta outras coisas, é uma obrigação... Eu vejo como um mal necessário, não é uma coisa boa, no começo inclusive eu passei muito mal tive vários problemas, esse ano tive pressão alta, pressão baixa, tive convulsão. É mais ou menos que nem médico e advogado: é melhor que não tivesse, mas infelizmente a gente precisa (P 7 M).

A maioria dos pacientes visualiza a hemodiálise como uma obrigação, pois possuem a compreensão de que não há outra alternativa para continuarem vivos. No entanto há uma escolha a ser feita pela pessoa que está semanalmente dentro do hospital, ligada à máquina de hemodiálise por aproximadamente 4 horas do seu dia, de 2 a 3 vezes na semana. O paciente precisa fazer um movimento em direção ao que considera o melhor para si naquele momento. Mesmo sofrendo as reações adversas do tratamento (mal-estar, náuseas, tonturas) decide realizar a hemodiálise, prevalecendo assim o movimento em direção à sobrevivência e desenvolvimento.

Sob a ótica da Abordagem Centrada na Pessoa, podemos pensar aqui a questão da liberdade, que inclui escolha e responsabilidade, sendo estas disponíveis a todos os seres humanos. Ficou claro que, para essas pessoas, junto à sensação de aprisionamento existe um impulso rumo à vida, há busca por uma melhor condição de saúde e bem-estar. Segundo Rogers (1999), há uma necessidade que se manifesta em toda a vida, humana e orgânica, rumo ao amadurecimento, ao desenvolvimento e ao tornar-se autônoma. O homem é um ser que, independente de sua patologia, mantém posturas frente à vida, pautadas na sua noção de *self* e no seu nível de percepção da liberdade e responsabilidade pelas escolhas.

Uma alternativa que surge ao paciente em tratamento de hemodiálise é o transplante renal. Para chegar até ele existe um caminho a ser percorrido e nesse caminho está a questão do tempo, a necessidade de entrar em uma lista de espera, de buscar um doador compatível. Uma soma de fatores precisa ser levada em conta, incluindo a condição física do paciente, como num jogo de montar, onde as peças precisam se encaixar com perfeição.

Eu quero fazer o transplante, tô na fila há 2 anos, eu quero me livrar disso... só que eu tenho um problema que eu sou AB positivo, que é raro, só posso receber do mesmo tipo de sangue que o meu (P M 7).

Eu tenho esperança de botar o pé, fazer o transplante renal... Sim, eu sempre fui uma pessoa positiva, minha irmã também é muito inteligente, me dá muita força... já to na fila do transplante do rim, vou consultar, dia primeiro, na médica do transplante (P F 5).

A possibilidade de realizar o transplante parece servir como recurso para enfrentar a realidade no momento, sendo esta realidade ligada à condição de doença e hemodiálise. Porém, se a pessoa permanece unicamente focada nessa possibilidade futura, corre-se o risco de não se permitir viver o agora de forma plena, dificultando a eficácia da tendência de atualização. A imagem de si arraigada no passado ou a imagem de si projetada para o que deseja no futuro, dificulta a atualização do “eu” de modo realístico, a possibilidade de viver o aqui e agora, com tudo que ele tem para oferecer, coisas boas e ruins.

Categoria 2: Transformando o Modo de Viver

Os participantes identificaram mudanças significativas no seu modo de viver. Os relatos revelam, a princípio, perdas relacionadas às limitações físicas, que acabam impedindo a realização de atividades laborais e também de lazer, levando as pessoas para o afastamento do convívio social devido à incompatibilidade entre aquilo que gostariam de ser e fazer, e aquilo que são e que conseguem fazer. Os excertos a seguir parecem confirmar estas reflexões:

Causou um monte de problema, agora não posso trabalhar, não posso mais fazer esforço físico, trabalhar com picareta, com pedra, como eu fazia, não posso mais, só com coisa leve... meu filho mais novo e meu sobrinho querem aprender a trabalhar de pedreiro agora, e eu só oriento, e eles vão lá e fazem. Mas eu preferia tá fazendo toda vida (risos) (P M 3).

Mudou bastante né... eu era uma pessoa trabalhadeira, que levantava de manhã, deixava todo mundo dormir e ia limpar o banheiro, já ia lavar uma louça, levar um lixo lá fora, hoje não posso pegar saco pesado. Ah Deus como mudou (P F 4).

Mudou bastante. Eu acordava quatro horas da manhã e saía às sete pra casa... trabalhava em Biguaçu, trabalhava o dia todo, carregava peso, alumínio... Era puxado, mas eu adorava né (P M 6).

Essas falas corroboram com Mattos e Maruayma (2009) quando referem o trabalho como uma das instâncias da vida na qual as pessoas mais investem suas energias, físicas e emocionais, sobretudo na sociedade atual, onde o consumo é fortemente valorizado. As pessoas, muitas vezes, são reconhecidas apenas através do desempenho pelo seu trabalho. Aliado a isso, apesar das configurações familiares estarem mudando, ainda há um ideal de constituição de família nuclear, ou seja, aquela

em que a mulher desempenha o papel de dona de casa e mãe, e o homem de pai, marido e provedor do lar, sendo reconhecido perante a comunidade por conseguir realizar satisfatoriamente esses papéis.

A percepção do eu (self) aparece nos discursos bastante atrelada à funcionalidade do corpo e a disponibilidade para o trabalho e, em decorrência disso, após o aparecimento das limitações físicas parece emergir uma incongruência entre a experiência orgânica (o corpo num ritmo diferenciado, sentindo dores, necessitando de adaptação) e sua noção de eu (fundamentada em um corpo silencioso e a serviço do trabalho, útil, belo), evidenciando a dificuldade de integração da doença como parte da vida.

Quando o self não está em consonância com a experiência vivida, há um desequilíbrio entre a experiência do sujeito e a percebida pelo organismo. Esse desequilíbrio ocorre, para Rogers (1977), a partir de uma introjeção de valores que não são propriamente da experiência vivida, mas de uma série de exigências feitas pela sociedade. Exigências essas, que na fala dos entrevistados, estão relacionadas ao ser homem, chefe e provedor do lar, a ser mulher, dona de casa e responsável pelo cuidado dos filhos, a ter um corpo útil para o trabalho e desprovido de deficiências.

Além das mudanças na condição física, que resultam na limitação de atividades laborais e de lazer, ficaram evidentes mudanças relacionadas ao estado de humor e maneira de relacionar-se no mundo.

Eu te diria que sim, eu acho que mudei... eu acho que eu tô mais fechado, mais quieto, não seria depressivo, mas parecido com isso, não tão expansivo... não sei se é a idade também, pode ser isso (P M 7).

Tenho vontade de ficar calado, sem barulho, sem nada. Fico nervoso quando o negócio não dá certo, quando imagino uma coisa e não dá certo (P M 6).

Os indivíduos cujo self não ‘combinam’ com seus sentimentos e experiências precisam se defender contra a verdade, porque a verdade lhes traz ansiedade. Devido à necessidade de se proteger dos seus temores mais íntimos, o indivíduo pode se comportar de maneira destrutiva, regressiva, imatura e prejudicial (Rogers, 1977).

Nesse sentido, Laplantine (2010) discute como a doença pode ser vista a partir de um modelo maléfico ou benéfico. No primeiro, a doença é vista como um mal absoluto, é nociva, perigosa, indesejável, privadora, da ordem do anormal e deve ser combatida, seja por remédios, seja por outros tipos de terapias, como as psicológicas. Além disso, a doença configura-se como um desvio, tanto biológico quanto social. Já o modelo benéfico, traz a ideia de que o sintoma é uma mensagem a ser escutada e desvendada. A doença, por isso, tem um sentido e serve como uma tentativa de restauração do equilíbrio alterado. Outra característica atribuída dentro desta visão benéfica

é de que esse momento possibilita a vivência de outras experiências, as quais os sujeitos não conseguiriam devido à rotina intensa e agitada de trabalho.

Há males que vem pra bem, enquanto não causou essa da cirurgia, esse negócio... Antes eu queria fazer as coisas, arrumar a casa, comprar as coisas pra família e não conseguia, e agora não... depois disso aí deu uma reviravolta pro bem, eu consegui minha casa nova, consegui os móveis novos, tá tudo bem mais organizado (P M 3).

Além disso, algumas pessoas enfatizaram a diminuição dos sintomas anteriores à realização da hemodiálise, sendo que o tratamento proporcionou alívio e maior bem-estar. As pessoas que aceitam as limitações do corpo demonstram vivenciar o adoecimento com maior tranquilidade e conforto.

Estou me sentindo bem, venho aqui e faço a hemodiálise e naquela noite eu durmo bem (P F 1).

Antes de fazer esse procedimento eu sentia muita câimbra, dores na perna, tinha muito inchaço, depois eu melhorei, depois disso até a câimbra melhorou... Eu tinha até medo de dormir, tinha caimbra no dedo, na panturrilha, passava até quase sem dormir por medo de uma reação diferente e não acordar mais normal. Tinha medo, agora me sinto tranquilo... (P M 3).

Para aqueles que encontram um significado positivo para o tratamento, a doença se torna mais uma parte de suas vidas que se une a tantas outras, trazendo à tona o potencial existente dentro de cada ser. Nesse sentido, Rogers (1977) ressalta que quanto menor for a rigidez da percepção de si e da realidade, maior a capacidade de atualização do *self*, e maior será o uso da potência em direção ao funcionamento saudável. A construção do *self* é movimento, processo e, esse movimento de transformação centrado no contato consigo, na necessidade de rever-se e rever a vida de modo intenso e contínuo, gerado pela doença e pela hemodiálise, pode impulsionar a atualização do *self*.

Categoria 3: **Encontrando Recursos de Enfrentamento**

Foi possível identificar nas falas dos participantes que as crenças religiosas são importantes recursos no enfrentamento das situações difíceis suscitadas pela DRC. A maioria dos pacientes relatou fazer parte de alguma religião e enfatizou o quanto as crenças religiosas servem de suporte e conforto para tolerar as angústias advindas do adoecimento e tratamento. É sabido que, partindo das construções culturais mais distintas, as religiões buscam, em seu âmago, explicações para questões essenciais à experiência humana. No presente estudo, a religião surgiu como principal recurso no enfrentamento da doença

e tratamento, sendo que alguns participantes relataram que antes do adoecimento já possuíam alguma crença religiosa, e outros descobriram sua fé diante do sofrimento emocional causado pela doença.

Mudou, depois que aconteceu isso, uns 3 ou 4 anos aí que eu entrei pro Evangelho... Devido a religião eu acho que me ajuda muito, Deus me dá tranquilidade nos momentos difíceis, eu oro muito pedindo as coisas, eu sou um pedilão danado... (P M 2).

Primeiramente eu acredito muito em Deus, eu confio em Deus, e segundo depois eles aqui que são os anjos na terra, isso aí é Deus que dá, essa atividade pra eles, esse dom da enfermagem pra poder curar o ser humano... eu considero 100, se não é eles aqui a gente não sobrevive não (P M 3).

Eu sou muito esperançosa, eu tenho muita fé, eu rezo muito, Deus é muito bom comigo... eu perdi o pé, perdi pelo problema renal, mas o importante pra mim é que eu tenho a vida, tenho minha visão, posso olhar, ver minha neta, curtir minha família... e minha família é maravilhosa, é linda, todo mundo querendo me ajudar (P F 5).

Vários pesquisadores têm investigado a associação entre fatores relativos à religiosidade, como práticas, afiliações e crenças, e suas implicações na saúde, tanto em sua dimensão física quanto mental (Faria & Seidl, 2005). Essa associação tem raízes histórico-culturais muito antigas, presentes em mitos gregos, em rituais indígenas e nas inscrições bíblicas, que seguem influenciando a cultura ocidental nos tempos modernos. Para Boff (2006) as religiões têm como base a experiência com uma realidade mística e fascinante que se apodera do ser humano, manifestando a presença de algo transcendente que é sentido no cotidiano da existência humana e possui capacidade para transformar a vida. A espiritualidade refere-se a essa experiência de contato com algo que transcende as realidades da vida terrena. Ficou evidente que para os participantes deste estudo existe uma implicação positiva da religião e espiritualidade na vivência do adoecimento.

Nas falas a seguir aparece certa flexibilidade da percepção em relação às limitações físicas e mudanças no cotidiano, como a aceitação de que atividades que antes eram realizadas sozinho, já não são mais possíveis. Apesar do aparecimento dessa parcela de flexibilidade, parece haver um importante esforço em distanciar-se da dor e sofrimento, um “não querer pensar” nos acontecimentos considerados difíceis e indesejáveis, que pode impedir que a experiência seja vivida totalmente. A utilização integral da potência depende da aproximação ao *self* real, e isso só pode ocorrer quando a pessoa permite-se ser quem é, e não quem se quer ser.

Eu tenho esperança de botar o pé, de fazer o transplante... negativo é que eu perdi o pé, eu não vou me abalar por causa disso, não posso ficar pensando negativo. Se eu posso pensar positivo, vou deixar as coisas ruins pra lá... Foi uma coisa boa pra mim não perder a vida, se eu fui obrigada a tirar o pé. Que eu vou conseguir o transplante e a prótese, porque se eu for me abalar, ficar chorando num canto, eu não vou conseguir (P F 5)

O que eu não posso é me encolher num canto e ficar chorando, porque muita gente entra em depressão... tem um monte de coisa que pode fazer. Fazer uma comida, varrer um quintal... isso desde moleque eu aprendi ajudando a mãe em casa. Minha esposa trabalha, mas ninguém passa fome, cada um se vira, porque desde pequenino eu ensinei meus filhos: tua mãe não tá em casa vai lá e frita um ovo... porque se eu sou uma pessoa que não ensina meus filhos, hoje com minha situação, eu ia ter dificuldades... (P M 3).

A crença religiosa e a expressão da fé parecem proporcionar algum significado aos momentos difíceis pelos quais as pessoas passam, sendo que buscam colocar as decisões pelos acontecimentos na “terra” a cargo de Deus, bem como o poder para solucionar os problemas. A religião pode servir como importante recurso de enfrentamento diante das adversidades e falta de “explicação” para aquilo que nós, seres humanos, não somos capazes de compreender. Por outro lado, ela pode afastar o indivíduo de uma percepção mais realística de sua experiência orgânica, colocando a potência em algo externo, e que precisa ser encontrada fora de si.

Categoria 4: Mudanças nas Relações

Ao longo desse estudo pôde-se perceber que as relações sociais e de amizade representam certa ameaça à imagem que os indivíduos têm de si, sendo bastante difícil para estes aceitar e buscar novas formas de relacionar-se frente às limitações resultantes do adoecimento. Quando cessa o movimento ao encontro dos amigos, o que resta são as relações íntimas no meio familiar. Presente nos relatos está a marca da impotência e a necessidade de receber ajuda, a expectativa de ser cuidado, direcionado, conduzido, um entregar-se ao outro. Nessa posição, o indivíduo vai deixando-se levar, sem troca, sem se doar, pois parece já não reconhecer algo em si que seja interessante para o outro. Dessa forma, mais uma vez sua potência parece ser colocada no outro, já que não reconhece outra forma de se relacionar senão aquela que carrega do passado.

Aí tem muitas coisas que mudaram. Minha esposa vem sempre me acompanhar, mudou tudo lá em casa. Hoje é uma filha que trabalha, ela levanta mais cedo para preparar o almoço pra nós (P M 2).

A família ajuda né, dá uma força, se eu preciso comprar um remédio vão lá e compram (P F 4).

Com certeza. Antigamente, como eu tinha meu pé, era normal, hoje elas me visitam mais, elas me cuidam bem, tem aquela preocupação de fazer uma dieta sem sal... Quando vou na casa das minhas irmãs elas já tiram o sal da comida, elas dizem: “cada um coloca o sal na sua comida”, elas são preocupadíssimas comigo, me ajudam bastante nessa parte (P F 5).

Devido a maior dependência física, as pessoas adoecidas, por vezes, deixam de frequentar locais que antes lhe ofereciam lazer e bem-estar, e com o tempo afastam-se dos amigos, restringindo o convívio social e deixando, aos poucos, de existir nas relações. Aproximar-se dos amigos requer um movimento que exige contato com aquilo que não se é mais e que talvez seja difícil de aceitar. Como existir não podendo compartilhar mais da mesma comida, da mesma bebida, da mesma festa ou programa na praia?

No fragmento a seguir o participante parece ter mantido seu foco nas atividades e forma de relacionar-se anteriores ao adoecimento, tendo certa dificuldade em incluir novas perspectivas de interação social na sua vida. Quando a pessoa não consegue atualizar a imagem que tem de si, fica apegado a uma visão de si anterior ao adoecimento, tornando sua forma de relacionar-se condicional a visão de si do passado (expressão de um *self* ideal).

Não tenho... nosso relacionamento social hoje seria a igreja e a família, pessoas de fora não... A gente não sai, eu sempre gostei de ficar em casa, mas nem sempre foi tanto assim. É difícil vir alguém visitar, a minha mãe vem de 2 a 3 meses porque ela mora em Porto Alegre, a mãe dela é muito difícil vir... A gente acabou se fechando, tu te restringe pra comer, ta com menos dinheiro porque não ta trabalhando, ela parou também pra cuidar de mim... quer queira quer não, menos dinheiro, menos atividade social... não pode comer, não pode beber (P M 7).

Neste excerto evidencia-se uma dificuldade em se deparar com as limitações físicas, ou melhor, com aquilo que deixou de ser. Manter o contato social, visitar amigos, expor a fragilidade do corpo parece representar a confirmação de que algo mudou, gerando sofrimento, culminando em um movimento de manter-se afastado, numa tentativa de se proteger e manter sua percepção de si mais intacta e estável possível. Os resultados desse estudo, de forma geral, apontam para uma dificuldade das pessoas em integrar a DRC às suas vidas, principalmente quando a doença implica perda ou limitação da capacidade física. Nossa sociedade parece não conseguir associar a ideia de um corpo “doente” à de uma vida de novas possibilidades, que possa ser vivida satisfatoriamente, mesmo com sofrimento. Apesar de alguns participantes relatarem certa

aceitação diante da doença e tratamento, essa aceitação vem sempre acompanhada de uma condição, uma expectativa de alcançar outra condição de saúde no futuro. Essa expectativa aparece associada à religiosidade, que muitas vezes pode servir como um importante recurso no enfrentamento da DRC. No entanto, pode contribuir para que a pessoa se distancie de uma percepção de *self* real e perca de vista seu próprio potencial de superação frente às adversidades da vida.

Considerações finais

A doença renal crônica é uma doença progressiva e seu tratamento exige grandes e intensas mudanças na vida das pessoas. A maioria delas deixa de realizar atividades de lazer e trabalho devido à fragilidade física, fato que gera grande impacto emocional, já que a maioria das pessoas tem a imagem de si associada à capacidade laboral. Quando essa capacidade não é mais a mesma, surge no indivíduo a necessidade de movimentar-se (tendência atualizante) de maneira diferente pela vida.

Ao longo desse estudo, foi possível conhecer um pouco do modo como os participantes vêm se movimentando na vida após o surgimento da DRC e tratamento de hemodiálise. As pessoas relataram dificuldade para lidar com o adoecimento, principalmente quando esse gera limitações para o corpo. O corpo, aqui, aparece como uma ferramenta que garante a possibilidade de alcançar todo sucesso, bem-estar e satisfação que a pessoa possa ter na vida. É o corpo, através de seu desempenho, que permite a valorização e o reconhecimento pelos outros.

Por vezes, as pessoas acabam se afastando do convívio social devido as limitações e não aceitação da nova condição de saúde, e parece não perceber algo em si que possa ser interessante para o outro e, aos poucos, vão se anulando na relação. Foi possível constatar que as crenças religiosas são importantes recursos no enfrentamento das situações difíceis suscitadas pela DRC. Por outro lado, ela pode afastar o indivíduo de uma percepção mais realística de sua experiência organísmica, quando as pessoas colocam a potência em algo externo e que precisa ser encontrada fora de si.

A DRC e o tratamento de hemodiálise colocam o indivíduo de uma forma bastante intensa em contato com seu “eu”, fazendo com que se depare, semanalmente, com sensações que na maioria das vezes não pertencem à imagem de si. Enquanto a pessoa não estiver aberta para essas experiências e não flexibilizar suas percepções, estará se afastando do seu *self* real e dificultando a eficácia plena de sua potência rumo ao desenvolvimento, amadurecimento e funcionamento saudável.

O processo de atualização acontece através de condições facilitadoras nas relações interpessoais. Um clima facilitador pressupõe o não julgamento e a permissão para que a pessoa expresse livremente seu “eu”,

sem ameaças. Essa relação pode acontecer entre todos os envolvidos no processo de adoecimento e tratamento: paciente, família, profissionais de saúde, amigos. O psicólogo nesse ínterim aparece como a pessoa que pode contribuir com a identificação e fortalecimento dessas condições facilitadoras, propiciando um espaço de escuta acolhedor, livre de ameaças e julgamentos, onde o sujeito possa se deparar com a realidade do adoecimento e tratamento, e refletir sobre suas escolhas e responsabilidades nesse processo.

Importante salientar algumas dificuldades encontradas durante o estudo, estas principalmente relacionadas ao campo da pesquisa. As entrevistas foram realizadas nos dias em que os participantes iam ao hospital fazer o tratamento de hemodiálise, sendo que a maioria depende de transporte municipal para chegar até o local e não poderiam comparecer em outro dia. Foram identificados sinais de ansiedade nos participantes, relativa ao tempo de duração da entrevista, sabido que necessitavam realizar a hemodiálise durante 3 ou 4 horas e tinham horário marcado para apanhar o transporte para voltar para casa. Em alguns momentos, notou-se certa rapidez para responder a algumas perguntas e também certo receio em prolongar os temas, o que pode ter interferido no aprofundamento e qualidade das respostas dadas pelos participantes. Além disso, as salas utilizadas para realização das entrevistas são compartilhadas por vários profissionais, sendo que em vários momentos houve a necessidade desses entrarem para pegar algum material, fato que acabava interrompendo o fluxo da entrevista.

Apesar das dificuldades encontradas, o estudo permitiu uma aproximação das vivências e percepções das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Há necessidade de novas pesquisas que ampliem o foco das perdas e qualidade de vida, para conhecer e compreender o potencial existente em cada ser rumo ao seu crescimento e funcionamento saudável, mesmo diante do sofrimento. Quanto mais, os profissionais da saúde, conhecerem as dificuldades e capacidades dos pacientes, mais conseguirão atuar de maneira acolhedora e eficiente, identificando e auxiliando as pessoas a desenvolverem condições para que possam encontrar sua potência na vivência do adoecimento e tratamento de hemodiálise, apoderando-se de suas próprias vidas.

Referências

- Bacellar, A. R., Joana S. X. & Flôr, M. S. (2012). Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. *Revista do NUFEN*, 4(1), 127-140.
- Barros, T. M. (2004). Doença Renal Crônica: do doente e da dimensão familiar. In Mello, Júlio Filho. & Burd, Miriam. (Orgs.) *Doença e família* (357-364). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Boff, L. (2006). *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2010). Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 799-805.
- Castro, M. M. Cavalcante & Barroso, C. L. (2012). Contribuições da terapia cognitivo-comportamental nos cuidados paliativos. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde* (Salvador), dez, vol. 1(1): 101-108.
- Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Laplantine, F. (2010). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- Martins, M. R. I. & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 13(5), 670-676.
- Mattos, M. & Maruyama, S.A.T (2009). A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento de hemodiálise. *Rev. Eletronica Enfermagem*, 11(4), 971-8.
- Minayo, M. C. S. (2001). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec.
- Pinto, M. A. S. (2010). A abordagem centrada na pessoa e seus princípios. In Carrenho Esther; Tassinari, Márcia; Pinto, Marcos, Alberto. *Praticando a abordagem centrada na pessoa: Dúvidas e perguntas mais frequentes (57-83)*. São Paulo: Carrenho Editorial.
- Rodrigues, R. T. S., Lima, M. G. S. & Amorim, S. F. (2004). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rogers, C. R (1951). *A terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R (1961). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R (1977). *De pessoa para pessoa: o problema de ser humano, uma nova tendência na psicologia*. São Paulo: Pioneira, 2ª edição.
- Rogers, C. R & Kinget, M. G. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Rogers, C. R (1979). *O tratamento clínico da criança problema*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R. (1983). *Um Jeito de Ser*. São Paulo: EPU.
- Rogers, C. (1994). As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade. In: *Wood John. K, Abordagem centrada na pessoa* (p. 155-177). Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida.
- Roso, C. C., Beuter, M., Kruse, M. H. L., Girardon-Perlini, N. M. O., Jacobi, C. S., & Cordeiro, F. R. (2013). O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(3), 739-745.
- Silva, A. S., Silveira, R. S., Fernandes, G. F. M., Lunardi, V. L., & Backes, V. M. S. (2011). Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 839-844.
- Silveira, C. B, Pantoja, I. K. O. R, Silva, A. R. M, Azevedo, R. N, Sá, N. B, Turiel, M. G. P. & Nunes, M. B. G. (2010). Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém - Pará. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 32(1), 39-44.
- Souza, E. & Pandya, S. (2014). *Previna-se: Salve seus rins. Guia completo para pacientes renais* (1º ed.). Editor Rajkot Índia.
- Tonelli, M. & Riella, M. (2014). Doença renal crônica e o envelhecimento da população. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(1), 1-5.
- Valle, L. S., Souza, V. F. & Ribeiro, A., M. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 30(1), 131-138.
- Velloso, R. L. M. (2001). Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos. *Cógito*, 3, 73-81.
-
- Fabiola Guzzo** - Graduada em Psicologia pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (Erechim/RS), com Residência em Saúde (Alta Complexidade), pela Universidade Federal de Santa Catarina. Endereço Institucional: Universidade Federal de Santa Catarina. Rua Tico Tico, Bairro Ingleses do Rio Vermelho, Florianópolis SC. CEP 88058-720. Email: fabiolaguzzo.psi@gmail.com
- Elisângela Böing** - Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, com Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência pela Universidade Federal de Santa Catarina; Mestrado e Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Departamento de Psicologia/ UFSC, integrante do Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC/UFSC).
- Anne Luisa Nardi** - Possui Graduação em Psicologia pela Universidade Comunitária Regional de Chapecó, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, com Especialização em Psicologia Clínica na Abordagem Centrada na Pessoa (2014). Servidora da Universidade Federal de Santa Catarina, atuando como psicóloga do Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC. Preceptora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde HU/UFSC. Membro do Grupo de Trabalho Humanização HU/UFSC.
-

Recebido em 16.03.2016
Primeira Decisão Editorial em 24.08.2016
Aceito em 24.10.2016

COMPREENDENDO NARRATIVAS SOBRE SUICÍDIO COM BASE NA ANALÍTICA EXISTENCIAL DE MARTIN HEIDEGGER¹

Understanding Self-Reports on Suicide Based on Martin Heidegger's Existential Analytic

Entendiendo los auto-informes sobre el suicidio con base en la Analítica Existencial de Martin Heidegger

MARCELO VIAL ROEHE
ELZA DUTRA

Resumo: O artigo apresenta uma proposta de aproximação entre narrativas sobre suicídio e a Analítica Existencial do filósofo alemão Martin Heidegger. A Analítica heideggeriana é uma descrição fenomenológica do modo de ser humano, cujas estruturas ontológicas são consideradas como condição para manifestação de fenômenos específicos, como, por exemplo, o suicídio. Tendo em vista a Analítica de Heidegger, entende-se que o que as pessoas fazem é um desdobramento de suas possibilidades de ser. Foram entrevistados familiares de suicidas e pessoas residentes em cinco municípios do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Os colaboradores da pesquisa, em número de 20, foram selecionados intencionalmente, conforme os objetivos do estudo. Os depoimentos, em forma de narrativas, foram gravados e transcritos. Posteriormente, foram compreendidos com base na Analítica Existencial de Heidegger. A discussão relaciona o suicídio com a frustração das possibilidades de ser-no-mundo e com o sofrimento correlato a uma existência irrealizada.

Palavras-chave: Suicídio; Narrativa; Analítica existencial; Heidegger.

Abstract: The article presents findings concerning a study, which aims to relate narratives about suicide and Martin Heidegger's Existential Analytic. The heideggerian Analytic is a phenomenological description of the human mode of being, whose ontological structures are considered as a condition to specific phenomena manifestation, e.g., suicide. Adopting a heideggerian point of view, it is understood that what people do is a consequence of their possibilities of being. Twenty people from Brazilian state Rio Grande do Norte five cities with highest suicide rates were interviewed. The subjects are suicidal's relatives and friends whose interviews were recorded and transcribed in narrative form. Based on Heidegger's Existential Analytic, the discussion pointed to the blockage imposed upon the possibilities inherent in being-in-the-world and the suffering related to an unfulfilled existence.

Keywords: Suicide; Narrative; Existential analytic; Heidegger.

Resumen: El artículo presenta datos relativos a un estudio cuyo objetivo es relacionar las narrativas sobre el suicidio con la Analítica Existencial de Martin Heidegger. La Analítica heideggeriana es una descripción del modo humano de ser, cuyas estructuras ontológicas se consideran como condición para la manifestación de fenómenos específicos, como el suicidio. Teniendo en vista la Analítica de Heidegger se entiende que lo que una persona hace es consecuencia de sus posibilidades para ser. Veinte personas seleccionadas intencionalmente de acuerdo con los objetivos del estudio fueron entrevistadas. Son habitantes de las cinco ciudades con más altos índices de suicidio en el estado del Rio Grande do Norte. Entre ellos hay parientes y amigos de suicidas. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en forma narrativa. Basado en la Analítica de Heidegger, la discusión apunta a la obstrucción impuesta sobre las posibilidades inherentes en el ser-en-el-mundo y el sufrimiento relacionado a una existencia sin cumplir.

Palabras clave: Suicidio; Narrativa; Analítica existencial; Heidegger.

Considerações iniciais

1

Relatório recentemente publicado pela World Health Organization (WHO, 2014), a respeito de prevenção do suicídio, trata como um mito a ideia de que se deve evitar falar sobre suicídio, pois a divulgação poderia funcionar como um estímulo ou um encorajamento a sua prática. Ao contrário, afirma a WHO (2014): como o suicídio é amplamente estigmatizado, a maioria das pessoas que pensa em cometê-lo não sabe com quem falar. Falar abertamente sobre o suicídio pode oferecer ao indivíduo outras opções

ou tempo para repensar sua decisão e, assim, possibilitar a prevenção do suicídio.

Os dados mais recentes da WHO, de 2012, mostram uma taxa de 5.8 casos de suicídio por 100.000 habitantes no Brasil. Um aumento de 10.4% em relação aos dados do ano 2000. Para cada mulher, 3 a 4 homens cometem suicídio no Brasil. Entretanto, entre as mulheres a taxa de suicídio cresceu o dobro da dos homens, no período 2000-2012. Em números absolutos, o Brasil é o oitavo país com mais mortes por suicídio. Já em casos por 100.000 habitantes, está abaixo da média mundial, que é de 11.4.

Mundialmente, são mais de 800.000 casos de suicídio por ano, sendo a segunda causa principal de morte

¹ Pesquisa realizada com apoio do CNPq.

na faixa etária entre 15-29 anos (WHO, 2014). O relatório da WHO estima que para cada adulto morto por suicídio, outros 20 podem ter tentado suicídio. Países com nível econômico de médio para baixo concentram 75% dos casos de suicídio (WHO, 2014).

Na América Latina, 35000 suicídios são registrados anualmente, sendo que as taxas mais altas são as de Guiana e Suriname (15/100000), seguidos por Uruguai e Chile. Considerando-se os dados apresentados até esse momento, constata-se a importância de se aprofundar os estudos acerca desse fenômeno, inclusive no Brasil, ainda que a estatística do suicídio no país não se equipare àquelas mais altas, verificadas em outros países (WHO, 2014).

Botega, Marin-León, Oliveira, Barros, Silva & Dalgallarrondo (2009) estimam que de cada 100 pessoas, 17 terão algum tipo de pensamento suicida durante sua vida; destas, 5 chegarão a planejar, 3 a realizar alguma tentativa e 1 precisará de atendimento hospitalar. Conforme publicação do Ministério da Saúde do Brasil (2006), os fatores de risco para o suicídio abrangem: transtornos mentais, como depressão, transtornos de ansiedade e personalidade *borderline*; fatores sociodemográficos, como desemprego, isolamento social, faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 e fatores psicológicos, como perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada e datas importantes; além disso, existem as condições clínicas incapacitantes, como dor crônica, lesões desfigurantes perenes, trauma medular e neoplasias malignas.

Ainda que os fatores de risco e os sinais de alerta tenham sido extensivamente investigados, Fowler (2012) afirma que não há ferramentas diagnósticas que permitam antecipar o ato suicida, devido à complexidade do fenômeno, cuja natureza fluida, mutável é altamente influenciada pela situacionalidade. Jamison (2000) escreve que, apesar do vasto conhecimento já produzido acerca do suicídio, ainda há deficiência quanto a por que alguém se mata. A autora afirma que se já é difícil verificar estados psicológicos, motivação complexa e sutis diferenças biológicas entre os vivos, mais ainda é entre os mortos.

A palavra suicídio (do latim, *sui*=de si, a si, próprio; *caedere*=bater, golpear, matar) surgiu no século XVII e passou a ser utilizada com mais frequência a partir de 1734, quando aparece nos escritos dos abades franceses Prévost e Desfontaines (Palhares & Bahls, 2003). Durkheim (1992) no clássico *O Suicídio* define suicídio como: “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado” (p. 10).

Ao longo da história, a questão do suicídio foi considerada de diferentes maneiras, de acordo com o tempo, o espaço e a cultura. Foi considerado ato altruísta ou indicador de insanidade; foi alvo de julgamento, e a família do suicida poderia ser punida (Alvarez, 1999; Palhares & Bahls, 2003). Em determinado período da antiguidade grega e romana, o suicídio era aceito somente se autori-

zado pelo Estado (Serra, 2008). Durkheim (1992) cita um autor ateniense da época, que descreve o procedimento para a autorização do suicídio:

Que aquele que não quer viver mais tempo exponha as suas razões ao Senado e deixe a vida se o Senado lhe der autorização para partir. Se a existência te é odiosa, morre; se o destino te é opressivo, bebe a cicuta. Se o peso da dor te faz andar curvado, abandona a vida. Que o infeliz relate os seus infortúnios, que o magistrado lhe forneça o remédio e a miséria cessará. (Libanius citado em Durkheim, 1992, p. 329)

Sêneca (4 a.C. - 65 d.C.), o estóico romano, via o suicídio como uma opção legítima do homem:

Homem tolo, de que te lamentas e de que tens medo? Para onde quer que olhes existe um fim para os males. Vês aquele precipício escancarado? Ele leva à liberdade. Vês aquele oceano, aquele rio, aquele poço? A liberdade mora dentro deles. Vês aquela pobre árvore mirrada e seca? De cada galho seu pende a liberdade. Teu pescoço, tua garganta, teu coração, todos oferecem tantos meios para fugir da escravidão [...] Indagas o caminho para a liberdade? Tu o encontrarás em cada veia do teu corpo. (Sêneca citado em Palhares & Bahls, 2003, p. 29)

Para Dutra (2010), o suicídio, ainda nos dias atuais, segue envolto numa aura de pecado, vergonha e preconceito, assim como na Inglaterra do século XVII, em que o corpo do suicida era atravessado por uma estaca e colocado numa encruzilhada, com uma pedra na cabeça, de modo que não voltasse para assombrar os vivos. Por outro lado, a autora confirma a variabilidade das posturas diante do suicídio, referindo a prática japonesa do *haraquiri*, o suicídio honroso. Dutra (2010) alerta que o suicídio não é necessariamente causado por psicopatologia. A autora entende que a cultura imediatista e capitalista contemporânea rejeita a angústia, a tristeza e o mal-estar que, inevitavelmente, acompanham a vida e exige competência, agilidade e jovialidade facilitando, deste modo, que pessoas não “encaixadas” nesta visão de mundo venham a ser consideradas doentes. A patologização do suicídio, observa Dutra (2010), reforça estigmas e preconceito contra quem o pratica e protege do mal-estar de pensar que o suicídio pode, sim, ser pensado como uma alternativa viável para a vida e resultar de uma decisão racional. Adotando uma visão ampliada de saúde, Dutra (2010) ressalta que as características socioeconômicas do contexto onde ocorre o suicídio não devem ser ignoradas:

(...) não podemos ignorar o fato de que uma sociedade que exclui os cidadãos do sistema educacional e de saúde e que elimina as oportunidades de uma melhor qualidade de vida é também uma sociedade que

favorece a perda de sentido de vida e, desse modo, reforça, em algumas pessoas, o desejo de não mais viver. (p. 246)

O presente artigo propõe uma aproximação entre depoimentos sobre suicídio e a Analítica Existencial de Martin Heidegger. Foram realizadas entrevistas com parentes e amigos de suicidas e com moradores das cidades selecionadas para o estudo. Entrevistando pessoas ligadas aos suicidas, a pesquisa vai ao encontro da necessidade de mais estudos acerca do impacto do suicídio em familiares e pessoas próximas (Cerel, Jordan & Duberstein, 2008). Aqueles que perdem um parente ou amigo devido ao suicídio são chamados “sobreviventes” e estão sujeitos a considerável sofrimento, problemas mentais e mesmo tentativas de suicídio (Cerel, Jordan & Duberstein, 2008).

Além disso, é objetivo do estudo relacionar o fenômeno suicídio com as estruturas do modo de ser humano, apresentadas por Heidegger (1927/2006), levando-se em consideração que, independentemente de uma condição patológica, suicidar-se é uma possibilidade inscrita na constituição existencial do homem. Quais aspectos do *Dasein* heideggeriano se apresentam em relevo, quando se questiona o suicídio? As respostas obtidas nesse estudo dizem respeito a um contexto restrito, entretanto a relação estabelecida com as estruturas do *Dasein* permite pensar o suicídio de modo mais amplo, naquilo que o fenômeno tem de relação com a constituição existencial do ser humano.

A Analítica do *Dasein*

Em sua obra fundamental, *Ser e Tempo*, publicada em 1927, Martin Heidegger (1927/2006) se propôs a elaborar uma ontologia fundamental. Num vocabulário simplificado, pode-se dizer que o filósofo pretendia mostrar como tudo começa. Tudo o quê? Tudo o que é. O que “é” aparece no modo de ser do homem, o qual se diferencia do modo de ser dos demais entes por ter uma compreensão do ser. É a partir da compreensão do ser – vaga, mediana – que distingue o ser humano – permitindo-lhe, portanto, dizer “é” – que Heidegger inicia o questionamento do ser ou, nas palavras de Aho (2009): “*como e por que os entes aparecem do modo como aparecem*” (p. 8).

Entendendo que a tradição metafísica grego-teológica define o homem como uma coisa simplesmente dada (criatura animal racional), ignorando a questão de seu ser, Heidegger denomina *Dasein* (literalmente, “Ser-aí”; na versão brasileira de *Ser e Tempo*, “Presença”) ao modo de ser do ente que nós mesmos somos. Denominações como “homem”, “sujeito”, “animal racional” são produto do pensamento metafísico, ao qual o filósofo coloca em questão. Com os próprios termos empregados, Heidegger pretende rever a tradição metafísica, cuja linguagem carrega consigo as consolidações que o filósofo visa evitar.

Dasein quer dizer ser aberto para o ser, de modo a encontrar a si mesmo e aos demais entes:

o *Da* em *Ser e Tempo* não significa a definição de um lugar para um ente, mas deve indicar a abertura onde os entes podem estar presentes para o ser humano e o próprio ser humano presente para si mesmo. (Heidegger, 1987/2001, p. 120)

A descrição do modo de ser humano que Heidegger realiza mostra que o homem está em relação com seu próprio ser, ou seja, o ser do homem é uma questão para ele mesmo, porém não – na maior parte do tempo – uma questão racional que gera uma resposta, uma conclusão, trata-se de uma questão/relação com o próprio ser que se “conclui” apenas provisoriamente no fazer cotidiano da existência: “*Ser é o que neste ente está sempre em jogo*” (Heidegger, 1927/2006, p. 85). Estando sempre em jogo, sempre em questão, na própria existência, a essência do ser humano está em “ter de ser”. Ou seja, “a presença se entrega à responsabilidade de assumir seu próprio ser” (Heidegger, 1927/2006, p. 85).

As características constitutivas do ser do homem não são propriedades identificadas na matéria, como no caso dos entes naturais (a rigidez de uma rocha, por ex.), mas sim “modos possíveis de ser e somente isso” (Heidegger, 1927/2006, p. 85). A esse modo de ser, o modo de ser do *Dasein*, Heidegger (1927/2006) chama existência: “chamamos *existência* ao próprio ser com o qual a presença pode relacionar-se dessa ou daquela maneira e com o qual ela sempre se relaciona de alguma maneira” (p. 48). Sendo assim, “existência” é um termo que designa exclusivamente o ente humano: todos os entes “são”, mas apenas o *Dasein* existe. O *Dasein* apresenta uma constituição na qual Heidegger identifica diferentes estruturas existenciais cuja manifestação é simultânea, “equiprimordial”. O primeiro constituinte descrito por Heidegger é o ser-no-mundo:

A expressão composta “ser-no-mundo”, já na sua cunhagem, mostra que pretende referir-se a um fenômeno de *unidade*. Deve-se considerar este primeiro achado em seu todo. A impossibilidade de dissolvê-la em elementos, que podem ser posteriormente compostos, não exclui a multiplicidade de momentos estruturais que compõem esta constituição. (Heidegger, 1927/2006, p. 98-99)

Conforme Heidegger, ser humano e mundo aparecem como unidade originária: não há homem sem mundo, nem mundo sem homem. O ser humano não entra em relação com o mundo a partir de sua racionalidade primária, pelo contrário, a racionalidade é que se desenvolve desde o vínculo original do homem com os demais entes. Não há um “Eu” autossuficiente, cujo modo de ser prescindia dos demais entes ou cuja autocompreensão se desenvolva sem a identificação com as ocupações cotidianas e as

preocupações com os outros. Vattimo (1971/1987) elabora esta noção:

O *ser-no-mundo* nunca é um sujeito puro, porque nunca é um espectador desinteressado das coisas e dos significados; o projeto dentro do qual o mundo aparece ao *dasein* não é uma abertura da razão como tal, mas sempre um projeto qualificado, definido, poderíamos dizer, tendencioso. (p. 54)

O *Dasein* é envolvido no mundo, é interessado, em função de outra estrutura existencial, a disposição afetiva. A disposição diz respeito a como alguém está, “como vai”. O ser humano não existe num estado neutro diante da realidade, pelo contrário, o que se mostra na abertura do *ái* já aparece vinculado a uma tonalidade afetiva. As coisas do mundo, os outros e o seu próprio ser fazem diferença para o *Dasein*, podem tocá-lo de alguma maneira, ainda que na forma de desinteresse ou desimportância.

Como alguém está implica um contexto do qual necessariamente fazemos parte, implica “estar”. O ser humano não conduz a si mesmo até o ser: ele é lançado (ser-lançado) no mundo como herdeiro de condições históricas e ideológicas, herdeiro de uma compreensão mediana da existência num determinado período (Sheehan, 1995). Ser-lançado e, com isso, não poder retroceder e se apropriar do próprio ser desde o princípio, corresponde à facticidade do *Dasein*. Sendo-lançado, o *Dasein* já se encontra situado, já se encontra envolvido em relações com outros entes. Já sempre situado, contextualizado, o *Dasein* sempre compreende o ser em geral e o seu próprio ser de alguma maneira. Esta compreensão não é um conhecimento teórico, racional. Ela é prática, porque é relativa ao modo de ser (verbo, ação).

Em todo comportamento em relação ao ente, quer se trate especificamente de conhecimento, o que na maioria das vezes se designa como teórico, quer se trate de um comportamento técnico-prático, já se encontra uma compreensão de ser. Pois só sob à luz da compreensão de ser um ente pode vir ao nosso encontro como ente. (Heidegger, 2012, p. 400)

A compreensão se mostra naquilo que o ser humano faz, no lidar com a própria existência, providenciar algo “em virtude de” possibilidades mundanas. Heidegger (1927/2006) observa: “O que se pode no compreender, assumido como existencial, não é uma coisa, mas o ser como existir. Pois no compreender subsiste, existencialmente, o modo de ser da presença como poder-ser” (p. 203). O *Dasein* existe sempre em função de um poder-ser que, embora ainda não realizado, já o caracteriza de fato. O futuro (porvir) está sempre implicado, constitui as ações (presentes), uma vez que o ser humano antecede-a-si-mesmo (Heidegger, 1927/2006).

Em seu ser, a presença já sempre se conjugou com uma possibilidade de si mesma (...) já sempre antecedeu a si mesma. A presença já está sempre ‘além de si mesma’, não como atitude frente aos outros entes que ela mesma não é, mas como ser para o poder-ser que ela mesma é. (Heidegger, 1927/2006, p. 258-259)

O ser-possível do *Dasein* se realiza nos três modos de relações que o constituem: com entes não humanos, com entes humanos e consigo mesmo. Ou, segundo Heidegger (1927/2006): “a possibilidade essencial da presença diz respeito aos modos caracterizados de ocupação com o “mundo”, de preocupação com os outros e, nisso tudo, à possibilidade de ser para si mesma” (p. 203). Heidegger (1927/2006) rejeita o entendimento do ser humano como uma unidade isolada que, por proximidade espacial, se agrupa com outros seres humanos. Para o filósofo, o homem – existencialmente, ontologicamente – se distingue pela convivência, pelo ser-com; o mundo do homem é mundo compartilhado. Ser-homem sempre envolve a presença de outros homens. O ser humano sempre está referido a um contexto familiar, um ambiente de trabalho, uma localização (rua, bairro, cidade, etc.), uma origem (povo, país), o uso de objetos comuns produzidos por outras pessoas; todas são determinações coletivas que contribuem para o desenvolvimento de nossa própria identidade (nosso nome, por ex., é decidido por outros). A convivência é uma característica do *Dasein* e sua realização poderá ser plena ou deficiente, habilidosa ou difícil, quer dizer, a maneira ou a qualidade com que exercitamos o ser-com são possibilidades de um modo de ser já constituído no mundo compartilhado. Heidegger (1927/2006) usa o termo preocupação para designar, de forma geral, os relacionamentos possíveis entre seres humanos. “O ser-com determina existencialmente a presença, mesmo quando um outro não é, de fato, dado ou percebido. Mesmo o estar-só da presença é ser-com no mundo. Somente *num* ser-com e *para* um ser-com é que o outro pode *faltar*” (Heidegger, 1927/2006, p. 177).

Só pode ser solitário ou viver isolado quem, originalmente, é social. Quando se percebe que alguém está “falando sozinho”, isso somente chama a atenção porque a fala é sempre entendida como ato comunicativo exigindo, portanto, comunidade. A fala é relativa a uma “convivência ocupacional” e dela fazem parte a escuta e o silêncio. “Escutar é o estar aberto da presença enquanto ser-com os outros” (Heidegger, 1927/2006, p. 226). O *Dasein* é antecedendo-a-si-mesmo na forma de compreensões já projetadas e neste movimento existencial ele encontra sua possibilidade derradeira, a morte. Ser-para-a-morte é como Heidegger chama este modo de ser do *Dasein*. A morte aqui não é vista como um evento que está por vir ou como o final da vida instalado num ponto futuro ao qual se deve chegar; o *Dasein* é ser-para-o-fim: sendo para sua morte, ele, de fato, morre constantemente enquanto existe. O fim, como possibilidade, acompanha o *Dasein* desde o início. A morte também não é um evento

que completa a vida do ser humano: como poder-ser, o *Dasein* sempre é possibilidade, ou seja, enquanto existe, ele ainda-não é o que pode ser. O ser humano, “enquanto existir, deve, em podendo ser, *ainda não ser* alguma coisa” (Heidegger, 1927/2006, p. 305).

Em *Ser e Tempo*, a morte como ser-para-o-fim é vista como a possibilidade mais própria do *Dasein*, pois é ele mesmo que “dá a si” essa possibilidade. A morte, como possibilidade própria, não está nas relações do ser-com (“preocupação” com os outros), nem no lidar com os entes não humanos (“ocupação” com as coisas). A morte é de si mesmo para si mesmo. Ela é singular como possibilidade para o *Dasein* e singulariza o *Dasein* como possibilidade irremissível de si mesmo. Sendo-para-a-morte, o ser humano somente pode apreender a morte como um fenômeno antecipatório. Não se tem a experiência da morte mesma, uma vez que, na morte, cessam as experiências. Enquanto se vive, antecipa-se a morte como a possibilidade (certa) do fim.

À totalidade estrutural do ser do *Dasein*, Heidegger (1927/2006) chama de *cura*. Como estrutura existencial, a cura mostra a unidade do anteceder-a-si-mesmo, do ser-em (facticidade) e do ser-junto aos demais entes: antecedendo-a-si-mesmo, o ser humano se projeta em possibilidades, a partir da situação em que ele já está e vem sendo, enquanto se preocupa com outros seres humanos e se ocupa com entes não humanos. Heidegger enfatiza que determinar o modo de ser do *Dasein* como cura não implica priorizar a atitude prática ao invés da teórica, ambas são possibilidades do *Dasein* como cura. O filósofo também afirma a indivisibilidade do fenômeno, observando que a cura não se refere a ações ou impulsos específicos como querer, desejar ou tender. Nos momentos constitutivos da cura, aparece a temporalidade do modo de ser humano: antecede-se (futuro), desde onde já se está (passado), a fim de lidar com o que vem ao encontro no mundo (presente).

Safranski (2005) ressalta a importância da temporalidade na cura. Para o autor, cura é “temporalidade vivida”, ou seja, ter “diante de si um horizonte temporal aberto e indisponível no qual tem de viver” (p. 198). Borges-Duarte (2010) entende a cura como “inquieta atenção e tensão vital, que gere esforçada e, tantas vezes, molesta o viver, que o tempo marca e determina” (p. 120). Conforme Polt (1999), ser como cura significa que seu próprio ser e o ser dos demais entes fazem diferença para o homem; Polt entende que se trata de uma reprovação implícita de Heidegger às filosofias que isolam o homem do tempo e do espaço: “não há como evitar o enraizamento num passado e o enfrentamento de um futuro” (Polt, 1999, p. 79).

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de orientação fenomenológico-existencial. O aspecto fenomenológico

diz respeito a como o entrevistado significa e comunica sua experiência sobre o que lhe foi questionado; de modo que esta comunicação é tomada como *fenômeno* (aquilo que se mostra) pelo pesquisador. O aspecto existencial é relativo ao *modo de ser* humano, entendido de acordo com a Analítica heideggeriana. Assim, o que é comunicado é uma possibilidade do *ser* humano e está ancorado nas estruturas do *Dasein*, as quais se revelam na comunicação.

A estratégia metodológica utilizada para a coleta de dados foi a narrativa, tal como proposta por Dutra (2002) e Schmidt (1990). Trata-se de uma entrevista semi-aberta iniciada com uma pergunta disparadora que permita ao entrevistado começar uma fala sobre o fenômeno questionado, em seus próprios termos. Schmidt (1990) observa que

A narrativa é preciosa, pois conecta cada um à sua experiência, à do outro e à do antepassado, amalgamando o pessoal e o coletivo. E o faz de uma maneira democrática ou, mais precisamente, da única maneira possível para que uma prática social seja democrática – fazendo circular a palavra, concedendo a cada um e a todos o direito de ouvir, de falar e de protagonizar o vivido e sua reflexão sobre ele. (p. 51)

Aos entrevistados foi perguntado, inicialmente, o que ele poderia dizer sobre a experiência de perder um familiar por suicídio ou, quando o colaborador não era familiar do suicida, perguntou-se o que ele pensava sobre o suicídio ou o que ele pensava que poderia levar uma pessoa a cometer suicídio. As entrevistas foram gravadas e transcritas; posteriormente, foi feita uma leitura detalhada da narrativa, visando identificar falas e significados que revelem características da vivência questionada. Este procedimento deu origem a alguns temas que foram interpretados levando-se em consideração as demais narrativas e o referencial teórico.

Foram entrevistadas 20 pessoas residentes em cinco cidades do interior do Rio Grande do Norte, quatro em cada município, entre familiares dos agricultores suicidas e moradores das cidades. As cidades foram escolhidas entre aquelas detentoras das mais altas taxas de suicídio entre agricultores (Dutra, 1997). Os pesquisadores foram aos endereços dos familiares dos suicidas; os endereços foram obtidos junto ao Instituto Técnico de Polícia do Rio Grande do Norte (ITEP). Os pesquisadores se apresentaram, informaram sobre os objetivos da pesquisa e consultaram a respeito de sua disponibilidade para conceder entrevista. A partir do contato inicial com familiares, obteve-se indicações de outras pessoas que poderiam ser entrevistadas, uma vez que o objetivo dos pesquisadores foi questionar o fenômeno suicídio em locais de alta incidência, sem priorizar vínculo familiar com os suicidas. Havendo concordância das pessoas abordadas em conceder entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Compreensão de trechos das narrativas desde o ponto de vista analítico-existencial

Excertos de algumas entrevistas exemplificam como a Análítica Existencial de Heidegger pode ser utilizada como referencial para a reflexão sobre o fenômeno do suicídio. Parte-se do princípio de que fenômenos humanos são manifestações do modo de ser do homem. Estas manifestações, no entanto, não são compulsórias, são possíveis. Em outras palavras: o homem, em seu modo de ser, apresenta características que lhe permitem, por exemplo, suicidar-se, assim como lhe permitem matar outra pessoa. O modo de ser do homem também lhe permite gostar de nadar ou ser psicólogo, jogador de futebol, enfim, aquilo que o ser humano manifesta são possibilidades que, como tal, já estão dadas na constituição de seu modo de ser, entendido neste artigo como *Dasein*, nos termos de Heidegger. Cabe ressaltar que os autores não dispõem de informações a respeito da condição de saúde dos suicidas e somente caracterizam o fenômeno em diálogo com idéias de Heidegger.

Francisca, 39 anos, moradora de uma das cidades visitadas, diz: *A pessoa fazer uma coisa dessa, né? E eu sei lá... pela caridade. Só sendo uma pessoa com muito apereio... apereada. Querendo que o apereio acabasse. Apereio é incômodo, desconforto, aborrecimento. É o que Heidegger (1927/2006) designa disposição afetiva. O ser humano está sempre em relação com o mundo e não se trata de uma relação contemplativa: é uma relação prática (uma relação de "ser", verbo), pela qual é afetado. As ocupações (com entes não humanos) e as preocupações (com os outros) fazem diferença, "tocam". A condição existencial do Dasein é de ser "determinado previamente em sua existência, de modo a poder ser tocado [...] pelo que vem ao encontro dentro do mundo. Esse ser tocado funda-se na disposição [...]" (Heidegger, 1927/2006, p. 196).*

O trecho de entrevista citado a seguir expressa a manifestação da disposição, numa questão sobre o porquê do suicídio:

(...) tem gente que se magoa por qualquer coisa, é frágil de se magoar, tem que se ter um estudo profundo para se entender como é que é isso. A psicologia é um estudo difícil de se entender, porque tem gente que se magoa com qualquer coisa e tem gente que não tá aí com nada, e assim vai. (Marcos, 21 anos, morador)

A qualidade das disposições afetivas é relativa ao que vem ao encontro e como vem. Manifestações dos colaboradores do estudo revelam o entendimento de que as condições de vida nos locais visitados são muito limitadoras e frustrantes:

Aqui não tem emprego não... O meu filho reclamava: (a cidade) tem um nome tão bonito... mas emprego pro povo trabalhar não tem...

Vivemos dessa plantação... de milho... e feijão. O algodão não dá mais... o bicudo acabou... Recebemos aposentadoria... Não temos televisão... Temos rádio... Passamos o dia assim... plantando... catando... debulhando... Conversando... com os vizinhos... chega os vizinhos... ali tem uma mulher que tem dia que ela passa o dia todinho aqui... só pensando na vida mesmo. A vida sofrida... vida sofrida... é assim... a pessoa viver no sítio trabalhando... a produção esperando por Deus mandar... Ai meu Deus... mas ele só dá as coisinhas fraquinhas assim mesmo... Quando acontece uma seca dessa... num tempo bom, é só chegar a chuva... nós torcemos pra que Deus mande, né? Ficamos esperando a chuva... (Antonio, 56 anos, pai de um suicida)

O ser humano sempre tem uma compreensão de seu próprio ser, ainda que vaga, mediana. Essa compreensão ocorre em meio aos demais entes com os quais se relaciona, em meio aos quais ele sempre está e com os quais se identifica, na maioria das vezes. Heidegger observa que compreender seu próprio ser é projetar-se em possibilidades, as quais se mostram na relação com os demais entes: "No compreender a presença projeta seu ser para possibilidades. Esse ser para possibilidades em compreendendo é um poder-ser que repercute sobre a presença as possibilidades enquanto aberturas" (Heidegger, 1927/2006, p. 209). Não se trata, porém, de um processo cognitivo. É na ocupação com o trabalho agrícola ("plantando", "catando", "debulhando") que os entrevistados transcendem a si mesmos e engendram seus projetos. Entretanto, a ocupação em questão fracassa; o ocupar-se é percebido como inútil (espera-se pela ação de Deus, pois a ocupação não produz consequência).

Na medida em que as possibilidades se mostram impossíveis, sua repercussão como abertura se perde e, psicologicamente, pode-se pensar em fechamento ou não-poder-ser ou em "apereio":

Ai meu Deus é um sofrimento... um sofrimento e grande. Uma pessoa viver aqui meu Deus! Sei lá... num tem um trabalho... num tem nada pra gente... é ruim demais... A vida dos jovens aqui é assim... eles não fazem nada... Nada... vão pro colégio... e pronto. Durante o dia sai pro colégio e fica assim mesmo... sem ter o que fazer... porque não tem o que fazer de jeito nenhum... Sobre a minha vida... sei lá minha filha... com um rebanho de filho eu sofro muito... sem ter condições... penso que é um sofrimento e grande... Tinha vontade de sair daqui... de mudar de vida... Porque pelo menos a pessoa podia arrumar... sei lá... um trabalho... uma coisa... Aqui não tem trabalho não... Os filhos... jovens... os rapazes e moças... pensam em sair daqui... Eu não sei o que é que eles pensam em fazer da vida... (Francisca, 39 anos)

Quando os entrevistados descrevem suas condições de vida, mostram a relação entre suas possibilidades e o mundo em que, necessariamente, todo ser humano habita. O relato mostra que o mundo pode se tornar um contexto inóspito (Critelli, 1996) que barra os projetos pessoais (por mais simples que sejam), deixando no horizonte da existência apenas aquilo que Heidegger (1927/2006) chama de “possibilidade da impossibilidade” de si mesmo, a morte. A questão da morte em Heidegger exige considerações que estão além dos objetivos deste artigo. Todavia, é certo que a morte não é uma possibilidade como outra qualquer, algo do tipo “pode ser ou pode não ser”, não, a ocorrência da morte é uma certeza. Entretanto, antecipar a própria morte é, sim, uma possibilidade. O fato de que não se sabe quando se vai morrer, permite que, por iniciativa pessoal, decida-se quando será este momento. O suicídio é este momento, em que se exerce a possibilidade de antecipar – e realizar – a própria morte.

O ato de suicidar-se aparece como uma recusa ao que Heidegger (1927/2006) chama de peso ou carga do ser, uma vez que o homem é ser-lançado no mundo, em condições que não escolheu e tem diante de si possibilidades de vir a ser algo, na medida em que “carregue” seu próprio ser (fazer algo de sua vida, como diz Francisca acima) numa ou noutra direção.

Existindo, a presença é o fundamento de seu poder-ser porque só pode existir *como o ente* que está entregue à responsabilidade de ser o ente que ela é. Embora *não* tendo *ela mesma* colocado o fundamento, a presença repousa em sua gravidade que, no humor, se revela como peso. (Heidegger, 1927/2006, p. 364, itálicos no original)

Alguns entrevistados, questionados a respeito do motivo que levaria alguém a se matar, disseram que o suicídio seria consequência de uma “fraqueza” da pessoa. Esta é uma maneira de reconhecer que a vida exige força para carregar um peso. A cultura popular reconhece a questão do peso do ser quando manifesta o desejo de que aquele que morreu “descanse em paz”. Para Heidegger (1927/2006), o homem existe sempre em função de um poder-ser que, embora ainda não realizado, já o caracteriza de fato. O futuro está sempre implicado, constitui as ações (presentes), uma vez que o ser humano antecede-a-si-mesmo (Heidegger, 1927/2006).

Em seu ser, a presença já sempre se conjugou com uma possibilidade de si mesma (...) já sempre *antecedeu* a si mesma. A presença já está sempre ‘além de si mesma’, não como atitude frente aos outros entes que ela mesma *não* é, mas como ser para o poder-ser que ela mesma é. (Heidegger, 1927/2006, p. 258-259)

Assim, uma vida que não se realiza, um poder-(querer)-ser que não se efetiva carrega a inconformidade

com o ser, em outras palavras, é ser o que não se pode ser. O depoimento abaixo, sobre um motivo para o suicídio, se aproxima desse entendimento.

eu acho que o desespero de se ver, olhar, acordar todo o dia de manhã e olhar para um lado e para o outro e não ver perspectiva nenhuma (...) crescer, morrer, e não ver um emprego, não ver desenvolvimento na sua cidade. Cada dia que passa, tudo mais desestruturado... quer dizer, se eu acordo todos os dias e vou imaginar a mesma coisa (...) às vezes muita gente chega a botar isso em mente, já que não tem nada para fazer, em que se ocupar, se imaginar, sem nada no bolso, seu pai e sua mãe sem ter condições de lhe manter. Eu acho que basicamente, isso. Não é que todo mundo vai acontecer, mas também, só chega a esse ponto quem é realmente muito fraco, e não quiser lutar, batalhar. (Daliana, 20 anos, moradora)

A visão do futuro (anteceder-se), porém, pode ser a justificativa para a continuidade da vida e a rejeição do suicídio:

(a pessoa) não deve se suicidar porque tem coisas pela frente, suicídio é uma coisa que a pessoa não deve pensar né? A pessoa não deve pensar em suicídio... que suicídio é uma coisa que não deveria caber na cabeça... a gente não deve se suicidar... deve pensar no futuro... no diante... nas coisas, né? (Bentinho, adolescente, morador)

eu tenho uma resposta para o suicídio para quem precisar, eu tenho essa resposta. Você não pode, você tem que pensar no futuro, o futuro que vai te trazer, o tempo que vai te trazer, vai cobrir as feridas que abriram... (Ana Maria, 16 anos, moradora)

O papel das relações sociais, do outro, foi destacado pelos entrevistados na reflexão sobre o comportamento suicida:

Brigas, confusões, traições, muitas outras coisas como até pessoas, assim, são amigos e se estranham, aí pensam: “meu Deus eu vim pra esse mundo, tenho amigos, e eles não me consideram”.

...você se enforcar, os problemas da vida não vai sumir, mas sim vai ficar pras outras pessoas a responsabilidade.

Se tiver namorado e gostar muito e a pessoa lhe der um fora, um marido se separar da mulher e ele não quiser que a mulher viva com outro companheiro, isso tudo leva a suicídio. (Roseane, 12 anos, moradora)

Heidegger (1927/2006) rejeita o entendimento do ser humano como uma unidade isolada que, por proximidade espacial, se agrupa com outros seres humanos. Para o

filósofo, o homem se caracteriza pela convivência, pelo ser-com; o mundo do homem é mundo compartilhado. Ainda que alguém vivesse completamente isolado, o isolamento indica a referência aos demais. Isolar-se ou viver junto a várias pessoas são possibilidades de um ente cuja relação com os outros é condição de seu modo de ser. Erimar, 21 anos, relata que pensou em cometer suicídio e comenta:

(cometer suicídio)... é uma fraqueza muito forte... assim, eu acho que é falta de amor, ou em casa, nos cantos, graças a Deus eu em casa eu sou muito, como é que se diz, bem amado por meus pais, meus irmãos, a gente tem uma união muito grande, tudo que vamos fazer é em grupo, lá nos escoteiros também tudo que a gente vai fazer, uma festinha, a gente combina com todo mundo, pra ver se dá certo, se não der certo, a gente já combina pra outro dia, e a gente sempre tá ligado uns com os outros...a gente nunca fica só, quando a gente tá triste, porque nós temos uma amizade muito grande, então já se percebe, “tá triste, Por quê?” Mesmo que você esteja rindo, brincando, mas sempre tem um que chega e diz “tá triste por quê? Não, porque eu to notando isso e isso em você.” Geralmente a gente conversa uns com os outros.

Ser-homem, então, sempre envolve a presença de outros homens. A convivência é um aspecto existencial do ser humano e sua realização poderá ser plena ou deficiente, habilidosa ou difícil, quer dizer, a maneira ou a qualidade com que exercitamos o ser-com são possibilidades de um modo de ser já constituído no mundo compartilhado. Heidegger (1927/2006) usa o termo preocupação para designar, de forma geral, os relacionamentos possíveis entre seres humanos.

Sendo assim, caracterizado por ser-com e preocupação, o ser humano pode vivenciar o luto (que é uma disposição afetiva). O que determina o luto não é a morte (fenômeno biológico), porém a perda (fenômeno humano) de alguém que era importante. Gilson, 24 anos, tentou suicídio por intoxicação e enforcamento, relaciona o ser-com e o anteceder-a-si-mesmo, ao falar sobre motivos para o suicídio:

(...) desestrutura familiar também leva muito, você tá dentro de uma casa em que seu pai e sua mãe vivem se digladiando, então o adolescente sente... o que é que ele espera do futuro... nada, porque os pais são o espelho.

Nas palavras de Gilson, percebe-se que a dimensão temporal da existência pode vir a se caracterizar pela repetição, ou seja, a partir da convivência familiar (passado-que-vem-sendo) antecipa o futuro como prosseguimento da experiência atual. Heidegger (1927/2006) utiliza o termo *cura* para designar a totalidade da estrutura existen-

cial do ser humano. A cura se manifesta individualmente (“empiricamente”) como cuidado. Cura/cuidado não é um fenômeno relativo ao ‘ego’, ao ‘eu’ ou ao ‘self’, não se refere a uma instância intrapsíquica. O ser humano vive cuidando de seu ser, que é-no-mundo. “A vida como cuidar vive num mundo e cuida de si nos mais diversos modos de relações e execuções correspondentes (...) em função dos objetos que se encontram na experiência e dos próprios encontros” (Heidegger, 2011, p. 106). O cuidado é a relação que o homem tem com seu próprio ser: “Você vivencia sua vida como sendo sua e isso significa que quem você é faz diferença para você (é uma questão para você)” (Blattner, 2006, p. 48). Em sendo, o homem se preocupa com seu próprio ser (com sua vida). Nossa vida nos diz respeito, nos interessa, exige atenção, decisão. Blattner (2006) acrescenta: “ser uma pessoa é projetar uma pessoa para ser e então nosso ser é uma questão para nós” (p. 37).

Heidegger (1927/2006) afirma que “sendo em sua totalidade essencialmente indivisível, toda tentativa de reconstrução ou recondução do fenômeno da cura a atos ou impulsos particulares tais como querer ou desejar, propensão ou tendência acaba em fracasso” (p. 261). Ou seja, impulsos particulares são variações ou possibilidades individuais de realização da estrutura ontológica (geral) chamada cura. Quando o filósofo menciona a propensão, refere-se à propensão “para viver” (aspas no original, p. 263). Conforme Heidegger (1927/2006), a propensão para viver “tenta reprimir outras possibilidades” (p. 263). O autor não menciona o suicídio, porém, em se tratando de um fenômeno que mostra que o homem vive dando atenção ao seu próprio ser e o faz de diferentes maneiras, pode-se considerar que uma possibilidade que a propensão para viver reprime é a do suicídio.

O fenômeno do cuidado inclui as formas deficientes de cuidar, assim como o ser-com inclui a solidão. De acordo com Heidegger (2011) “esse cuidar está sempre numa *diretiva* determinada ou indeterminada, segura ou cambaleante” (p. 107; *italico* no original). Somente quem dá atenção para seu próprio ser, para o modo como vive sua vida, pode desistir de ser. Por outro lado, negligenciar a própria vida, considerá-la irrelevante também são maneiras de estar em relação com o próprio ser. O descuido, o desinteresse, o desgosto pela vida são variações do fenômeno do cuidado. Ao contrário do que se possa pensar num primeiro momento, o suicídio não está fora da alçada do cuidado. O suicídio é uma possibilidade do cuidado. É uma possibilidade para um modo de ser que se relaciona consigo mesmo na forma de cuidado e que pode deixar de ser a qualquer momento, uma vez que já traz em si mesmo a possibilidade de seu fim.

Neste estudo, o suicídio, visto por parentes de suicidas do interior do Rio Grande do Norte e moradores das mesmas cidades e abordado à luz da Analítica Existencial de Martin Heidegger, aparece como um fenômeno caracterizado pela frustração. Para que alguém se frustre é necessário ser antecipando-se-a-si-mesmo, vislumbran-

do possibilidades. Individualmente, algumas possibilidades são desejadas, são eleitas como sendo algo que se quer fazer, como objetivos pessoais. A realização de um objetivo pessoal gera uma expectativa. Expectativa diz respeito ao porvir, entretanto repercute na vida atual da pessoa, uma vez que aquilo que o ser humano ainda não é de fato, ele é existencialmente, pois a dimensão futura, o ainda-não (que pode ou não se realizar) é um constituinte do seu modo de ser (Heidegger, 1927/2006). O homem pode se frustrar porque o possível, como poder-ser, já está presente e repercute na disposição afetiva. O fracasso da realização das possibilidades é a frustração da expectativa e, digamos assim, gera uma contra-disposição. Em palavras simples, é o que é dito por Kátia, 17 anos, que, além de tentar o suicídio com medicamentos, era prima de um suicida:

Eu acho que uma pessoa daqui só tenta o suicídio quando ela não consegue o objetivo dela...

Considerações finais

A complexidade da questão do suicídio indica a necessidade de continuados estudos sobre o tema, a fim de que se possa conhecer diferentes contextos e circunstâncias de sua ocorrência, assim como diminuir o estigma associado ao fenômeno. O suicídio é um problema de saúde cujas origens não estão restritas ao que, genericamente, se chama de saúde mental. Entende-se aqui que a saúde é relativa ao *ser* humano e este não se restringe às suas características mentais. É necessário que se desenvolvam mais estudos sobre o fenômeno, levando em consideração esta visão ampliada e menos estigmatizante do suicídio.

A referência à Analítica Existencial de Heidegger permite relacionar o fenômeno específico (suicídio) com as estruturas existenciais que são sua condição de possibilidade, sem que isso implique numa abordagem mentalista internalizada, nem em relações mecânico-funcionais com o ambiente. Suicidar-se é possibilidade de um modo de ser que “tem em certa medida seu próprio ser na mão, à proporção em que se comporta de um modo ou de outro em relação ao seu poder-ser” (Heidegger, 2012, p. 401). Ou seja, lidar consigo próprio sabendo-se a caminho do futuro, porém não de um futuro que signifique apenas a passagem do tempo, repetindo, assim, o passado: um futuro que se torne presente como realização de projetos.

Referências

- Aho, K. (2009). *Heidegger's neglect of the body*. Albany: State University of New York Press.
- Alvarez, A. (1999). *O Deus Selvagem: um estudo do suicídio*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Bertolote, J. & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, Oslo, v. 7 n. 2, 6-8.
- Blattner, W. (2006). *Heidegger's Being and Time: a reader's guide*. New York: Continuum.
- Botega, N., Marin-León, L., Oliveira, H., Barros, M., Silva, V., & Dalgalarrodo, P. (2009). Prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2632-2638.
- Borges-Duarte, I. (2010). A fecundidade ontológica da noção de cuidado: de Heidegger a Maria de Lourdes Pintasilgo. *Ex Aequo*, 21, 115-131.
- Cerel, J.; Jordan, J. & Duberstein, P. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, 29(1), 38-44.
- Durkheim, E. (1992). *O suicídio. Estudo sociológico*. Lisboa: Presença.
- Dutra, E. (1997). Epidemiologia do suicídio no RN: 1985 a 1996. *Anais da 50ª Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*, Natal, RN.
- Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia* (Natal), 7(2), 371-378.
- Dutra, E. (2010). Suicídio no Brasil: estratégias de prevenção e intervenções. In Hutz, C. (Org.). *Avanços em Psicologia Comunitária e intervenções psicossociais* (p. 223-264). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Heidegger, M. (2001). *Seminários de Zollikon*. Petrópolis: Vozes/ EDUC/ABD. (Originalmente publicado em 1987).
- Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo*. Bragança Paulista: São Francisco, Petrópolis: Vozes. (Originalmente publicado em 1927).
- Heidegger, M. (2011). *Interpretações fenomenológicas sobre Aristóteles; introdução à pesquisa fenomenológica*. Petrópolis: Vozes.
- Heidegger, M. (2012). *Os problemas fundamentais da fenomenologia*. Petrópolis: Vozes.
- Jamison, K. R. (2000). *Night falls fast: understanding suicide*. New York: Vintage Books.
- Ministério da Saúde – Brasil (2006). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf
- Palhares, P. & Bahls, S. (2003). O suicídio nas civilizações – Uma retomada histórica. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 97 (84-85), 27-34.
- Polt, R. (1999). *Heidegger: an introduction*. Ithaca: Cornell University Press.
- Safranski, R. (2005). *Heidegger, um mestre da Alemanha entre o bem e o mal*. São Paulo: Geração Editorial.
- Schmidt, M. (1990). *A experiência de psicólogos na comunicação de massa*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia.

Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Serra, J. (2008). *O suicídio como uma das belas artes*. Covilhã: LusoSofia Press.

Sheehan, T. (1995). Heidegger's new aspect. *Research in Phenomenology*, 25, 207-225.

Vattimo, G. (1987). *Introdução a Heidegger*. Rio de Janeiro: Edições 70. (Originalmente publicado em 1971).

WHO, World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/>.

Marcelo Vial Roehle - Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atualmente é Professor da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Marabá. Endereço Institucional: Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA). Av. dos Ipês, s/n, Cidade Jardim, Marabá/PA. CEP: 68.500-000. E-mail: mvroehle@gmail.com

Elza Dutra - Possui graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Pernambuco, Mestrado em Psicologia Escolar pela Universidade Gamma Filho e Doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Professora Titular de Psicologia Clínica Fenomenológica na Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Pós-Doutora pela Universidade Federal Fluminense. Docente-pesquisadora do PPGPsi, orientadora de Mestrado e Doutorado. Coordenadora do Grupo de Estudos Subjetividade e Desenvolvimento Humano - GESDH/UFRN/CNPq. Coordenadora do GT - Psicologia & Fenomenologia - ANPEPP (2014-2016) e Vice-coordenadora (2016-2018).

Recebido em 16.03.2016
Primeira Decisão Editorial em 18.10.2016
Aceito em 04.11.2016

ARTIGOS

- REVISÃO CRÍTICA DE LITERATURA.....

EM BUSCA DE UMA BOA FORMA DE FAZER PSICOLOGIA DO ESPORTE¹: CONTRIBUIÇÕES DA GESTALT-TERAPIA

In Search of a Good Way of Applying Sport Psychology: Contributions of Gestalt-therapy

*En Busca de una Buena Manera de Hacer Psicología del Deporte:
Contribuciones de la Terapia Gestalt*

ADRIANA AMARAL DO ESPÍRITO SANTO

Resumo: Este artigo busca apresentar a psicologia do esporte a partir de uma abordagem que ainda é raramente utilizada neste campo, embora já esteja consolidada no âmbito da psicologia há muitas décadas: a gestalt-terapia. Assim, inicialmente apresenta, em linhas gerais, em que consiste a atuação do psicólogo do esporte para, a partir daí, pensar este trabalho à luz do referencial gestaltico. O foco se dá sobre dois níveis cruciais da intervenção: a compreensão diagnóstica e a intervenção propriamente dita. O artigo aborda o esporte individual de alto rendimento, visto que a psicologia do esporte é extremamente ampla e não haveria como dar conta de todas as suas possibilidades de intervenção num único artigo.

Palavras-chave: Psicologia do esporte; Gestalt-terapia; Intervenção psicológica.

Abstract: This article aims to present the sports psychology from an approach that is still rarely used in this field, although it has been part of psychology for several decades: the gestalt therapy. Therefore, it presents initially, in general words, what is the psychology practice in sports and, from this point, it takes into consideration this work through the gestalt-therapy theory. Its focus consists of two crucial moments of intervention: diagnosis and intervention itself. The outline of the article is based on the individual sport high-performance, as the sports psychology is extremely wide and it would be impossible to cover all the possible interventions in a single article.

Keywords: Sport psychology; Gestalt therapy; Psychological intervention.

Resumen: Este artículo tiene como objetivo presentar la psicología del deporte desde un enfoque que aún se utiliza muy poco en este campo, a pesar de estar consolidado en el contexto de la psicología desde hace muchas décadas: la terapia gestalt. Por lo tanto, presentase inicialmente, en líneas generales, en que consiste el trabajo del psicólogo del deporte, desde aquí, pensando en este trabajo sobre el prisma del referencial gestalt. El enfoque se da al respecto de dos momentos cruciales de la intervención: el diagnóstico y la intervención propriamente dicha. El recorte de este artículo se sitúa en el deporte individual de alto rendimiento, ya que la psicología del deporte es muy amplia y no hay manera de explicar todas las posibilidades de intervenir en un solo artículo.

Palabras clave: Psicología del deporte; Terapia de gestalt; Intervención psicológica.

No final do século XIX, começaram a desenvolver-se, nos Estados Unidos e Europa, tentativas científicas de melhorar a *performance* de atletas de alto rendimento nos mais variados aspectos, inclusive o psicológico. De lá para cá, o que se consolidou como Psicologia do Esporte se desenvolveu, tanto no campo da pesquisa quanto no da intervenção, sendo cada vez mais compreendido como um fator importante para o bom desempenho no esporte de alto nível. No Brasil, é de João Carvalhaes aquele que é considerado como o primeiro trabalho na área, na década de 1950, em São Paulo, culminando em sua atuação mais conhecida, com a seleção brasileira de futebol masculino que foi campeã mundial em 1958, na Suécia.¹

Por volta da década de 1970, há registros de alguns trabalhos em clubes. Também foram publicadas obras importantes, como *Psicologia esportiva e preparo do atleta*, de Athayde Ribeiro da Silva, em 1967; *Psicologia dos es-*

portes, de R. Haddock Lobo, em 1973; *Um psicólogo no futebol: relatos e pesquisas*, de João Carvalhaes, em 1974. Em 1979, foi criada a Sociedade Brasileira de Psicologia do Esporte (SOBRAPE), posteriormente denominada Sociedade Brasileira de Psicologia do Esporte, Atividade Física, Recreação e Lazer. Desenvolveram-se ainda alguns congressos, contribuindo para um primeiro grande momento produtivo no Brasil.

Nesse, que pode ser considerado um dos períodos mais marcantes da Psicologia do Esporte em nosso país, paralelamente, era introduzida a Gestalt-terapia. Juliano (2004) aponta 1972 como o ano de introdução do movimento gestaltico no Brasil, após viagem de Thérèse Tellegen a Londres, onde travou contato com a nova abordagem. Naquele mesmo ano, ela publicou *Elementos de Psicologia Gestáltica*, no *Boletim de Psicologia da Sociedade de Psicologia de São Paulo*. Nos anos subsequentes, diversos outros acontecimentos foram se desenrolando. Em 1973, Silvia Peters realizou um *workshop* de 12 horas em São Paulo, no Grupo de Estudos de Psicologia So-

¹ Alusão ao capítulo "Em busca de uma boa forma de descrever o trabalho em Gestalt", Juliano, J. C. (1999). *A arte de restaurar histórias*. (p. 25-35). São Paulo: Summus.

cial Aplicada (GEPISA) (Esch, 2012). O primeiro grupo de formação, em 1978, foi conduzido por Walter Ribeiro e outros profissionais de diferentes lugares do Brasil, originando, posteriormente, o primeiro curso de “Especialização na Abordagem Gestáltica em Psicoterapia”, no Instituto Sedes Sapientiae (Prestrelo, 2001, p. 92). Houve, ainda, a publicação de diversos livros da área, em sua maioria traduções, como mostra Esch (2012) em seu detalhado estudo histórico sobre este período. Entre eles: *Gestalt-terapia explicada* (1977), com prefácio de Thérèse Tellegen, *Isto é Gestalt* (1977) e *Escarafunchando Fritz* (1979). Além disso, revistas, teses e dissertações sobre o assunto começaram a surgir no país².

Esta coincidência temporal, no entanto, não fez com que as duas áreas caminhassem juntas. Ao observarmos desde os trabalhos mais iniciais até a profusão de profissionais existentes hoje na área do esporte e da atividade física, é possível perceber, empiricamente, que a maioria deles trabalha fundamentada na abordagem cognitivo-comportamental. Existe uma outra parcela de psicólogos que se intitulam adeptos de diversas abordagens, como psicanálise, psicodrama e pedagogia da cooperação. Há, ainda, muitos que utilizam referências diversificadas, por vezes até misturando abordagens quase que antagônicas, como o aconselhamento psicológico rogeriano, psicanálise, fenomenologia, gestalt-terapia, psicopatologia, etologia humana, psicologia institucional, biologia e subáreas das Ciências do Esporte (Espírito Santo, 2005).

No que diz respeito à abordagem gestáltica, encontramos apenas um artigo, em inglês, sobre o trabalho com uma atleta da modalidade orientação (Bednarova, 2009). Outro artigo relacionado a aspectos práticos da atividade vem não da gestalt-terapia, mas da fenomenologia (Frascarelli, 2010). Também no campo da fenomenologia, atualmente existe, na cidade de Petrolina (PE), o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Fenomenologia e Esporte (NEPFE), da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), o que mais se aproxima da proposta gestáltica no cenário brasileiro.

Consideramos que por trás da abordagem psicológica – fundamentalmente clínica – deve estar o conhecimento do fenômeno esportivo, da história e sociologia do esporte, enfim, todo um embasamento que permita compreender o atleta naquele contexto. Contudo, entendemos que a escolha da abordagem traduz a visão de homem do psicólogo e vai nortear sua compreensão e suas intervenções em qualquer que seja seu campo de atuação.

Assim, neste artigo buscamos trazer para dentro do contexto esportivo o olhar da Gestalt-terapia, entendida como uma forma de ser e estar no mundo e de entendê-lo sob uma ótica particular e ainda escassa na literatura brasileira de Psicologia do Esporte. Vale lembrar que praticamente todas as abordagens psicológicas surgiram no âmbito da clínica, tendo sua teoria voltada para o aten-

dimento em consultório, numa época em que a própria Psicologia não ia muito além desta aplicação. Mais recentemente, com a expansão da profissão em diversas áreas de existência do ser humano, as diferentes abordagens puderam também ser ampliadas e aplicadas nos mais diversos meios. Hoje, a Gestalt-terapia, assim como todas as abordagens, já é utilizada em vários campos de atuação do psicólogo, como o hospital, a escola, a justiça e, por que não, o esporte.

Yontef (1998) já afirmava, com relação à clínica, que a Gestalt-terapia poderia ser usada eficazmente com qualquer população e qualquer grupo imaginável, desde que o terapeuta conseguisse entendê-lo e sentir-se à vontade. Este raciocínio pode ser aplicado a todos os outros campos, como os que citamos anteriormente, não impedindo uma prática, oriunda na clínica, de ser adaptada a outras possibilidades de intervenção.

Antes de prosseguirmos, contudo, é necessário pontuar de que Psicologia do Esporte iremos tratar aqui. Hoje, ela é muito mais do que apenas o alto rendimento, abrangendo outras formas de prática esportiva e também a atividade física. Rubio (2007b) descreve, em uma divisão didática, as seis principais áreas de atuação do psicólogo do esporte: alto rendimento, reabilitação, projetos sociais, iniciação esportiva, esporte escolar e práticas de tempo livre. Cada uma possui suas especificidades e seria infrutífero tentar dar conta de todas neste momento. Por isso, consideramos aqui o esporte individual adulto de alto rendimento, entendendo como individual também o acompanhamento isolado de um atleta de uma modalidade coletiva.

Para este fim, iniciamos com uma apresentação sobre em que se constitui o trabalho do psicólogo do esporte, em linhas gerais, independentemente de sua linha teórica. A partir daí, concentramos as atenções sobre os dois momentos cruciais deste trabalho – o diagnóstico e a intervenção –, relacionando os principais conceitos da Gestalt-terapia à atuação no esporte, explorando o diferencial que acreditamos que a abordagem oferece. Para ilustrar, apresentamos brevemente alguns exemplos extraídos da prática profissional³, cientes de que, por vezes, eles podem limitar a compreensão do fenômeno, mas também acreditando que, devido à escassez de trabalhos correlacionando gestalt-terapia e psicologia do esporte, é assim que poderemos apresentar de forma mais clara como acontece o dia-a-dia do trabalho.

O trabalho em Psicologia do Esporte

Embora hoje já se saiba que houve primórdios de uma Psicologia voltada para o esporte por volta da década de

² Para informações detalhadas sobre as publicações neste momento histórico da gestalt-terapia no Brasil, indico o trabalho de Esch (2012).

³ Os exemplos apontados neste artigo advêm de situações reais de trabalho e foram redigidos sem qualquer possibilidade de identificação dos envolvidos, motivo pelo qual não foi necessário solicitar sua autorização explícita.

1930, o marco deste trabalho, no Brasil, ainda permanece sendo a atuação de João Carvalhaes. Em 1954, ele iniciou sua atuação como psicólogo junto à Federação Paulista de Futebol, realizando a seleção de árbitros. Trabalhou ainda como comentarista de lutas de boxe, porém se fixou mesmo no futebol: ainda na década de 1950, atuou no São Paulo Futebol Clube e na seleção brasileira de futebol que se sagrou campeã da Copa do Mundo de 1958, na Suécia.

De lá para cá, esta prática veio se expandindo, com diversas inserções, em especial em equipes de futebol. Atualmente, existe uma ampla gama de possibilidades para além dos gramados, como golfe, surfe, esportes de aventura, além daqueles esportes mais conhecidos, como vôlei, basquete ou natação. Esta diversidade pode ser constatada, por exemplo, pela observação dos perfis dos psicólogos atuantes que constam no site da Associação Brasileira de Psicologia do Esporte (ABRAPESP) (www.abrapesp.org.br).

No entanto, muito deste trabalho ainda carrega um ranço histórico, focado prioritariamente no rendimento e na identificação de atletas-problema. Para Frascareli (2010), esta é uma visão limitada, cientificista, que traz na suposição de um problema psicológico a cisão entre corpo e mente. A autora entende a psicologia do esporte como algo mais amplo, que cuida do humano. Isso inclui, obviamente, os problemas de rendimento, mas vai além, auxiliando o atleta a entrar em contato consigo e a crescer. Nessa medida, o psicólogo do esporte deve ser preparado para ouvir o atleta, sem procurar nele apenas “problemas que estejam atrapalhando o rendimento” (p. 123).

Weinberg e Gould (2008) discriminam três possibilidades de orientação do trabalho do psicólogo do esporte: psicofisiológica, sociopsicológica e cognitivo-comportamental. A primeira enfatiza os processos fisiológicos do cérebro e sua influência sobre a prática esportiva. A orientação sociopsicológica percebe as interrelações entre o comportamento, a personalidade e o ambiente. Já o terceiro tipo não desconsidera as relações com o ambiente, mas enfatiza as cognições e pensamentos influenciando o comportamento, trabalhando bastante com psicometria.

Já Ducasse (2006) possui uma compreensão mais holística do atleta, construindo ferramentas para entendê-lo e ajudá-lo a refinar suas formas de pensar, sentir e agir em todos os aspectos de sua vida. Para o autor, as técnicas de condicionamento são limitadas e podem promover um pensamento simplista, quando na verdade “o psicológico vem do que é vivido, não de uma fórmula” (p. 36). Assim, Ducasse recorre, por exemplo, à metáfora do “mapa do psicológico”, comparando o caminho para o sucesso a uma cartografia, e desenvolve meios para melhor atingir as metas pessoais, como o planejamento individualizado da caminhada através deste mapa.

Para Markunas (2003), há uma distinção entre treinamento psicológico e preparação psicológica. O primeiro consiste na aplicação de técnicas e exercícios, objetivando o ensino, formação e desenvolvimento de habilidades

psicológicas, como concentração e treino mental. Já a preparação psicológica abarca o treinamento psicológico, mas vai além, abordando o atleta de maneira global, ajudando-o a encontrar ferramentas próprias para o enfrentamento das diversas situações com que irá se deparar em sua vida esportiva. Compreende ainda a formação pessoal e moral do atleta, sua qualidade de vida antes, durante e após as competições e por toda sua vida esportiva.

Por meio de um programa de preparação psicológica, diversos aspectos serão levados em conta como a formação escolar e as influências familiares, por exemplo, sendo essencial, então, analisar e auxiliar no desenvolvimento de características pessoais e modos de enfrentamento pertinentes à prática esportiva, além de discutir as peculiaridades da modalidade escolhida em relação ao contexto existencial do atleta. (Markunas, 2003, p. 42-43)

Desse modo, trataremos neste artigo de um programa de preparação psicológica que, em qualquer que seja a abordagem, segue algumas linhas gerais, divididas em quatro fases: 1) contato inicial; 2) avaliação diagnóstica; 3) intervenção; 4) avaliação dos resultados. Estas fases não são estanques, interrelacionando-se todo o tempo, porém, por possuírem algumas ações sistemáticas que auxiliam o trabalho interdisciplinar, optamos por manter esta classificação didática da psicologia do esporte.

O contato inicial serve como cartão de visitas. É quando o psicólogo vai se apresentar, fazer um contrato de trabalho, estabelecer as primeiras interações com dirigentes, comissão técnica e atletas, obter as primeiras impressões sobre a instituição. É importante, neste momento, esclarecer sobre qual é sua função ali, para não incorporar demandas que não possa atender. Tirar dúvidas e estabelecer vínculos também fazem parte deste momento, além de informar sobre os limites e possibilidades de sua atuação, considerando inclusive o momento esportivo em que é contratado.

Sem dúvida, muitos elementos deste contato inicial servirão para a avaliação, que é realizada, sistematicamente, num momento posterior, embora seja efetivamente desenvolvida durante todo o trabalho. A fase inicial de avaliação serve para a construção de um mapa dos problemas, do modo de funcionamento, das relações interpessoais, enfim, do que funciona e o que não funciona naquele campo. Diversos recursos podem ser utilizados neste momento, como veremos adiante: desde a simples observação até a utilização de testes psicológicos ou qualquer outra ferramenta que o psicólogo julgue necessária para a coleta de informações.

Para esta etapa transcorrer sem muitos percalços, é importante que o contrato, no momento anterior, tenha sido bem estabelecido, pois quando falamos em avaliação não raramente lidamos com desconfiança, fantasias persecutórias, medo da exposição. O objetivo principal

desta análise é obter dados para que a intervenção seja bem feita, pois não há modelos predeterminados de como trabalhar com um atleta.

Uma boa avaliação diagnóstica é fundamental para uma intervenção efetiva. Se esta focar outras questões que não as necessidades daquele atleta, não alcançará resultados eficazes. Nesse sentido, inúmeros recursos podem ser utilizados no decorrer do trabalho, a partir do levantamento de demandas que foi realizado. Resultados mais concretos são obtidos a longo prazo, porém o planejamento da intervenção pode e deve ser feito acompanhando o cronograma de competições do atleta e a periodização de seu treinamento físico e técnico, estabelecendo objetivos distintos para cada etapa, considerando que esferas psicológicas serão trabalhadas em cada fase determinada pelo treinador (Brandão & Casal, 2007; Markunas, 2003).

Na Etapa Geral, os objetivos indicam uma orientação para a formação e desenvolvimento de uma disposição/estado no atleta. Na Etapa Específica busca-se aperfeiçoar as qualidades desenvolvidas. Na etapa seguinte (Pré-competitiva), os objetivos gerais remetem ao aprofundamento ou fortalecimento das qualidades e estados em andamento visando à etapa seguinte que representa a competição propriamente dita. (Markunas, 2003, p. 52)

Assim, a intervenção pode ser delineada para um ano, uma temporada, uma competição específica. Esta periodização do trabalho auxilia a análise dos resultados, pois permite a constante avaliação da metodologia empregada e dos resultados obtidos. Os métodos escolhidos levarão em conta as possibilidades de intervenção no momento em que o atleta ou equipe se encontra: os objetivos serão distintos num atleta ou equipe em pré-temporada, por exemplo, comparando-se com um atleta ou equipe no meio de uma competição importante. Numa pré-temporada, podem ser trabalhadas questões mais amplas, de base, como relacionamentos de grupo, confiança, planejamento de metas. Já quando se está no meio de uma competição, o foco é bem mais estreito, com questões como ansiedade pré-competitiva, análise do resultado numa etapa da competição para que o atleta possa seguir na mesma com melhor rendimento, problemas específicos de comunicação. Este delineamento é fundamental, pois na avaliação do trabalho o objetivo inicial deve ser considerado e o psicólogo, muitas vezes, é obrigado a lidar com suas limitações.

Consideramos pelo menos duas justificativas importantes para a etapa da avaliação sistemática de resultados: 1) como trabalhamos com material subjetivo, num meio acostumado a dados palpáveis e estatísticos, a avaliação final possibilita verificar as efetivas mudanças ocorridas, com base na avaliação prévia que foi realizada. 2) A partir destes resultados, é possível perceber o que mudou, o que continua da mesma forma, o que melhorou e o que

piorou, enfim, as intervenções que tiveram êxito e as que não surtiram efeito. Com base nestas informações um novo ciclo de trabalho é programado.

Como podemos perceber, as fases destacadas aqui se referem a momentos sistemáticos, marcados por alguma ação mais específica do psicólogo considerando o diálogo com a instituição e os demais profissionais com os quais possivelmente irá trabalhar. Sabemos que numa proposta gestáltica não existe esta divisão estanque das etapas, pois o acompanhamento se constitui num processo dinâmico. No entanto, para fins estritamente didáticos, consideramos útil esta divisão, entendendo assim que as fases um e quatro fornecem as bases para o trabalho, mas é efetivamente no diagnóstico e na intervenção que as coisas acontecem. É por este motivo que convidamos o leitor a acompanhar mais detalhadamente, a partir deste ponto, esses dois aspectos da intervenção.

Um esboço do pensamento diagnóstico em gestalt-terapia no esporte

Uma das bases para o trabalho do psicólogo é a avaliação diagnóstica. Assim também acontece no esporte. Lembramos, contudo, que na abordagem gestáltica a compreensão diagnóstica é processual: “é uma atividade sem ponto-final” (Pinto, 2015). Assim, este momento inicial mostra-se importante numa primeira aproximação com o atleta, no qual o psicólogo dedica uma grande parte do seu tempo inteirando-se sobre a modalidade, as rotinas, as repetições, as interações, os conflitos. Deste primeiro panorama, colhe as informações para sua intervenção inicial.

Portanto, falar em diagnóstico, neste caso, significa esboçar uma primeira compreensão do atleta, sem buscar classificá-lo ou determinar técnicas para o trabalho, mas sim entender seus mecanismos de funcionamento e ajudá-lo a crescer. E é justamente o resultado deste trabalho que fará com que o diagnóstico seja dinâmico, temporário e por isso deva ser feito durante todo o acompanhamento. Como lembra Pinto (2015): “um psicoterapeuta, agindo de maneira fenomenológica, não está impedido de fazer uma compreensão diagnóstica de seu cliente (antes pelo contrário), mas está definitivamente proibido de fechar este diagnóstico” (p. 30-31).

Esta compreensão diagnóstica está ancorada nas bases filosóficas da Gestalt-terapia. Sabemos que diversas teorias a sustentam, como a Psicologia da Gestalt, a Teoria Organísmica de Kurt Goldstein, as filosofias orientais, entre outras. Yontef (1998), contudo, aponta como conceitos básicos sua perspectiva fenomenológico-existencial, a teoria de campo e a relação dialógica. Uma intervenção que careça de algum destes parâmetros pode ser o mero uso de técnicas, mas não pode ser considerada gestalt-terapia, pois é essa base que norteia a compreensão do ser humano pelo gestalt-terapeuta.

Como lembra Ribeiro (1985), “fenomenologia é uma filosofia, é uma metodologia, implica em uma específica visão do mundo” (p. 42). A Gestalt-terapia se utiliza deste método fenomenológico para trabalhar com o presente, com o que aparece, sem pré-julgamentos e *a priori* e trabalhando a partir da experiência do outro. Assim, a fenomenologia, aliada à perspectiva existencialista, permite a visão única do indivíduo, sem rótulos, sem generalizações. A Gestalt-terapia vê o homem como sendo potencialmente capaz e em constante processo de mudança. Cada um constrói sua própria existência, a partir de sua consciência.

A consciência é viva, ativa e sempre visa algo, ou seja, possui uma intencionalidade. Existe, portanto, uma correlação entre o objeto e a consciência; o primeiro só existe para a segunda (Ribeiro, 1985). Como aponta Frascareli (2010), “nunca existirá uma emoção, por exemplo, *em si*, mas uma emoção-para-um-sujeito-em-uma-situação” (p. 126). Ou seja, cada atleta tem seu modo de vivenciar sua modalidade, seus relacionamentos, suas dores. Numa mesma equipe, um único fato pode ter reflexos os mais diversos em cada um de seus membros.

Nesse sentido, quando falamos em diagnóstico em gestalt-terapia, não estamos pensando em classificação nosológica, em denominações científicas *a priori*. O diagnóstico da gestalt-terapia é processual (Frazão, 1991; Pinto, 2015), buscando compreender o significado das queixas, o funcionamento do indivíduo, a figura e o fundo de seus sintomas, acompanhando as mudanças ao longo do tempo. Essas informações complementam-se em relação, constituindo um campo do qual fazem parte a história do atleta, a instituição, a equipe técnica, o psicólogo e inúmeros outros fatores.

Para Frazão (1991), a função do diagnóstico é ajudar a perceber a melhor maneira de trabalhar com cada pessoa. A coleta de informações para a construção deste diagnóstico pode variar de acordo com a necessidade e com o entendimento do psicólogo. Por isso é importante considerar a relação dialógica que se estabelece entre o psicólogo e o atleta: a construção de uma relação genuína e que coloca o outro como sujeito, não como objeto. Esta é uma diferença importante na abordagem gestáltica no esporte, uma vez que não coloca o atleta como objeto de técnicas para aumentar o rendimento, mas sim como um sujeito implicado em sua evolução e desenvolvimento como atleta, que pode usar técnicas a seu favor, compreendendo-as e inserindo-as num contexto.

Na psicologia do esporte, é comum a utilização de testes psicológicos para avaliar os atletas, embora não existam muitos testes voltados à prática esportiva (McCann, Jowdy & Raalte, 2011). Rubio (2007a) aponta, ainda, que no Brasil a formação dos psicólogos para a construção e uso dos instrumentos é falha, além do fato de que seu uso nem sempre apresenta coerência entre a fundamentação teórica do teste com a abordagem terapêutica utilizada pelo psicólogo. Nesse mesmo sentido, considera-

mos muitos testes pouco compatíveis com o olhar gestáltico, pois em geral buscam enquadrar os indivíduos em determinadas categorias preestabelecidas. Como lembra Frascareli (2010), a compreensão psicológica baseada na fenomenologia busca individualizar o sujeito e levar em conta suas especificidades, ao invés de inseri-lo em modelos predeterminados. As coisas não são em si mesmas, mas sim no contexto relacional da existência, tornando incoerente o estabelecimento de leis universais e modelos genéricos, como faz grande parte dos testes utilizados até o momento.

Além disso, muitas das informações reveladas por testes podem ser colhidas a partir de um trabalho de longo prazo, com boas entrevistas e observações dos atletas, contextualizando os comportamentos e apontando os mesmos para os atletas, conscientizando-os de suas ações, como veremos adiante a respeito das formas de intervenção.

De qualquer forma, em alguns momentos os testes são necessários, pois o mundo dos esportes ainda é muito pautado por referenciais concretos e objetivos, tanto por parte dos atletas quanto dos técnicos. Nestes casos, os resultados dos testes podem ser utilizados pelo psicólogo como referência, buscando discrepâncias muito notórias e discutindo seus resultados com o atleta. Além de ser uma obrigação ética e legal, como lembram McCann et al (2011), a devolução dos resultados é um momento precioso para o atleta atribuir sentido à própria avaliação e implicar-se nas ações para modificar o que for necessário. Por exemplo, certa vez uma atleta estava claramente apresentando um quadro de ansiedade, com sintomas físicos, sem conseguir se dar conta disso, mesmo após diversas intervenções. Apenas com o resultado objetivo de um teste de ansiedade ela pôde se conscientizar de sua situação e se abrir para uma intervenção mais profunda, falando sobre o que a angustiava e, principalmente, vivenciando seu problema, o que possibilitou a mudança. Poderíamos dizer, nesse caso, que a devolução do teste foi utilizada como um experimento.

Este momento diagnóstico mais formal possui, ainda, como um de seus resultados, a elaboração de perfis psicológicos, prática comum na Psicologia do Esporte. Trata-se de uma ferramenta importante na área do esporte para interlocução com os demais profissionais, uma das razões apontadas por Pinto (2015) para justificar a elaboração de uma compreensão diagnóstica “formal, sistemática e delimitada”: “...possibilita ao psicoterapeuta não ficar isolado de colegas de outras abordagens ou de outras profissões da área” (p. 32).

Assim, uma forma de aproximar esta prática à abordagem que defendemos aqui é a elaboração de perfis que considerem o aspecto processual do diagnóstico e a plasticidade do ser humano, mostrando tendências, potencialidades e principalmente a possibilidade de mudança, indo de encontro a pedidos recorrentes feitos pelo técnico, como fórmulas para ativação individual, detecção de atletas-problema, receitas para tirar o máximo de desem-

penho de cada um, a despeito do humano. Um bom perfil é construído após um período de conhecimento deste atleta, de compreensão de sua história familiar e no esporte, seus valores, suas crenças, e considerando não apenas os problemas, mas também os aspectos saudáveis e as potencialidades deste atleta, marcando sempre o aspecto processual, sendo também frequentemente atualizado.

Uma equipe interdisciplinar, de posse destas informações, poderá auxiliar o atleta em sua inteireza, porém sem tirar sua responsabilidade. O gestalt-terapeuta chama o indivíduo para a responsabilidade de sua mudança, acreditando que ele é capaz de resolver seus problemas e dificuldades, não trabalhando, por isso, com o condicionamento. “A responsabilidade por seu comportamento, pela mudança em seu comportamento e pelo trabalho de atingir tal mudança é do paciente” (Yontef, 1998, p. 75).

Parâmetros de intervenção na abordagem gestáltica

Frascarelli (2010) aponta que o fenômeno esportivo, no contexto em que o conhecemos hoje, oferece a possibilidade de compreender o atleta como máquina e mesmo como mero executor, enquanto o técnico, que detém o saber, é aquele capaz de pensar a melhor forma de execução. Nesse sentido, não abre possibilidades para o atleta se apropriar de sua prática, se conhecer e se conscientizar de suas ações. “Desconsiderado em sua percepção e desestimulado a manter-se em contato consigo mesmo abre mão de tornar-se companheiro de si e, em sentido amplo, de conhecer-se” (p. 123)

O objetivo principal do trabalho em gestalt-terapia é exatamente o oposto: o aumento da conscientização, da *awareness*, descobrindo mais recursos para lidar com situações diversas e adversas. Como afirma Yontef (1998, p. 38), a Gestalt-terapia “é mais uma exploração do que uma modificação direta do comportamento. O objetivo é o crescimento e a autonomia, com um aumento da consciência (*consciousness*).” Mais adiante, acrescenta: “o objetivo não é resolver ‘o problema’, pois o paciente irá permanecer incapacitado enquanto manipular os outros para resolverem seus problemas, enquanto ele não usar integralmente seu aparelho sensorimotor” (p. 74). Para o autor, enfim, o gestalt-terapeuta não cura nem condiciona; ele é um observador do comportamento e um guia para o aprendizado fenomenológico do indivíduo.

No dia a dia, não é raro identificar atletas que não têm consciência de sua postura, de seus movimentos, de suas reações corporais, de seus sentimentos, enfim, de sua forma de estar e de agir em treinos e competições. Estar alheios a si mesmos os torna mais vulneráveis a fatores externos, podendo sucumbir diante de situações que não seriam tão problemáticas caso estivessem com seu nível de conscientização mais equilibrado. Zinker (2007) elenca alguns atributos que são almejados através do uso da gestalt-terapia individual e clínica, e que podem ser am-

pliados no sentido de pensar o ser humano em qualquer ambiente, inclusive no esporte. O foco principal, como foi dito, é desenvolver a *awareness*, ou seja, a “tomada de consciência global no momento presente, atenção ao conjunto da percepção pessoal, corporal e emocional, interior e ambiental (consciência de si e consciência perceptiva)” (Ginger & Ginger, 1995, p. 254). Assim, a intervenção focada no aumento da *awareness* visa a um atleta mais inteiro, integrado e com bom autoconhecimento.

É intenção também que a pessoa aprenda a assumir a autoria de suas experiências e a tomar consciência de suas necessidades, desenvolvendo habilidades para satisfazê-las. A gestalt-terapia busca um contato mais pleno da pessoa com suas emoções, apreciando todos os aspectos de sua existência, e percebendo seu poder pessoal e sua capacidade de dar suporte, sem culpar terceiros nem buscar suporte apenas no meio externo. Por fim, espera-se que a pessoa se torne sensível ao ambiente que a cerca, com capacidade de autoproteção, quando necessária.

Por exemplo, uma das principais ocorrências em atletas é a ansiedade, fato confirmado pela enorme quantidade de publicações científicas investigando o assunto. Porém, embora a compreensão da ansiedade seja fundamental, quando individualizamos o entendimento deste sintoma a abordagem sofre alterações, numa compreensão coerente com a avaliação diagnóstica de que falamos anteriormente. Para a gestalt-terapia, conforme Pinto (2007), a ansiedade patológica está relacionada com o futuro, ligada a expectativas catastróficas ou positivas e à incerteza quanto ao papel a ser desempenhado. Por isso, o “medo do palco” desaparece quando se entra em contato com o presente, deixando de lado a preocupação com o futuro. Assim, num caso de ansiedade pré-competitiva, uma intervenção gestáltica seria ir além da aplicação de técnicas para reduzir os sintomas ansiosos, mas principalmente entender o papel destes: como é competir ansioso, de que forma isso aparece no corpo do atleta. A partir daí, descobrir uma forma de lidar com esses sintomas, que não necessariamente será eliminá-los, pois eles podem estar servindo como um ajustamento criativo para lidar com a dificuldade daquela situação.

Mendonça (2007) descreve o ajustamento criativo como sendo a adaptação do indivíduo ao meio, mantendo sua sobrevivência e seu crescimento de forma responsável. Ao mesmo tempo, ele transforma e é transformado. Assim, um sintoma, visto como um fenômeno, nada mais é do que a adaptação do indivíduo à situação e ao meio em que se encontra, buscando manter-se saudável, embora nem sempre o resultado seja a saúde. Por isso, o simples movimento de ir contra este sintoma fere a autorregulação do organismo, se isolado da tentativa de compreender e ampliar as possibilidades deste indivíduo.

De acordo com a teoria paradoxal da mudança, a mesma só ocorre quando nos tornamos o que somos, não quando tentamos nos tornar o que não somos. Assim, “a mudança não ocorre através de uma tentativa coerciva

por parte do indivíduo ou de outra pessoa para mudá-lo, mas acontece se dedicarmos tempo e esforço a ser o que somos” (Beisser in Fagan, 1980, p. 110, citado por Orgler, 2007, p. 214). Quando se tem este entendimento, abre-se caminho para a *awareness* e o contato, provocando mudanças naturais e espontâneas. “A mudança forçada é uma tentativa de concretizar uma imagem, em vez de concretizar o self” (Yontef, 1998, p. 34).

Assim, é possível entender que aqueles sintomas estão aparecendo para transmitir alguma mensagem. Se simplesmente se busca erradicá-los, corre-se o risco de perder algo mais profundo e duradouro, que é decifrar essa mensagem e entender que aquela é a forma possível de competir naquele momento. Da mesma forma, usar a energia vital para brigar com o sintoma pode aumentar o gasto da mesma, quando poderia ser aplicada em prol do rendimento. Saber que vai competir ansioso, nervoso, com tremor nas mãos e desconforto intestinal dá condições de buscar “antídotos” e se aceitar assim, usando essa energia em seu benefício, sem desperdícios e “de maneira que possibilite a completude de seu funcionamento. Ela [a pessoa] age sem dissipar energia, pois aprende a integrar criativamente os sentimentos conflitantes em si mesma, em vez de lutar contra o próprio organismo ou polarizar seu comportamento” (Zinker, 2007, p. 114).

Certa vez, um atleta nos procurou na véspera de uma competição com sintomas físicos de ansiedade: não havia conseguido dormir nem comer adequadamente, estava com as mãos trêmulas, frio na barriga. Procurava uma intervenção imediata que sanasse seus sintomas. O trabalho com ele, contudo, se iniciou após esta competição, desenvolvendo sua *awareness* e buscando entender o que o tornava ansioso em momentos pré-competição. Foram descobertos por ele importantes aspectos alheios ao esporte que estavam interferindo em seu comportamento, além de questões do esporte, como ser preterido pela equipe e estar longe de se tornar titular. Competir significava estar no foco, sem ainda estar apto a ter um bom rendimento, sem dominar a prova. Após alguns meses de trabalho de conscientização, de aceitação de sua condição temporária e de experimentos que o permitiram dominar cada vez mais sua prova, o atleta relatou melhora nas competições, pois encontrara estratégias para competir ciente de sua ansiedade. Com isso, “magicamente”, em suas próprias palavras, certo dia relatou não se sentir mais ansioso. Ao aceitar os sintomas que seu organismo criou para lidar com uma situação desconfortável, ele conseguiu focar em outras questões, se conhecer melhor e, posteriormente, eliminar os sintomas, chegando à equipe titular e alcançando um desenvolvimento extraordinário em sua modalidade.

Para Zinker (2007), “toda pessoa deve ser capaz de se tornar plenamente consciente (*aware*) e agir para a satisfação de suas necessidades” (p. 111). A *awareness* permite à pessoa entender o que está se passando dentro dela e o que fazer para se sentir melhor, fazendo algo

a respeito, sem adiar suas necessidades. Essas necessidades são cíclicas e acontecem o tempo todo em nosso organismo, sejam elas de base fisiológica, como a sede ou a fome, ou emocional, ambas sendo satisfeitas através de episódios de contato. O contato diz respeito à interação do indivíduo com o meio, consistindo na assimilação de algo novo para o organismo e culminando em mudança, que acontece através de “ciclos de encontros e retiradas no campo organismo/meio” (Silveira, 2007, p. 59). Portanto, quando se faz contato, necessariamente há mudança. Como dizem Polster e Polster (1979), não é preciso tentar; a mudança simplesmente ocorre. Logo, o encaminhamento do acompanhamento será feito a partir do ciclo do contato, considerando a necessidade que precisa ser satisfeita.

Quando uma necessidade é atendida, a gestalt que ela organizou se completa e ela não exerce mais influência – o organismo está livre para formar novas *Gestalten*. Quando essa formação e essa destruição de gestalt estão bloqueadas ou fixas em qualquer etapa, quando necessidades não são reconhecidas e expressas, a harmonia flexível e o fluxo do campo organismo/ambiente ficam perturbados. Necessidades não-atendidas formam *Gestalten* incompletas que clamam por atenção e, portanto, interferem na formação de novas *Gestalten*”. (Yontef, 1998, p. 71)

O contato pode acontecer por completo a partir de determinada experiência ou estar interrompido em alguma de suas fases, o que se configura como mecanismos de resistência ou evitação do contato. Assim, o olhar para o atleta deve ser tanto no momento do atendimento em si, quando ciclos podem ser abertos e fechados, quanto no seu quadro geral cotidiano, em que, numa visão mais macroscópica, pode estar paralisado em alguma fase do ciclo de contato.

Vejam os mais um exemplo prático. Uma atleta de futebol vinha sofrendo uma considerável queda no seu nível de motivação, passando a se atrasar e não se empenhar muito nos treinos e começando a experimentar um humor depressivo. Foi realizada uma investigação de base gestáltica em conjunto com a atleta, através de experimentos e com o objetivo de aumentar sua conscientização sobre o que estava acontecendo. Esta intervenção levou a atleta a perceber que, por mais que se esforçasse, não recebia nenhum tipo de reconhecimento do técnico, nem em forma de elogio nem em forma de crítica construtiva, fazendo com que não tivesse qualquer *feedback* sobre seu desempenho e se sentisse preterida. A identificação da necessidade deste *feedback* fez com que a atleta compreendesse melhor seu próprio funcionamento naquele momento e encontrasse estratégias para motivar-se novamente, desobstruindo o fluxo da energia que estava paralisada e abrindo novas possibilidades para si, sem necessariamente esperar que a atitude partisse do técnico.

Na construção do perfil psicológico do atleta, já citado anteriormente, as principais necessidades do momento são uma informação que pode ser incluída e que consideramos auxiliar bastante a comissão técnica, pois é uma das áreas onde realmente os outros profissionais poderão atuar através de falas, atitudes, treinamentos, encorajamentos, etc., contribuindo para a satisfação das necessidades do atleta.

Vejam outro exemplo. Um maratonista vem encontrando problemas em seu treinamento devido à preocupação excessiva com os comentários de terceiros sobre sua *performance*. Ele já conseguiu perceber suas sensações e sentimentos sobre isso, conscientizando-se de que, no momento, é movido pelas opiniões alheias em detrimento de suas próprias opiniões e que muitas vezes suas ações são tomadas no sentido de se defender ou se proteger dos julgamentos. Porém, seu ciclo se interrompe aí. Ele ainda não consegue mobilizar energia para se autossustentar, deixando-se influenciar pelos outros e sofrendo sempre com a queda de autoestima decorrente das críticas. O trabalho, portanto, vai partir deste ponto, buscando satisfazer sua necessidade de autoconfiança para que se sinta apto a mobilizar energia para não permitir que influências externas o atinjam e interfiram no seu rendimento. Enquanto isso, a consciência de seu *modus operandi* atual lhe dá tranquilidade para se aceitar e investir em seu processo de mudança.

Outro problema comum em atletas é a falta de estabelecimento de metas ou desejos muito amplos, generalizados, que acabam parecendo inatingíveis. Polster e Polster (1979) afirmam: “uma das formas comuns de ficarmos fora de contato com nossos desejos é aumentá-los, transformá-los em desejos globais, indefiníveis e inatingíveis” (p. 205). Asseguram, ainda, que “quando uma pessoa pode reconhecer e expressar um desejo, ela experiencia um sentimento de estar indo na direção certa e de que conseguirá a sua satisfação” (p. 204). E continuam afirmando que ao se perguntar à pessoa o que ela quer, esse desejo se torna figura, se concretiza, sendo possível identificar os ingredientes necessários para sua realização.

Nesse sentido, o experimento é o antídoto contra o “falar sobre” e para alcançar mudança. O conceito de experimento oferece ao gestalt-terapeuta, em qualquer ambiente, a liberdade para utilizar qualquer recurso que julgue necessário para ampliar a *awareness* do sujeito, seja ele uma técnica predeterminada ou uma criação do psicólogo. De acordo com Yontef (1998), o gestalt-terapeuta pode usar qualquer método ou técnica desde que o objetivo seja o aumento da *awareness* e que resulte de diálogo e trabalho fenomenológico.

Na psicologia do esporte, existe uma gama de técnicas conhecidas e largamente utilizadas, como o estabelecimento de metas, visualizações, relaxamentos, diálogo interno, entre muitas outras. Nada impede que o gestalt-terapeuta utilize algum destes artifícios como recurso. Porém, se ele os utiliza sob a ótica do experimento, ga-

nam outro sentido, que vai além da simples aplicação técnica, mas que se coaduna com a avaliação diagnóstica processual, a relação dialógica, a fenomenologia e a satisfação das necessidades, implicando o atleta na atividade. O psicólogo pode, por exemplo, fazer um relaxamento e, ao perceber uma dificuldade do atleta em se concentrar e relaxar, trabalhar esta dificuldade, investigar junto com o atleta o que está acontecendo, contextualizar junto com ele o significado do ocorrido, ao invés de prescrever mais exercícios diários até que ele consiga atingir a meta, adestrando-se a relaxar.

Assim, o experimento busca tornar a racionalização e a explicação em ação, trazendo para o presente situações ocorridas em qualquer tempo. Ele “é a pedra angular do aprendizado experiencial. Ele transforma o falar em fazer, as recordações estereis e as teorizações em estar plenamente presente aqui, com a totalidade da imaginação, da energia e da excitação” (Zinker, 2007, p. 141).

O experimento exige uma postura ativa do sujeito e o ajuda a enxergar novas formas de ver e lidar com suas questões, com a segurança e o suporte do psicólogo que o acompanha e a partir de suas próprias conclusões e interpretações.

Zinker (2007) aponta, com relação à clínica, como propósitos de longo prazo do experimento: o aumento do alcance da *awareness*, ampliação do entendimento sobre si mesmo, expansão da liberdade de agir com eficiência no ambiente e aumento do repertório de comportamentos em diversas situações de vida. Mais especificamente, complementa:

expandir o repertório de comportamentos da pessoa; criar condições nas quais ela possa ver a vida como sua criação pessoal (assumindo a autoria de sua terapia); estimular o aprendizado experiencial da pessoa e a evolução de novos autoconceitos com base em criações comportamentais; completar situações inacabadas e superar bloqueios/interrupções no ciclo *awareness*-excitação-contato; integrar compreensões corticais com expressões motoras; descobrir polarizações que não estão na *awareness*; estimular a integração de forças conflitantes na personalidade; desalojar e reintegrar introjeções e sentimentos, ideias e atos geralmente ‘mal situados’, instalando-os nos pontos adequados dentro do sistema da personalidade; estimular circunstâncias nas quais a pessoa possa sentir e agir com mais força e competência, de maneira mais exploratória e ativamente responsável, oferecendo suporte a si mesma. (Zinker, 2007, p. 144)

A utilização de técnicas da psicologia do esporte como experimento e a liberdade de criação de tantas outras possibilidades de intervenção com esse objetivo se coaduna com o olhar fenomenológico, que vê o processo único que cada um experiencia; se diferencia do uso de técnicas prontas, fechadas, necessitando e permitindo explorar pos-

sibilidades. Quando um técnico nos encaminha um atleta com determinada queixa, e se iniciamos o acompanhamento a partir deste *a priori*, corremos o risco de perder todas as outras possibilidades de sua existência. Trabalhando fenomenologicamente, pelo contrário, esta demanda será investigada, percebendo-se aquilo que aparece no discurso e no comportamento deste atleta. Apenas a investigação destes “sintomas” em conjunto com o próprio atleta pode dar a resposta exata para o que está acontecendo. O que importa, aqui, é a qualidade da observação e o trabalho com o fenômeno tal como ele se apresenta, confirmando aquilo que é óbvio aos olhos com aquele que vivencia a experiência. As possibilidades são infinitas.

Além disso, o *setting* da psicologia do esporte, para além do consultório, são as pistas, quadras, campos e piscinas. Diversos experimentos podem se originar do próprio esporte que é praticado, permitindo a real experimentação de diversas situações *in loco* e apresentando novas soluções no ambiente mesmo que o fenômeno acontece. Para isso, o gestalt-terapeuta, todo o tempo, volta a atenção do atleta para si próprio, percebendo suas sensações e sentimentos e imbuindo-o de autonomia para lidar com a situação.

De maneira geral, portanto, vemos que a intervenção tem como parâmetros não apenas os conhecimentos específicos de psicologia do esporte, mas também pode se enriquecer muito a partir das bases filosóficas e metodologia da gestalt-terapia. Assim, ao mesmo tempo em que individualiza, e justamente por isso, amplia o leque de opções de forma infinita.

Considerações finais

Consideramos que a busca por uma boa forma de fazer psicologia do esporte a partir da abordagem gestáltica encontra-se ainda em seu estágio inicial, tendo surgido muito recentemente. Com a bibliografia nesta área ainda escassa, o intuito deste artigo foi, portanto, de levantar questões iniciais sobre as relações entre a abordagem gestáltica e o esporte, merecendo novos desdobramentos e aprofundamentos em seus diversos níveis de intervenção. Acreditamos, por exemplo, que a compreensão diagnóstica processual dos atletas carece de fundamentação nesta abordagem e pode ainda ser bastante desenvolvida, em especial a partir do ciclo do contato. Da mesma forma, outras formas de intervenção, outros exemplos e aprofundamentos teóricos se fazem urgentes, visto que vem crescendo o interesse de graduandos e profissionais da psicologia nesta prática.

Da mesma forma, existem muitos outros espaços de atuação na psicologia do esporte para além do alto rendimento individual, que foi abordado neste trabalho. Cada um deles certamente apresentará suas especificidades, sendo importante construir material científico sobre cada uma destas possibilidades.

No entanto, julgamos também que este esboço inicial apresenta um panorama das diretrizes principais do trabalho, que são semelhantes em qualquer uma dessas áreas: trabalhar o ser humano de uma forma holística, sem compartimentá-lo em corpo e mente, acreditando nas suas potencialidades e visando seu crescimento pessoal como um todo. Realizar um trabalho contínuo, que embora tenha sido apresentado didaticamente em momentos distintos, acontece ininterruptamente, seguindo a dinâmica de crescimento pessoal de cada pessoa atendida e cuidando para não cair em armadilhas que nos levam de volta ao modelo biomédico.

Acreditamos, também, que uma das principais dificuldades da implementação desta proposta é que não pode ser imediatista, pois apresenta resultados a médio e longo prazos. A abordagem gestáltica no esporte trata de uma transformação mais global do atleta, que não diz respeito apenas a problemas pontuais, constituindo uma preparação psicológica e não apenas um treinamento mental. Insere as questões do esporte no contexto da vida do atleta e de suas relações com o ambiente. Dessa forma, pode ser vista por alguns como inviável ou pouco aplicável ao esporte, por se tratar de um campo que requer resultados rápidos.

Pelo contrário, acreditamos que a gestalt-terapia e a psicologia do esporte prometem um casamento muito promissor, deixando de reduzir o atleta a resultados, mas alcançando os mesmos através de uma mudança mais profunda e humana. O mundo do esporte não está muito acostumado a esta mentalidade, mas cabe ao psicólogo esclarecer que demandas podem ou não ser atendidas e de que forma, sem se cobrar dar conta de exigências que violam o ser humano.

Referências

- Brandão, M. R. F. & Casal, H. V. (2007). Modelos de prática profissional na Psicologia do Esporte. In M. R. F. Brandão & A. A. Machado (Org.). *Coleção Psicologia do Esporte e do Exercício: teoria e aplicação*. (Cap. 3, p. 59-70). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Carvalhoes, João. (1974). *Um psicólogo no futebol: relatos e pesquisas*. São Paulo: Esporte e Educação.
- Ducasse, François (2006). *Cabeça de campeão: como a psicologia forma vencedores no esporte e na vida*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra.
- Esch, C. F. (2012). *Descortinando o passado para vislumbrar o porvir: da gestalt-terapia à abordagem gestáltica no Brasil: 40 anos de histórias*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Espírito Santo, A. A. do (2005). *O que faz um psicólogo no esporte? Mapeando um campo de atuação da Psicologia no Brasil*. Monografia de Graduação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

- Frascarelli, L. (2010). Os “problemas psicológicos” do atleta: um olhar fenomenológico para a experiência esportiva. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, 3(4), 115-129. Recuperado em 05 de abril, 2013, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbpe/v3n1/v3n1a08.pdf>.
- Frazão, L. M. (1991). Pensamento diagnóstico em gestalt-terapia. *Insight-psicoterapia*, São Paulo, 4, 14-16.
- Ginger, S. & Ginger, A. (1995). *Gestalt: uma terapia do contato*. (S. S. Rangel, Trad.). São Paulo: Summus. (Original publicado em francês, 1987).
- Haddock Lobo, R. (1973). *Psicologia dos esportes*. São Paulo: Atlas.
- Juliano, J. C. (2004). Gestalt-terapia: revisitando as nossas histórias. *IGT na Rede*, 1(1). Recuperado de 04 de julho, 2011, de: <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=33>.
- Markunas, M. (2003). Periodização da preparação e do treinamento psicológico. In K. RUBIO (Org.). *Psicologia do esporte: teoria e prática*. (Cap. 2, p. 33-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McCann, S. C., Jowdy, D. P. & Van Raalte, J. L. Avaliação em psicologia do esporte. (2011). In J. L. Van Raalte & B. W. Brewer. *Psicologia do esporte*. (H. T. Buchup, Trad.) (Cap. 14, p. 291-305). São Paulo: Santos. (Original publicado em inglês, 2002).
- Mendonça, M. M. (2007). Ajustamento criativo. In G. D’Acri, P. Lima & S. Orgler (Eds.). *Dicionário de gestalt-terapia: “gestaltês”*. (p. 20-22). São Paulo: Summus.
- Orgler, S. (2007). Teoria paradoxal da mudança. In G. D’Acri, P. Lima & S. Orgler (Eds.). *Dicionário de gestalt-terapia: “gestaltês”* (p. 214-215). São Paulo: Summus.
- Pinto, E. B. (2007). Ansiedade. In G. D’Acri, P. Lima & S. Orgler (Eds.). *Dicionário de gestalt-terapia: “gestaltês”*. (p. 22-24). São Paulo: Summus.
- Pinto, E. B. (2015). *Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: o ciclo do contato e os modos de ser*. São Paulo: Summus Editorial.
- Polster, M. & Polster, E. (1979). *Gestalt-terapia integrada*. (R. B. Rocha, Trad.). Belo Horizonte: Interlivros. (Original publicado em inglês).
- Prestrelo, E. T. (2001). A história da Gestalt-Terapia no Brasil: “peles-vermelhas” ou “caras-pálidas”? In A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezo & H. B. C. Rodrigues (Orgs.). *Clio-psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. (p. 87-93). Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ.
- Ribeiro da Silva, A. (1967). *Psicologia esportiva e preparo do atleta*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Ribeiro, J. P. (1985). *Gestalt-terapia: refazendo um caminho*. São Paulo: Summus.
- Rubio, K. (2007a). A avaliação em Psicologia do Esporte e a busca de indicadores de rendimento. In K. Rubio & L. F. Angelo (org.). *Instrumentos de avaliação em Psicologia do Esporte*. (p. 13-26). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rubio, K. (2007b). Da psicologia do esporte que temos à psicologia do esporte que queremos. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, 1(1). Recuperado em 04 de julho, 2011, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-91452007000100007&lng=pt&nrm=iso.
- Silveira, T. M. (2007). Contato. In G. D’Acri, P. Lima & S. Orgler (Eds.). *Dicionário de gestalt-terapia: “gestaltês”* (p. 59-60). São Paulo: Summus.
- Tellegen, T. A. (1972). Elementos de psicologia gestaltica. *Boletim de Psicologia*, XXIV, 64, p. 27-42.
- Weinberg, R. S.; Gould, D. (2008). *Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício*. (4ª ed.). (C. Monteiro, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em inglês, 2001).
- Yontef, G. M. (1998). *Processo, diálogo e awareness: ensaios em gestalt-terapia*. (3. ed.). (E. Stern, Trad.). São Paulo: Summus. (Original publicado em inglês, 1993).
- Zinker, J. (2007). *Processo criativo em Gestalt-terapia*. (M. S. Mourão Netto, Trad.). São Paulo: Summus. (Original publicado em inglês, 1977).

Adriana Amaral do Espírito Santo - Possui Licenciatura em Psicologia, Formação de Psicólogo e Bacharelado em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), psicóloga do esporte no Centro de Educação Física Almirante Adalberto Nunes (CEFAN) da Marinha do Brasil. E-mail: adriana_aes@hotmail.com

Recebido em 21.01.16
 Primeira Decisão Editorial em 01.04.16
 Segunda Decisão Editorial em 04.06.16
 Aceito em 20.10.16

SABERES E PRÁTICAS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COM CRIANÇAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Knowledge and Practices of Therapeutic Accompaniment with Children: a Literature Review

*Conocimientos y Prácticas de Acompañamiento Terapéutico con Niños:
uma Revisión de la Literatura*

ANA LAURA BATISTA
TATYANNE COUTO FLOR
RICARDO WAGNER MACHADO DA SILVEIRA

Resumo: Esta pesquisa trata do Acompanhamento Terapêutico com crianças e sua importância se deve, dentre outras coisas, à escassez de publicações sobre a temática. Buscamos compreender como se dá o Acompanhamento Terapêutico com essa população, realizando uma pesquisa bibliográfica a esse respeito. Fizemos uma revisão bibliográfica a partir das produções científicas brasileiras dos últimos 14 anos (2001-2015), considerando artigos científicos e dissertações de mestrado. Foi utilizado o método de pesquisa bibliográfica, pautado na revisão sistemática, meta-análise e análise de conteúdo das publicações encontradas. Na realização dessa análise, foram percebidos diferentes cenários de práticas do Acompanhamento Terapêutico com crianças, tendo maior destaque aquelas realizadas no contexto escolar e alguns poucos trabalhos em cenários como abrigos, centros de convivência, programas com atividades especializadas e a cidade propriamente dita. A partir da revisão bibliográfica percebemos o quão escassa é a produção bibliográfica sobre a temática, no entanto, percebemos também a riqueza de possíveis campos de atuação do acompanhante terapêutico com crianças. Outro aspecto que nos chamou a atenção foi a falta de estudos e reflexões sobre o trabalho de AT em relação às famílias de crianças acompanhadas.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico; Criança; Clínica; Inclusão escolar; Família; Revisão bibliográfica.

Abstract: Due to the scarcity of studies on Therapeutic Accompaniment (TA) with children, recognizing the importance of contributing to the study on the subject, we seek to understand how the TA works with this population, by performing a bibliographic research about the topic. Therefore, the present study is done through a literature review from the Brazilian scientific productions in the last 14 years (2001-2015), considering scientific articles and dissertations. It is used the bibliographic research method, based on the systematic review, meta-analysis and content analysis from other publications. In conducting this analysis, different scenarios of TA practice with children were recognized, with more emphasis to those carried out in the school context and a few papers in scenarios such as shelters, community centers, programs with specialized activities and the city itself. Based on the literature review we realized how scarce the publications are, related to this paper. However, we also realized the richness of possible action fields of TA with children. Another aspect that caught our attention was the lack of studies and reflections on the TA work in relation to the families who have children accompanied.

Keywords: Therapeutic accompaniment; Clinical; Children; School inclusion; Family; Literature research.

Resumen: Esta investigación aborda el Acompañamiento Terapéutico con los niños y su importancia se debe, entre otras cosas, la escasez de publicaciones sobre el tema. Buscamos entender cómo es el Acompañamiento Terapéutico con esta población, la realización de una revisión de la literatura al respecto. Hicimos una revisión de la literatura de las producciones científicas brasileñas de los últimos 14 años (2001-2015), teniendo en cuenta los trabajos científicos y tesis. Se utilizó el método de la literatura, con base en la revisión sistemática, meta-análisis y análisis del contenido de las publicaciones encontradas. Al llevar a cabo este análisis, se percibieron diferentes escenarios de las prácticas de acompañamiento terapéuticas con niños, con más énfasis las llevadas a cabo en el contexto de la escuela y algunos trabajan en entornos tales como refugios, centros comunitarios, programas con actividades especializadas y de la propia ciudad. A partir de la revisión de la literatura nos damos cuenta de lo poco que está en los escritos sobre el tema, sin embargo, también nos damos cuenta de la gran cantidad de posibles campos de actividad del acompañante terapéutico con niños. Otro aspecto que nos llamó la atención fue la falta de estudios y reflexiones sobre el trabajo de AT en relación con los niños acompañados de familias.

Palabras clave: Acompañamiento terapéutico; Clínica; Niño; La inclusión escolar; La familia; Revisión literaria.

Primeiras palavras

Esta pesquisa trata do Acompanhamento Terapêutico (AT¹) com crianças, buscamos compreender como se dá o

AT com essa população, realizando uma pesquisa bibliográfica a esse respeito. De antemão, esclarecemos que a pesquisa refere-se a um projeto de iniciação científica e contou com duas alunas do curso de graduação em Psicologia como pesquisadoras, sendo uma delas, bolsista de iniciação científica da FAPEMIG, instituição à qual agradecemos o apoio recebido.

¹ Utilizaremos neste texto a sigla AT para Acompanhamento Terapêutico (e at para acompanhantes terapêuticos).

A partir dos ideais dos movimentos da reforma psiquiátrica², há uma mudança na concepção de doença mental, principalmente relacionado ao dogma da exclusão. Frente a esse cenário, surge também uma nova modalidade clínica denominada Acompanhamento Terapêutico. O papel do acompanhante terapêutico (*at*) foi sendo delineado no início da década de 70, na Argentina, dentro das chamadas equipes terapêuticas de abordagem múltipla. Tais equipes atendiam pacientes severamente perturbados e com histórico de fracasso em outros tipos de tratamento (Mauer & Resnizky, 1987).

(...) E aí foi aquela avalanche de iniciativas – abrir as portas dos manicômios, formar equipes multiprofissionais, criar ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, etc. –, diferentes territórios que, somados, aumentavam as chances da loucura libertar-se da sua condição de existência doente. Depois veio a necessidade de construir mediações não só entre esses vários territórios, mas também entre cada um deles e o da família, entre todos eles e a paisagem da cidade – era preciso criar possibilidades reais de vida não doente. A figura do acompanhante terapêutico (*at*) se delineia como uma das atualizações dessa necessidade (...). (Rolnik, 1997, p. 83-84)

O trabalho de AT visa, então, ofertar ao paciente oportunidades de estar e circular no social, fato que lhe foi retirado historicamente. O *at* tem como função ajudar o sujeito no seu processo de inserção nos espaços urbanos, facilitando a ele a circulação e os encontros de acordo com a sua capacidade criativa, primando pela preservação de seus recursos e possibilidades e não pela modificação da estrutura psíquica do paciente (Porto & Sereno, 1991). O AT não pode ser reduzido a uma modalidade de intervenção clínica secundária. Em muitos casos é fundamental pois o *at* entra no campo da experiência do acompanhado para lhe ofertar “um lugar comunitário, ponto de partida para o gesto que constitui o porvir” (Antúnez, Barreto & Safra, 2011, p. 17). Os autores nos apresentam o caso de um senhor de 66 anos com melancolia esquizofrênica acompanhado por Eugène Minkowski durante sessenta dias em tempo integral, para nos mostrar o quanto a presença do *at* e o convívio possibilitado a partir dessa presença e tempo, são elementos fundamentais para o diagnóstico e a terapêutica.

(...) não podemos conservar uma atitude médica 24 horas por dia; acabamos por atuar a respeito do doente com outras pessoas que o rodeiam. (...) É como se duas melodias radicalmente desarmônicas fossem executadas simultaneamente e se estabelecesse, além

do mais, uma certa equivalência entre as notas de um e do outro (...) Minha companhia o ajuda em certa medida, porque sei o que ele sabe, e isso lhe permite falar abertamente comigo; se estive ausente, ele necessita comunicar-me os descobrimentos que fez durante minha ausência. (Minkowski, 1970, conforme citado por Antúnez, Barreto & Safra, 2011, p. 16)

Dentre tantas atribuições, o AT tem um compromisso ético e político relacionado à desinstitucionalização da loucura, juntamente com um compromisso estético de criação de novos modos terapêuticos de se relacionar com o paciente. O *at* seria então:

[...] como um intercessor a favor da constituição de novos territórios de vida e de convivência a partir da estratégia de desvio, de criação/encontro de saídas inéditas, conexões com territórios até então inexplorados na vida social da pessoa e que possam servir para escapar do que está instituído e cristalizado na vida do paciente institucionalizado. Desviando e fazendo desviar almeja-se a abertura para o encontro com o novo, o inusitado. (Silveira, 2009, p. 237)

O AT encontra-se em grande expansão, a qual muitos campos de atuação ainda podem ser aprofundados e ampliados. Por ser uma prática peculiar frente aos outros dispositivos clínicos, a mesma exige que o *at* busque conhecimentos e novos modos de intervenção de acordo com a especificidade de cada acompanhado e seu entorno social. Sabe-se que o público adulto tem sido a principal demanda a qual o AT tem atendido, sendo assim, a literatura pouco se reservou a tratar do AT na infância. Esta escassez de publicações talvez reflita a quase ausência de olhares para a infância ao longo da história, de modo que a luta pelo cuidado, pelo tratamento e contra a exclusão de crianças com transtornos mentais graves e com deficiência, ocorreu tardiamente. Com as atuais conquistas da clínica ampliada, fortemente comprometida com o tema da inclusão social, o *at* se aventura a acompanhar a loucura mais uma vez, indo agora às escolas.

Os movimentos de inclusão escolar são muito provavelmente filhos legítimos da luta antimanicomial. Se para os adultos esta última representou a queda dos muros dos hospitais e o esforço de integração na comunidade, “para as crianças a luta antimanicomial representou a bandeira da integração escolar e a guerra contra as escolas especiais, segregacionistas segundo aquela corrente. Assim assiste-se hoje à retomada da escolarização da criança psicótica” (Kupfer, 1997, p. 56). Diante da escassez de trabalhos sobre AT com crianças, do reconhecimento da importância de contribuir no estudo sobre a temática, e guiados pela curiosidade de compreender como se dá o AT com essa população, iniciamos uma pesquisa bibliográfica referente a temática e percebemos a necessidade de se realizar uma sistematização dessas publicações.

² A reforma psiquiátrica brasileira luta pelo fim do modelo manicomial e sua substituição pela Rede de Atenção Psicossocial, com vistas à desospitalização e desinstitucionalização da loucura; resgate da cidadania e reinserção psicossocial dos usuários do SUS.

Na tentativa de expor o que está sendo publicado e como vem sendo realizado o trabalho de AT com crianças a partir desta fonte de dados, o presente estudo se dá por meio de uma revisão bibliográfica a partir das produções científicas brasileiras dos últimos 14 anos, considerando artigos científicos e dissertações de mestrado. Analisar sistematicamente tais produções científicas pode possibilitar que se compreenda melhor, pelo menos uma parte da realidade referente ao desenvolvimento científico sobre o tema na atualidade.

Na realização dessa análise, foram percebidos diferentes cenários de práticas do AT com crianças, tendo maior destaque aquelas realizadas no contexto escolar e alguns poucos trabalhos em cenários como abrigos, centros de convivência, programas com atividades especializadas e a cidade propriamente dita.

Percorso metodológico

Foi utilizado o método de pesquisa bibliográfica, pautado na revisão sistemática, metanálise e análise de conteúdo, a partir do levantamento de publicações de artigos científicos e dissertações de mestrado nos últimos 14 anos, ou seja, de 2001 a 2015. A revisão sistemática é considerada uma metodologia de estudo científico que utiliza diferentes estratégias para se ter precaução frente aos vieses, pois é um processo sistemático planejado *a priori*, estabelecendo critérios para cada etapa do processo. Um fator importante a ser destacado e que interfere diretamente na recuperação das referências publicadas é o modo que se deu a busca, uma vez que as fontes de informação têm peculiaridades que exigem estratégias específicas e diferentes a serem elaboradas (Benatto, 2014).

A meta análise, segundo Luiz (2002), é uma técnica que se propõe a integração dos resultados de um conjunto de estudos independentes, voltando-se para um mesmo trabalho. Tal técnica permite transformar os resultados de vários estudos escolhidos na literatura especializada e sintetizar as conclusões ou formular uma nova conclusão a partir dessas.

A análise de dados será feita através do método da análise de conteúdo, que possui objetivos que permitem a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura, bem como ter uma função heurística (tentativa exploratória visando descobertas) e de administração da prova (análise sistemática para verificações). Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo se refere a:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p. 44)

Bardin (2009) relata que a análise realizada pelo investigador deve ter seu enfoque na criação de um jogo de operações analíticas. Tais operações podem ser mais ou menos adaptadas de acordo com o que se procura resolver, cabendo ao investigador utilizar uma ou várias, de modo complementar, a fim de que facilite a busca de resultados que possam ser validados, determinando uma interpretação bem fundamentada. Para se alcançar os objetivos desse estudo, foram revisadas as publicações acadêmicas sobre AT com crianças a partir de artigos científicos publicados em periódicos científicos e dissertações de mestrado.

A busca de produções exclusivamente nacionais se deu frente às seguintes combinações de palavras-chave: acompanhamento + terapêutico, acompanhamento terapêutico + criança, acompanhamento terapêutico + infância, no título, subtítulo ou resumo das produções, com data de publicação superior a 2001.

As fontes acessadas foram: 1ª) BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e LILACS (Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde); 2ª) leitura das referências bibliográficas das produções acadêmicas a fim de se encontrar materiais que não foram selecionados nessas bases de dados; 3ª) verificação dos *Currículos Lattes* (<http://lattes.cnpq.br/>) dos pesquisadores e orientadores de pesquisa, para verificar se os mesmos participaram de outros estudos sobre a temática que não haviam sido encontrados nas buscas anteriores; 4ª) verificação das referências bibliográficas citadas em uma dissertação de mestrado que realizou uma revisão bibliográfica sobre a clínica do AT no contexto brasileiro.

As produções encontradas primeiramente foram analisadas com a leitura do título e subtítulo para esclarecer se faziam parte do universo de produções procurados nesse estudo. Foram lidos também os resumos e palavras-chave de todas os materiais que não haviam sido incluídos na primeira análise, a fim de enquadrá-los ou não nessa pesquisa. Não foram considerados textos publicados em revistas de divulgação ampla, jornais, boletins informativos e outros tipos de produções informais; além de não se incluir publicações de anais de congresso, publicações referentes a especialização e formação em AT e monografias/ artigos de conclusão de cursos de graduação.

Tais exclusões se justificam pela possível dificuldade de acesso a esses materiais que geralmente são restritos a consulta nos locais onde foram produzidos, além de que a produção científica em anais de congresso é tamanha e poderia levar a um distanciamento da temática e sua especificidade. Foram excluídos também livros e capítulos de livro sobre a temática desse estudo, devido à natureza física desse recurso, o que necessitaria de se ter acesso a todas as obras para analisá-las.

Entende-se que o recorte feito é um limitador da presente pesquisa, devido ao prazo a ser cumprido pela proposta de iniciação científica. Entretanto, fica em aberto

novas perspectivas de pesquisas para o futuro que abarquem, por exemplo, produções que não sejam nacionais e referentes a capítulos de livros e livros acerca da temática.

Refletindo sobre o AT com crianças

Considerando a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, é dever do Estado e das famílias oferecerem condições para que todas as crianças possam exercer o direito de frequentarem escolas regulares. Nesse sentido, também deve ser garantido o “atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”, segundo a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Brasil, 1990).

Em 17 de novembro de 2011 foi assinado o decreto nº 7611 pela presidenta Dilma Rousseff, o qual efetiva algumas diretrizes para a educação das pessoas consideradas público-alvo da educação especial. Dentre as diretrizes do decreto, uma delas visa efetivar a educação no sentido de oferecer o suporte necessário ao portador de necessidades especiais no sistema educacional geral (Brasil, 2011). Ao situar a noção de inclusão, deparamo-nos inevitavelmente com sua suposta antítese, a ideia de exclusão, historicamente vivenciada em nossa sociedade para além dos muros da escola. As relações sociais ao longo do tempo são marcadas, por um lado, por aqueles que excluem e decidem quem será incluído, e, do outro lado, os excluídos (Kibrit, 2013). Para Kupfer (1997), a educação regular se constitui como um produtor de exclusão do diferente, em que práticas pedagógicas criam uma categoria de crianças que serão excluídas.

Promover a inclusão não significa, portanto, passar a olhar todos como iguais, transformando o diferente em igual, como se a diferença determinasse a exclusão. Na realidade, defende-se uma mudança paradigmática nas formas de pensar, que seja a favor da diferença (consequentemente da singularidade) e, ao mesmo tempo, da igualdade – no sentido de garantir os direitos e deveres universais a todos os cidadãos perante a lei.

Desse modo, lutar pela inclusão significa lutar pela diferença, entendendo-a não como inerente à exclusão, mas como aspecto constitutivo da sociedade e dos indivíduos, enriquecedor para esta (Kibrit, 2013). Assim, não basta que a escola coloque para dentro uma criança diferente, deve-se buscar ser inclusiva a partir de transformações estruturais em que o sentido de diferença seja incorporado em seu cotidiano educativo (Kupfer, 2010). Além disso, para que a inclusão seja plena e o desenvolvimento acadêmico e social seja maximizado nos diferentes ambientes, busca-se adotar estratégias de suporte individualizado. O decreto esclarece também que o público-alvo da educação especial são pessoas com deficiência, com transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades ou superdotação.

A partir das conquistas legais acerca da inclusão, novas demandas no contexto escolar surgem, sendo uma delas o reconhecimento da necessidade de se ter como apoio profissionais que efetivem a inclusão. Daí um dos motivos para o interesse pelo tema específico do AT na escola. Nesse contexto, o at se coloca como possibilidade de auxílio na escolarização de crianças com transtornos graves, se orientando em prol da inclusão dessas e em consonância com a legislação vigente.

Dentre as possíveis estratégias para se efetivar a inclusão, o AT vai delineando seu lugar no contexto escolar. Em *Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva*, a autora Sereno (2006) relata um projeto de inclusão, articulando saúde e educação, em que o AT funcionava como um dos dispositivos da rede, frequentando a escola e realizando oficinas psicopedagógicas com a turma, a fim de trabalhar a questão das diferenças. Juntamente com o AT, a rede também propunha cursos de formação relacionados a inclusão com os profissionais envolvidos, e reuniões entre a equipe de saúde mental e a equipe escolar. Promovia-se práticas inclusivas de uma maneira mais ampla, em que o objetivo do at no contexto escolar seria o de promover educação inclusiva de qualidade, sustentando-se por uma “rede de compromissos coletivos”.

Nos trabalhos de Coelho (2007) e Berlinck e Fraguas (2001), percebe-se que esse trabalho em rede dentro do contexto escolar não se evidencia. Vê-se que as estratégias inclusivas comumente se limitam à figura do at ou a algum auxiliar que ofereça apoio individualizado a fim de maximizar o desenvolvimento acadêmico e social de certas crianças com transtornos mentais graves. Berlinck e Fraguas (2001) relatam um caso de AT que aconteceu em uma escola (especificamente uma pré-escola regular da rede particular), em que o at foi requisitado para o trabalho com crianças com graves transtornos psíquicos que possuem dificuldades na interação e na aprendizagem. Definia-se o trabalho do AT tanto no interior da sala de aula, quanto fora dela, envolvendo todo o período escolar, de modo que um dos objetivos era integrar a criança ao grupo e nas atividades da turma, respeitando seus limites e potencialidades. No entanto, a expectativa da escola com o trabalho de AT não era que esse exercesse uma função terapêutica com a criança, mas que cumprisse um papel pedagógico de adaptar a criança ao processo de escolarização instituído.

Em outra experiência de AT na escola, a demanda do estabelecimento de ensino também priorizava o caráter pedagógico a ser desempenhado pelo at. Presumia-se que seu trabalho deveria resultar na evolução da escolarização da criança, bem como na realização dos deveres escolares da mesma forma que seus colegas. Desse modo, o at se vê num conflito: de um lado, as exigências pedagógicas da escola e, de outro, a busca pessoal e profissional de um lugar em que o terapêutico fosse priorizado (Coelho, 2007). Assim, percebe-se um embate ao tratar do AT na escola:

como a função pedagógica e terapêutica podem ser pensadas pelo *at* no contexto escolar e pela própria escola?

Diante dessa questão, constatou-se que para cumprir qualquer demanda pedagógica vinda da escola, seria necessário primeiramente se vincular à criança, sendo que a possibilidade desta criar um vínculo com o *at* significaria apostar na função terapêutica inerente ao trabalho, já que se constituiria uma mudança no modo de funcionamento da criança e de seus laços sociais. Entende-se, dessa forma, que a separação entre o terapêutico e pedagógico se dá apenas didaticamente, já que muitas vezes tais condutas se misturam e intercambiam (Berlinck & Fraguas, 2001). Para ilustrar esta importante questão, podemos citar Coelho (2007) que considera que o AT na escola:

(...) exige do acompanhante a capacidade de suportar uma divisão interna a respeito do discurso terapêutico e do discurso pedagógico. Ser acompanhante terapêutico na escola implica ter “jogo de cintura” para saber oscilar entre uma postura mais pedagógica e uma postura mais terapêutica. Por um lado, o *at* deve estar disponível para ter uma postura mais pedagógica com a criança acompanhada, já que um dos objetivos desse trabalho é auxiliar o indivíduo na realização de tarefas do cotidiano, do qual a escola faz parte. Por outro deve ter sensibilidade para perceber quando o indivíduo acompanhado necessita de um amparo terapêutico que coloca de lado a atitude pedagógica. (p. 80)

O autor pontua sobre a possibilidade de a escola ter uma função pedagógica específica com alunos que vivem o processo de inclusão, privilegiando os benefícios emocionais de frequentá-la, ao invés de priorizar a adaptação da criança aos preceitos da educação institucionalizada. Certas escolas não se dão conta do fato de ser um lugar constitutivo na vida dos alunos, para além de um lugar somente de aprendizagem. É notório que o seu papel de educar é importante, no entanto, uma criança com grave sofrimento psíquico talvez não esteja preparada emocionalmente para processos de escolarização, sendo mais importante a oferta de experiências fundamentais como a interação com o outro, ou melhor, com os outros, para além do círculo familiar restrito e, por vezes enclausurante.

Segundo Sereno (2006), “estar na escola favorece novas possibilidades de sentido, articulação, encontro, que pode implicar em um novo posicionamento da criança que aí está se constituindo” (p. 176). Ainda segundo a autora, no que se refere à escolarização de crianças com transtornos graves, a inclusão pode beneficiar a aprendizagem fundamental que é a convivência, sendo esta acooplada com o aprender a aprender, a ser e a fazer. Nesse sentido, considerando a inclusão escolar um modo possível de estar e circular no social, esta empreende em si um campo terapêutico, já que ao se ofertar um lugar na escola, se atribui no imaginário um lugar social à criança, um lugar de sujeito (Kupfer, 1997).

Desse modo, atribui-se a importância que a escola em si possui no processo inclusivo, reforçando, assim, a ideia de que o lugar do *at* na escola não deve ser o de responsabilidade total pelo processo de inclusão de algumas crianças, tampouco de substituto do saber do professor. O *at* deve ser facilitador do processo inclusivo, criando condições para que a criança participe do universo escolar e se beneficie do processo educativo, sustentado pela convivência social.

Delinear o lugar do *at* junto a criança na escola, ajuda a pensar como ocorre seu papel de facilitar o processo inclusivo. Dentre as possíveis atribuições, este deve apresentar-se à criança como presença ativa, em que o corpo se presentifica no oferecimento de um tipo de referência e/ou acolhimento. Além disso, colocar-se como secretário e intérprete, operando como tradutor da ambiência, em que nomeia e significa as situações vivenciadas, beneficiando, dessa forma, o processo de subjetivação do acompanhado e a ligação com os elementos presentes na escola (Sereno, 2006).

Em suas ações, o *at* deve ser aquele que traz o outro para as situações cotidianas que até então ele estava aliado, por exemplo, chamando a criança a participar de uma conversa que diz respeito a ela; naqueles momentos frequentes em que o *at* é solicitado pela escola a tratar de questões que dizem respeito diretamente ao acompanhado. Agindo assim, o *at* procura dismantelar processos comunicacionais cronificados em que a criança não tem vez nem voz, pois sempre tem alguém a ocupar, de forma desmedida, o papel de seu porta-voz (Sereno, 2006).

O *at* também pode incentivar o professor a fazer intervenções em momentos de crise, remetendo-se a ele como aquele que tem um lugar de decisões na escola, da mesma forma que se deve dirigir a outros profissionais a partir das funções que lhes conferem no contexto institucional. Assim, as ações do *at* se orientam no sentido de fazer-se invisível, deixando de ser necessária a sua presença quando a criança e o coletivo da escola conseguem acolher, sustentar e se comprometer com as produções do acompanhado (Sereno, 2006).

Como anunciado anteriormente, para além do contexto escolar, encontramos o *at* com crianças acontecendo em outros cenários que se aproximam também de uma reflexão crítica e política da atuação do *at* em relação à infância, sua exclusão e inclusão social. O *at* adentra em estabelecimentos e na cidade acompanhando crianças com sofrimentos psíquicos graves com o objetivo de construir e ocupar espaços que se propõem à desinstitucionalização da loucura, constituir novos lugares de relação ao promover a oferta de laço social, em consonância com o compromisso ético, clínico e político ao qual essa clínica se propõe.

Um dos trabalhos encontrados intitulado “*Acompanhamento terapêutico: andanças pelo dentro e o fora da instituição*” se deu em um Abrigo Institucional de Proteção a Portadores de Necessidades Especiais, onde os *ats*

problematizam a implicação política do seu trabalho em uma instituição caracterizada como total, entendendo sua atuação como articuladora da operacionalização da Reforma Psiquiátrica, promovendo assim a inclusão social de crianças com necessidade especiais.

O referido abrigo ainda passava por um processo de transição de sua organização e estrutura para se adequar ao que determina o ECA, ou seja, a mudança de um Abrigo Institucional para um Abrigo Residencial. Devido a isso os autores identificam características marcantes de uma instituição total que comporta um grande número de crianças com necessidade especiais excluídas da sociedade por um longo período de tempo e onde não há espaço para o desejo e para a criação (Disconsi et al., 2013). O trabalho visou então que os sujeitos enclausurados entrassem em contato com o território para além dos muros do abrigo além de promover movimentos e intervenções que possibilitassem a produção de subjetividade e de singularidades dentro do estabelecimento. A atuação dos *ats* dentro do abrigo se iniciou com a sensibilização dos monitores e repensando as práticas de cuidados oferecidos por eles. Um tempo depois, os *ats*, as crianças e os monitores se aventuraram pelas ruas da cidade, se tornando visíveis aos olhos dos outros e acessando espaços e tempos até então inalcançáveis para elas. Numa sucessão de atos clínico-políticos, a cidade e os que nela habitam se transformam na medida em que conseguem abrigar e dar visibilidade aos invisíveis habitantes do abrigo institucional que foi se tornando residência, casa (Disconsi et al., 2013).

O estudo de Hermann (2010) defende a ideia de que o trabalho de AT tem a vocação de aproximar os sujeitos às ofertas de laço social. O autor coloca em questão a educação como um espaço de oferta de laço social a crianças com sofrimentos psíquicos graves e nos apresenta uma experiência em que o AT aconteceu em um Centro Educacional Unificado, no qual se tem uma escola pública, uma piscina, quadras esportivas, um teatro e um serviço da rede de saúde mental da cidade de São Paulo chamado CECCO - Centro de Convivência e Cooperativa.

Os CECCOs ocupam parques, praças e centros esportivos; buscam acolher e promover encontros heterogêneos, pois abarcam todas as demandas possíveis de usuários: crianças, adolescentes, idosos, portadores de necessidades especiais dentre outros. Ele é visto como possibilidade de criação de parcerias de tratamento em outros espaços institucionais, que não os habituais, podendo ser caracterizados também como instituições que auxiliam no tratamento de pessoas com graves comprometimentos emocionais (Hermann, 2010).

O *at* foi a essa instituição com a criança acompanhada a fim de “transitar por um espaço onde a livre circulação fosse premissa básica” (Hermann, 2010, p. 45), em que o acolhimento fosse a principal prioridade do serviço. *At* e acompanhada se depararam com um local que permitiu o exercício da convivência e cidadania por meio da arte, de forma que as oficinas que a criança participou foram

locais importantes de autonomia e encontro com a heterogeneidade, na medida em que as pessoas que ali estavam tinham um ambiente propício para compartilhar desejos comuns e variáveis ao realizarem uma mesma tarefa (Hermann, 2010).

Outro estudo de caso tratava de uma criança em situação de vulnerabilidade social e em articulação com intervenções em Terapia Ocupacional. Os acompanhamentos se deram no Programa Permanente de Composições Artísticas e Terapia Ocupacional (PACTO), na casa da criança e em alguns espaços urbanos.

(...) a intervenção no território, que caracteriza o AT, fortalece recursos, amplia redes e facilita o acesso a lugares públicos. Segundo Castro (2007), um “setting flexível”, que se transforma constantemente, possibilita uma intervenção nas diversas áreas nas quais se desenvolve a ação do homem, como é proposto pela Terapia Ocupacional. O deslocamento por diferentes espaços amplia as possibilidades de relação, ação e criação, transformando a cidade em um verdadeiro espaço potencial. (Buelau et al., 2009, p. 167)

Tal estudo ressalta a importância do processo criativo para o desenvolvimento humano e entende que a clínica do AT tem como compromisso ético a valorização da vida diante da capacidade de criação, de modo que se entende a subjetividade como um constante processo de autoprodução, intrinsecamente relacionado com o campo cultural. Por fim, encontramos um texto que se dedica especificamente ao AT na cidade intitulado: *As crianças na cidade e o Acompanhamento Terapêutico*. O texto nos convoca a refletir sobre a função do *at* com crianças, defendendo a ideia de que este trabalho deve se articular com o urbano a fim de circular em espaços que vão além das redes sintomáticas permeadas por repetições automáticas que abarcam a vida das mesmas em suas casas (Meira, 2013).

A autora nos atenta para o fato de que o *at*, ao acompanhar uma criança na cidade, deve mergulhar no ritmo que a criança dispõe a explorar os locais, mostrando lugares invisíveis aos olhares adultos, já que sua temporalidade não é a mesma que os marca os passos acelerados daqueles. Para isso, o *at* é desafiado a se desprender de roteiros e técnicas preconcebidos, de tempo controlado e se lançar ao não-saber em meio às ofertas incessantes de consumismo que assolam todos os cantos da vida urbana, e assim “mergulhar na cidade, em suas vielas, becos, ladeiras, calçadas, encontrando o outro em espaços desconhecidos, capturando gestos e palavras, possibilita à criança o desdobramento de seu universo imaginário, a constituição de laços sociais (Meira, 2013, p. 42).

Além disso, segundo a autora, é condição *sine qua non* para trabalhar como *at*, a não adesão cega a diagnósticos e classificações sintomatológicas estandarizadas pelo discurso científico, sob o risco de enclausurar as crianças em rótulos *psi* que costumam resultar em processos de

institucionalização e medicalização. O texto conta sobre uma experiência realizada na cidade de Porto Alegre: o projeto Cidade das crianças. Tal projeto é desenvolvido em espaços públicos e culturais da cidade com crianças de 4 a 11 anos de idade, de vários grupos sociais. Os profissionais que conduzem os encontros semanais são artistas, psicanalistas e psicólogos.

A autora descreve que é notório o prazer das crianças em se encontrarem em um espaço público sendo convocadas a inventarem diante poesias, histórias, teatro, passeios a lugares históricos e a eventos culturais. Cria-se um espaço então para o acolhimento do estranho, já que algumas pessoas param, observam e ousam em escutar as crianças, revisitando muitas vezes suas próprias infâncias. Assim, o trabalho do *at* na cidade acompanhando crianças perpassa pela descoberta e criação da cidade enquanto espaço que vai muito além do imaginário terrorífico apregoado pela mídia enquanto máquina paranoica de reprodução de clausuras e violências, para que nesse árduo e apaixonante caminho se possa ter experiências de trocas solidárias, alegres e coletivas, permitindo assim, à criança ser um cidadão capaz de exercer plenamente seu direito de ir e vir e assim, cada vez mais desejar e lutar pela sua e pela nossa liberdade (Meira, 2013).

Assim, o trabalho do *at* em diferentes estabelecimentos e espaços ofertados pela cidade possibilita a ampliação dos mapas de circulação dos acompanhados e a construção de vínculo nos vários cenários apresentados pelos autores pesquisados.

Considerações finais

A discussão sobre a inclusão e a exclusão social é essencial quando tratamos da clínica do AT, uma vez que a história do AT envolve as lutas pela desinstitucionalização da loucura e de toda e qualquer diferença que tende a ser excluída socialmente. Com o estudo do AT com crianças, é evidente que temos que considerar particularidades concernentes à clínica infantil e suas especificidades, e assim reafirmar seu compromisso ético e político com a desinstitucionalização e a clínica ampliada.

Com a realização da revisão bibliográfica sobre o tema, vê-se que os cenários nos quais o AT vem acontecendo com maior frequência são os estabelecimentos escolares – devido, principalmente, às recentes conquistas legais – havendo também relatos de trabalhos nas cidades e em outros lugares, como abrigos e centros de convivência. No caso do *at* no contexto escolar, seu papel acaba por ser o de um facilitador da inclusão, o que não significa tratar todos como iguais e sim lutar pela diferença e pela singularidade de cada um (Serenó, 2006). A ideia é que o *at* crie condições para que a criança participe do cotidiano escolar e se beneficie dos processos educativos.

Nas experiências encontradas, uma problemática recorrente é: o que se exige do *at* na escola? Diante desta

questão emerge um embate no *at* e nos outros atores que compõem o cenário, sobre a função pedagógica que lhe é demanda e a função terapêutica que ele, *at*, acredita dever ofertar. Sobre isso, o que se propõe é que haja um equilíbrio entre essas duas funções, em que o *at* tenha uma sensibilidade às necessidades do acompanhado, mantendo uma postura terapêutica em suas ações, e ao mesmo tempo possa ajudar o acompanhado nas tarefas escolares quando sentir ser possível intervir de um modo mais pedagógico (Coelho, 2007; Berlinck & Fraguas, 2001).

Nesse sentido, o *at* é uma peça importante no processo inclusivo de crianças, atuando como mediador e facilitador para que a escola cumpra seu papel de ofertar um lugar à criança, um laço social. Apesar de algumas especificidades dos cenários explorados nesta pesquisa, o trabalho visa em todos eles abrir espaço e acolher para a singularidade e para o laço social. Nos Centros de Convivência, o AT possibilita que novos e potentes encontros aconteçam para o acompanhado, uma vez que ultrapassa os já acostumados e estigmatizados espaços da saúde mental (Hermann, 2010). Da mesma forma que ao experimentar outros modos de estar e enxergar as crianças abrigadas, tratando-as em suas singularidades, possibilita que as crianças possam ocupar a cidade e que a sociedade as enxerguem e as reconheçam em sua existência.

Assim, o ser *at* envolve não só uma postura clínica, mas também um compromisso político e ético. Político quando faz da *Pólis* lugar de morada, de circulação e liberdade para as crianças que até então viviam institucionalizadas das mais diferentes formas pelos seus responsáveis. Ampliar os territórios existenciais nas cidades, possibilitando que a diferença possa ser constituinte e enriquecedora destas cidades que se tornam outras a partir daí. Ético quando há um compromisso, uma valorização da vida e do seu constante processo de criação e produção (Disconsi et al., 2013).

A partir da revisão bibliográfica realizada percebemos, e já o dissemos anteriormente, o quão escassa é a produção bibliográfica sobre a temática deste estudo, tal como nos mostra a revisão bibliográfica das publicações sobre o AT no Brasil no período de 1985 a 2013, publicado na dissertação de mestrado de Benatto (2014) e as poucas publicações encontradas ao longo deste estudo sobre AT com crianças. No entanto, percebemos também a riqueza de possibilidades na atuação do *at* com crianças. Um outro aspecto que nos chamou a atenção foi a falta de estudos e reflexões sobre o trabalho de AT em relação às famílias de crianças acompanhadas, já que nessa fase da vida as famílias têm papel preponderante e certamente serão protagonistas de todo AT que houver.

E assim finalizamos este desprezioso trabalho propondo novos começos, já que para nós ficou clara a necessidade de se desenvolver mais pesquisas e trocas de experiências acerca do tema AT com crianças, além de outros estudos que realizem revisão bibliográfica utilizando outras fontes, como por exemplo, capítulos de livros.

Referências

- Antúnez, A. E. A.; Barreto, K. D. & Safra, G. Acompanhamento Terapêutico: contribuições de Minkowski. In: Antúnez, A. E. A. (Org.) (2011). *Acompanhamento Terapêutico – casos clínicos e teorias*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA.
- Benatto, M. C. (2014). *A Clínica do Acompanhamento Terapêutico no Brasil: uma análise da produção científica de 1985 a 2013*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.
- Berlinck, M. T. & Fraguas, V. (2001). Entre o pedagógico e o terapêutico: algumas questões sobre o acompanhamento terapêutico dentro da escola. *Estilos da Clínica*, 6(11), 7-16.
- Brasil (1990). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Recuperado em 22 de outubro de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Brasil (1911). *Decreto nº 7611, de 17 de novembro de 2011*. Recuperado em 20 de novembro de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm
- Buelau, R. M.; Inforsato, E. A. & Lima, E. M. F. A. (2009) Exercícios de sonhar junto: criatividade e experiências estéticas no acompanhamento de uma criança. *Revista Terapia Ocupacional*, 20(3), 164-170.
- Coelho, C. F. M. (2007). *Convivendo com Miguel e Mônica: uma proposta de Acompanhamento Terapêutico de crianças autistas*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Brasília, DF.
- Disconci A. M.; Cavedon B. Z.; Greff B. P.; Chassot C. S.; Galvão C. & Hermann, M. C. (2010). Acompanhamento terapêutico, sua criação em uma montagem institucional de tratamento e as ofertas de laço social. *Estilos da clínica*, 15(1), 40-59.
- Kibrit, B. (2013). Possibilidades e desafios na inclusão escolar. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 16(4), 683-695.
- Kupfer, M. C. M. (1997). Educação terapêutica: o que a psicanálise pode pedir à educação. *Estilos da Clínica*, 1(2), 53-61.
- Kupfer, M. C. M. (2010). O sujeito na psicanálise e na educação: bases para a educação terapêutica. *Revista Educação e Realidade*, 35(1), 265-282.
- Leães, M. L. & Carvalho M. G. (2013) Acompanhamento Terapêutico: andanças pelo dentro e o fora da instituição. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 65-72.
- Luiz, B. A. J. (2002). Meta-Análise: definição, aplicações e sinergia com dados espaciais. *Cadernos de Ciência e Tecnologia*, 19(3), 407-428.
- Mauer, S. K. & Resnizky, S. (1987). *Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos: Contra a Enfermidade como Delito*. Campinas: Papirus.
- Meira, A. M. (2013). As crianças na cidade e o acompanhamento terapêutico. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 41-45.
- Porto, M. & Sereno, D. (1991). Sobre acompanhamento terapêutico. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (Org.). *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico* (p. 23-31). São Paulo: Escuta.
- Rolnik, S. Clínica Nômade. (1997). In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa (Org.). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC.
- Sereno, D. (2006). Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva. *Psychê*, X(18), 167-179.
- Silveira, R.W.M. (2009) O Acompanhamento Terapêutico como estratégia de Atenção Psicossocial e suas interfaces com o trabalho do CAPS na cidade de Uberlândia-MG. In Mayorga, C.; Rasera, E. F. & Pereira, M. S. (Orgs.) *Psicologia Social. Sobre Desigualdades e Enfrentamentos*. (p. 235-250) Curitiba: Juruá, 2009.

Ana Laura Batista - Aluna do curso de graduação do Instituto de Psicologia e pesquisadora no projeto de iniciação científica da Universidade Federal de Uberlândia.

Tatyane Couto Flor - Aluna do curso de graduação do Instituto de Psicologia, pesquisadora no projeto de iniciação científica da Universidade Federal de Uberlândia e bolsista FAPEMIG.

Ricardo Wagner Machado da Silveira - Professor Doutor do Instituto de Psicologia e Pesquisador responsável pelo projeto de iniciação científica da Universidade Federal de Uberlândia. Endereço Institucional: Av. Pará, 1720, Campus Umuarama, Bloco 2C, sala 34, CEP 38401-136, E-mail: ricardo.silveira@ufu.br

Recebido em 01.06.2016
Primeira Decisão Editorial em 17.08.2016
Aceito em 06.10.2016

ARTIGOS

- ESTUDOS TEÓRICOS OU HISTÓRICOS

HEIDEGGER: EM BUSCA DE SENTIDO PARA A EXISTÊNCIA HUMANA

Heidegger: Searching for Sense for the Human Existence

Heidegger: en Busca de Sentido de la Existencia Humana

TATIANA BENEVIDES MAGALHÃES BRAGA
MARCIANA GONÇALVES FARINHA

Resumo: O presente artigo aborda alguns dos principais temas da fenomenologia existencial de Martin Heidegger, tendo como fio condutor o conceito de existência. A partir de sua discussão e da explicitação de alguns existenciais da ontologia fundamental heideggeriana, compreende-se o *Dasein* enquanto marcado pela indeterminação ontológica, que o situa em uma condição de cuidar de ser si mesmo a cada momento em que é. É nessa perspectiva que o cuidado figura como existencial, referindo-se tanto ao ser-com-outros e à ocupação com o mundo quanto às próprias possibilidades de ser. Aponta-se para a importância da dimensão do cuidado enquanto essência mesma do exercício clínico no aí compartilhado entre terapeuta e cliente, já que consiste na interrogação pelo sentido de ser frente à trajetória existencial como via promotora de abertura para novas possibilidades de ser.

Palavras-chave: Fenomenologia existencial; Clínica fenomenológica; Martin Heidegger; *Dasein*.

Abstract: This article treats about the main themes of the existential phenomenology of Martin Heidegger. We will have his concept of existence how overall thrust this article. We understand the *Dasein*, marked by ontological indetermination, from discussion and explanation of some existential analytics of Heidegger's fundamental ontological. The ontological indetermination situates the *Dasein* in a condition of caring of being one's self in each time it is. In this perspective the care appears as existential, referring as being-with others and occupation with the world as the own possibilities of being. We point the importance of the care dimension as essence of the clinical exercise, which is shared between therapist and patient, since this relationship consist in interrogation by sense of being before existential path as primordial route of opening to new possibilities of being.

Keywords: Existential phenomenology; Phenomenological clinic; Martin Heidegger; *Dasein*.

Resumen: El presente artículo trata de algunos de los principales temas de la fenomenología existencial de Martin Heidegger, teniendo, como eje, el concepto de existencia. A partir de su discusión y de la explicitación de algunos existenciales de la ontología fundamental heideggeriana, se comprende que *Dasein*, mientras esté marcado por la indeterminación ontológica, que lo ubica en una condición de cuidar de ser sí mismo a cada momento en que lo es. En esa perspectiva que el cuidado se muestra como existencial, refiriéndose tanto al *ser con los otros* y la ocupación con el mundo como a las propias posibilidades del ser. Se apunta para la importancia de la dimensión del cuidado mientras sea esencia misma del ejercicio clínico compartido entre el terapeuta y cliente, puesto que consiste en la contestación por el sentido de ser delante a la trayectoria existencial como vía que promueve la abertura para las nuevas posibilidades de ser.

Palabras clave: Fenomenologia Existencial; Clínica fenomenológica; Martin Heidegger; *Dasein*.

A obra do filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976) é considerada um dos importantes vetores que impulsionam a filosofia do século XX, fazendo uma reflexão sobre a existência humana por meio de uma interrogação sobre o sentido do ser. Parte de uma crítica à orientação metafísica do pensamento ocidental, questionando o próprio modo de ser e de habitar o mundo, enfim, de conduzir a própria vida, com intuito primordial de compreender o sentido da existência humana.

Heidegger (2012) propõe, em sua obra, uma análise existencial por meio de sua ontologia fundamental. Para ele, ser é o conceito mais universal, já que está constantemente presente em nossa vida cotidiana com o mundo, mas é simultaneamente o mais obscuro, exigindo, portanto, discussão e reflexão, já que a compreensão de ser dada pela metafísica ao longo da história sedimentou-se. O obscurecimento sobre a questão do ser se constituiu

com o modo como a questão foi colocada pela ontologia tradicional: ao se perguntar o que é o ser, lançamos mão de uma compreensão prévia de ser no próprio interrogar. Na tradição filosófica ocidental, o ser é concebido como simplesmente dado: visto que o ser se manifesta no ente, vem sendo compreendido como um ente entre outros entes. Ao entificar o ser, o modo de interrogar da tradição pressupõe nele um caráter de imutabilidade e de essência fixa passível de ser encontrada ultrapassando-se a aparência. Tais pressuposições atribuem-lhe uma substancialidade que restringe seu caráter acontecimental.

Ao refletir sobre esse modo de questionar, Heidegger (2012) aponta como as interpretações prévias sobre o ser vão se impregnando na questão e propõe outro modo interrogar: questionar o ser em seu sentido, que é primordial à compreensão das coisas em nosso cotidiano. O indivíduo tem a capacidade de conhecer o ser, que não é

uma coisa fechada, padrão. A questão do ser põe em jogo duas dimensões: a ôntica, referente ao horizonte de manifestação do ente, e a ontológica, referente ao horizonte das possibilidades de ser de um ente (Heidegger, 2012).

Heidegger (2012), criando uma terminologia própria, busca compreender o sentido do ser. Ele denomina o modo de ser do homem como *Dasein*, que significa ser-aí. Tal termo busca colocar em evidência o modo como a questão do ser se apresenta para esse ente que nós mesmos somos: diferentemente de outros entes, cujo ser reside na dimensão ontológica, em nossa experiência o ser está “*onticamente assinalado, pois para esse ente está em jogo em seu ser esse ser ele mesmo*” (p. 59)¹. Assim, nosso modo próprio de ser consiste em tornar-se, vir a ser o que se é, em uma relação íntima com o ser mesmo.

Simultaneamente, temos uma relação-de-ser com aquilo que viemos sendo, nos entendemos em nosso ser nós mesmos e somos abertura para aquilo que estamos sendo. *Dasein* é a palavra alemã utilizada para denominar ser humano, pressupõe presença que engloba o indivíduo no conjunto, como existente humano. Evoca o processo de constituição ontológica de homem, ser humano e humanidade e aponta para a indiferenciação humana: somos no próprio movimento de realização de nossas possibilidades de ser. Ontologicamente o homem se configura como passado, cotidiano, presente e possibilidades futuras e, portanto, como um ser temporal que em essência se mostra como projeto, possibilidade. Podemos ver em suas palavras:

(...) O *Dasein* não é um subsistente que possui além disso como dote adjetivo o poder de fazer algo, mas ele é primariamente ser-possível. O *Dasein* é cada vez o que ele pode ser e como ele é sua possibilidade (...). (Heidegger, 2012, p. 409)

A presença, denominada de *Dasein* ou ser-aí, é privilegiada por possuir “*em seu ser a possibilidade de questionar*” (Heidegger, 1999, p. 33) sobre o sentido do ser, de modo que “*Elaborar a questão do ser é tornar transparente um ente – o que questiona – em seu ser*” (Heidegger, 1999, p. 33) e, assim, é por meio da explicitação desse ente que nós mesmos somos que Heidegger procura iluminar a questão do ser. Questionar corresponde ao plano ontológico, também chamado existencial, que considera o indivíduo como ser-no-mundo, relacionando-se com as pessoas do seu universo social, entes que Heidegger denomina *Dasein*, e também com as coisas, denominadas entes simplesmente dados. De acordo com Heidegger, existe outro plano, o plano ôntico, também denominado

existenciário, que compreende o que se manifesta entre as possibilidades ontológicas do ser e se refere ao próprio ente do modo como se mostra.

O ser se mostra à existência humana imediata e concretamente – na própria dimensão ôntica do *Dasein*, está presente a “*determinidade de um entendimento-de-ser pré-ontológico*” (Heidegger, 2012, p. 63). Assim, o *Dasein* possui três precedências com relação à questão do ser: a precedência ôntica, pois é “*determinado em seu ser pela existência*” ao realizar possibilidades de ser; a precedência ontológica, pois ele “*é em si mesmo ontológico*”, ou seja, parte de uma indiferenciação e se constitui como um horizonte de possibilidades, e a precedência ôntico-ontológica, pois pertence ao *Dasein* um entendimento-de-ser de todo ente, possibilitando a própria ontologia. Sendo o *Dasein* o ente que questiona propriamente o sentido do ser, é a partir da interrogação por esse ente que nós mesmos somos que a questão do ser pode se desvelar.

No pensamento tradicional, o ser foi tomado como coisa em si. Todavia, há uma diferença entre ente e ser:

Esqueceu-se que ser não é uma substância, nem mesmo abstrata; que não é um objeto, uma coisa; que ser é simplesmente o modo daquilo que é. O ser não é uma forma substantiva, mas verbal. Ser não é um substantivo, apenas o verbo ser na sua forma infinitiva. Ser é movimento; ser é sendo. Por ser modo de estar sendo do ente, por ser possibilidade em aberto, o ser não pode ser precisado, objetivado, aprisionado num único sentido. (Critelli, 1981, p. 14)

A compreensão do ser ocorre a partir dele próprio, com as possibilidades mediadas pelos feitos que compoñam a cotidianidade desse ser. O humano é o único ente cujo modo de ser abrange a possibilidade de interrogar-se porque está em seu horizonte a condição ontológica de indeterminação e a dimensão ôntica da própria questão do ser. Nessa perspectiva, temos em nosso horizonte de possibilidades a busca por continuar a compreender a nós mesmos, lidando com o sentido das vivências presentes em nosso contexto existencial. Nada faz sentido isolado. Onde há ser, necessariamente, há ente. Nas palavras de Heidegger (2012, p. 51):

Ser é cada vez o ser de um ente. O todo do ente pode se tornar o campo em que se põem em liberdade e se delimitam determinados domínios de coisa, segundo seus diversos âmbitos. Domínios de coisa que de sua parte, por exemplo, história, natureza, espaço, vida, *Dasein*, linguagem, etc. podem ser tematizados como objetos das correspondentes investigações científicas.

Cada ente apresenta um campo de manifestação do ser e, ao se voltar aos entes, o *Dasein* põe em movimento sua compreensão de ser dos entes que são. Para Heidegger (2012), o modo como somos afetados pela facticidade

¹ Há diferentes traduções para o português de “Ser e Tempo”, uma das principais obras de Martin Heidegger. Utilizamos as de Maria de Sá Cavalcante (1999) e de Fausto Castilho (2012) nesse artigo. Algumas expressões alemãs foram traduzidas de diferentes modos nas duas versões e, para a finalidade do presente texto, utilizamos a cada passagem a tradução que compreendemos melhor respeitar as ideias do autor

do mundo diante de nós abre um campo, uma faceta do mundo para nós. A essa abertura em que nos situamos diante de um mundo que se apresenta diante de nós Heidegger denomina compreensão (*verstehen*), considerando-a um existencial fundamental. Nesse sentido, o *Dasein* não possui uma compreensão, muito menos produz compreensão a partir de um entendimento ou interpretação racional das coisas. Ao contrário, o *Dasein* é sua compreensão, na medida em que é o horizonte mesmo de mundo que se abre para ele pelo modo como é afetado. Para Heidegger (2012), toda compreensão já está sintonizada com a disposição afetiva e simultaneamente desdobra-se em interpretações. Um dos modos de constituir uma interpretação de ser dos entes a partir da compreensão é a investigação científica. Mas, antes mesmo do entendimento científico, uma compreensão prévia de ser das coisas está presente na relação cotidiana com o mundo.

Heidegger (2012) compreende o *Dasein* inserido em seu mundo como co-agente, visando desconstruir o pensamento ocidental que compreende o homem tomando-o de maneira objetiva, distanciada da experiência, como se pudesse dicotomizar a existência. Nessa prerrogativa, ele tem a possibilidade de, sendo, estabelecer uma relação de ser com tudo o que é e uma relação consigo para compreender-se em sua essência. Tal desconstrução tem o sentido de investigar o fundamento mesmo das ontologias, nas condições de possibilidade de colocação da indagação sobre o ser e é nesse sentido que se coloca em perspectiva a manifestação ôntica da questão do ser para o ente que somos, lidando constantemente com a tarefa de sermos nós mesmos. Existência, para Heidegger, é algo que emerge, que se manifesta, que se desvela. Pasqua nos esclarece sobre os conceitos explicitados anteriormente:

A existência (*Existenz*), tal como Heidegger a entende, não tem o sentido medieval de *existentia*. Para ele, esta significa literalmente ser subsistente, aquilo que está perante a mão (...). Caracteriza os entes que estão fechados sobre si próprios, cristalizados como uma pedra: a *existentia* é algo de estático. A existência de que nos fala Heidegger é *ek-stática*. Caracteriza esse ente denominado *Dasein*, capaz de ser aquilo que projeta ser, de sair de si próprio, de *ek-sistir* (...) o *Dasein* é aquilo que ele pode ser. Ser, para ele, é poder ser este ente concreto, empenhado no mundo, cujo ser é permanentemente posto em jogo e como que arrancado de si próprio. A essência do *Dasein* não significa, portanto, o caráter estável e invariante daquilo que é, não é uma definição abstrata definitivamente válida. (Pasqua, 1993, p. 36)

Na origem etimológica grega, o prefixo *ek* designa aquilo que está fora. Seu correlato em português, o prefixo “ex”, compõe termos como exterior, externo, expansão, expressar. Similarmente, o elemento grego *sistere* designa movimento, compondo em português palavras

como sistêmico, sísmico, etc. É nesse sentido que ambos os elementos figuram na existência como considerada por Heidegger: ela se caracteriza como *ek-sistere*, movimento para fora, o próprio direcionamento de ser para o mundo (Heidegger, 2012, p. 381). Ao compreender existência como modo de ser propriamente humano, Heidegger assinala as relações entre *Dasein* e ser enquanto constitutivas do modo de ser que é o nosso. Nesse sentido, apenas o homem existe, pois o movimento em direção aos entes na compreensão cotidiana de ser é próprio ao *Dasein*. Existir, assim, refere-se a relacionar-se com os entes enquanto entes. Nas palavras do autor:

A “essência” do *Dasein* reside em sua existência. Os caracteres que podem ser postos à mostra nesse ente não são, portanto, “propriedades” subsistentes de um ente que subsiste com este ou com aquele “aspecto”, mas modos-de-ser cada vez possíveis para ele e somente isso. Todo ser-assim desse ente é primariamente ser. Por isso, o termo “*Dasein*” com que designamos esse ente não exprime o seu *que*, como é o caso de mesa, casa, árvore, mas o ser (...) O ente, cujo ser está em jogo esse ser ele mesmo, se comporta em relação a seu ser como em relação a sua possibilidade mais própria (...) E porque o *Dasein* é, cada vez, sua possibilidade, esse ente em seu ser *pode* se “escolher” (...). (Heidegger, 2012, p. 140-1)

Em outro momento, Heidegger ainda enfatiza “*O Dasein é um ente que, entendendo-se em seu ser, comporta-se em relação a esse ser. Assim se indica o conceito formal de existência. O Dasein existe*” (Heidegger, 2012, p. 169). Nessas proposições, Heidegger rejeita qualquer propriedade quidditativa ou substancialidade determinada que pudesse ser tomada como aspecto fixo constituinte do *Dasein*, trazendo como elemento fundante as próprias relações e experiências que o *Dasein* articula com o mundo. Embora o ser-aí possa tomar-se de modo objetivado, considerando essenciais os aspectos das possibilidades de ser que realiza e assim percebendo-se à maneira das coisas, como “*ser simplesmente dado*” (Heidegger, 1999, p. 77), a própria dinâmica de realização das possibilidades de ser aponta para uma dimensão temporal da experiência humana, na qual sendo, estabelecemos relações de ser com tudo o que é. O ser-aí se refere aos seres simplesmente dados e, por vezes, se toma como simplesmente dado, substancializando-se. Tomar-se como simplesmente dado não é um “erro”, pois apenas o ente para quem a questão do ser se apresenta onticamente pode tomar-se como alguma coisa, mas obscurece a dimensão acontecimental do ser que somos.

No sentido de seu acontecer, existir é direcionar-se à concreção fática do mundo na realização de possibilidades de ser sem, no entanto, completar-se nelas, já que as possibilidades se rearticulam a cada momento em que sou; e sou, a cada vez, minhas possibilidades de ser.

Considerando desse modo a existência, Heidegger (2012) compreende como elemento determinante do *Dasein* as relações que ele estabelece a cada momento com o mundo em sua trajetória existencial, que apenas se completam com a morte.

O ser-aí é um ser-para-a-morte na medida em que é apenas nela que finalizamos a realização de nossas possibilidades de ser. Enquanto vivos, somos abertura, estamos no devir de nossas possibilidades e somos, assim, em constante realização de quem podemos ser. Nas palavras do autor, há no *Dasein* “uma não-totalidade contínua e ineliminável, que encontra seu fim com a morte” (Heidegger, 1999, p. 23), ou seja, somos incompletos e apenas nos completamos com a morte, já que antes dela estamos na contínua realização de nossas possibilidades de ser e com ela nossas possibilidades se finalizam. A experiência da morte, pessoal, intransferível e única, demarca assim a finitude do ser; ele voltará a ser o que era: nada (Heidegger, 1981). Não se pode morrer pelo outro e também não se morre mais de uma vez. Desse modo, a finitude articula seu sentido com a temporalidade: na perspectiva de finalizar futuramente nossas possibilidades de ser. Com a possibilidade última da morte, retomamos nossa trajetória existencial, em que nos encontramos entre o que já não é mais e o que ainda não é. A dimensão temporal de ser-para-a-morte aponta para o sentido ontológico do cuidado, já que remete à dimensão de incompletude do *Dasein* na realização de novas possibilidades de ser – o ainda-não que seremos e se encontra continuamente pendente nos modos de ser que se mostram abertos para nós. É na realização dos modos de ser que nos são possíveis que respondemos à tarefa de ser e assim cuidamos de ser: em cada ação cotidiana, no modo como nos colocamos, somos afetados, nos manifestamos, nos relacionamos... realizamos algumas possibilidades de nós mesmos. Assim, o projetar de nossas possibilidades de ser, na realização de modos de ser no mundo, é constitutivo do *Dasein* como cuidado e ele apenas é percebido desse modo na sua temporalidade. Diante da angústia que nos coloca frente à condição existencial de ausência de significações e determinações prévias, o *Dasein* pode perceber sua absorção no cotidiano e apropriar-se da realização de suas possibilidades de ser e, nesse contexto, perceber-se em sua trajetória existencial: no momento de minha existência aqui e agora, venho de um já sido e projeto-me no porvir. Heidegger descreve a temporalidade como articulação entre o porvir e o já sido, que se atualiza na realização das possibilidades de ser do *Dasein* em seu projetar-se. É nesse sentido que, segundo Heidegger, “A unidade originária da estrutura da cura reside na temporalidade” (1999, p. 121).

Dasein e mundo fazem parte de uma mesma realidade, por ele denominada ser-no-mundo. Heidegger enfatiza que, utilizando essa expressão, quer referir-se a ser e mundo como um “fenômeno *unitário*” (Heidegger, 2012, p. 169), ou seja, não redutível a uma soma de partes que se juntam. Somente é possível pensar o ser-aí em contato

com o mundo, ou seja, em relação com a totalidade fática diante de nós, já que nossa própria condição existencial nos joga de imediato em possibilidades existenciais abertas na concreção mesma de nosso contato com o mundo. Como comenta Leão (1998), “*ser-no-mundo é uma estrutura de realização*” (p. 20): o *Dasein* não se localiza apenas no mundo, como um objeto inserido no interior de outro, mas habita o mundo, relacionando-se com tudo o que é a partir de uma compreensão de ser. O mundo não é entendido apenas como espaço geográfico, mas como uma concreção fática constitutiva do próprio *Dasein*. Encontramos-nos constantemente diante do mundo que é o nosso, de tal forma que o mundo constitui nossas experiências, constitui nosso devir, constitui nosso sendo. Nesse sentido, o mundo me constitui ou, como coloca Heidegger (2012), “*é um caráter do Dasein ele mesmo*” (p. 201) numa trama de significações sedimentadas. Ao apresentarem-se a mim no cotidiano, os entes já remetem a experiências, relações e usos que se constroem no lidar com as coisas. Nossa experiência diante de tudo com o que co-habitamos está permeada não apenas dos entes, mas dessas remissões e conjunções. Nessa perspectiva, o *Dasein* existe habitando o mundo, imerso tanto em sua concreção fática quanto na trama significativa sedimentada nas relações cotidianas que estabelecemos com tudo o que nos cerca. Ou seja, tecendo familiaridade com o mundo no qual nos detemos, estamos contextualizados – imersos nas relações que construímos no habitar cotidiano esse mundo que é o nosso.

O homem atual tem desenvolvido uma maneira de viver representando-se com seu pensar lógico-racional, analítico, buscando, antes de qualquer vivência, controlar fenômenos e, do mesmo modo, controlar-se. Heidegger (2006a) denomina esse modo de compreensão de pensamento calculante, voltado para a exploração e o domínio dos fenômenos, enquadrando-os nos modos de mediação entre homem e mundo previamente definidos pela técnica moderna. Tal perspectiva opera a partir de abstrações: retirando os fenômenos de seu campo de mostração para tomá-los no interior de sistemas teóricos fechados, o pensamento calculante arrisca-se a desconsiderar os múltiplos elementos presentes num contexto.

No campo da Psicologia, podemos encontrar expressões do pensamento calculante nos processos de medicalização da sociedade, na utilização de instrumentos avaliativos que desconsideram o contexto de produção do sujeito, nas concepções intrapsíquicas sobre a personalidade. Tomemos como exemplo alguns diagnósticos como os de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: ao se considerar os sintomas de uma criança na categoria de doença mental exclusivamente biológica, desconsiderando fatores como seu processo de socialização e escolarização, sua rotina, suas relações, suas condições socioeconômicas, entre outros, o pensamento calculante categoriza diretamente e determina previamente quem a criança assim diagnosticada é e pode ser, bem como a

conduta a ser adotada a partir dessa definição, retirando da criança e de sua rede de apoio social a possibilidade de reinventar suas experiências e modos de ser. Assim, o pensamento calculante desconsidera a necessidade de significarmos nossas vivências *com o outro*, objetificando-as. Criando relações coisificadas com o próprio homem, o pensamento calculante nos distancia do mundo vivenciado. É nesse sentido que podemos compreender Heidegger quando afirma “*A ciência não pensa*” (2006d, p. 115) ou quando, afirmando que “*A ciência é a teoria do real*” (2006c, p. 40) percorre o trajeto histórico de construção do pensamento científico moderno. Segundo o autor, a partir da concepção original grega de uma aproximação respeitosa àquilo de se realiza na própria acontecência do mundo, tal frase passou a significar, na concepção moderna, uma classificação em que a teoria fixa uma região do real por meio de uma operação de produção de uma consequência a partir de uma causa, em que permanece incontornável o ser mesmo dos entes de se apresentam no movimento de realização do real.

Em contrapartida, é ao considerar cuidadosamente o que se desvela e interrogar pelo sentido da técnica que encontramos uma possibilidade de acompanhar o próprio movimento de velamento e desvelamento dos entes, amplamente multifacetado. Meditando sobre o que merece ser interrogado para ir ao encontro com a essência dos entes, permanecendo junto às coisas na própria dinâmica performativa dos fenômenos, encontramos o pensamento reflexivo, ou pensamento do sentido, como outra possibilidade de pensar. Sob o prisma do pensamento do sentido, a atividade de pensar não é inativa, mas voltada às implicações do próprio pensamento ou, como afirmou Heidegger, “é ele mesmo o agir (*Handeln*) que, em si mesmo, está em diálogo com o destino do mundo (*Weltgeschick*)” (Heidegger, 2009, p. 39). Heidegger comenta que o pensamento do sentido “é a serenidade diante do que é digno de ser questionado” (2006c, p. 58), apontando para a possibilidade da serenidade (*gelassenheit*) de simultaneamente reconhecer as possibilidades desveladas pela ciência e pela técnica modernas, mas não se aprisionar a este modo de olhar como único possível, conservando assim a capacidade de um “sim e não” simultâneos a elas. Nesse contexto, a psicologia a partir da perspectiva fenomenológica existencial volta-se aos homens em sua situação concreta de vida, buscando compreender as significações sedimentadas na trama existencial para ampliar as possibilidades de ser a partir da interrogação pelo sentido da experiência (Braga, 2014). É na totalidade da existência que os dramas humanos se desenrolam e é no permanecer junto ao próprio vivido, iluminando o modo como nos encontramos na concreção fática do mundo que é o nosso que transitamos pelas possibilidades de ser que se abrem no próprio acontecimento do existir. Assim, qualquer possibilidade interpretativa deve estar atenta às suas implicações e às correlações possíveis no horizonte mesmo da facticidade que procura tocar.

Assim, em contraposição a uma perspectiva abstracionista, a perspectiva fenomenológica existencial procura compreender as experiências humanas em sua totalidade. A existência não é apenas uma característica entre outras, mas busca abarcar todas as dimensões de nossas experiências, já que existimos com todos e em todos os aspectos que participam de nós mesmos – nosso meio social, nosso corpo biológico, as relações afetivas que estabelecemos etc. Nesse sentido é que Heidegger busca compreender o homem, como ser finito que é, inserido no tempo e no espaço de sua existência e que se constitui, em seu ser, pelo questionar e interrogar a si próprio. Em sua analítica, o autor parte do *Dasein* enquanto ser-no-mundo, como um ente para quem o sentido do ser se apresenta ao encontrar-se cotidianamente frente a um *ai*: na circunvisão de um mundo que se apresenta a mim, estou a cada momento dirigindo quem sou em relação com as coisas, com os outros, com os entes em geral.

É porque “*O Dasein é sua abertura*” (Heidegger, 2012, p. 381) que uma perspectiva de mundo se abre na convivência com outros, no estar junto às coisas e no ser seu quem. O próprio *Dasein* é a claridade do mundo que se ilumina diante de si e que constitui sua experiência de ser-si mesmo. Encontrarmo-nos sempre diante de um mundo que se apresenta perante nós. Nesse encontrar-se, somos afetados por tudo o que nos vem ao encontro, estando sempre já numa disposição afetiva.

As disposições afetivas nos voltam ao mundo: o temor me dirige para a ameaça e o mundo se abre em seu caráter ameaçador, a paixão me dirige à pessoa amada e abre um mundo envolvente, a alegria me dirige ao divertimento e abre um mundo colorido e agradável. Angústia, todavia, é a disposição afetiva que nos volta não para o mundo, mas para nossa própria condição existencial, rompendo os significados sedimentados na trama existencial cotidiana e nos abrindo para a condição de pura possibilidade. É nesse contexto que encontramos na disposição afetiva da angústia uma condição ontológica. Diante da finitude da existência ou da possibilidade de não-ser, a angústia é tomada como disposição afetiva e condição ontológica, dizendo respeito à experiência da própria condição de ser no mundo: lançados a nossas possibilidades de ser, sem nenhuma propriedade prévia que nos determine, estamos constantemente frente à ameaça de não-ser.

A abertura que somos apresenta-nos uma condição de ser-lançados diante desse mundo que se apresenta a nós. É a perspectiva de mundo diante de nós que Heidegger denomina compreensão. A interação entre o *Dasein* e os outros entes ocorre em um constante vaivém entre o que é dado na situação e a realidade que se desvela na compreensão. Essa compreensão, segundo Heidegger, desenvolve-se antes da tomada de consciência reflexiva, do mesmo modo que a situação se manifesta antes da reação afetiva. É quando a compreensão se desdobra na interpretação que atribuímos linguagem ao contato com o mundo, construindo com ele uma trama significativa.

Estar voltado para um mundo que se apresenta para mim é a condição fundamental de ser-no-mundo, em que somos lançados factualmente, a cada acontecimento, a cada desvelamento, a cada contato. Diante do mundo, nos encontramos também lançados frente às nossas próprias possibilidades de ser, realizando-as nas relações, familiaridades e redes de sentido que vão se cerzindo em nossa trajetória existencial. O *Dasein* habita o mundo, é familiar e co-agente neste mundo, sendo um ser de possibilidades, já que é projeção e pode assumir diversas maneiras de compreender o mundo e relacionar-se com ele. De acordo com Spanoudis (1981), sendo-no-mundo significa as várias formas como o homem vive e pode viver, os modos pelos quais ele se relaciona com os entes. Assim, o homem, em sua condição ontológica, é fundamentalmente *poder-ser*, como um projeto, o que lhe outorga a responsabilidade e a obrigação de ser enquanto existente no mundo.

O *ser-aí* ou *Dasein* tem como sentido *estar-aí* situado historicamente. Esse ser-no-mundo vai se constituindo sendo-no-mundo antes de todo e qualquer eu, mas sempre situado e imerso no jogo homem/mundo, e é nessa interação que a realidade se dá. É sempre no contexto das coisas que sedimentamos os seus significados. A pressuposição de um conhecimento passível de ser elaborado de modo fixo e imutável desconsidera a própria dinâmica acontecimental do real e o próprio fluxo experiencial da consciência no sujeito que conhece. O filósofo alemão Wilhelm Dilthey (1833-1911), em *Ideias para uma Psicologia Descritiva e Analítica* (2011), realiza tal crítica ao distinguir o modelo explicativo das ciências naturais e o compreensivo das ciências humanas. O procedimento das ciências naturais, ao estabelecer um sistema de conexões de causa e efeito, busca ser passível de generalização a todos os casos singulares, excluindo outras possibilidades explicativas. Tal operação, sendo necessariamente abstrativa, retira os fenômenos de seu campo de mostração no cotidiano, em que as relações estão sempre inscritas em planos contextuais, possuindo o risco de desconsiderar aspectos da totalidade da vida que não se deixam reduzir ao sistema explicativo generalista, sejam de ordem histórica, psicológica, ética, estética, cultural. Para Dilthey (2011), a tarefa das ciências humanas seria a de recolocar os fenômenos em seu campo de mostração, permitindo uma articulação mais ampla com a totalidade da vida, compreendendo-os sob o horizonte total que sustenta os fenômenos em geral. Assim, as tentativas das ciências humanas de reproduzir, em seu contexto, procedimentos caros às ciências naturais desconsiderariam o importante fato de que a vida não se deixa reduzir às hipóteses, não sendo possível excluir outras possibilidades e determinar claramente a relação entre mundo material e supramaterial. Segundo Dilthey, em ciências humanas “ao buscarmos produzir um conhecimento causal pleno, somos banidos para o interior de uma nuvem de hipóteses” (p. 28). É nesse sentido que podemos enten-

der a afirmação diltheyana de que as ciências naturais explicam, enquanto as ciências humanas compreendem (Dilthey, 2011).

Heidegger (2012) parte da hermenêutica de Dilthey em sua tarefa de descrever a vida em sua complexidade e totalidade, compreendendo os fenômenos nas relações de significado que estabelece em seu campo de mostração, e articula tal perspectiva com a correlação fenomenológica entre ser e mundo, para descrever a dimensão ontológica da existência. Assim, a hermenêutica fenomenológica compreende tanto a dimensão fática da existência quanto sua imersão numa trama de significações sedimentadas no próprio existir. Heidegger caracteriza a hermenêutica como interpretação da facticidade, a partir da concreção fática do próprio *Dasein*. O *Dasein* não é um ente qualquer, mas o ente para o qual a questão do sentido se apresenta onticamente e que, respondendo à questão do ser em seu cuidado cotidiano, desdobra suas compreensões em interpretações. Além disso, a própria facticidade é de caráter interpretativo, já que dela faz parte um horizonte permeado pelas significações sedimentadas no mundo. Tal condição simultaneamente aponta para a precedência da hermenêutica e para sua precariedade, já que sendo permeada pelas significações sedimentadas, toda análise é também provisória.

Em suas características fundamentais, que Heidegger denomina existenciais, o *Dasein* está sempre situado num mundo concreto permeado por uma trama significativa – uma situação hermenêutica. Toda interpretação parte da concreção fática em que nos encontramos: sua rede de relações, a trama de significados que se apresenta com ela, as possibilidades que lhe são inerentes... Se, por exemplo, afirmo que alguém é saudável, o faço num horizonte hermenêutico em que conhecimentos prévios e pressupostos sobre o corpo determinam o que “saudável” significa ou não significa na realidade fática que é a minha. Uma afirmação como essa tem diferenças de significação em uma cultura permeada pelo modelo biomédico, como a nossa, ou numa cultura indígena, por exemplo. Diversos juízos e conhecimentos prévios, hermenêuticamente sedimentados, recortam a circunvisão do *Dasein* e é preciso considerar tais significações sedimentadas para compreender a facticidade em nossa condição existencial. É a partir da consideração das significações sedimentadas e dos recortes que elas nos colocam que podemos também nos desprender delas para uma interrogação mais radical do sentido do ser. Nessa perspectiva, encontramos uma explicação para que a filosofia heideggeriana seja conhecida como ontologia hermenêutica, já que busca, por meio da compreensão e interpretação da existência alcançar a questão do ser. Alguns aspectos do pensamento heideggeriano podem ser destacados nesse sentido. Primeiramente, Heidegger (2012) aborda a diferença ontológica entre ser e ente ressaltando o caráter temporal do ser: é apenas no horizonte temporal que o sentido do ser se desvela.

A abertura é característica do ser-aí, que se lança para a ação e para a descoberta. É nessa medida que o *Dasein* pode ir à busca da verdade, mas esta é temporal e manifesta-se na história que se desvela. Heidegger retoma o processo histórico de compreensão da questão da verdade, designada pelo termo *aletheia* (ἀληθεία) entre os gregos. Em sua acepção original na cultura grega, *aletheia* significava desvelamento, fazendo menção ao movimento fenomênico dos entes, no qual para que uma faceta se desvele, outras se velam. Nessa direção, podemos considerar o duplo sentido do termo re-velar em português, que remete tanto a descobrir algo quanto a velar novamente. Heidegger (2006c) ressalta que termo *θεα* (*teo* ou *tea*), diz respeito simultaneamente ao perfil do que se mostra à visão e à deusa, tal como apareceu a Parmênides. Aquilo que surge e permanece em sua aparição também comporta um “descobrir que se sustenta sempre a cada vez” (Heidegger, 2006c, p. 238) Nesse sentido, o real é o que se realiza, acontece numa dinâmica de velamento e desvelamento e não há como uma verdade ser imutável e constante. Ela se revela na própria ação de quem a busca, sendo significada na compreensão do *Dasein*. Segundo Heidegger (2008), o mito da caverna que Platão (2015) elabora em *A República* estabelece uma hierarquia das verdades que antes não participava da cultura grega: o filósofo, ao se retirar das sombras da caverna e se dirigir ao mundo das ideias, teria acesso a um desvelamento mais amplo e voltaria para iluminar os que ainda se encontravam amarrados. A ideia de um desvelamento progressivo que rumo até o totalmente desvelado desconsidera condições existenciais, como a temporalidade e o próprio aí contextual do *Dasein*, abrindo espaço para uma conotação de verdade fundada numa essência fixa e imutável para além e para aquém do próprio desvelamento do real. É essa acepção que marca a tradução do termo *aletheia* para o latim como *veritas*, designando a adequação entre as representações e os entes. A conotação moderna de verdade, mais próxima ao termo latino *veritas*, aloca a verdade numa proposição que diz respeito à concordância entre discurso e coisa. Heidegger (1999) problematiza essa relação, comentando que não é possível uma relação de igualdade entre coisa e pensamento, já que ambos não “pertencem à mesma espécie” (p. 283) e assinalando que tal relação se dá entre o pensamento e seu conteúdo ideal, ou representação da coisa, expressando um nexo entre coisa e representação.

O desvelamento em *aletheia* refere-se a deixar e fazer ver (Heidegger, 2012) e é nessa acepção que o autor descreve a dinâmica de ser-no-mundo que, compreendida no instante vivido, constitui o fenômeno da verdade a partir de sua abertura: ao abrir-se contata os entes e os desvela. Assim, é da própria condição ontológica de ser no mundo descobrir dimensões da realidade na abertura que somos. Para se mostrar é preciso ter abertura para o mais próprio do ser, como podemos ver em suas palavras: “o homem é e está na verdade” (Heidegger, 1988, p. 289). Para Stein

(2010), esse filósofo demarca um novo paradigma, que é o ser-no-mundo prático, lançando uma alternativa para resolver o problema da ontologia e da verdade.

Para Heidegger (1988), o sentido só existe para o ser e pertence àquele momento; por isso ele considera o ser como ser de presença no mundo. Heidegger não concebe o homem apenas em relação a ele mesmo, mas sim, em contínua interação com todos os seres circundantes junto aos quais ele permanece. Ser-no-mundo é condição fundamental do indivíduo. Ser humano é ainda sempre ser-com-o-outro, como podemos ver a seguir:

Os outros não são aqueles com quem o indivíduo convive, nem aqueles que o completam; os outros “constituem-no”. Sem o outro, o indivíduo não é. A ideia corriqueira e metafísica da coexistência é de que esta é uma decorrência de indivíduos já existentes juntarem-se uns aos outros. Ela seria um “resultado”. Primeiro, haveria a manifestação de indivíduos, depois sua relação (social), como decorrente de um encontro. No caso da fenomenologia, a coexistência não é um resultado, mas condição ontológica, uma condição que lhe é dado existir. (Critelli, 2016, p. 78)

O modo como o *Dasein* se relaciona com outros entes, tanto simplesmente dados quanto outros *Dasein*, aponta para seu singular cuidar de ser si mesmo. Para Heidegger, o cuidado (*sorge*) não é algo que temos, mas que somos: em cada relação que estabelecemos, em cada ação no mundo, em nosso lidar cotidiano com outros entes, tornamo-nos também quem somos. Nesse sentido, cuidamos de nosso quem, de ser quem somos, no lidar com o mundo, pois temos como tarefa e como questão ser nós mesmos. O cuidado é autêntico quando nele se assume a responsabilidade de cuidar de ser si mesmo. É quando em nossa lida com o mundo clareamos a questão de quem somos e percebemo-la em jogo, na dinâmica performativa de nossos modos de ser que podemos alcançar um cuidado autêntico. Isso acontece nas vivências cotidianas que nos estimulam a refletir sobre a angústia, desilusão, agitação que acompanham a todos nós (Michelazzo, 1999)

Para a filosofia heideggeriana, há duas maneiras fundamentais de o homem se relacionar com os entes. No trato com as coisas, estabelecemos uma relação de serventia em que estas assumem um caráter de ente-à-mão. Heidegger denomina tal modo de ocupação, pois pressupõe o fazer alguma coisa, produzir, realizar algo, impor-se. Assim, a ocupação refere-se ao trato com os entes simplesmente dados e participa de nosso cuidado de ser na medida em que nosso trato com os entes no mundo abre possibilidades de relação com o mundo e, portanto, possibilidades de sermos a cada momento desse ou daquele modo. Nas palavras do autor, no *Dasein* “está em jogo o seu poder-ser-no-mundo e, com isso, a ocupação que descobre na circunvisão o ente intramundano” (Heidegger, 1988, p. 297). O segundo modo Heidegger denomina preocupa-

ção ou cuidado (*sorge*) e se refere ao ser-com-outros em co-presença no mundo. Diante de outro *Dasein*, não estamos à maneira das coisas, mas reconhecemos seu caráter de abertura. Nas palavras do autor, “*Porque, em sua essência, o ser-no-mundo é cura², pode-se compreender nas análises precedentes o ser junto ao manual como ocupação e o ser como co-presença dos outros nos encontros dentro do mundo como preocupação*” (Heidegger, 1988, p. 257). Heidegger concebe o ser como ser de presença; ele é um ser-no-mundo descobrindo-se sempre como ser-com. A preocupação, também chamada solicitude, refere-se a essa com-vivência, em que compartilhamos o mundo com outros.

Heidegger (1988) concebe o *Dasein* como transcendente, porque estamos constantemente no espaço de interseção entre o que é desvelado da situação via compreensão e o modo como somos afetados e respondemos ao mundo. Ou seja, em nosso movimento de ser atribuímos sentido ao que é e ao que somos, já que vivemos no mundo com outros. Sendo ser-com-o-outro, ser-no-mundo é condição fundamental do homem em sua humanidade: emoções, valores e envolvimento não existem em si mesmos, como entidades, ou de maneira pronta e estática, mas, antes de tudo, são constituídos e compartilhados nas relações.

Em nosso ser-com-outros, a preocupação, enquanto modalidade do cuidado, pode assumir várias maneiras. Nas formas deficientes e indiferentes de solicitude, somos ser-sem-o-outro; ser-contra-o-outro; passar-pelo-outro, demonstrando um não-se-importar-com-o-outro (Heidegger, 1981). Para Heidegger, entre os modos positivos da preocupação, há duas possibilidades extremas. No modo substitutivo, vai-se ao encontro do outro trazendo para si o encargo de ocupar-se dos entes no lugar do outro. Assim, a enfermeira que dá banho no doente quando ele se encontra impossibilitado ou a mãe que prepara o alimento para o filho quando ele ainda não é capaz de fazê-lo substituem o outro na ocupação de banhar-se ou alimentar-se. O outro é “*deslocado de sua posição, retraindo-se*” (Heidegger, 1988, p. 173) e nos ocupamos de sua lida com os entes em seu lugar. Embora tal modo de cuidado se faça muitas vezes necessário, corre o risco de dominar o outro, já que, escolhendo ou fazendo por ele, toma seu lugar na tarefa de direcionar seu ser si mesmo, tornando-se uma maneira inautêntica de cuidado. Outra possibilidade de cuidado é o modo antepositivo, em que questionamos pelo modo como alguém vem sendo e cuidando de seu quem, favorecendo que ele assuma seus próprios caminhos, crescendo e encontrando-se consigo

mesmo. Nessa perspectiva, ser-com-o-outro pressupõe um relacionamento significativo e envolvente, também chamado de autêntico cuidar.

Na relação de submissão, há um afastamento: o ser se torna ser-lá, deixando de ser-si-mesmo, denunciando maneiras deficientes de solicitude, transformando o ser em impessoal ou em a-gente. Para Heidegger (2012), em nosso agir cotidiano estamos imersos nas significações hermenêuticamente sedimentadas, sem nos atentarmos para o modo como realizamos nossas possibilidades de ser – de início e na maioria das vezes, somos como se é na facticidade que é a nossa, caindo no impessoal. Essa impessoalidade leva ao anonimato, ao afastamento, o que favorece a não-singularidade do ser, tornando-o ser-inautêntico. No contato com nossa condição existencial de abertura e de indeterminação, possibilitado pela angústia, percebemos que o horizonte significativo hermenêuticamente sedimentado que permeia nossa realidade é uma possibilidade interpretativa, mas não determina nosso modo de ser, e podemos nos apropriar do modo como cuidamos de ser ao reconhecer na realização de nossas possibilidades o direcionamento de nosso existir. Ao reconhecer que as significações constituídas, se nos proporcionam um horizonte determinado, podem nos aprisionar nele, reconhecemos simultaneamente que o silêncio da suspensão dos significados, se não nos oferece determinações prévias, nos possibilita a liberdade da criação de sentido. Ao nos apropriarmos de nosso direcionamento existencial, assumimos a possibilidade de nos tornarmos protagonistas e coautores de nossa história e contactamos a dimensão da autenticidade. Assim, a autenticidade remete a um contato com a condição ontológica da existência enquanto indeterminação e abertura, desvelada na disposição afetiva da angústia: ao reconhecermos que as tramas significativas que orientam nosso habitar o mundo são contruídas e não nos substancializam, retomamos nossa condição de ter o ser si mesmo como tarefa e questão, frente a possibilidades de ser abertas em nosso aí. Ser-autêntico pressupõe um ser-aí aberto às possibilidades da existência. Na medida em que o ser-com se revela como ser-autêntico, é capaz de compreender o outro, pois a compreensão do outro ocorre por meio do cuidar solícito. É no encontro com a questão de ser si mesmo que se abre para nós a possibilidade de interrogar pelo sentido de ser de outrem.

(...) preocupação que não tanto substitui o outro, mas que se lhe antepõe em sua possibilidade existencial de ser, não para lhe retirar o “cuidado” e sim para desenvolvê-lo como tal. Essa preocupação que, em sua essência, diz respeito à cura propriamente dita, ou seja, à existência do outro e não a uma coisa de que se ocupa, ajuda o outro a tornar-se, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela. (Heidegger, 1988, p. 174)

A partir da perspectiva heideggeriana da existência, podemos compreender a clínica como um espaço para o cuidado de ser. Testemunhando o modo como alguém

² A palavra alemã *sorge* é traduzida na obra heideggeriana como cura, preocupação ou cuidado. Na tradução de Fausto Castilho (Heidegger, 2012), utiliza-se nesse trecho a palavra preocupação para tradução do termo alemão *sorge*, e preocupação-com-o-outro para referir-se à preocupação. No presente artigo, sempre que possível, utilizamos o termo cuidado para nos referirmos genericamente a *sorge*, que acreditamos ser mais fiel ao sentido do pensamento do autor, já que o termo, ao apontar para o cuidar de ser, se refere ao modo como nos somos nós mesmos a partir de nossas relações com o mundo.

vem sendo, o processo clínico pode auxiliar a explicitar a trama significativa presente numa trajetória existencial. Assim, o processo de retomada das experiências e de interrogação por seu sentido permite ampliar a liberdade em relação às significações já sedimentadas no mundo, abrindo novas possibilidades de ser e reformulando o próprio mundo.

Simultaneamente, é a pela via da indeterminação ontológica do *Dasein* que podemos pensar a abertura para novas possibilidades de ser como espaço promotor de transformações singularizantes na relação entre o ser-aí e o mundo. Nesse sentido, a clínica na perspectiva fenomenológica não parte de construções teóricas prévias embasadas num modelo de personalidade, mas da possibilidade de teorizar, explicitar, questionar e reinventar a trama de sentido que se apresenta na concreção fática da vida. No encontro que se dá no aí compartilhado entre terapeuta e cliente, as relações de sentido se clareiam, se criam e podem se reconduzir, levando à apropriação da condição existencial para o protagonismo de sua trajetória frente às possibilidades de ser e relacionar-se com o mundo.

Referências

- Critelli, D. M. (2016). *Analítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica* (2. ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Critelli, D. M. (1981). *Educação e dominação cultural: tentativa de reflexão ontológica*. (2. ed.). São Paulo: Cortez/Autores Associados.
- Heidegger, M. (1981). *Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social*. São Paulo: Moraes.
- Heidegger, M. *Ser e Tempo* (1988). (M. de S. Cavalcanti, trad.). (2. ed.) Petrópolis: Vozes, 2v. (original publicado em 1927).
- Heidegger, M. (2006a). A questão da técnica. Em M. Heidegger, *Ensaio e conferências*. (E. C. Leão, G. Fogen, M. S. C. Schuback, trads.). 7 ed. (p. 11-38, Coleção Pensamento Humano). Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Ed. Universitária São Francisco.
- Heidegger, M. (2006b). Aletheia (Heráclito, fragmento 16). Em M. Heidegger, *Ensaio e conferências*. (E. C. Leão, G. Fogen, M. S. C. Schuback, trads.). 7 ed. (p. 227-249, Coleção Pensamento Humano). Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Ed. Universitária São Francisco.
- Heidegger, M. (2006c). Ciência e pensamento do sentido. Em M. Heidegger, *Ensaio e conferências*. (E. C. Leão, G. Fogen, M. S. C. Schuback, trads.). 7. ed. (p. 39-60, Coleção Pensamento Humano). Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Ed. Universitária São Francisco.
- Heidegger, M. (2006d). O que quer dizer pensar? Em M. Heidegger, *Ensaio e conferências*. (E. C. Leão, G. Fogen, M. S. C. Schuback, trads.). 7. ed. (p. 111-124, Coleção Pensamento Humano). Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Ed. Universitária São Francisco.

- Heidegger, M. (2008). *Marcas do caminho*. (E. P. Giachini e E. Stein trads.). Petrópolis: Vozes.
- Heidegger, M. (2009). *Já só um Deus nos pode ainda salvar*. (I. B. Duarte trad.) (p. 3-47, Coleção: Textos Clássicos de Filosofia). Universidade da Beira Interior: Covilhã. (Trabalho original publicado em 1966).
- Heidegger, M. (2012). *Ser e tempo*. (F. Castilho Trad.). Campinas: Editora da Unicamp, Petrópolis: Vozes (Original publicado em 1927).
- Michelazzo, J. C. (1999). *Do um como princípio ao dois como unidade: Heidegger e a reconstrução ontológica do real*. São Paulo: FAPESP/Annablume.
- Pasqua, H. (1993). *Introdução à leitura do Ser e Tempo de Martin Heidegger*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Platão. (2000/2015). *A República* (3. ed., P. Nasseti Trad.). São Paulo: Martn Claret.
- Spanoudis, S. (1981). Apresentação. In: Heidegger, M. *Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social*. São Paulo: Moraes, p. 9-22.
- Stein, E. (2010). *La filosofía existencial de Martin Heidegger*. Madrid: Trota.

Tatiana Benevides Magalhães Braga - Possui Graduação em Psicologia, Mestrado e Doutorado pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Professora Adjunta da Universidade Federal de Uberlândia, Membro da Sociedade de Psicologia de São Paulo e do Fórum contra a Medicalização da Educação e da Sociedade. Endereço Institucional: Núcleo de Práticas Clínicas do Instituto de Psicologia - IPUFU - Campus Umuarama Av. Pará, 1720 - Bloco 2C - Sala 40 - Bairro Umuarama Uberlândia-MG - CEP 38400-902. Email: tatibmb@gmail.com

Marciana Gonçalves Farinha - Possui Licenciatura e Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia, Mestrado em Psicologia e Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Professora Adjunta da Universidade Federal de Uberlândia. Email: mgfarinha@hotmail.com

Recebido em 11.07.2016
Primeira Decisão Editorial em 15.09.2016
Aceito em 06.10.2016

O PROCESSO DE ESCUTA NA REDUÇÃO DE DANOS: CONTRIBUIÇÕES DE ROGERS E KIERKEGAARD

The Process of Listening in Harm Reduction: Rogers and Kierkegaard Contributions

El Proceso de Escucha en la Reducción de Daños: Contribuciones de Rogers y Kierkegaard

BRENO AUGUSTO DA COSTA
THABATA CASTELO BRANCO TELLES

Resumo: A redução de danos é uma estratégia de manejo de comportamentos de alto risco, considerada humanizada e pragmática. Existem diversas convergências com o campo da Saúde Coletiva, especialmente por ser uma prática baseada no vínculo e na relação de horizontalidade entre o cuidador e a pessoa cuidada. O objetivo desse trabalho é discutir o processo de escuta na redução de danos, destacando possíveis contribuições de Rogers e Kierkegaard. Trata-se de um estudo teórico. Foram coletados textos sobre a prática de redução de danos, e as informações sobre o processo de escuta foram discutidas e refletidas a partir dos dois pensadores, com possível interlocução. Nesta perspectiva, o usuário é visto como protagonista no processo de cuidado. A escuta, a partir de atitudes de empatia e consideração positiva incondicional do redutor é fundamental, pois desvela sentidos. Conclui-se que, na redução de danos, a prática da escuta é fundamental no cuidado ao usuário, e o pensamento de Rogers e Kierkegaard fornecem subsídios para a compreensão dos mecanismos da escuta e fundamentação de uma escuta qualificada.

Palavras-chave: Redução de danos; Políticas públicas de saúde; Rogers; Kierkegaard; Escuta.

Abstract: The harm reduction is a strategy of management of high-risk behaviors and it is considered humanized and pragmatic. There are many convergence points with the Collective Health field, especially for its foundation in the rapport and horizontal nature of the relationship between health professional and patient. The aim of this work is to discuss the process of listening in harm reduction, highlighting Rogers's and Kierkegaard's contributions. This is a bibliographical research. Texts about the practice of harm reduction have been collected and the information about the process of listening was discussed through the perspectives of the two thinkers and their possible interlocution. From this viewpoint the user is considered as a main character in the process of care. The listening from attitudes of empathy and positive unconditional regard from the redactor is fundamental because it unveils meanings. The conclusion is that the listening is fundamental in the user existential project and Rogers's and Kierkegaard's thoughts provide subsidies to the comprehension of listening mechanisms and foundation to a qualified listening.

Keywords: Harm reduction; Public health policy; Rogers; Kierkegaard; Listening.

Resumen: La reducción de daños es una estrategia de gestión de los comportamientos de alto riesgo considerada humana y pragmática. Hay muchas convergencias con el campo de la salud pública, sobre todo porque es una práctica basada en la relación y la relación horizontal entre el cuidador y la persona cuidada. El objetivo de este trabajo es discutir el proceso de escucha en la reducción de daños, poniendo de relieve las posibles contribuciones de Rogers y Kierkegaard. Este es un estudio teórico. Los textos sobre el tema y la información sobre el proceso de cuidado fueron recogidos y se debatidos al pensamiento de los dos pensadores y su posible interlocución. En esta perspectiva, el usuario es el protagonista en el proceso de atención. El escuchar desde actitudes empáticas y con consideración positiva incondicional es importante porque desvela sentidos. Se concluye que en la reducción de daños escuchar es clave en el proyecto existencial del usuario y el pensamiento de Kierkegaard y Rogers y proporcionan subsidios para la comprensión de los mecanismos de escucha y fundamentan una escucha cualificada.

Palabras clave: Reducción de daños; Políticas públicas de salud; Rogers; Kierkegaard; Escucha.

Introdução

A redução de danos é uma estratégia que pode ser formulada na forma de políticas, programas e práticas para lidar com comportamentos de risco à saúde dos indivíduos. Desde sua sistematização, na Holanda, em 1982, a redução de danos vem sendo adotada como política pública em diversos contextos, notadamente na redução de consequências nocivas, associadas ao abuso de drogas. As pessoas que usam drogas, suas famílias e toda comunidade podem ser beneficiados com as práticas de redução de danos (Associação Brasileira de Redução de Da-

nos, 2011; Marlatt, 1999; International Harm Reduction Association, 2010).

De acordo com Alan Marlatt (1999), os princípios da redução de danos estabelecem-na como uma alternativa aos modelos moral, criminal e biomédico de cuidado ao abuso de drogas e, embora ela reconheça a abstinência como meta ideal, aceita práticas que diminuam gradativamente os efeitos nocivos do abuso. Enquanto política pública, a redução de danos é considerada uma abordagem horizontal na relação de cuidado, uma vez que, na interação entre o profissional e a pessoa que usa drogas, não existe a premissa de que o primeiro tenha alguma

vantagem ou superioridade sobre o segundo. É também considerada uma abordagem “de baixo para cima” na estruturação de programas, ou seja, o próprio usuário deve tomar a iniciativa na estruturação de estratégias para cuidar de sua saúde, que são assimiladas pelas instâncias políticas de gestão em saúde no desenvolvimento de programas; além disso, é uma política vantajosa, já que promove o acesso a serviços de baixa exigência e de baixo custo.

A International Harm Reduction Association (2010), maior comunidade de pesquisadores e trabalhadores em redução de danos, considerada uma referência na formulação de políticas e desenvolvimento de pesquisas, emitiu, em abril de 2010, uma posição oficial acerca do conceito de redução de danos. Neste documento, estão estabelecidos os princípios da redução de danos, salientando-se seu compromisso com a saúde pública e os direitos humanos. A redução de danos é dirigida aos riscos e efeitos nocivos de alguma prática, nesse sentido, devem ser levados em conta diversos aspectos do indivíduo em risco: idade, gênero e contexto social e cultural. Pragmática, ela tem o empenho de basear suas ações em evidências científicas, tornando-se uma forma eficaz e de baixo custo, em relação aos altos benefícios que promove. Suas ações devem ter caráter facilitador, e não coercitivo, sendo baseadas nas necessidades do indivíduo, o que implica em aceitar metas construídas pela própria pessoa que usa drogas, levando-se em conta diversas prioridades: a abstinência é uma meta desejável na redução de danos, porém, o cuidado imediato à saúde do indivíduo é prioritário. Respeito e tolerância devem ser observados, quando se relacionando com uma pessoa que usa drogas, além disso, o redutor deve evitar julgamentos morais e a estigmatização das pessoas.

De acordo com Petuco e Medeiros (s. n.) as principais contribuições da redução de danos para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas são: a não exigibilidade da abstinência para oferecer os cuidados; a promoção do direito de participação política dos indivíduos que usam drogas, no sentido do conhecimento das políticas públicas como um todo que afetam-no; e o trabalho de campo, que aborda o indivíduo a partir de seu próprio contexto.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), podemos destacar diversas políticas públicas e portarias que fundamentam a prática da redução de danos no território brasileiro (Brasil, 2004; Brasil, 2005a; Brasil, 2005b; Brasil, 2012; Brasil, 2013). As primeiras práticas de redução de danos no Brasil, bem como a consolidação através de políticas públicas do SUS foram tematizadas por Petuco e Medeiros (s. n.). Tal como estabelecido pelas diretrizes do SUS, que os beneficiários desse sistema de saúde pública sejam denominados usuários, nesse trabalho, será adotado o termo *usuário* para a pessoa alvo da redução de danos, e o termo *redutor* será utilizado para denominar a pessoa que atua nesse sentido.

Tomando como referência o baixo custo e elevado benefício, bem como a concepção de homem adotada

pela política de redução de danos (International Harm Reduction Association, 2010; Marlatt, 1999), existe uma alta compatibilidade e coerência entre esta proposta e as características do campo da saúde coletiva. Utiliza-se o termo *saúde coletiva* em detrimento de *saúde pública*, pois esta última se funda sobre um modelo biomédico e biologizante, enquanto a saúde coletiva é considerada um campo científico e de atuação com abertura para participação das ciências humanas. A psicologia, nesse contexto, contribui de forma a resgatar a problemática do cidadão-sujeito, contrapondo-se a qualquer posição biologizante e reducionista. O sujeito é visto como dinâmico e ativo na elaboração de sentidos para a realidade, sendo não previsível e não definido a priori (Galindo & Francisco, 2013).

De acordo com Galindo e Francisco (2013), espera-se do psicólogo, atuando no campo da saúde coletiva, o cumprimento da função “de mediador, de facilitador de processos, cujo protagonismo é dos sujeitos envolvidos. No caso do trabalho em serviços públicos de saúde, a relação com os usuários merece atenção específica” (p. 515). As autoras se fundamentam em Merhy (2009) para buscar um “modelo tecnoassistencial centrado no usuário”, o que implica no uso de ferramentas como o acolhimento, a atenção e o olhar. Em suma, tais ferramentas, ou disposições profissionais, são contempladas e possíveis através do processo de escuta.

A mera percepção dos sons e até mesmo a interpretação de tais sons como componentes de uma frase ou discurso provém da capacidade de ouvir. Basta não ter nenhum impedimento orgânico e, no caso do uso da linguagem falada, compreender a língua falada pelo locutor para ouvi-lo. No entanto, isso não garante a escuta do interlocutor. A palavra *escutar* tem origem no latim e significa ouvir com atenção ou estar atento para ouvir (Cunha, 1991). Nesse sentido, este trabalho se propõe a discutir o processo de escuta na prática da redução de danos, a partir das contribuições de Rogers e Kierkegaard.

Método

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Lima e Miotto (2007) definem a pesquisa bibliográfica como um procedimento metodológico utilizado para alcançar a resolução de problemáticas apresentadas em pesquisas. É relevante nos estudos exploratórios e descritivos, uma vez que se aproxima do objeto de estudo a partir de fontes bibliográficas, permitindo um amplo acesso a informações e, além disso, permitindo a utilização de conhecimentos pulverizados em diferentes publicações. Baseando-se em Salvador (1986), as autoras citam que a pesquisa bibliográfica possui quatro fases: na primeira, a fase de elaboração do projeto de pesquisa, em que ocorre a escolha do assunto e a elaboração da problemática; na segunda fase, a investigação de soluções, a bibliografia é elencada, bem como

as informações do material bibliográfico são exploradas; na análise explicativa das soluções, fase seguinte, ocorre a análise dos materiais elencados e o exame das afirmações e conhecimentos em questão; finalmente, a última fase é a síntese integradora, fase em que, segundo as autoras, são realizadas ações de “apreensão do problema, investigação rigorosa, visualização de soluções e sínteses” (p. 41). Dessa forma, a síntese integradora é o resultado da análise e reflexão rigorosa sobre a bibliografia selecionada. As autoras citam também a relevância do estabelecimento de critérios que delimitam o universo de materiais de estudo e da realização de diferentes modalidades de leitura aos textos selecionados.

Nesse trabalho, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, visando elencar a definição, os princípios e as diretrizes da redução de danos. Em seguida, aprofundou-se na explicitação do processo de relação entre usuário e redutor, para o estabelecimento da problemática e, conseqüentemente, dos objetivos do estudo. Foi evidenciada a questão da escuta nessa relação. Em seguida realizou-se a leitura dos textos com vistas a discutir a problemática. Os textos são discutidos a partir do referencial teórico de Carl Rogers (1902-1987) e Søren Kierkegaard (1813-1855), visando estabelecer as possíveis contribuições desses autores.

Rogers e a Abordagem Centrada na Pessoa

A Abordagem Centrada na Pessoa (ou no Cliente¹), de Rogers, tem destaque na história da Psicologia e em outros campos de saber, em diversos aspectos. Os trabalhos rogerianos foram pioneiros na sistematização da prática psicoterápica e, além disso, contribuíram para o reconhecimento e valorização do psicólogo em diversos meios; sua obra contribuiu em diversos campos, desde a clínica individual ou grupos, até a apropriação de sua teoria no contexto educacional (Almeida, 2012; Araújo & Vieira, 2013; Miranda & Cury, 2010; Moreira, 2010; Zerbetto & Rodrigues, 1997).

No contexto clínico, desde o início, o aconselhamento na perspectiva centrada no cliente foi caracterizado por uma busca sistemática de evidências empíricas com o intuito de sustentar os seus postulados. Dessa forma, essa abordagem visava um cunho eminentemente científico e objetivo. Tal proposta levou Rogers e seus colaboradores a questionarem os fatores comuns aos terapeutas, capazes de atingir resultados positivos e promotores da mudança

terapêutica do indivíduo, muito embora oriundos de diferentes abordagens psicológicas.

Em decorrência do amadurecimento teórico, percebido ao longo da sua obra, Rogers (1957/1994) postula que os fundamentos ou condições necessários para a mudança terapêutica podem ser estabelecidas da seguinte forma: (1) é necessário o contato psicológico entre duas pessoas; (2) a primeira pessoa, considerada o cliente, deve estar em um estado de incongruência, vulnerabilidade ou ansiedade; (3) a segunda pessoa, o terapeuta, deve estar integrado na relação, ou seja, apresentar congruência; além disso, (4) deve manifestar consideração (ou aceitação²) positiva incondicional pelo cliente e (5) experienciar uma compreensão empática do esquema de referências do cliente; finalmente, (6) deve ocorrer uma comunicação da consideração positiva e incondicional, bem como da compreensão empática entre o terapeuta e o cliente (Scheeffer, 1986; Schmidt, 2013; Trijsburg, Colijn, & Holmes, 2007).

Rogers tece comentários relevantes acerca da escuta no contexto clínico. A escuta, na sua perspectiva, ocorre com a pessoa que se apresenta, atitude essa que é tomada em detrimento da produção de avaliações ou julgamentos sobre a pessoa. Dessa forma, as condições de consideração positiva incondicional, bem como a empatia, são colocadas em evidência, uma vez que fundamentam este processo (Rogers, 1961/2010). Além disso, Rogers (1980/1987) salienta a importância de, nas suas palavras, *ouvir realmente* as pessoas; acessando o sentido profundo do discurso do interlocutor. Rogers aponta que, para ouvir realmente, é preciso realizar uma escuta profunda, em que “as palavras, os pensamentos, a tonalidade dos sentimentos, o significado pessoal, até mesmo o significado que subjaz às intenções conscientes do interlocutor” (1980/1987, p. 8) são escutados. O autor aponta que, por trás de uma mensagem que parece pouco importante, pode haver gritos profundos que a pessoa, ao mesmo tempo, gostaria e não gostaria de comunicar, portanto é preciso acessar e entender esses significados.

Outro conceito relevante na abordagem centrada na pessoa é o de tendência atualizante, segundo o qual o ser humano teria uma tendência natural de realizar suas potencialidades ou atualizá-las. Segundo Scheeffer (1961), a concepção da abordagem centrada na pessoa estabelece que existe uma direção natural “no sentido de crescimento, ajustamento, socialização, independência, autonomia e saúde” (p. 44). A autora afirma que a tendência atualizante é a motivação primária do ser humano. Além disso, a pessoa “é capaz de usar sua racionalidade para atingir os objetivos adequados e satisfatórios ao seu organismo, a fim de preencher suas tendências atualizantes” (p. 45),

¹ A distinção entre Teoria/Terapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa se refere ao processo de desenvolvimento teórico-prático de Carl Rogers, sendo a segunda a definição a mais tardia, em que Rogers compreende e atua em sua proposta para além da clínica individual, intervindo em grupos de caráter educacional, de gestão, dentre outros. Portanto, entendemos que esta perspectiva está mais condizente com as discussões realizadas ao longo deste trabalho. Remetemos o leitor ao texto de Moreira (2010) para aprofundamentos nessa distinção.

² Os termos “consideração” e “aceitação” são ambos encontrados nos textos de Rogers, traduzidos para o português. No caso deste trabalho, optamos pela utilização do termo “consideração”, por acharmos mais próximo à noção de “regard”, palavra utilizada em inglês, idioma original dos escritos.

nesse sentido, a busca pela saúde se configuraria como uma potencialidade inerente ao ser.

Telles, Boris e Moreira (2014) destacam a tendência atualizante como um fluxo constante rumo à realização das possibilidades do homem e que dirige o funcionamento de todas suas funções, favorecendo sua conservação e enriquecimento. Os autores discutiram como tal concepção tem sido abordada por terapeutas que atuam a partir da abordagem centrada na pessoa e destacam a unanimidade manifestada pelos participantes ao colocar a tendência atualizante como relevante na prática clínica, em consonância com as condições necessárias para a mudança terapêutica. Esta noção, juntamente com as condições facilitadoras, ou seja, a consideração positiva incondicional, empatia e congruência, exercidas pelo terapeuta, se apresentam como base para que a importância da escuta no processo de redução de danos seja discutida a partir pensamento de Rogers.

Søren Kierkegaard e a Psicologia Existencial

O filósofo dinamarquês Søren Kierkegaard (1813-1855) é considerado por muitos como o fundador do existencialismo; movimento filosófico e literário muito relevante no século XX, que encontra sua unidade em diversas premissas e posições, tais como a concepção da liberdade como atributo do ser, a morte ou finitude no seu horizonte, a angústia como vivência afetiva básica e a discussão em torno da falta de sentido da existência humana. Kierkegaard, especificamente, tem como pontos fortes de sua produção a teologia, a contestação do iluminismo e sua ênfase na racionalidade, bem como a crítica à exagerada sistematização da obra de Hegel (Reynolds, 2014).

A obra de Kierkegaard foi apropriada por diversos campos, além da filosofia e da teologia. Na psicologia e psiquiatria, diversos autores buscaram fundamentação no filósofo ou em outros pensadores influenciados por ele. O próprio Kierkegaard, através de seus pseudônimos, produziu obras cujas reflexões eram denominadas por ele como psicológicas (Kierkegaard, 1843/2009, 1844/2015).

A análise existencial é um esforço realizado no sentido de elaborar uma psicologia com proposições clínicas a partir da filosofia kierkegaardiana. Isso significa assumir a obra do filósofo plenamente, concebendo que ela contém elementos suficientes para essa empreitada. Tal esforço, em primeiro lugar, deve ser diferenciado da análise existencial proposta por Binswanger. Em seguida, é preciso buscar no próprio Kierkegaard considerações acerca da psicologia. Nesse sentido, tal proposta realiza uma crítica a toda psicologia que se baseie na fisiologia ou biologia, uma vez que a psicologia deveria ocupar-se da existência humana em suas expressões concretas de angústia e liberdade (Feijoo, Mattar, Feijoo, Lessa, & Protasio, 2013; Feijoo & Protasio, 2014).

A concepção de ser humano em Kierkegaard não pode ser reduzida a modelos previsíveis ou fechados. Uma vez que a pessoa é dotada da liberdade de escolha, ela é um poder-ser, um ser em construção, inacabado e que, muitas vezes, age de forma irracional e paradoxal. Existem referenciais através dos quais as escolhas são realizadas e, nesse sentido, Kierkegaard propõe os estádios (ou estágios, fases) de vida como norteadores das escolhas do ser (Mondin, 2014).

A partir da perspectiva da análise existencial, Feijoo (2014) aponta que o terapeuta “tenta acompanhar a possibilidade de que as transformações existenciais possam acontecer” (p. 180), isso devido à relevância da vivência da angústia, retomando a condição de indeterminação e construção do ser e provocando uma constante tensão existencial. Além disso, nesta perspectiva, o terapeuta tem uma posição contrária à psicologia comum, que estabelece modelos ideais de funcionamento, em que o psicólogo deveria guiar o paciente à cura. Na psicologia com base na obra kierkegaardiana, o terapeuta tem consciência de sua limitação no conhecimento do psiquismo e com relação a verdades absolutas sobre seu funcionamento, por isso, sua atuação volta-se para a existência do paciente, na sua concretude, acompanhando-o no processo de lida com as possibilidades e escolhas.

Tanto a perspectiva de Rogers como de Kierkegaard se propõem a descentralizar o papel do processo terapêutico no psicoterapeuta, situando o paciente como protagonista. Contudo, esta atuação é entendida de modos distintos, dadas as devidas diferenças epistemológicas. É sobre a articulação entre essas duas propostas que trataremos a seguir.

Articulação Rogers/Kierkegaard

Discutindo os mecanismos de atuação da postura de consideração positiva incondicional e da compreensão empática, torna-se relevante Kierkegaard (1988), filósofo cujo pensamento foi considerado similar ao de Rogers, pelo próprio fundador da Abordagem Centrada na Pessoa, e sendo tal relação abordada por diversos acadêmicos (Holanda, 2014; Scheefer, 1986; Schimidt, 2013). No livro “Enten-Eller” (traduzido como “Either, Or” para o inglês e “Ou, Ou” para o português) escrito por Kierkegaard e publicado originalmente em 1843 ele nos traz:

Eu tenho apenas um amigo, e ele é o eco. Por que ele é meu amigo? Porque eu amo minha tristeza e o eco não quer tirá-la de mim. Eu tenho um único confidente, e ele é o silêncio da noite. Por que ele é meu confidente? Por que ele se mantém silencioso. (p. 33)³

³ Trecho original: “I have only one friend, and that is echo. Why is it my friend? Because I love my sorrow and echo does not take it away from me. I have only one confidant, and that is the silence of night. Why is it my confidant? Because it remains silent”

O trabalho do terapeuta ou, no caso deste trabalho, do redutor de danos, quando apresenta a compreensão empática e, além disso, quando a comunica ao usuário, ou cliente, essa experiência de compreensão, é um trabalho que consiste naturalmente em *ecoar* aquilo que o usuário vivencia, enquanto experiência interior. Isso significa uma expressão genuína daquilo que o próprio usuário trouxe, sem colocar e nem tirar nada da experiência; significa abrir-se ao usuário, entrando em contato com o que ele é e, ao mesmo tempo, faz ele próprio se apresentar, tomando contato consigo. Retornando novamente à citação, o único confidente do Autor A (pseudônimo usado por Kierkegaard para escrever essa passagem) é a noite, pois ela se mantém silenciosa. Nesse sentido, se mantém em atitude de *suspensão de todos valores* usados para julgar ou emitir uma opinião própria, em conflito com – no caso da redução de danos – a do usuário. Isso significa uma posição clara de abertura para quem manifesta respeito pela expressão do outro como ela é, sem considerar aquela expressão a partir de vivências e referências próprias.

O próprio Rogers, na obra *Tornar-se Pessoa* (1961/2010), cita diversas vezes Kierkegaard. No início do décimo capítulo, ele aponta que seu contato inicial com o pensamento do filósofo dinamarquês se deu graças à recomendação insistente de alguns colegas acadêmicos do curso de Teologia, que viram diversas correspondências entre os trabalhos de Rogers e os filósofos considerados existencialistas: Martin Buber e Søren Kierkegaard.

Rogers (1961/2010) relata que, em determinada ocasião, foi convidado a participar de uma reunião de estudos, em que ele deveria apresentar a perspectiva centrada na pessoa no âmbito da aprendizagem. Na preparação para tal evento, Rogers optou pela imersão na leitura de Kierkegaard e afirmou que “o esforço honesto deste autor para chamar as coisas pelo seu nome” (p. 315) influenciou-o fortemente. Em seguida, ele afirma que “um conhecimento autodescoberto, essa verdade que foi pessoalmente apropriada e assimilada na experiência, não pode ser comunicada diretamente a outra pessoa” (p. 318), destacando, dessa forma, o papel da experiência própria na aprendizagem em geral. Em seguida, Rogers destaca a similaridade dessa conclusão com as de Kierkegaard, no entanto, não aponta exatamente quais os fundamentos para essa compreensão. Concebemos que a conclusão de Rogers pode ser articulada com a comunicação indireta de Kierkegaard, abordada por Feijoo et al. (2013, p. 46-50).

Feijoo et al. (2013) abordam a da comunicação indireta em Kierkegaard, afirmando que tal método de comunicação foi usado pelo pensador dinamarquês, inicialmente com intuítos religiosos, porém, de uma maneira geral, o propósito era resgatar o indivíduo em sua singularidade, livrando-o do impessoal e da multidão. De acordo com Scheffer (1986), a correspondência entre o pensamento de Kierkegaard e Rogers manifesta-se principalmente

na busca de autenticidade como o objetivo da vida plena que, segundo a autora, é visada no processo de acolhimento centrado no cliente. Feijoo et al (2013) destacam, no seu projeto de uma psicologia kierkegaardiana, que existem formas diferentes de desespero, inclusive o desespero de não ser si-próprio em que “o eu se desespera para se tornar algo diferente do que de fato se é” (p. 45). Assim, uma série de vivências afetivas pertenceriam ao caminho percorrido para alcançar a vida plena, tais como o desespero, que culminam, de certa forma, na incongruência. A incongruência em Rogers, de acordo com Scheffer (1986), “desenvolve-se em termos de desacordo ou dissociação entre o autoconceito do indivíduo e as experiências do seu organismo” (p. 48). Esta sensação de incongruência seria o ponto de partida para o processo de mudança; tal questão encontra-se convergente tanto na perspectiva de Rogers, como de Kierkegaard, pois o filósofo dinamarquês tematiza o desespero de se tornar diferente daquilo que de fato se é, ou seja, essa reflexão pode ser articulada com o pensamento de Rogers acerca da incongruência. Assim, destacamos que esta sensação de incongruência seria o ponto de partida para o processo de mudança em ambos os autores.

O Processo de Escuta na Redução de Danos: contribuições de Rogers e Kierkegaard

Os princípios basilares da redução de danos estruturaram-na enquanto uma abordagem considerada humana e pragmática, devido à relação estabelecida entre o redutor e o usuário, bem como de acordo com as metas e prioridades elencadas no programa desenvolvido no processo (International Harm Reduction Association, 2010; Marlatt, 1999). Marlatt (1999) propõe o pragmatismo da redução de danos como sendo paralelo à hierarquia das necessidades humanas segundo Maslow, isso implica na postulação da relevância de se trabalhar primeiro com as necessidades mais urgentes e básicas para a sobrevivência do indivíduo para, em seguida, buscar satisfazer os níveis de necessidades considerados mais elevados, como as necessidades psicológicas, sociais e as espirituais. Por outro lado, o autor coloca a ênfase da redução de danos no estabelecimento de uma parceria entre o usuário e o redutor, na qual o usuário é o principal responsável na definição das suas necessidades ou desenvolvimento dos serviços e do programa de cuidado à saúde, como sendo correspondente à abordagem centrada no cliente de Rogers.

Marlatt (1999) propôs a existência de uma correspondência entre a Abordagem Centrada na Pessoa e a prática de redução de danos, especialmente no âmbito da relação de cuidado. Porém, para realizar essa articulação, é preciso repensar a Abordagem Centrada na Pessoa em um contexto clínico clássico e o contexto da redução de danos.

Como assumido anteriormente, a relação de cuidado na prática da redução de danos se dá entre o redutor e o usuário, dessa forma, podemos alterar o termo *cliente*, comum na abordagem de Rogers, por *usuário* (do SUS), bem como, *terapeuta* por *redutor*. A transposição referente ao *setting* clínico tradicional deve atentar às particularidades dos locais aonde ocorrem as ações de redução de danos, considerando-se a raridade do uso do consultório para a realização de atendimentos individuais. Segundo Marlatt (1999) a redução de danos, por ser uma abordagem de baixa exigência, se dispõe a encontrar o usuário aonde quer que ele esteja, em seus próprios termos. Assim, a redução de danos ocorre na própria comunidade, ou no lugar em que vive o usuário. Além disso, é preciso adaptação, por parte do psicólogo, para desenvolver ações pautadas nos princípios do SUS e a apropriação do perfil de profissional exigido. Por outro lado, deve ocorrer a problematização de sua atuação, com vistas a pensar e oferecer serviços alternativos, de acordo com as necessidades da população (Dimenstein, 1998). Feito isso, cumpre elaborar a forma como se dá o cuidado e a escuta na prática de redução de danos.

A relação entre o redutor e o usuário é uma relação genuína entre duas pessoas. Porém não é uma relação ordinária, do cotidiano; trata-se de uma relação de cuidado. Nesse sentido, será realizada a tentativa de defender a posição da prática de redução de danos como uma prática de *terapia* em seu sentido primordial.

É preciso, antes disso, tecer algumas considerações em torno do cuidado. A essência do cuidar pode ser apreendida através do antigo mito de cura, expresso em Prado & Caldas (2013). O ser humano, considerado um filho da Terra (Tellus) e do Céu (Júpiter), teria sua unidade no cuidado. O homem pertenceria ao cuidado enquanto vivesse, portanto, o cuidado seria inerente à vida do homem na terra e sua condição nesta (Fernandes, 2011). Cuidado, dessa forma, é associado à vida é às condições necessárias para a manutenção dela.

Na Grécia Antiga, havia majoritariamente dois grupos de pessoas empenhadas no cuidado à saúde da sociedade: os *therapeutês* e os *iatrikós*. Em comum entre ambos os grupos, havia o cuidado da saúde do corpo e da alma das pessoas, porém a arte fundamentadora das especificidades da atuação de cada um era essencialmente diferente. Os *therapeutês* eram praticantes da *terapia*; arte de cuidar do próprio ser, enquanto os *iatrikós* praticavam a *iatriké*, arte de cuidar do próprio corpo. Uma distinção clara entre as duas artes era o fato do *therapeutês* cuidar do corpo e da alma através da alma, ou seja, esse cuidado se dava através da perspectiva da mediação do diálogo, pois a fala seria o modo de expressão da alma; além disso, a *terapia* era considerada superior, pois sua atuação ia além da remissão de sintomas, uma vez que tinha ação preventiva e prospectiva. O *iatrikós* cuidava do corpo e da alma através do corpo, ou seja, empregava recursos capazes de cuidar do corpo e seus sintomas manifestados ali (Holanda, 2011).

Ao longo dos séculos, até chegar à nossa sociedade atual, tal distinção das duas artes perdeu seu rigor, embora ainda haja certa manutenção no cerne das ideias dessas práticas. Podemos observar uma clara diferenciação entre a atuação do psicoterapeuta e do psiquiatra. Tradicionalmente, o psicoterapeuta cuidaria do corpo e da alma através da alma, ou seja, oferece um cuidado através do diálogo, expressão da alma ou “psiquismo”. Já o psiquiatra cuidaria do corpo e da alma através do corpo, ou seja, cuida de seus pacientes através de medicamentos e insumos modificadores das funções orgânicas e, assim, ocorrem alterações psíquicas ou das funções consideradas da alma.

O redutor de danos cuida do próprio ser do usuário, uma vez que permite emergir do próprio usuário as necessidades mais proeminentes e as possíveis intervenções ou projetos a serem desenvolvidos, tanto a curto, quando médio ou longo prazo, quando possível. O redutor age de forma a provocar um espaço de diálogo, em que o usuário propõe a sua própria via de cura ou caminho do cuidado, sendo assim, existe a prática da *terapia*, cujo cuidado tem um caráter mais preventivo e de se voltar ao futuro e suas possibilidades.

Na concepção de Kierkegaard, o homem é sempre um poder ser, sendo construído, modificado e transformado de acordo com as possibilidades apresentadas a ele. Dentre suas possibilidades, o homem deve realizar escolhas e arcar com as consequências destas, portanto ele é o responsável por esse processo de se construir, modificar e transformar (Mondin, 2014).

Um dos princípios da redução de danos, enquanto política pública, como já citado anteriormente, é a sua concepção de relação horizontal entre usuário e redutor, e a elaboração de “baixo para cima”, ou seja, partindo dos próprios usuários em direção aos formuladores de políticas públicas. Historicamente, após a sistematização dessa proposta, o comprometimento principal com a condução e tomada de iniciativas no desenvolvimento de serviços e programas vinham sempre por parte dos usuários. Isso significa que os programas individuais ganhavam força através de associações e cada vez mais subiam hierarquicamente, até se tornarem políticas públicas mais amplas, um movimento inverso ao das políticas construídas de cima para baixo, ou seja, aquelas promovidas pelos formuladores de políticas de drogas, sem o devido contato e articulação com os usuários para a construção dessa política. Tal princípio foi estabelecido após a constatação do fato dos próprios usuários de drogas terem maior conhecimento acerca dos seus problemas do que qualquer outra pessoa e, dessa forma, eles próprios seriam capazes de propor iniciativas de combate à deterioração da sua saúde (Marlatt, 1999).

Uma vez admitida a capacidade do próprio usuário em reconhecer as melhores ações para sua saúde, é necessário assumir o processo de cuidado entre o redutor e o usuário como demandante de uma escuta por parte

do redutor. O programa de redução de danos, seja individual, seja instituído através de políticas mais amplas, só poderá ser construído e executado através de uma escuta cuidadosa por parte do redutor, uma escuta qualificada. Nesse sentido, torna-se relevante salientar a distinção entre ouvir e escutar.

Como já citado anteriormente, a mera percepção dos sons e até mesmo a interpretação de tais sons, como componentes de uma frase ou discurso, provém da capacidade de ouvir. A palavra escutar significa ouvir com atenção ou estar atento para ouvir (Cunha, 1991). A escuta é a capacidade das pessoas de acessarem o sentido formulado. De acordo com Amatuzzi (2011), para escutar, é preciso reencontrar escondida sob a linguagem empírica e suas diferentes manifestações, a palavra viva, em que o sentido se formula e se torna disponível para outras operações.

A linguagem torna comum algo próprio de cada ser, o pensamento. O pensamento expressa o mundo vivido pela pessoa. Esse processo de transformação de pensamento em palavra é uma tradução em palavras daquilo que essencialmente é uma não-palavra. Escutar uma pessoa, chamado também por Mauro Amatuzzi de ouvir bem, ou por Carl Rogers de ouvir profundamente, é um processo através do qual se entra em contato com essa pessoa e o mundo dela, constituído “de tudo que é recebido pela pessoa, mas também de tudo que foi construído por sua história pessoal, pela história de suas emoções, sentimentos, reações, e pelo seu momento presente em que nos fala” (Amatuzzi, 2011, p. 70).

Maynard, Albuquerque, Breda e Jorge (2014) abordam a escuta qualificada a partir da perspectiva dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo os autores, a escuta qualificada envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento e permite compreender o sofrimento a partir da própria pessoa, da expressão da pessoa, além disso, atenta para as demandas dela, que é escutada e considerada uma ferramenta facilitadora e transformadora. Na concepção dos participantes da pesquisa, a escuta qualificada ocorre quando há, dentre outros, compreensão e respeito ao indivíduo. Aqui, pode-se aludir um paralelo com a consideração positiva incondicional e a empatia. A empatia, expressa pelo profissional, pode gerar a sensação de ser compreendido no usuário, uma vez habitando no mundo de uma pessoa e expressando isso, naturalmente ela vai se sentir compreendida, e a consideração positiva incondicional vai promover esse sentimento de respeito, de poder expressar-se como se é.

Dessa forma, a escuta pode ser estabelecida como uma postura de colocar-se aberto para acolher os sons e os sentidos emergentes na relação com o outro (Lima, Yehia, & Morato, 2009), e não meramente a percepção de um discurso. Rogers (1961/2010) salienta a relevância de escutar *com* a pessoa, em um processo de horizontalidade da relação entre redutor e usuário, tal como estabele-

ce um dos princípios da redução de danos. Esse processo de construção em conjunto implica se centrar no próprio usuário no seu programa de cuidado.

A partir das obras de Kierkegaard e sua articulação com a Psicologia, Protasio (2014) propõe que cabe à escuta (denominada pela autora como escuta privilegiada) fundamentar uma prática na qual o homem deve entrar em contato com as suas angústias e, assim, vislumbrar a si mesmo e as suas possibilidades, desse modo, ele será capaz de formar e transformar a si mesmo. Esse movimento de vislumbrar a si próprio pode ser provocado pela comunicação da vivência empática, realizada pelo terapeuta ou pelo redutor de danos. O Autor A, do livro “Either/Or” (Kierkegaard, 1843/1988), valida essa afirmação ao colocar o eco como seu único amigo, como citado anteriormente. Nessa situação, longe de desejar remover a tristeza do Autor A, o eco apenas reflete o conteúdo verbal recebido.

Portanto, do processo de escuta emerge o sentido, sendo desvelado pelo próprio usuário junto com o redutor, e assim se constrói uma trama de desenvolvimento da própria pessoa, que é capaz de assumir um caminho de cuidar de si e do seu próprio ser. Inicialmente, o discurso do usuário, como o discurso de qualquer pessoa, vai expressar níveis mais baixos das necessidades hierárquicas, para depois alcançar outras dimensões. Em suma, ao entrar em contato consigo próprio, ao se ver e ser aceito como se é, o usuário tem condições de se transformar, uma vez que as possibilidades emergem do seu discurso com sentido e com disponibilidade para se efetivarem.

De acordo com a tendência atualizante, concebida por Rogers, haverá sempre uma destinação à saúde, ao bem estar, à realização das potencialidades do ser (Scheffer, 1986; Telles, Moreira & Boris, 2014). O usuário desvelaria, assim, os sentidos, de forma a construir ou buscar esses recursos.

Dessa forma, o terapeuta, ou redutor, conforme o caso, não se implica de forma indiferente na relação de cuidado, ele deve se posicionar de modo a expressar uma série de atitudes características do processo de cuidado psicológico e outras características e atitudes peculiares à prática de redução de danos. Há um compromisso de fazer o usuário se reconhecer, ou seja, o redutor deve tentar habitar o mundo do usuário e auxiliar a mostrar a ele suas escolhas, responsabilidades e vivências e, assim, o usuário, em sua singularidade, será capaz de assumir posições sobre a sua vida (Feijoo et al., 2013). Tal posicionamento, de certa forma, possui convergências com as proposições de Rogers acerca das condições fundamentais para a promoção da mudança. Schimidt (2013) afirma que “a compreensão empática pede a suspensão do julgamento sobre o outro e a integridade daquele que compreende, remetendo a um modo de ser que interessa às relações psicoterápicas, mas não exclusivamente a elas” (p. 133). O movimento de compreensão empática desloca o poder para a pessoa, e não ao terapeuta. Na redução de danos,

este ponto é fundamental, pois implica em uma atitude de empoderamento do usuário.

Considerações finais

A redução de danos é uma modalidade de cuidado que pode ser elaborada na forma de política pública, estratégia de atenção à saúde ou um programa pontual e específico de lida com comportamentos de alto risco à saúde e bem-estar. Tomando como base uma concepção de cuidado que se refira à vida em sua cotidianidade e manejo das questões que nela se manifestam, podemos conceber a prática de redução de danos como uma forma de cuidar da pessoa, favorecendo o desvelamento de sentidos a partir do diálogo entre usuário e redutor. Esse cuidado, nesse caso, ocorre de pessoa para pessoa, em uma relação de horizontalidade, implicando no respeito às decisões do usuário e aceitação do contexto cultural em que este se insere. As políticas públicas de redução de danos empregam recursos de forma pragmática e realista, ou seja, ajustada com a realidade e as possibilidades de ganhos efetivos em impactos positivos na saúde das pessoas e da sociedade. Como estratégia de atenção à saúde, a redução de danos se propõe a cuidar da pessoa de uma forma acolhedora e respeitosa, levando em conta suas escolhas, de forma a criar um vínculo adequado de cuidado.

A pessoa alvo da redução de danos é vista como um ser inserido em determinada situação social e cultural, isso implica numa marcante discussão da diversidade de valores e significados morais; dessa forma, as drogas são consideradas como elementos neutros, e os efeitos nocivos do seu abuso é que são tomados como o objeto de intervenção da redução de danos. A intervenção, por sua vez, é um processo cuja relação do redutor com o usuário compõe o cerne. A escuta, partindo das demandas do próprio usuário e tendo como horizonte as possibilidades elaboradas pelo próprio usuário, ocupa lugar de destaque nesse processo.

O processo de escuta na redução de danos é de relevância singular. Por ser uma atividade relacional entre o redutor e o usuário, em suma, entre duas pessoas, podemos dizer que a escuta segue um curso de aproximação de dois seres, em que um expressa ao outro sentidos através da sua fala. No caminho da escuta, o sentido é desvelado como uma forma de compreensão de si próprio e do próprio modo de ser, bem como uma forma de fomento de transformação e mudança. Na prática da redução de danos, em casos em que já estão manifestos agravos à saúde, é possível conceber a emergência da busca de comportamentos consideráveis saudáveis, como também uma melhor relação com as questões sociais, econômicas, culturais, dentre outras, que permeiam o cotidiano do usuário. É relevante ressaltar que, uma vez que há o desvelamento de sentidos, no diálogo entre redutor

e usuário, existe uma compreensão voltada ao futuro do ser, fundamentada pelas necessidades hierárquicas mais urgentes e simples, em consonância com o seu modo de vida. Na prática da redução de danos, em casos em que já estão manifestos agravos à saúde, é possível conceber a existência de uma primazia pela busca de comportamentos saudáveis ou modos de ser consideráveis saudáveis, uma vez que existe uma destinação para o futuro do ser, fundamentada pelas necessidades hierárquicas mais urgentes e simples.

As contribuições de Rogers e Kierkegaard na prática da escuta na redução de danos se manifestam mais fortemente de duas formas: na compreensão dos mecanismos de atuação da escuta do redutor e na fundamentação de uma escuta qualificada. A compreensão dos mecanismos ocorre graças à elucidação dos sentidos desvelados pela escuta e a tendência atualizante do ser que se mantém como horizonte, ou seja, há uma propensão a atitudes promotoras de crescimento e realização das próprias possibilidades. A fundamentação da escuta com atitudes de empatia e consideração positiva incondicional promove a transformação do usuário e o empoderamento deste no seu processo de cuidado de si.

A redução de danos é muito utilizada nos casos em que há danos à saúde já consumados, ou seja, na assistência à saúde; porém, pode ser estendida, através de uma escuta com condições que foram discutidas acima, à promoção de saúde ou prevenção de agravos à saúde e também à reabilitação, no estabelecimento de projetos existenciais.

Referências

- Almeida, L. R. (2012). Das Relações Entre Educação e Psicologia na Perspectiva de uma Educadora. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(2), p. 341-348.
- Amatuzzi, M. M. (2011). *Por uma Psicologia Humana*. Campinas: Alínea.
- Araújo, E. S., & Vieira, V. M. (Janeiro/Junho de 2013). Práticas Docentes na Saúde: Contribuições para uma reflexão a partir de Carl Rogers. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 17(1), p. 97/104.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DA-PE. Coordenação Geral de Saúde Mental (2005a). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2005b). *Portaria nº 1.028, De 1º de julho de 2005*. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos,

- substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília: Presidência da República.
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012*. Define as diretrizes de organização e financiamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Presidência da República.
- Brasil, Ministério da Saúde (2013). *Guia de Saúde Mental. Atendimento e intervenção com usuário de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cunha, A. G. (1991). *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Dimenstein, M. D. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), p. 53-81.
- Feijoo, A. M., & Protasio, M. M. (2014). *Angústia e Repetição: da Filosofia à Psicologia*. Rio de Janeiro: Edições IFEN.
- Feijoo, A. M., Mattar, C. M., Feijoo, E. L., Lessa, M. B., & Protasio, M. M. (2013). *O Pensamento de Kierkegaard e a Clínica Psicológica*. Rio de Janeiro: IFEN.
- Fernandes, M. A. (2011). Do Cuidado da Fenomenologia à Fenomenologia do Cuidado. Em A. J. Peixoto, & A. F. Holanda, *Fenomenologia do Cuidado e do Cuidar: Perspectivas multidisciplinares* (p. 132). Curitiba: Juruá.
- Galindo, W. C., & Francisco, A. L. (2013). Psicologia e Saúde Coletiva: Notas para debate. Em C. L. Barreto, H. T. Morato, & M. T. Caldas, *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica* (p. 505-522). Curitiba: Juruá.
- Holanda, A. F. (2011). Fenomenologia do “Cuidado”: Reflexões para um olhar sobre o binômio saúde-doença. In: A. J. Peixoto, & A. F. Holanda, *Fenomenologia do Cuidado e do Cuidar: Perspectivas multidisciplinares* (p. 67-83). Curitiba: Juruá.
- Holanda, A. F. (2014). *Fenomenologia e Humanismo: Reflexões necessárias*. Curitiba: Juruá.
- International Harm Reduction Association. (2010). *Harm Reduction International*. Fonte: International Harm Reduction Association: <http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf>.
- Kierkegaard, S. (1843/1988). *Either/Or. Part I*. (E. H. Howard V. Hong, Ed.) Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kierkegaard, S. (1843/2009). *Repetition and Philosophical Crumbs*. Oxford: Oxford University Press.
- Kierkegaard, S. (1844/2015). *O Conceito de Angústia: Uma simples reflexão psicológico-demonstrativa direcionada ao problema do pecado hereditário*. Petrópolis: Vozes.
- Lima, D. F., Yehia, G. Y., & Morato, H. T. (2009). Os “Sentidos” da Escuta Fenomenológico-Existencial. Em H. T. Morato, C. L. Barreto, & A. P. Nunes, *Aconselhamento Psicológico numa Perspectiva Fenomenológica Existencial: uma introdução* (p. 406). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lima, T. C. S. & Mioto, R. C. T. (2007). Procedimentos Metodológicos na Construção do Conhecimento Científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálysis*, 10, p 37-45.
- Marlatt, A. (1999). *Redução de Danos: Estratégias para lidar com comportamentos de alto risco*. (D. Bueno, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- Maynard, W., Albuquerque, M., Breda, M. & Jorge, J. (2014). A Escuta Qualificada e o Acolhimento na Atenção Psicossocial. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), p. 300-304.
- Merhy, E. E. (2009). Enfrentar a lógica do trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo no ato, no cuidado. In: Carvalho, S. R.; Ferigato, S. B.; Barros, M. E. (Orgs.) (2009). *Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild
- Miranda, R. & Cury, V. (2010). Dançar o adolescer: estudo fenomenológico com um grupo de dança de rua em uma escola. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 20(47), p. 391-400.
- Mondin, B. (2014). *Curso de Filosofia: os filósofos do Ocidente* (12ª Reimpressão ed., Vol. 3). São Paulo: Paulus.
- Moreira, V. (2010). Revisitando as Fases da Abordagem Centrada na Pessoa. *Estudos Psicológicos*, 27(4), p. 537-544.
- Petuco, D.R.S & Medeiros, R.G. (s. n) *Saúde Mental, álcool e outras drogas*. Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Recuperado em: 24 de setembro, 2016, de: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ad_iv_conf.pdf>.
- Prado, R. A., & Caldas, M. T. (2013). Atitude Fenomenológica Existencial e Cuidado na Ação Clínica. Em C. L. Barreto, H. T. Morato, & M. T. Caldas, *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica* (p. 560). Curitiba: Juruá.
- Protasio, M. M. (2014). Angústia e Repetição na Psicologia Clínica. Em A. M. Feijoo, & M. M. Protasio, *Angústia e Repetição: da filosofia à psicologia* (p. 196). Rio de Janeiro: IFEN.
- Reynolds, J. (2014). *Existencialismo*. Petrópolis: Vozes.
- Rogers, C. (1994). As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade. In J. Wood et al. (Orgs.) *Abordagem centrada na pessoa* (p. 155-177). Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida.
- Rogers, C. (1961/2010). *Tornar-se Pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. (1980/1987). *Um Jeito de Ser*. São Paulo : EPU.
- Salvador, A. (1986). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Bibliográfica*. Porto Alegre: Sulina.
- Scheefer, R. (1986). *Teorias de Aconselhamento*. São Paulo: Atlas.
- Schmidt, M. L. (2013). Apontamentos Críticos à Teoria da Mudança de Carl Rogers. Em C. L. Barreto, H. T. Morato, & M. T. Caldas, *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica* (p. 560). Curitiba: Juruá.
- Telles, T.C.B.; Moreira, V. & Boris, J. (2014). O conceito de tendência atualizante na prática clínica contemporânea de psicoterapeutas humanistas. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(1), p. 13-20.

Trijsburg, R., Colijn, S., & Holmes, J. (2007). Integração em Psicoterapia. Em G. Gabbard, J. Beck, & J. Holmes, *Compêndio de Psicoterapia de Oxford* (p. 712). Porto Alegre: Artmed.

Zerbetto, S. R. & Rodrigues, A. R. (1997). Relacionamento não Diretivo do Enfermeiro com Paciente em Processo de Res-socialização. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(Especial), p. 77-83.

Breno Augusto da Costa - Psicólogo pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Membro-fundador da Liga Acadêmica de Fenomenologia Existencial (LAFEN/UFTM). Endereço: Av. Alexandre Barbosa, 1454, Mercês. CEP: 38.060-200. Uberaba/MG. E-mail: brenobac@gmail.com

Thabata Castelo Branco Telles - Doutoranda em Psicologia (FFCLRP-USP/FAPESP), com ênfase em lutas e fenomenologia. Possui graduação em Psicologia (UNIFOR/CNPq) e Mestrado em Psicologia (UNIFOR/FUNCAP), este último com foco na fenomenologia de M. Merleau-Ponty e em psicopatologia cultural. Foi Professora Substituta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no Departamento de Psicologia (2014/2015). E-mail: thabata@gmail.com

Recebido em 11.05.2016
Primeira Decisão Editorial em 23.09.2016
Aceito em 08.12.2016

REFLEXÕES DA HERMENÊUTICA FILOSÓFICA PARA A PRÁTICA DO PSICÓLOGO EM CONTEXTO HOSPITALAR

Hermeneutics Philosophical Reflections for Psychologist Practice in Hospital Context

Reflexiones de la Hermenéutica Filosófica para la Práctica del Psicólogo en el Contexto Hospitalario

VALÉRIA CHRISTINE ALBUQUERQUE DE SÁ MATOS
ALMIR FERREIRA SILVA JUNIOR

Resumo: Este artigo tem como objetivo refletir sobre a prática do psicólogo em contexto hospitalar considerando os fundamentos hermenêutico-filosóficos da saúde propostos pelo filósofo alemão Hans-Georg Gadamer. A atuação psicológica em ambiente hospitalar, na atualidade, tem requerido uma compreensão dos fenômenos do campo da saúde para além dos aspectos físicos, biológicos do ser humano, tão enfocados numa atuação pautada nos parâmetros de cientificidade da perspectiva médico curativa, abarcando questões relativas à existencialidade dos sujeitos numa perspectiva que aponte para a totalidade do ser. Nesse sentido, a hermenêutica filosófica fundada pelo filósofo Hans-Georg Gadamer, a partir de *Verdade e método*, oferece uma grande contribuição ao estabelecer uma compreensão dos fenômenos humanos num contraponto ao cientificismo e, conseqüentemente, dirigindo uma crítica à racionalidade científica moderna. Em sua coletânea de textos intitulada *O caráter oculto da saúde*, Gadamer faz uma reflexão sobre os fenômenos da saúde e doença numa perspectiva humana, histórica, ontológica, existencial e dialógica, contribuindo para reflexões que possam nortear uma prática psicológica melhor fundamentada.

Palavras-chave: Psicólogo em contexto hospitalar; Hermenêutica filosófica; Racionalidade Científica.

Abstract: This article aims to reflect on the practice of psychologist in hospital context considering the hermeneutical-philosophical foundations of health proposed by the German philosopher Hans-Georg Gadamer. Psychological activities in hospital, at present, has required an understanding of healthcare phenomena beyond the physical, biological aspects of human beings, so focused on action based on scientific parameters of curative medical perspective, covering issues related to existentialism subjects from a perspective that points to the totality of being. In this sense, philosophical hermeneutics founded by the philosopher Hans-Georg Gadamer from *Verdade e método*, provides a major contribution to establishing an understanding of human phenomena in counterpoint to scientism and, consequently, directing a critique of modern scientific rationality. In his collection of texts entitled *O caráter oculto da saúde*, Gadamer reflects on the phenomena of health and disease in a human perspective, historical, ontological, existential, dialogical, contributing to reflections that may guide a psychological better based practice.

Keywords: Psychologist in hospital context; Philosophical Hermeneutic; Scientific Rationality.

Resumen: Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la práctica del psicólogo en el contexto hospitalario teniendo en cuenta las bases hermenéutico-filosóficas de la salud propuesto por el filósofo alemán Hans-Georg Gadamer. Las operaciones psicológicas en el hospital, en la actualidad, ha requerido una comprensión de los fenómenos de salud más allá de los aspectos físicos, biológicos de los seres humanos, por lo que se centró en la acción sobre la base de parámetros científicos de la perspectiva médica curativa, que abarca las cuestiones relacionadas con la existencialidad del sujeto desde una perspectiva que apunta a la totalidad del ser. En este sentido, la hermenéutica filosófica fundada por el filósofo Hans-Georg Gadamer de la *Verdade e método*, proporciona una importante contribución al establecimiento de una comprensión de los fenómenos humanos en contrapunto con el cientificismo y, por lo tanto, la conducción de una crítica de la racionalidad científica moderna. En su colección de textos titulada *O caráter oculto da saúde*, Gadamer hace una reflexión sobre los fenómenos de salud y enfermedad en una perspectiva humana, histórica, ontológica, existencial, dialógico, lo que contribuye a la reflexión que puede guiar una práctica psicológica mayor basada.

Palabras clave: Psicólogo en el contexto Hospitalario; Hermenéutica Filosófica; Racionalidad Científica.

Introdução

Ao se destacar a relevância da subjetividade humana na busca pela compreensão do fenômeno da saúde, não há como ignorar o papel do psicólogo no campo da saúde, mais especificamente, no contexto hospitalar. É importante ressaltar que a psicologia hospitalar é uma especialidade recente, sendo reconhecida no ano 2000 pelo Conselho Federal de Psicologia - (CFP) (CFP, 2007). Em decorrência desse surgimento tão tardio, ressalta-se a necessidade de

se pensar sobre a atuação do psicólogo no contexto hospitalar na atualidade, pois mesmo com o aumento de publicações e artigos nessa área, percebe-se uma deficiência de instrumental teórico que sedimente uma prática bem fundamentada (Ismael, 2010 & Spink, 2013).

Diante da hegemonia do saber médico como paradigma dominante em saúde é necessário ao psicólogo, que atua no âmbito hospitalar como parte da equipe multiprofissional, poder refletir sobre as bases do modelo médico-biológico como norteador de sua práxis, do seu saber

fazer; e, nesse sentido, questionar o seu alcance e seus limites no propósito de compreender a amplitude dos fenômenos da saúde.

Ao buscar analisar os fenômenos da saúde exclusivamente na perspectiva médico-biológica, parte-se de compreensões objetivadas e tecnicistas, favorecendo uma naturalização dos fenômenos saúde e doença sob essa perspectiva. Influenciados pela teoria cartesiana de separação entre mente e corpo, as ciências médicas se afastaram de concepções mais totalizantes do ser humano,¹ adotando como base científica doutrinas mecanicistas e biologicistas, que consideram o indivíduo como conjunto de órgãos e limitam o corpo humano a uma concepção de máquina. Nesse âmbito, as dimensões psicossociais do sujeito são minimizadas, considerando a primazia da dimensão orgânica e fisiológica.

Em uma outra perspectiva, cuja diretriz fundamental sustenta uma postura crítica à racionalidade científica moderna, a hermenêutica-filosófica instituída pelo filósofo alemão Hans-Georg Gadamer (1900-2002)² questiona a busca pelo conhecimento indubitável, a autosssegurança científica e a construção de um conhecimento verdadeiro necessariamente vinculados aos moldes metodológicos das experiências científicas oriundas das ciências naturais. Daí a advertência hermenêutica: “a experiência do mundo social-histórico não se eleva a uma ciência com o processo indutivo das ciências da natureza” (Gadamer, 1960/2015, p. 38). Desse modo, a compreensão dos fenômenos não pode estar submetida a uma diretriz metodológica única e absoluta quando se trata de se pensar as mais diversas experiências de verdade que integram o mundo da vida, dentre elas a experiência da arte, da história, da educação e da saúde.

Como desdobramento dos fundamentos hermenêuticos-filosóficos apresentados em *Verdade e método*, Gadamer (1993/2011), em uma coletânea de reflexões sobre a saúde intitulada *O caráter oculto da saúde*, propõe então uma discussão sobre os processos de saúde e doença, na perspectiva de um cuidado com a saúde e com ênfase em sua abordagem terapêutica; o que possibilita um olhar para além da racionalidade médico-científica, bem como uma abertura para pensar um pouco mais sobre a subjetividade do ser doente.

Diante do exposto, o propósito é analisar as contribuições de uma hermenêutica do cuidado com a saúde para o saber fazer do psicólogo no âmbito hospitalar,

¹ Nos gregos se percebe uma visão mais totalizante do homem, em que instâncias como o corpo e a alma são consideradas integradas, coexistindo. Essas concepções foram defendidas por Hipócrates, o pai da medicina moderna.

² Para Bleicher, a crítica hermenêutica se apresenta de três diferentes modos, que são: a teoria hermenêutica, que se refere à teoria geral das interpretações; a filosofia hermenêutica, em que se situa a hermenêutica filosófica, que estabelece uma crítica ao conhecimento que se propõe a uma explicação do ser do homem (objetivismo e metodologismo); e a hermenêutica crítica, que proporciona um olhar crítico aos pressupostos idealistas que subjazem tanto à teoria hermenêutica quanto à filosofia hermenêutica (Bleicher, 1992).

considerando-se que o saber específico do psicólogo na instituição hospitalar se constitui como complementar à compreensão médico biológica dos fenômenos de saúde e doença. Assim questiona-se: O que deve fazer o psicólogo? Como estabelecer o seu lugar? Nesse intento, justifica-se tomar-se como fundamentação teórica uma hermenêutica crítica que problematiza o paradigma da metodologia científica moderna como única referência para a compreensão das verdades científicas, cuja herança ainda determina a diretiva científica no modelo médico-biológico de interferência, bem como muitas pesquisas acerca da saúde.

Todavia, não se trata de uma reflexão que tenha como alvo a contraposição pura e simples dos dois paradigmas: o biomédico e o hermenêutico, o que poderia se configurar simplista por demais. Daí a questão orientadora: Em que medida o diálogo entre o paradigma hermenêutico-filosófico do cuidado com a saúde e o médico biológico contribuem para o esclarecimento do saber fazer psicológico no âmbito hospitalar?

Hermenêutica Filosófica: contribuições para o campo da saúde

Etimologicamente, a palavra hermenêutica advém da palavra grega *hermeneia* que significa interpretar, e da expressão *hermeneuein*, que faz referência ao ato de comunicar uma mensagem ouvida. O termo também vincula-se, pelo menos simbolicamente, à palavra Hermes, o deus mensageiro da mitologia grega, que, enquanto tal, seria responsável pela interpretação de desejos dos deuses para os mortais, exercendo um papel de mediador na revelação de uma mensagem, e, portanto, favorecendo a comunicação entre estes (Osés, 1997). Daí a noção de hermenêutica estar sempre vinculada à interpretação, revelação e comunicação de uma mensagem, denotando a sua relação com a experiência da linguagem.

Sob influência da fenomenologia heideggeriana, a partir da qual o compreender passa a ser pensado ontologicamente, ou seja, pela primazia do seu modo de ser – compreender como modo de ser do homem no mundo – a hermenêutica filosófica de Gadamer apresenta o seu diferencial, qual seja ela não se constitui como uma “doutrina da arte”, ou como uma técnica de compreensão. Para além desse caráter interpretativo essencialmente metodológico, sua relevância está na abordagem hermenêutica de compreensão dos significados de fenômenos humanos, dos sentidos que permeiam as diversas expressões humanas que integram o mundo da vida. De modo que, como destaca o próprio filósofo: “O que está em questão não é o que nós fazemos, o que nós deveríamos fazer, mas o que, ultrapassando nosso querer e fazer, nos sobrevém, ou nos acontece” (Gadamer, 1960/2015, p. 14).

Em outras palavras, a discussão acerca da compreensão na perspectiva hermenêutica filosófica aborda es-

te fenômeno como forma originária de ser-no-mundo³, no intento de questionar e problematizar o alcance das experiências científicas, em suas diferentes formas, tomando-se o cuidado de não cair num simples criticismo, mas de transpor os limites dessas experiências, no sentido de contemplar o horizonte de práxis da vida humana em toda sua extensão. Como sugere o título de sua obra central *Verdade e método*⁴ (1960/2015), trata-se de pensar, filosoficamente, uma relação entre verdade e método, sem que essa discussão, conforme acenado anteriormente, seja unicamente orientada pelos critérios de verdade impostos pela constituição da ciência moderna ao formular sua proposta metodológica universal para o alcance da verdade, cuja referência sempre foi, por excelência, as ciências da natureza⁵. A relação entre verdade e método carecia de uma ressignificação hermenêutica tanto em sua perspectiva teórica quanto no horizonte do seu saber-fazer, de sua práxis.

Com base em tais propósitos, o que significa pensar uma hermenêutica da saúde considerando-se esses fundamentos? Quais consequências uma ressignificação hermenêutico-filosófica sobre a verdade e o método proporcionariam para pensar o fenômeno da saúde e qual a sua atualidade para a contemporaneidade? Uma hermenêutica do cuidado com a saúde reivindica, necessariamente, um repensar da relação com a ciência e com a verdade?

Na tentativa de responder tais questões, tomar-se-á como referencial teórico de discussão, sobretudo, as reflexões gadamerianas desenvolvidas em *Verdade e método* (1960/2015) e a coletânea de ensaios hermenêuticos publicados sob o título *Caráter oculto da saúde* (1993/2011). Nessas discussões filosóficas gadamerianas é enfatizado que o verdadeiro problema posto pelas ciências humanas, manifestava-se pela impossibilidade de se compreender sua natureza, tendo em vista o padrão de conhecimento progressivo da legalidade, uniformidade e regularidade que tornariam previsíveis os fenômenos e processos individuais.

Hermenêutica da Saúde: aspectos norteadores do saber-fazer psicológico em âmbito hospitalar

Em *O caráter oculto da saúde* o filósofo Gadamer (1993/2011) suscita reflexões sobre o modo como a experiência contribui para a aquisição de uma gama de saberes, inclusive o conhecimento científico. E, nesse aspecto, a crítica gadameriana se volta para a maneira como a experiência é enquadrada pelo método científico, restringindo-a ao seu caráter objetivado e, na grande maioria das vezes, desconsiderando a primazia de elementos histórico-existenciais inerentes à vida humana.

Pensar a experiência de um ponto de vista hermenêutico é considerá-la em seus aspectos históricos, em sua imprevisibilidade, reconhecendo a própria finitude como horizonte de abertura permanente a novas expectativas. Além disso, é percebê-la num movimento dialógico, em que as relações de alteridade se estabelecem por meio da linguagem, buscando a compreensão do outro para além de uma objetificação (Silva Junior, 2013). Para Gadamer (1960/2015, p. 469), “[...] é uma pura ilusão ver no outro um instrumento completamente dominável, manejável”. Esta forma de conceber o humano no âmbito de suas relações, contrapõe à perspectiva adotada pelas ciências naturais, em que se institui uma objetificação do outro, controlando-o, manipulando-o. No contexto da saúde, diversos fenômenos como doença, paciente, corpo, dentre tantos outros são alvos dessa instrumentalização, controle e manipulação.

Nesse sentido, é imprescindível poder pensar no saber médico, retomando e ampliando as reflexões aristotélicas sobre as distinções entre os conhecimentos teórico, técnico e prático. Gadamer (1993/2011) considera o saber médico um tipo especial de arte, mas com algumas problemáticas, uma vez que este não coincide em sua totalidade com a própria ciência e nem mesmo com o conceito grego de *techne*⁶, termo utilizado para diferenciar a prática médica das atividades exercidas pelos curandeiros e que remete à arte praticada por um artesão. Ou seja, a medicina não se configura unicamente como técnica, pois para a recuperação do sujeito concorrem outros elementos, como a própria dinâmica do organismo. Além disso, não é considerada arte, pois a saúde não é produzida pelo médico. Ao dar ênfase a essa difícil questão em torno da prática médica, Holanda (2011, p. 80) afirma que “[...] a medicina encontra-se num ‘limbo’ entre um fazer que nunca é essencialmente teórico [...], nem essencialmente arte”.

Partindo desse pressuposto, pensar a medicina como “arte de curar” se coloca como questão emblemática. O crescente processo de medicalização favoreceu um dis-

³ Em sua referência ao termo alemão *verstehen*, que significa “compreender algo”, “saber como fazer algo”, a expressão deriva do verbo *stehen*, cujo sentido implica “estar de pé”, “manter-se em”. Assim, distingue-se tanto de *Verstand*, como faculdade de compreensão e intelecto, quanto de *begreifen*, como procedimento de entender conceitualmente algo.

⁴ Em sua origem, o título da referida obra seria *Compreender e acontecer*, mas, por conta de insatisfação do editor ao atentar melhor ao subtítulo *Fundamentos de uma hermenêutica filosófica*, a obra resultou no título *Verdade e Método: Fundamentos de uma hermenêutica filosófica*. Como bem destaca Ernildo Stein, esse título revela um caráter provocativo, sobretudo, quando na leitura da obra, esta permite confrontar a verdade contra o método, destacando que nas experiências da arte, da história e da linguagem é produzido um tipo de verdade incompatível com o método lógico-analítico (Cf. E. Stein, *Aproximações sobre hermenêutica*, 1996, p. 44).

⁵ No campo da filosofia, o destaque é dado ao pensamento kantiano, ao conceber a supremacia das ciências naturais como modelo do conhecimento e da verdade. Em sua publicação *A Crítica da razão pura* (1781), Kant defende a subordinação da experiência à razão (objetificação), para que esta assim adquira um status de verdade.

⁶ Segundo Gadamer (1993/2011, p. 41), o conceito grego de *techne* refere-se a uma forma própria do saber prático que passa pelo aprendizado, ou, “é aquele saber que constitui num determinado ‘ser-capaz-de-fazer’”. Mas, trata-se de uma capacidade que se “fundamenta no conhecimento das causas” e que produz uma obra (*ergon*), algo novo.

tanciamento da medicina moderna das concepções gregas, em que se tinha uma medicina mais voltada para o cuidado, para a terapêutica. E nesse âmbito, a concepção de cura foi se estabelecendo em torno de “[...] práticas de normalização e sujeição dos indivíduos” (Fonseca, 2007, p. 161). O termo “cura” estaria atrelado ao de “sujeição”, cabendo ao paciente submeter-se ao saber-fazer médico, numa relação onde o médico, enquanto ser-capaz-de-fazer, “produz” a cura e o paciente, passivamente, a recebe.

Diante dos próprios mecanismos produzidos pela natureza, caberia ao médico atuar como “favorecedor” nesse processo de restauração da saúde perdida, por vezes, deixando de intervir, configurando sua atuação em um “não fazer”. Isso é comumente observado em diversas patologias, como algumas viroses, por exemplo, em que o sujeito deve apenas esperar a remissão dos sintomas.

Em suas reflexões, Gadamer (1993/2011, p. 118) amplia a noção de cura, afirmando que “[...] pertence à arte de curar, no entanto, não somente o combate efetivo contra a doença, mas também a reconvalescença e, por fim, o cuidado com a saúde”. Deste modo, ele resgata a concepção grega de cura ao aproximá-la, novamente, a uma noção de cuidado. Uma hermenêutica da saúde, dentre outras coisas, constitui-se como uma proposta de pensar a saúde ressignificando a concepção de cura na perspectiva do cuidado com a saúde.

Ora, quando se pensa a prática psicológica no contexto hospitalar, quais as referências que orientam o seu saber-fazer? Responder essa questão implica, antes de tudo, não desconsiderar as leituras e interpretações científicas e médico-biológicas (mesmo por que elas são buscadas e exigidas na instituição hospitalar tendo em vista resultados de seu alcance), mas também considerar outros elementos que dimensionam o fenômeno da saúde. Portanto, é imprescindível também levar em consideração as bases epistemológicas que sustentam o conhecimento acerca do fenômeno da saúde e da psicologia.

Ao pautar a sua prática numa perspectiva de “cura”, o psicólogo se confronta com a limitação do seu fazer diante, por exemplo, da terminalidade de um paciente, dentre tantos outros aspectos. Nesse intuito, Simonetti (2013, p. 21), ao considerar uma práxis voltada para a cura frente às questões da subjetividade humana, justifica que “[...] no fim das contas a cura não elimina a subjetividade, ou melhor, a subjetividade não tem cura”. Por isso, ao atrelar-se a cura ao cuidado com a saúde, esta não se restringe a procedimentos técnicos e nem a diagnósticos médicos, mas possibilita uma ampliação do campo de atuação diante do ser-aí, da existência humana. Nesse sentido é que os saberes tanto médico quanto psicológico se colocam como instrumentos referenciais para que a saúde do sujeito se restabeleça, devendo-se respeitar a dinâmica da natureza nesse pêndulo que oscila entre saúde-doença.

Pensar sobre o “saber-fazer” do psicólogo no âmbito hospitalar numa perspectiva de cuidado é, antes de tu-

do, propor um resgate do sentido do termo “terapeuta”, atentando para o modo como este, por exemplo, era concebido pelos gregos. Para os terapeutas de Alexandria, a palavra *therapeutes* possui dois sentidos verbais: de cuidar e de tratar. Sendo assim, o terapeuta seria responsável pelo cuidado com o corpo e com a alma, numa compreensão mais ampla, como se pode perceber na afirmativa de Leloup (1996, p. 26): “[...] o terapeuta (psicólogo em atuação no contexto hospitalar), pois, não cura, ele cuida. O terapeuta está lá para ajudar o doente a se colocar nas melhores condições possíveis, para que ele – enquanto sujeito vivente – atue, aja e daí advenha a cura”. Assim, o psicólogo deve sustentar seu fazer no cuidado com o paciente, não se esquecendo do seu papel de cooperador no restabelecimento da saúde deste, favorecendo o dinamismo próprio do ser.

Partindo de sua compreensão hermenêutico-filosófica sobre o fenômeno humano, Gadamer compara os processos de saúde e doença ao equilíbrio, retomando este conceito da tradição dos escritos hipocráticos. Para este, não só a saúde humana pode ser interpretada enquanto experiência de equilíbrio, mas a natureza⁷ de modo geral. Nessa perspectiva, a doença é percebida como perturbação deste equilíbrio e a arte médica ou o ser-capaz-de-fazer médico voltam seus esforços para a tentativa de seu restabelecimento. Conforme essa perspectiva hermenêutica (Gadamer, 1993/2011, p. 50), afirma que “[...] doença, perda de equilíbrio, não significa apenas um fato médico-biológico, mas também um processo histórico de vida e um processo social”.

Ao referir-se a outros elementos que atravessam a experiência do adoecimento, não se restringindo somente aos fatores biológicos, Gadamer (1993/2011) dá destaque à história de vida do sujeito, elemento este que tem estreita relação com outro ponto sustentado em sua teoria, a tradição, a cultura. Assim, pensar os fenômenos de saúde e doença, implica também na compreensão do processo de adoecimento dos sujeitos enquanto existenciais, situados, historicamente, e no horizonte de uma tradição que sempre se mantém reveladora; aspecto esse quase sempre desconsiderado pelo modelo médico-biológico. Ao trazer esta questão para o campo da saúde, mais especificamente, em relação ao processo de adoecimento de cada sujeito, ele chama a atenção para um aspecto que é quase que desconsiderado pelo modelo médico-biológico. Afinal, o resgate da história de vida e do contexto em que cada sujeito se encontra é imprescindível na compreensão de suas identidades socialmente construídas, oriundas dos processos de vida. E, desta forma, fica marcada a influência do que se herda na constituição do “eu”. Não se pode pensar num movimento compreensivo sem considerar o fluxo da vida histórica.

⁷ A natureza é entendida por Gadamer (1993/2011, p. 44) enquanto “[...] algo que mantém a si mesmo e se mantém por si mesmo nas suas trajetórias”.

Na realidade, não é a história que pertence a nós, mas nós é que a ela pertencemos. Muito antes de que nós compreendamos a nós mesmos na reflexão, já estamos nos compreendendo de uma maneira auto-evidente na família, na sociedade e no Estado em que vivemos. (Gadamer, 1960/2015, p. 281)

A relevância da história na compreensão das questões da saúde é minimizada pelo saber médico, que direciona o seu saber-fazer sobre um sujeito que é visto, estudado, tratado, e na maioria das vezes distanciado da amplitude de sua história de vida. Toda a gama de subjetividades geradas no contexto das diferentes culturas e da tradição é minimizada em seus efeitos sobre a dinâmica vivencial de cada sujeito.

Ao sustentar a importância da história, da tradição⁸ na compreensão das questões relativas ao mundo da vida, o pensador hermeneuta reflete que “[...] a tradição se mostra em ambos os casos como o contrário abstrato da autodeterminação livre, já que sua validade não necessita de fundamentos racionais, pois nos determina de modo espontâneo” (Gadamer, 1960/2015, p. 373). Para este, existe um espaço de aproximação entre a tradição e a razão, não se devendo menosprezar nenhuma forma de compreensão. A crítica empreendida pela hermenêutica filosófica à constituição do saber científico moderno se volta contra uma hipervalorização da razão pelas ciências naturais, em detrimento da tradição. É interessante constatar a aproximação entre estes dois pólos. O que para a ciência é uma relação inconciliável, no discurso gadameriano existe um ponto em comum, em que a razão colabora para que a tradição se mantenha ao longo da história.

Esse ponto de conflito entre tradição e razão é bem percebido no contexto hospitalar, no modo como os profissionais que atuam consolidados no paradigma médico-biológico lidam com as questões relativas à história de vida do paciente, suas vivências e suas concepções de mundo. Para Martins (2010, p. 18), “[...] as histórias pessoais, as memórias de família [...] e todo o contexto sociocultural dos indivíduos, foram banalizados pela terapêutica objetivista e utilitarista dominante”. Ao lidar enfaticamente com as questões do adoecimento, a medicina científica dá destaque aos seus modelos explicativos de leitura das diversas patologias, deixando de lado as próprias experiências de vida dos sujeitos em seus diferentes contextos e ao longo de sua existência.

É interessante observar como a compreensão gadameriana dos fenômenos de saúde e doença não exclui o fato

biológico, mas também não os restringe a esse mecanismo. Isso implica uma visão mais ampla desses fenômenos, considerando a profundidade e complexidade desse tema. Nesse mesmo raciocínio, Campos (2012) defende a “dialética multifatorial” na constituição da saúde e doença nos sujeitos, onde tanto os fatores particulares (biológicos, subjetivos) quanto singulares (políticos, do cotidiano de vida) e universais (sociais, ambientais) interferem nesses estados. Não há uma sobredeterminação de um paradigma em detrimento de outro, pois estes influenciam de diferentes modos, conforme cada situação. A “teoria e método paidéia⁹” defendidos pelo referido autor ressalta, dentre outros aspectos, a “escuta da história de vida” dos sujeitos/usuários dos serviços de saúde, entendendo que estes possuem um conhecimento privilegiado do seu adoecimento, de sua própria vida.

Também, nesse entendimento, ao analisar o sentido do adoecimento para pacientes e médicos, Laplantine (2004) identificou que ambos possuem uma compreensão “não racional” dessa experiência, fruto da vivência obtida com o adoecimento. Mesmo para o profissional médico, que apresenta uma formação que se volta para o entendimento da doença sustentado na racionalidade científica, não há como permanecer estático nesse posicionamento.

Diante da “universalidade” dos conhecimentos médicos-científicos, outros elementos são considerados pouco relevantes na busca pela compreensão do adoecimento enquanto “objeto” de estudo. Institui-se como grande desafio, nesse contexto, entender o lugar de relevância das questões referentes ao mundo vivido, e de como estes conteúdos são importantes para o estudo dos processos de vida, do adoecimento. Daí a necessidade e relevância de se pensar sobre a doença e saúde, não como objetos, mas experiências hermenêuticas, fenômenos que se dão no transcorrer da existência humana e que fazem parte do ser do homem; experiência de finitude, experiência histórica e experiência de linguagem. Este é um desafio que se coloca numa prática psicológica em âmbito hospitalar que concebe o adoecimento do sujeito.

Embora a perspectiva gadameriana defenda a influência da história sobre a constituição dos sujeitos, o referido autor não concebe uma sobredeterminação desta sobre os indivíduos, controlando-os, manipulando-os. Os sujeitos não são percebidos de modo passivo em relação às influências recebidas nos diversos contextos nos quais se insere, como o familiar, social, dentre outros, mas estas pré-concepções herdadas podem sofrer modificações diante do confronto com o novo, com outro olhar sobre um fenômeno em específico. Nesse sentido Gadamer (1958/1996, p. 19 – tradução nossa) sustenta que “[...] é cometer um grave contrassenso supor que a insistência sobre esse fator essencial que é a tradição (presente em toda compre-

⁸ Etimologicamente, esta palavra é originada do latim *traditio*, significando transmitir algo e se refere a um processo que se dá de geração em geração (Lawn, 2011). A defesa de Gadamer quanto a um resgate da tradição encontra-se respaldada por ser esta uma importante noção da teoria sociocultural, numa ação dinâmica de transmissão de conhecimento intergeracional, influenciando nossas atitudes. Daí que tradição, do ponto de vista hermenêutico-filosófico também significa transmissão (*Überlieferung*).

⁹ A teoria e método *paidéia* defendido por Campos (2012) busca ampliar o modo de compreensão e de interferência sobre esses diversos fatores que influenciam e constituem os fenômenos de saúde e de doença.

ensão) implica uma aceitação não crítica da tradição, ou num conservadorismo social e político”.

Além do destaque dado à história de vida de cada sujeito, Gadamer também ressalta a influência dos processos sociais sobre o modo de adoecer. Interagindo com tal concepção, Laplantine (2004), em suas análises sobre as formas elementares de cura e doença, institui modelos de caráter metaculturais, destaca o modo como cada sociedade, num determinado momento de sua história, apresenta diferentes representações sobre estes temas, como as representações mágico-religiosas, naturalistas e as decorrentes do pensamento médico. Ressalta a necessidade de se pensar sobre as condições sociais desses processos, mesmo diante das dificuldades metodológicas que se levantam na realização desses estudos.

As teorias sociais têm sua contribuição fundamental para que se possa entender a origem destes na explicação dos fenômenos de saúde e doença, mas possuem suas limitações ao desconsiderar outros elementos também relevantes neste processo (Campos, 2012). No tocante à prática psicológica, esta deve considerar os diversos fatores que influenciam o fenômeno do adoecimento, dentre estes, a história de vida do paciente, seus valores, crenças, sua cultura. Por mais que não seja possível acessar a “totalidade” do que constitui a doença, pois sempre algum aspecto deixará de ser considerado no conjunto dessa análise, não se pode, no entanto, perder de vista suas múltiplas facetas. Para Simonetti (2013, p. 26) “[...] o aspecto psicológico não ocorre isoladamente, mas se dá em uma determinada cultura, e cada cultura tem seus determinantes sobre a doença, tais como usos, costumes, mitos, folclores, condições econômicas [...]”.

Na prática da medicina científica, o que se observa, de um modo geral, é um esforço por dominar a doença, modificando o próprio percurso da natureza, dominando suas manifestações fisiopatológicas, mas, conseqüentemente, deixando de lado o interesse sobre a manutenção dos cuidados com a saúde e, de igual maneira, com a prevenção de doenças (Caprara, 2003). Ao se colocar o foco estritamente sobre a doença e seus parâmetros e medidas, acaba-se por desconsiderar a imensa riqueza presente nas variações do ser doente, em que os aspectos qualitativos são imprescindíveis na compreensão dessas experiências e na busca por intervenções terapêuticas.

Cabe ao psicólogo, que atua no contexto hospitalar, intervir em uma proposta de resgate da subjetividade humana, atentando para as diversas vezes em que esta é esquecida, objetificada no âmbito hospitalar. Por outro lado, deve tomar cautela para não incorrer num subjetivismo, desconsiderando os aspectos físicos, biológicos do adoecimento. Como anteriormente foi ressaltado por Ismael (2010) & Simonetti (2013), não se pode deixar de considerar a coexistência do psíquico com o físico e vice-versa, numa compreensão do todo do sujeito.

Nessa perspectiva crítica, ao refletir sobre o enfoque dado pelos médicos às causas físicas das doenças, Fou-

cault ressalta a importância destes se voltarem, por outro lado, para o conhecimento das forças das doenças e dos medicamentos. Diz o filósofo francês que “A percepção da doença no doente supõe, portanto, um olhar qualitativo [...] é preciso toda uma hermenêutica do fato patológico a partir de uma experiência modulada e colorida; medem-se variações, equilíbrios, excessos ou defeitos” (Foucault, 1980/2014, p. 13). Numa abordagem qualitativa da doença, outros aspectos podem ser percebidos, como os psicológicos, sociais, dentre outros, ampliando a compreensão de determinado fenômeno, permitindo abarcar até mesmo suas múltiplas variações, aquilo que “escapa” a uma concepção objetivada.

Do mesmo modo, é alvo da reflexão gadameriana o destaque dado à doença pela cultura científica moderna. Antes, a medicina era reconhecida como “arte da cura” pelos gregos. Atualmente, percebe-se uma ênfase dada à doença e seus mecanismos como “objeto” do saber-médico. Pode-se dizer que se trata de uma “ciência da doença”, e nesse âmbito, “doença como perturbação, incômodo, perigo, como um ‘objeto’, como aquilo que executa uma resistência” (Holanda, 2014, p. 126). E, dentro dessa lógica, a saúde acaba ocultada pela necessidade da ciência de subjugar a doença, e sendo assim, a própria natureza. A esse propósito, tem-se que:

[...] Mesmo quando se diz que se conseguiu dominar a doença, no final já se separou a doença da pessoa e ela é tratada como um ser com vida própria, com o qual tem de se lidar. Isso até ganha um sentido especial, se pensarmos nas grandes epidemias, cujo domínio foi tão amplamente alcançado pela medicina moderna [...]. No final de nossas reflexões se saberá que a saúde sempre se encontra em um horizonte de perturbação e ameaça. (Gadamer, 1993/2011, p. 117)

Como consequência de uma forte ênfase dada à doença no ambiente hospitalar, o que se tem é uma extrema impessoalidade e burocratização desse espaço. Não se prioriza o sujeito adoecido. Todo aparato tecnológico, normas e rotinas são voltadas para a identificação e combate das doenças. Há uma naturalização dessas questões, levando a uma reprodução desse modo de tratamento na formação e práticas médicas. Por isso, a compreensão do psicólogo no âmbito hospitalar acerca do fenômeno do adoecimento precisa transpor essa concepção patologizante e de busca por uma dominação da doença. Esta precisa ser entendida como um processo de desequilíbrio, de desarmonização do sujeito. Como bem lembra Chiattonne (2014, p. 222), “[...] estar doente implica em desequilíbrios que podem ser compreendidos, em uma visão holística, como um abalo estrutural na condição do ser, chocando-se ao processo dinâmico de existir”.

Ampliando a discussão sobre o fenômeno da doença, outro ponto relevante abordado por Gadamer em sua compreensão dessa experiência é o modo como o adoec-

cimento faz com que o corpo seja sentido, presentificando a corporeidade. Na concepção do autor, este é “[...] o primado metódico da doença sobre a saúde” (Gadamer, 1993/2011, p. 81). Enquanto a saúde é esquecida pelo saber-fazer médico, pelo sistema de saúde e pelo próprio sujeito que a vivencia, a doença não só é sentida no corpo, mas faz com que o corpo perturbado se presentifique.

É fundamental pensar no corpo para além de um campo de estudo e intervenção médica, com suas estruturas anatomo-fisiológicas. Gadamer (1993/2011, p. 79) demonstrava essa preocupação com o modo como o corpo era percebido no campo da saúde, ao levantar o seguinte questionamento: “[...] o que acontece, realmente, com a possibilidade de perceber o corpo tão somente como corpo – e tratar o corpo como corpo?”. Não deixando de considerar a importância dos estudos das estruturas anatômicas, é imprescindível na atuação hospitalar poder pensá-lo como “morada” de um sujeito que se relaciona com ele, que se manifesta por meio dele, que sente, percebe, vivencia este corpo de maneira única e particular.

Outro aspecto ressaltado pela perspectiva gadameriana é quanto a experiência de morte. Este ressalta que, para além desta experiência, não há outra vivência na dinâmica da vida que demonstre de modo tão veemente os limites da ciência, da técnica, do ser-capaz-de-fazer. Além disso, o que se observa no cotidiano hospitalar é que o avanço tecnológico conduz a um prolongamento artificial da vida, como ele mesmo enfatiza ao dizer que “O prolongamento da vida acaba por se tornar, em geral, um prolongamento do morrer e uma estagnação da experiência do eu” (Gadamer, 1993/2011, p. 69).

Nessa esfera, o psicólogo deve (pode) contribuir com outro olhar ressignificando a experiência da morte não como comumente é concebida na instituição hospitalar, uma inimiga a ser vencida, combatida ou mesmo como testemunho do fracasso de uma terapêutica instituída. É primordial entendê-la como fenômeno inerente à existência humana e gerador de sentido de vida. Compreender o sujeito como ser-para-a-morte¹⁰ é percebê-lo dentro de suas limitações e possibilidades em sua dinâmica existencial. Ora, enquanto a doença é enfocada, perseguida pelo saber científico, tanto as experiências de morrer e da saúde são ocultadas. O que se percebe no tocante, especificamente, à experiência da saúde, é que há um crescente distanciamento e esquecimento desse termo, em parte, pelo caráter que lhe é inerente, o do “autoesquecimento”. Ao suscitar reflexões sobre o próprio conceito de saúde, Almeida Filho (2000) enfatiza a difícil tarefa de se conceituar este termo na atualidade, configurando-se, segundo ele, num tipo de “ponto cego” da ciência médica. Isso pode ser constatado pelas inúmeras disciplinas médicas

encarregadas de lidar com diferentes patologias, não se podendo dizer o mesmo de uma única teoria da saúde.

Nisso, precisamente, reside aquilo que Gadamer afirma de “o caráter oculto da saúde”, ou seja, no mistério e na complexidade em que esta se coloca, sinalizando que possui uma medida própria. Então escreve o filósofo que, “[...] se não se pode medir verdadeiramente a saúde é por ela ser um estado da adequação interna e de conformidade com si próprio, que não pode ser superado por outro controle” (Gadamer, 1993/2011, p. 114). Essa forma de compreensão da saúde vem de encontro com conceitos idealizados¹¹, em que esta é concebida num patamar inatingível. Ao entender a saúde com sua própria medida, concebe-se que esta apresenta sua especificidade de acordo com cada sujeito, numa referência ao seu caráter subjetivo. Cada um tem sua própria medida de saúde, mesmo que a medicina moderna consiga estabelecer alguns parâmetros do que seja considerado normal e saudável. E isto deve ser considerado no momento do atendimento de um paciente pelo psicólogo que atua no contexto hospitalar.

A despeito dos parâmetros médicos, existe uma “medida própria” para cada pessoa. É importante, no momento da escuta, poder perceber a forma como o paciente compreende o seu adoecimento e suas expectativas quanto a sua recuperação. No momento em que um profissional da equipe sinaliza para o paciente sua melhora clínica, por exemplo, este também precisa sentir-se em conformidade consigo mesmo.

Na leitura gadameriana dos fenômenos saúde e doença, o sujeito somente se lembra de que estava saudável quando este adocece. A doença não existe sem a saúde e é ela que aponta para o lugar de sua falta. Ou seja, é a doença que diz que a saúde é ausente. Essa dinâmica entre saúde-doença, falta-presença, diz respeito ao balanço da vida, em que o desequilíbrio vai dando lugar ao equilíbrio novamente e vice-versa (Gadamer, 1993/2011).

Estar atento à dinâmica própria da vida é tarefa pertinente ao desenvolvimento das atividades profissionais do psicólogo no âmbito hospitalar, que precisa reposicionar os fenômenos de saúde e doença no espaço da existência humana. Atento a esse mesmo raciocínio, Canguilhem (1966/2000, p. 159), ao abordar os parâmetros instituídos pelo método científico, ressalta que “o ser humano não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis”, fazendo uma menção ao sujeito lançado no mundo da vida, onde as vivências do cotidiano ocorrem seguindo o fluxo da vida.

Além disso, a saúde também pode ser entendida como a disponibilidade do sujeito diante da dinâmica do mundo vivido. Desse modo, Gadamer (1993/2011, p. 118) sustenta que “[...] saúde não é, de maneira alguma, um sentir-se, mas é estar-aí, estar-no-mundo, estar-com-pessoas, sentir-se ativo e prazerosamente satisfeito com

¹⁰ Nessa perspectiva, Heidegger considera como estrutura existencial o ser-para-a-morte. Esta é uma condição existencial impossível de ser evitada. O ser-aí é essencialmente finito: “[...] há no Dasein uma permanente ‘não-integridade’, impossível de abolir, que encontra seu fim na morte” (Heidegger, 1927/2002, p. 25).

¹¹ Pode-se destacar o conceito trabalhado pela Organização Mundial de Saúde, em que a saúde é entendida como completo bem-estar físico, psíquico, social, espiritual, dentre outros aspectos.

as próprias tarefas da vida”. Para além de uma questão internalista, o autor aponta para uma aproximação entre saúde e alteridade. É também na relação com outras pessoas que o sujeito se constitui como “ser saudável”. Assim também, pode-se pensar a saúde como uma experiência hermenêutica eu-tu. E isto pressupõe uma compreensão diferenciada da natureza humana, ou seja, o ser humano como ser-aí, como *Dasein*. Este termo, utilizado prioritariamente pelo filósofo Martin Heidegger (1889-1976), remete à constituição ontológica do homem. É na relação com os outros que o homem constrói sua existência, seu modo de ser, sua história.

[...] o ser com os outros pertence ao ser da pre-sença que, sendo, está em jogo seu próprio ser. Enquanto ser-com, a pre-sença ‘é’, essencialmente em função dos outros. Isso deve ser entendido, em sua essência, como uma proposição existencial. Mesmo quando cada pre-sença de fato não se volta para os outros, quando acredita não precisar deles ou quando os dispensa, ela ainda ‘é’ no modo ser-com [...]. A abertura da co-presença dos outros, pertencente ao ser-com, significa: na compreensão do ser da pre-sença já subsiste uma compreensão dos outros porque seu ser é ser-com. (Heidegger, 1927/2002, p. 175-176)

Não há como se compreender um sujeito, seja saudável, seja doente, desconectando-o de suas relações. É nesse movimento de abertura para com as questões da vida que se tem um sujeito disponível para novas experiências, novas possibilidades. Um horizonte se abre, permitindo até mesmo um aprendizado com o adoecimento. Para Gadamer (1993/2011, p. 81), ao considerar o sujeito como *Dasein*, pode-se afirmar que “[...] nesse ‘estar-aí’ o ser humano está presente em seu estar-entregue, em seu estar-aberto e em sua abertura, em sua receptividade espiritual para tudo que seja”.

Nas diversas experiências obtidas no campo da saúde, o psicólogo que atua na instituição hospitalar não pode deixar de pensar sobre outros elementos importantes para a compreensão não só da saúde e do adoecimento, mas do ser que os experencia. Como comentado anteriormente por Simonetti (2013, p. 15), o foco da intervenção psicológica é “[...] toda subjetividade produzida em decorrência do adoecimento”. Resgatar a subjetividade ao compreender estes fenômenos é entender que a saúde está ligada ao ser do sujeito, em uma perspectiva existencial, subjetiva da experiência humana. Esses aspectos são esquecidos numa compreensão objetivada, tecnicista de abordar os fenômenos. Daí por que uma hermenêutica do cuidado com a saúde constitui-se como uma hermenêutica do cuidado com o sujeito na radicalidade e amplitude de sua existência.

Conforme a perspectiva hermenêutica, o estar aberto, preparado para novas experiências é que sinaliza a saúde, o bem-estar. Este termo é utilizado pelo autor para enfati-

zar o modo como a saúde é ocultada, passando despercebida pelo sujeito. Ao invés de se falar saúde, em muitos momentos, fala-se em bem-estar. Na busca por suscitar uma reflexão acerca desse termo, Gadamer (1993/2011), p. 80) faz o seguinte questionamento: “[...], porém o que é bem-estar senão exatamente o fato de não se estar direcionado a isso, mas estar, desimpedidamente, aberto e preparado para tudo?”.

A proposta de uma hermenêutica da saúde, nessa perspectiva de reconsiderar o fenômeno da saúde para além das diretrizes de uma objetividade de compreensão científica e, conseqüentemente, privilegiando sua dimensão subjetiva e existencial, aponta para a necessidade de um cuidado diferenciado com a saúde. Nesse aspecto, convém destacar que a tarefa daqueles que atuam no campo da saúde como ser-capaz-de-fazer, pode ser situada entre a natureza e a arte, e que, portanto, deve ser entendida dentro dos seus limites. Desse modo, é possível pensar nos desafios do cuidado com a própria saúde e com o de outras pessoas. Esta é uma tarefa árdua, que exige um comprometimento, um implicar-se no processo que ultrapassa um domínio técnico, exigindo outras habilidades para que se favoreça um restabelecimento do equilíbrio perdido (Gadamer, 1993/2011).

Na proposta de ultrapassar esse domínio técnico e exercitar outras habilidades, a hermenêutica filosófica sustenta a importância do diálogo terapêutico entre paciente e equipe na perspectiva de vigilância efetiva no cuidado com a saúde. Não se trata de um encontro intersubjetivo, mas de favorecer o restabelecimento do equilíbrio do paciente, o fluxo da comunicação da vida, por meio de decisões compartilhadas pelos profissionais da equipe de saúde, considerando o momento, a vivência do paciente diante de cada situação (Araújo, Paz & Almeida, 2012). Para que se aproximem médico e paciente, o “solo comum” deve ser o diálogo. Além disso, “[...] ele (diálogo) já é tratamento e continua sendo muito importante no tratamento que se segue, o qual deve conduzir à cura” (Gadamer, 1993/2011, p. 133). Nesse ponto, o psicólogo se coloca como profissional com uma posição de destaque, uma vez que ele é visto, no contexto hospitalar, com sua atuação voltada para intermediar as relações entre pacientes e equipes de saúde, transitando entre a escuta e a fala, favorecendo uma comunicação efetiva nesse âmbito (Simonetti, 2013).

Ao aproximar as palavras “tratamento” e “diálogo”, Gadamer propõe diminuir o distanciamento entre profissional da saúde e paciente. A ciência moderna contribuiu para aprofundar o abismo entre estes, uma vez que o tempo disponibilizado para as consultas não proporciona um espaço para o diálogo. Na compreensão do filósofo, “[...] o diálogo promove a humanização da relação entre uma diferença fundamental, a que há entre o médico e o paciente. Tais relações desiguais pertencem às mais difíceis tarefas entre os seres humanos” (Gadamer, 1993/2011, p. 118).

A linguagem para o campo hermenêutico filosófico tem um destaque diante da dinâmica compreensiva. Para Lawn (2011), a linguagem sob o foco hermenêutico é essencialmente diálogo, remetendo à primazia da fala sobre a escrita. É pelo diálogo que o homem se conecta ao mundo, atribuindo-lhe sentido, interpretando-o. O diálogo, na compreensão gadameriana, vai além de uma conversa em que se estabelece uma troca de informações. Para que uma “arte da conversação” possa ser efetivada, é imprescindível que aqueles que se proponham não “passem ao largo um do outro”, mas que se mantenham no “mesmo passo” (Gadamer, 1960/2015, p. 479). Como, então, favorecer um diálogo efetivo com o outro se utilizando de uma linguagem técnica, e, portanto, enigmática para quem a recebe?

Esta é uma questão importante quando se reflete sobre a comunicação estabelecida no contexto hospitalar. A linguagem utilizada pelos profissionais da saúde se coloca como “barreira” em muitos momentos, para uma compreensão das questões relacionadas com o adoecimento, tratamento. Os questionamentos trazidos pelos pacientes são percebidos como desnecessários ou incômodos pela equipe. Há pouca abertura para um diálogo. A comunicação que se estabelece nesse cenário, em muitos momentos, visa somente informar o sujeito de alguns procedimentos. É uma via de mão única e o profissional geralmente comanda o que é dito.

O abuso de termos técnicos pelos profissionais da saúde é algo incentivado na formação médico-científica, mas que interfere na relação profissional-paciente, dificultando o diálogo. Segundo Moura (2012), identificou-se como entrave na comunicação entre médicos e pacientes: a falta de clareza, o abuso de jargões e o não esclarecimento de expressões utilizadas por ambos. O que acontece na comunicação entre médico e paciente num “encontro clínico tradicional” é o que se denomina de “afunilamento da narrativa”, uma vez que há uma seleção por parte do profissional médico do conteúdo trazido pelo paciente. Todo interesse se volta para os elementos que conduzam, especificamente, a uma lógica pautada na identificação de sintomas patológicos, sustentados pela racionalidade científica. Consequentemente, há uma perda de outros aspectos também relevantes para a compreensão das demandas trazidas pelo paciente, que não se restringem ao diagnóstico de doenças.

Nesse âmbito, o psicólogo em atuação no contexto hospitalar possui um papel fundamental, ao identificar por meio da escuta do paciente, questões que possam estar interferindo na comunicação com a equipe e impossibilitando o restabelecimento do equilíbrio. Ismael (2010, p. 21), ao abordar a importância da comunicação para o paciente, destaca que esta é relevante para “[...] diminuir a ansiedade, dirimir as fantasias, desmitificar as idéias preconcebidas”. Além disso, o psicólogo possui uma tarefa desafiadora nesse contexto, que é de incenti-

var o paciente no diálogo com os profissionais da saúde, mesmo nas limitações encontradas quanto à terminologia médica utilizada por estes.

Para uma práxis que conduza ao desvelamento e à resolução de problemas, é fundamental um diálogo estabelecido com clareza. O saber-fazer do psicólogo deve-se fundamentar em formas de compreensão do processo de adoecimento, do cuidado e do diálogo terapêutico pautado em princípios éticos, em que o homem seja reconhecido em seus diversos modos de constituição, em sua complexidade, seja no campo biológico, psicológico, social, dentre outros, ou seja, na dimensão de sua totalidade.

Considerações finais

O olhar da psicologia no contexto hospitalar, com suas diversas abordagens que se propõem a pensar e aprofundar temas relativos à compreensão da pessoa humana, tem contribuído para fomentar e ampliar as discussões, o que se constitui um diferencial num espaço onde se tem um predomínio de profissionais com uma formação sustentada pelo modelo médico-biológico, com um enfoque objetivante dos fenômenos encontrados.

Diante dessa difícil tarefa de atuar num contexto onde a racionalidade científica é valorizada e a subjetividade humana, em alguns momentos, é minimizada em sua influência sobre o sujeito adoecido, é que o psicólogo em atuação no contexto hospitalar necessita nortear seu saber-fazer em parâmetros que o auxiliem a pensar mais profundamente sobre estes fenômenos, considerando que nesse espaço se identifica um universo de produção de subjetividades, de sentidos.

Partindo de uma concepção filosófica, ou, mais especificamente, do paradigma hermenêutico filosófico, considera-se como importante e necessário dirigir-se uma reflexão crítica à concepção metodológico-científica, cuja referência fundamenta o saber médico-biológico, como paradigma que sobredetermina as discussões e intervenções acerca dos fenômenos de saúde e doença, bem como a formação tanto médica quanto de outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Combater a objetificação do humano é fundamental para se resgatar elementos de sua subjetividade, considerando o sentido atribuído por este quando lançado no mundo da vida.

É um desafio poder pensar para além de paradigmas reconhecidos, como o modelo médico biológico, que no decorrer dos tempos tem consolidado seu modo de pensar e atuar por meio da medicalização da sociedade num contexto mais amplo. Não desconsiderando seu lugar de relevância no campo da saúde, com grandes aquisições de conhecimentos técnicos que tem beneficiado as populações, é mister alargar as fronteiras com modos de com-

preensão que contemplem outros aspectos do sujeito, na dimensão de sua totalidade. Tal raciocínio, consideramos de grande relevância quando se trata de perguntar sobre o lugar e as diretrizes que orientam o saber fazer do psicólogo no âmbito hospitalar.

O pensamento gadameriano possibilita refletir, dentre tantas questões, acerca dos parâmetros adotados pela ciência moderna, e de como essa compreensão influencia a atuação humana nos diversos contextos da sociedade. Defende-se, neste estudo, um pensamento que vá além desses posicionamentos, rompendo com os dogmatismos impostos pela ciência, buscando perceber outras formas de experiência que não se restrinja à técnica. Todavia, não o se trata de se instituir um novo paradigma que tenha a pretensão de dar conta de todas as questões relativas ao campo da saúde, ao fenômeno humano, ou, até mesmo, de anular o paradigma médico biológico. Afinal, não podemos ser indiferentes à complexidade que envolve a reflexão sobre o tema da saúde, como bem ressaltam Campos (2012, p. 60): “saúde tem várias dimensões qualitativas e quantitativas. Algumas passíveis de medições objetivas e realizada sem participação ativa dos sujeitos [...]. E outras difíceis de avaliar sem o concurso ativo dos sujeitos implicados”.

E considerando-se os desafios enfrentados pelos psicólogos no cotidiano de trabalho no contexto hospitalar é que se evidenciou a relevância das questões levantadas por Gadamer em seu ensaio sobre o campo da saúde, em que diversos conceitos são trabalhados, dentre eles, a saúde, o adoecimento, a cura, o cuidado, a morte, a comunicação terapêutica, dentre outros, relacionando-os com uma práxis, com um fazer que rompa com as limitações do fazer técnico e científico. O que se intenciona nesta pesquisa, para além de uma filosofia como fundamento a uma prática, é sustentar uma atuação psicológica em âmbito hospitalar comprometida com a compreensão da saúde não apenas enquanto um fenômeno biológico, mas acima de tudo em sua dimensão histórico e existencial que por sua vez sobressai em diferentes situações nos contextos hospitalares e sempre revelam um sujeito conectado ao cotidiano da vida. Assim, a hermenêutica do cuidado com a saúde constitui-se uma referência não apenas de fundamentação teórica, mas de sabedoria prática capaz de rearticular o saber fazer do psicólogo em atuação no contexto hospitalar em diálogo permanente com o fenômeno da saúde ou com os fenômenos de saúde e doença.

Referências

Almeida Filho, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Salvador, 3(1-3), 4-20. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v3n1-3/02.pdf>>.

- Bleicher, J. *Hermenêutica contemporânea*. Lisboa: Edições 70, 1992.
- Campos, G. W. S. (2012). Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos, G. W. S. [et al] orgs. *Tratado de Saúde Coletiva* – 2ª. Edição rev. aum. São Paulo: Hucitec.
- Canguilhem, G. (2000). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Originalmente publicado em 1966).
- Caprara, A. (2003). Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(4): 923-931, jul-ago. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16842.pdf>.
- CFP. *Resolução nº 13/2007* – Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília, DF, 14 de setembro de 2007. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2014.
- Chiattonne, H. B. C. (2014). A significação da Psicologia no contexto hospitalar. In: Angerami, V. A. *Psicologia: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Cengage Learning.
- Fonseca, M. A. (2007). História da clínica e medicina da alma em Michel Foucault. In: Perez, D. O. (Org.) *Filósofos e terapeutas: em torno da questão da cura*. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (2014). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Originalmente publicado em 1980).
- Gadamer, H. G. (1996). *Le problème de la conscience historique*. Paris: Seuil. (Originalmente publicado em 1958).
- Gadamer, H. G. (2011). *O Caráter oculto da saúde*. São Paulo: Vozes. (Originalmente publicado em 1993).
- Gadamer, H. G. (2012). Martin Heidegger, 75 anos. Em: Hans-Georg Gadamer, *Hegel-Husserl-Heidegger*. Tradução Marco Antônio Casanova. Petrópolis: Vozes. (Originalmente publicado em 1964).
- Gadamer, H. G. *Verdade e método I*. (2015). Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Paulo Flávio de Meurer. Petrópolis: Vozes. (Originalmente publicado em 1960).
- Heidegger, M. (2002). *Ser e tempo*. 9. ed. tradução Márcia de Sá Cavalcanti. Petrópolis: Vozes. (Originalmente publicado em 1927).
- Holanda, A. F. (2011). Fenomenologia do “cuidado”: reflexões para um olhar sobre o binômio saúde-doença. In: Peixoto, A. J; Holanda, A. F. *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares*. Curitiba: Ed. Juruá.
- Holanda, A. (2014). Por uma clínica fenomenológica do sofrimento: o sofrer é do sofrente e do existente. In: Costa, I. I. (Org.) *Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Ismael, S. M. C. (2010). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Laplantine, F. (2004). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lawn, C. (2011). *Compreender Gadamer*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Leloup, J. Y. (1996). *Cuidar do ser: Fílon e os terapeutas de Alexandria*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Martins, P. H. (2010). Re-significando a emancipação dos paradigmas na saúde. In: Pelizzoli, M. (Org.) *Os caminhos para o corpo: integração mente e corpo*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Osés, A. O. *Diccionario de hermenéutica*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1997.
- Silva Junior, A. F. (2013). Razão e exclusão: a reabilitação dos preconceitos como crítica hermenêutica a ciência moderna. In: Carvalho, I. S.; Ferreira, R. F. *Processos de exclusão na sociedade contemporânea*. São Luís: EDUFMA.
- Simonetti, A. (2013). *Manual de Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, M. J. P. (2013). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Rio de Janeiro: Vozes.

Valéria Christine Albuquerque de Sá Matos - Possui Graduação em Enfermagem e Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão. É especialista em Saúde da Família pela Universidade Gama Filho e em Saúde Mental pela Universidade Estácio de Sá. Atualmente trabalha como enfermeira numa equipe de Saúde da Família em São Luís-MA e como psicóloga na clínica cirúrgica do Hospital Universitário Presidente Dutra. Endereço: Av. Monção, nº 05, Condomínio Dubai, bloco b, apartamento 908, bairro: Jardim-renascença, cep:65075-692, email: valcasmatos@gmail.com

Almir Ferreira Silva Junior - Possui Doutorado em Filosofia pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Professor Associado I no Departamento de Filosofia, Coordenador de Gestão do PIBID e Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão.

Recebido em 31.05.2016
Primeira Decisão Editorial em 23.09.2016
Aceito em 19.10.2016

LEITURA FENOMENOLÓGICA DA RELIGIOSIDADE: IMPLICAÇÕES PARA O PSICODIAGNÓSTICO E PARA A PRÁXIS CLÍNICA PSICOLÓGICA

*Phenomenological Approach of Religiosity:
Implications for Psychodiagnostic and Psychological Clinic Praxis*

*Leitura Fenomenologica de la Religiosidad:
Implicaciones para el Psicodiagnostico y la Praxis Clínica Psicológica*

MARTA HELENA DE FREITAS
PAULA REY VILELA

Resumo: Este trabalho tem como objetivo apontar, discutir e ilustrar algumas contribuições da fenomenologia com vistas a uma apreciação crítica dos critérios de psicodiagnóstico de experiências religiosas e suas possíveis conexões ou distinções com os sintomas ou quadros clínicos psicopatológicos. Especial atenção será dada àqueles que envolvem o delírio religioso, o qual tem sido frequentemente apontado em certas interpretações de fenômenos religiosos no Brasil, mormente daqueles que se fazem presentes em diversos movimentos messiânicos no país. Para tanto, após alguns esclarecimentos conceituais relevantes, discutindo as conexões e distinções entre espiritualidade, religiosidade e religião, busca-se ancoragem nos princípios fundamentais da fenomenologia husserliana, como também nas contribuições posteriores de Merleau-Ponty e Karl Jaspers, colocando-os em diálogo com as concepções pragmáticas de William James. Toma-se o caso específico de um líder messiânico no Brasil, Mestre Yokaanam, com vistas a ilustrar as implicações da leitura fenomenológica aqui proposta.

Palavras chave: Fenomenologia; Religiosidade; Psicodiagnóstico.

Abstract: This paper aims to highlight, discuss and illustrate the contributions that phenomenology can offer for critically assessing criteria for the psychological diagnosis of religious experiences and their possible connection with or distinctions from psychopathological symptoms or clinical conditions. Especial attention is given to those experiences involving religious delusion because they have been often singled out in interpretations of religious phenomena in Brazil, especially in messianic movements. After putting forward a conceptual clarification and discussion of the connections and distinctions between spirituality, religiosity and religion, the paper presents the fundamental philosophical principles of Husserl's phenomenology and the later contributions of Merleau-Ponty and Karl Jaspers, putting them in dialogue with the pragmatic conceptions of William James. Focusing on the specific case of a messianic leader in Brazil, Master Yokaanam, the paper illustrates the implications of the phenomenological reading proposed here.

Keywords: Phenomenology; Religiosity; Psychodiagnostic.

Resumen: El presente trabajo tiene como objetivo señalar, discutir e ilustrar algunas contribuciones de la fenomenología con miras a una apreciación crítica de los criterios para el psicodiagnóstico de las experiencias religiosas, así como sus posibles conexiones o diferenciaciones con síntomas o cuadros clínicos psicopatológicos. Se prestó especial atención a las experiencias que involucran el delirio religioso, el cual se menciona a menudo en algunas interpretaciones de fenómenos religiosos en Brasil, especialmente los que están presentes en diversos movimientos mesiánicos en el país. Para este fin, después de algunas aclaraciones conceptuales relevantes, y discutiendo las conexiones y diferencias entre la espiritualidad, la religiosidad y la religión, se tomaron como base los principios fundamentales de la fenomenología de Husserl al igual que los aportes posteriores de Merleau-Ponty y Karl Jaspers, poniéndolos en diálogo con las concepciones pragmáticas de William James. Se presenta el caso específico de un líder mesiánico en Brasil, el Maestro Yokaanam, con el fin de ilustrar las implicaciones de la lectura fenomenológica aquí propuesta.

Palabras clave: Fenomenología; Religiosidad; Psicodiagnóstico.

Introdução

Uma pergunta é colocada frequentemente pelo/a estudante de psicologia, no Brasil, ao iniciar seus estudos em Psicopatologia: como distinguir se uma experiência é de cunho religioso/espiritual ou apenas um sintoma psicopatológico? Embora nem sempre esta pergunta seja formulada explicitamente em sala de aula, muitas vezes com receios de ser criticado/a pelos professores ou pe-

los próprios colegas, o/a jovem estudante de psicologia a formula intimamente ou verbaliza entre aqueles/as com quem se sente mais a vontade para falar sobre o assunto. E, mais tarde, ao realizar a experiência de estagiário em saúde mental, a pergunta pode lhe retornar novamente, em contextos ainda mais complexos, pois agora não se trata apenas de um conteúdo teórico a ser apreendido numa disciplina, mas de uma ação concreta de sua parte, seja na emissão de um psicodiagnóstico, seja na natureza do

encaminhamento ou condução da questão que lhe é levada pelo usuário do serviço onde desenvolve o seu estágio.

Sabe-se que a questão em torno das possíveis conexões e distinções entre o fenômeno religioso e o fenômeno psicopatológico esteve presente nas preocupações dos estudiosos em psicologia desde o seu início – ou melhor, desde a sua pré-história – e foi objeto de estudo e reflexão daqueles que a fundaram, embora isso, na maioria das vezes, nem chegue ao conhecimento do/a jovem estudante. A omissão desta realidade aponta, dentre outras coisas, a grande dificuldade dos professores em abordar um tema muito suscetível de mobilizações diversas e que é frequentemente tomado como não relevante para um conhecimento que se pretenda científico. Muito embora se observe, nas duas últimas décadas, uma retomada do tema, com aumento considerável no número de publicações no campo que se convencionou chamar “psicologia da religião”, e isso tenha contribuído para que o tema seja hoje abordado com mais naturalidade em aula, pode-se afirmar que o “cala boca” e a discriminação contra o assunto ainda não morreu, conforme atestam depoimentos recentes de psicólogos que atuam em hospitais e serviços de saúde mental, quando se referem à sua formação (Freitas, 2015).

Se uma das propostas da fenomenologia – da qual Brentano (1838-1917) foi o precursor e Husserl (1859-1938), o seu fundador – é justamente o de “retorno às coisas mesmas” e respectiva qualificação do mundo da vida tal como ele se dá em ato, como esta perspectiva pode contribuir para a mudança deste cenário de silenciamento e marginalização? E, neste caso, como ela pode ajudar estudantes e profissionais no seu percurso de buscar respostas para questões relacionadas ao tema da religiosidade e suas relações com saúde mental? Pode esta perspectiva oferecer instrumentos para um manejo adequado e ético da religiosidade trazida pelo usuário em situações clínicas, a qual muitas vezes é vivida pelo profissional em psicologia como algo que efetivamente “atravessa” o seu trabalho? Se sim, como? Em que e como esta perspectiva pode lhe ser útil na realização do psicodiagnóstico diferencial, quando este se faz necessário, e quais as implicações sobre prognósticos, encaminhamentos e acompanhamentos clínicos?

Mobilizadas pelas questões acima, buscaremos neste artigo, identificar algumas contribuições da leitura fenomenológica da experiência religiosa e suas respectivas relações com fenômenos descritos como psicopatológicos, mormente a questão do delírio religioso, frequentemente apontado em variadas interpretações de fenômenos religiosos no Brasil, incluindo-se aí aqueles que se fazem presentes nos diversos movimentos messiânicos no país. Para tanto, buscaremos ancoragem nos princípios fundamentais da fenomenologia, desde o conceito de intencionalidade, inaugurado por Brentano, e sua retomada por Husserl, seu fundador, como também nas contribuições posteriores de Merleau-Ponty (1908-1961), colocando-as em diálogo com as concepções da psicopatologia com-

preensiva de Karl Jaspers (1883-1969) e as concepções pragmáticas de William James (1842-1910). A escolha destes autores se justifica pelo fato de propiciarem uma perspectiva mais integradora entre diferentes níveis da experiência humana, em vez de reproduzirem um modelo reducionista, pautado na mera dissociação entre racionalidade e crença, afeto e cognição, patologia e normalidade.

A escolha aqui apontada é, portanto, de cunho ético e epistemológico. E, naturalmente, reflete o viés destas autoras que, em pesquisas recentes, têm empregado tais referenciais para repensar a prática do profissional de saúde – dentre eles o psicólogo – nos contextos das reformas sanitária e psiquiátrica. Em especial, nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPs, os quais devem contar com os recursos disponíveis no território onde estão localizados, incluindo-se aí aqueles oferecidos pelas muitas e diversas comunidades e instituições religiosas presentes em todas as regiões do país.

Iniciando com alguns esclarecimentos conceituais

A complexidade no terreno da chamada Psicologia da Religião se inicia pela dificuldade em conceituar fenômenos de natureza religiosa. Como bem lembra Baltazar (2003), alguém já disse que religiosidade é algo que se compreende bem até o momento em que se resolve defini-la. Portanto, do ponto de vista fenomenológico, o primeiro cuidado a ser tomado é o de que, ao procurar fazer esclarecimentos epistemológicos e conceituais necessários para a devida compreensão do assunto, não se incorra no mero esvaziamento do próprio fenômeno, a ponto de fazê-lo perder-se completamente de vista.

Uma porção de termos são empregados neste campo e foge aos propósitos deste capítulo nos referirmos a todos eles. Mas cabem alguns esclarecimentos sobre o que estamos aqui chamando de religiosidade, apontando também suas intrínsecas relações com dois outros conceitos que lhe são correlatos: espiritualidade e religião. Buscaremos fazer isso sem os retirar do âmbito em que são experimentados existencialmente pelas pessoas, de carne e osso, no seu contexto de vida.

Reproduziremos aqui uma definição descrita anteriormente em outro trabalho, onde uma de nós (Freitas, 2012, p. 199) emprega o termo religiosidade para se referir àquelas disposições humanas que levam à pessoa a experimentar fenômenos religiosos. Embora, a princípio, esta definição possa parecer tautológica, ela tem o mérito de legitimar a experiência, remetendo-nos ao sentido original do termo alemão *Erlebnis*, conforme aponta Valle (1998). Em outras palavras, a religiosidade é algo experimentado desde o âmago de si mesmo – ainda que sem excluir o que está fora, dotado de profunda imediatividade em termos de sentimento, ainda que acompanhada de intensa elaboração do pensamento – e portadora de sentido e valor evidentes em si mesmos para o próprio sujeito que assim a vivencia”.

Segundo Aletti (2012), muitos autores têm preferido o termo espiritualidade para se referir à dimensão psicológica, baseada em experiências subjetivas e emoções, buscando fazer referência a um processo mais genérico, e provavelmente universal, que movimenta o homem na direção da “busca de sentido”. Este termo, por sua vez, tem sido frequentemente empregado para fazer oposição ao conceito de religião, quando se toma esta última como voltada para o aspecto institucional, caracterizando uma dimensão mais estática, ancorada à tradição, ao dogma e à doutrina que apresenta uma concepção simultaneamente moral e normativa.

De uma perspectiva fenomenológica, esta polarização entre os dois conceitos é vista como tendo um caráter reducionista, ao invés de propulsor à compreensão mais genuína da experiência em causa. Isso porque uma pessoa, em geral, está justamente movida por este impulso pela busca de sentido ao filiar-se a uma instituição religiosa. Esta pode se caracterizar, naquele momento, como uma possível resposta, uma forma de atender justamente à demanda de sentido existencial. Afinal, no decorrer da história da humanidade, tem sido justamente o compartilhamento destas possíveis respostas para esta demanda de sentido o que, em conexão com outros aspectos socio-culturais, embora também políticos, fazem originar a religião enquanto sistema coletivo de crenças.

Ressaltamos, então, que, segundo o aporte fenomenológico, a espiritualidade é definida nos moldes em que nos ensina Husserl (1936/2008), voltando-se “exclusivamente para os homens enquanto pessoas e para sua vida e realizações pessoais, bem como, correlativamente, para as figuras dessas realizações”. Ora, isso implica necessariamente na capacidade de reflexão sobre si mesmo, bem como sobre sua experiência junto ao mundo circundante, tanto no sentido horizontal, na sua relação com outros homens, como no sentido vertical, na sua abertura a uma dimensão que o transcende, a qual pode ser caracterizada por ele mesmo como sendo de âmbito religioso ou não. Ou seja, aquilo que o impulsiona em direção à busca de sentido pode ou não encontrar resposta no ponto irredutível da experiência religiosa. Desta perspectiva, a espiritualidade é, portanto, pelo menos do ponto de vista lógico, uma experiência anterior à da religiosidade e esta última, por sua vez, simultaneamente anterior e/ou posterior à religião. O conceito de religião fica então reservado para se referir a uma modalidade de resposta compartilhada e que assume, como o refere AmatuZZi (2001, p. 32), a forma de uma

[...] organização externa, mais ou menos coerente, de crenças, valores, mitos e ritos que giram em torno de um enfoque da questão do último, e que frequentemente corresponde à existência histórica de um corpo social hierarquizado ao qual algumas pessoas dão a sua adesão.

A partir do exposto, elaboramos uma figura que busca ilustrar o lugar ocupado pela religiosidade e suas relações com a espiritualidade e a religião, conforme a seguir.



Figura 1: Concepção de religiosidade.

Este modo de definir a religiosidade é pleno de implicações para atuação do psicólogo, na medida em que o estimula a não repetir tendência frequentemente encontrada nos depoimentos sobre o assunto: aquela que tende a associar espiritualidade a uma dimensão saudável e religião a uma dimensão patológica, como se viu com frequência em depoimentos de profissionais entrevistados no contexto da saúde mental (Freitas, 2012; 2013). Ao mesmo tempo, ela o permite descobrir uma forma de avaliar, junto ao próprio usuário, o que em sua própria forma de responder às demandas de sentido existencial está legitimamente ancorado numa religião ou está apenas sendo “sufocado” ou pelo menos “moldado” pela imposição de um sistema de respostas não genuinamente acreditado ou creditado por ele próprio.

Por outro lado, o modelo proposto permite qualificar tanto a singularidade quanto a diversidade no encontro de respostas às demandas de sentido existencial, sejam eles ancorados ou não num sistema coletivo de crenças compartilhadas. Ao reconhecer isto, o terapeuta poderá buscar identificar, junto ao seu paciente, o quanto o seu próprio sistema de crenças foi ou não abraçado às custas da inibição da sua capacidade reflexiva sobre si mesmo e/ou sobre o mundo em que se situa.

O modelo permite, ainda, evitar que o exame desta capacidade reflexiva se reduza apenas ao nível da racionalidade, preservando o espaço para a dimensão intuitiva e pré-reflexiva. Visando elucidar melhor esta perspectiva, buscaremos no próximo item recorrer a algumas contribuições do próprio Husserl e também de Merleau-Ponty.

Recuperando operações que nos põem em relação genuína com o outro

A concepção pautada no modelo médico adotado pela psicopatologia, no seu esforço de catalogação das chamadas “doenças mentais”, presume que a relação da mente com o mundo é dada, e que os delírios, dentre eles os religiosos, por exemplo, podem ser identificados a partir de sua falsidade, incorrigibilidade e certeza. Ocorre que esta concepção exige uma distinção supostamente objetiva

entre o que é falso e verdadeiro, tendo como parâmetro o julgamento via percepção externa, nos moldes em que se sustenta o modelo científico que vingou no contexto ocidental. Este modelo gerou também uma série de critérios, baseados na forma e no conteúdo do fenômeno observado, visando possibilitar a distinção e o diagnóstico diferencial entre o que se poderia chamar de experiência psicótica e experiência espiritual genuína, sistematizados por Jackson e Fulford (1997, p. 43) conforme ilustra a Tabela 1.

Tabela 1: Distinção entre experiência espiritual e psicose segundo a psicopatologia clássica.

Experiência Espiritual	Psicose
Ortodoxia doutrinária – conteúdo aceitável pelo grupo subcultural	Conteúdo bizarro – particularmente acompanhado de reivindicações de <i>status</i> divino ou poderes especiais
Elementos sensoriais são “intelectuais” (experimentados como conteúdo mental)	Elementos sensoriais são “corporais” (experimentados como percepções verídicas)
Alucinações predominantemente visuais	Alucinações predominantemente auditivas
Crenças formadas com possibilidade de dúvida. <i>Insight</i> presente	Crenças incorrigíveis. <i>Insight</i> ausente
Duração breve	Duração estendida
Controle voluntário sobre as experiências	Experiências são involuntárias
Orientada para o outro	Auto orientada
Auto atualizadora”; potencializadora de vida; frutos espirituais	Desintegradora; deterioração no funcionamento da vida.

(Reproduzido e adaptado de Jackson e Fulford, 1997, p. 43).

Os próprios autores que sistematizaram o conteúdo da tabela acima avaliam, entretanto, que as distinções entre experiência espiritual e psicopatológica aí apontadas, e que estão na base da elaboração das proposições para diagnósticos diferenciais contemplados nos manuais de psicopatologia – como, por exemplo, o DSM – não se apoiam somente em fatos científicos objetivos, mas envolvem também julgamentos de valor. Pautando-se sobre uma perspectiva cognitivista, os autores mostram como que a distinção aí pretendida depende, antes, da maneira pela qual os próprios “fenômenos psicóticos” estão inseridos nos valores e crenças da pessoa envolvida, com importantes implicações tanto para o diagnóstico, como para o tratamento e para a investigação em psicopatologia.

De fato, se fôssemos adotar ao pé da letra os critérios relacionados no referido quadro, correríamos o risco de classificarmos como psicóticos todos os fundadores das chamadas seitas messiânicas em nosso país, dentre eles: Antônio Conselheiro, em Canudos; Padre Cícero, em Juazeiro; Jacobina Mentz, em Sapiranga; Mestre Yokaanam, em Anápolis e Tia Neiva, no Distrito Federal. Afinal, todos os itens apontados nas duas colunas da Tabela 1 ficam à mercê não apenas de nossa observação externa, mas também de nossos próprios conteúdos valorativos. Para ilus-

trar, tomemos como foco de reflexão o aspecto apontado na última coluna da tabela e nos perguntemos se o que se considera como tendo funções “integradoras” na vida não sofreria variações de julgamentos conforme se adote um ou outro sistema de valor. Assim, se nos voltamos, por exemplo, para a análise do ocorrido com Jacobina Mentz¹, constatamos que a experiência religiosa foi vivida por ela própria, bem como pelos integrantes da comunidade por ela fundada, como sendo de natureza profundamente integradora. Entretanto, tal experiência foi interpretada, desde o início, pelos líderes religiosos e, posteriormente, também por médicos e políticos da localidade, como extremamente perigosa, ameaçadora e desintegradora. Tanto que, baseados neste argumento, chegaram a levar ao violento extermínio da referida líder religiosa e seus adeptos, estes últimos estigmatizados pela comunidade local com a denominação pejorativa “os Muckers”.

Uma perspectiva fenomenológica vai exigir revisão bastante crítica do paradigma supostamente objetivo que deu origem aos critérios de forma e conteúdo elencados na referida tabela, e que foram ditados por uma ciência que se pretendeu absolutamente confiável ao defender distinção asséptica entre um saber técnico e outro especificamente humano. A mudança paradigmática possibilitada pelo olhar fenomenológico, ao invés de procurar afastar o vivido a favor de uma elaboração assepticamente técnica, busca incluí-lo, reconhecê-lo e valorizá-lo por si mesmo, tomando-o como fundamentalmente intrincado às questões humanas que deram origem ao conhecimento e aos quais estes se reportam. Esta postura é fundamentada no aporte filosófico desenvolvido por Husserl (1950/2000) e, posteriormente, reelaborado por Merleau-Ponty (1945/1999).

Especificamente em relação ao tema da religião, alguns textos de Husserl mostram uma reflexão filosófica tanto de cunho teórico quanto ético sobre o problema de Deus, como o apontam as investigações de Bello (1998; 2000). Embora sua posição a respeito das relações entre filosofia e religião tenha sido muito clara, propondo que a primeira comporte-se como a-téia, enquanto via de pesquisa, o filósofo apresenta várias indicações acerca do Absoluto (*quoad se*) e da consciência enquanto ponto de partida (*quoad nos*). Conforme interpreta Bello (1993/2000), tais indicações giraram sempre em torno da questão do “sentido”, de modo que a análise fenomenológica, enquanto descrição, não vai se deter propriamente no dado tomado em sua facticidade, mas sim na possibilidade de se conhecer, intuitiva e imediatamente, o sentido desse dado, tomando-o como uma questão fundamental.

A originalidade husserliana se deu por denunciar o grande mal-estar decorrente da polarização entre uma perspectiva idealista e outra empirista, e caracterizando-se

¹ Jacobina Mentz: líder religiosa que esteve à frente da Revolta dos Muckers, ocorrida no Rio Grande do Sul na segunda metade do século XIX. Vide filme denominado “A Paixão de Jacobina”, dirigido por Fábio Barreto e baseado no romance “Videiras de Cristal”, de Luiz Antônio de Assis Brasil, o qual relata a história da mesma.

por priorizar os modos de racionalidade intuitiva, os quais não correspondem às estruturas estritamente de cunho lógico-formal (1936/2008). Por não serem completamente irreduzíveis a rotinas governadas por algoritmos (Freitas, 2012), este modo de racionalidade dá lugar a um conhecimento sensível, ou seja, que se dá a partir da própria experiência ao invés de se situar apenas além ou fora dela. Neste sentido, o pai da fenomenologia possibilita uma crítica consistente à redução da ideia de mundo, convidando à abertura de um campo fenomenal que nos propõe reencontrar a experiência direta em relação ao outro, não devendo esta ser meramente categorizada enquanto suposto saber científico, psicológico ou filosófico. Em outras palavras, se queremos que a reflexão conserve os caracteres descritivos do objeto ao qual ela se dirige e o compreenda verdadeiramente, não devemos considerá-la como o simples retorno a uma razão universal, mas realizá-la antecipadamente no irrefletido, considerando-a como uma operação criadora e participante, ela mesma, da facticidade do irrefletido, em sua intencionalidade própria e constitutiva. Se aplicarmos isso à consciência e experiência religiosa, isso não quer dizer que, para Husserl, o misticismo seja uma experiência da ordem do puramente “irrefletido”, mas dele emerge também como uma “possibilidade ideal” que convoca a imaginação, como todas as demais experiências humanas em seu potencial.

Em continuidade, também o fenomenólogo Merleau-Ponty (1945/1999) aponta, criticamente, que a reflexão nunca tem sob seu olhar o mundo inteiro e a pluralidade das mônadas desdobradas e objetivadas; ela em geral dispõe de uma visão parcial e de uma potência limitada. Compreendemos a noção de mônada, a partir de Leibniz (1714/1979), que nos diz que a mônada demonstra aquilo que o ser é, em sua unicidade e seu lugar no cosmos, tendo em vista a identidade e a diferença dos pontos substanciais que compõem o mundo. Assim, vemos que a mônada não se resume a um modo empírico, mas vai para além da pura condição apresentada pelas limitações da matéria e da percepção. Pensamos, tal como o filósofo, que a mônada significa um modelo exemplar que dá vazão a um ato descritivo do universo, mostrando originariamente a incapacidade de apreendê-lo.

A partir desta perspectiva, temos que considerar que, quando o juízo passa a ser visto como um julgamento, modelo da psicopatologia tradicional, podemos ter prejuízos no ato de perceber um objeto. É isso o que mostra Merleau-Ponty (1945/1999), ao fazer uma crítica à percepção empírica. Ou seja, ao definirmos um delírio religioso como juízo falso da realidade, ou como alteração do pensamento, podemos estar reduzindo a realidade a um discurso tecnicista que geralmente não contempla as muitas realidades que podem estar encobertas por trás de uma realidade que aparece. Esta percepção das mônadas umas sobre as outras é que leva a uma postura de abertura diante do objeto de estudo, receptível ao como ele quer se mostrar, de forma que passamos a tratá-lo co-

mo uma pedra bruta prestes a ser lapidada. E, percebam, uma pedra que interage com aquilo e aquele que a lapida.

Por analogia, tomemos o exemplo das retas de Müller-Lyer, reproduzidas de Merleau-Ponty (1945/1999, p. 27), na Figura 2. Embora não se pretenda aqui reduzir fenomenologia da religião à fenomenologia da percepção, esta figura é muito interessante para ilustrar as diversas maneiras pela qual um/a psicólogo/a clínico/a pode lidar com a estranheza e/ou a ambiguidade de uma determinada experiência religiosa, dada a percepção daquilo que lhe é muitas vezes apresentada pelo paciente, no seu esforço de estabelecer suas conexões e distinções das experiências psicopatológicas.



Figura 2. Retas de Müller-Lyer

Assim, por exemplo, o/a psicólogo/a pode adotar postura equivalente à do observador que, diante destas duas retas, age peremptoriamente movido pelo intuito de identificar se elas são iguais ou desiguais. Este observador, preocupado em chegar a uma conclusão que lhe seja absolutamente fiável do ponto de vista científico, desconfiará, logo de saída, daquela primeira impressão inicial de que estas retas são desiguais. Tal desconfiança substitui, no plano reflexivo, aquela primeira impressão visceral – que ele/a agora a chamará de ingênua e/ou precipitada – e será acompanhada da busca de recursos para medir objetivamente o tamanho das retas centrais. Ao medi-las e constatar que as linhas centrais são do mesmo tamanho, descarta por completo aquela primeira impressão visceral que lhe fazia acreditar, no plano perceptivo inicial, de que elas são desiguais.

Ora, se diante de uma manifestação religiosa trazida no contexto clínico, o/a psicólogo/a agir como o nosso observador imaginário, ele/a deixará de qualificar justamente aquelas impressões primeiras, da ordem da sensibilidade, com as quais se viu afetado/a de primeira mão diante da experiência do outro, e passará de imediato à uma comparação fundamentada tecnicamente entre aquilo que é, de fato, uma experiência religiosa e aquilo que caracteriza um delírio religioso, partindo do princípio que esta dimensão supostamente objetiva é que lhe traria resposta fiável, científica. Ocorre que aquele “descarte” das impressões iniciais efetuado pelo nosso observador imaginário se deu à custa de certo “mascaramento”; um esforço consciente de negação das impressões pré-predicativas, irrefletidas, pois que esta impressão original de que as retas são desiguais nunca se desfaz por completo. Afinal, por mais que cada um de nós tenhamos nos deparado inúmeras vezes

com as retas de Müller-Lyer, identificaremos sempre, em nós mesmos, a impressão visceral de que elas são desiguais. Metaforicamente, o psicólogo/a estará cometendo este mesmo equívoco.

Mas, digamos que nosso observador imaginário fizesse o contrário: ficasse apenas com aquela impressão primeira, sem nenhum comprometimento com a atividade reflexiva que lhe daria acesso àquela verdade secundária, de cunho científico, tomando justamente a impressão visceral inicial como verdade, ou seja, concluindo que as retas são de fato desiguais. Um/a psicólogo/a clínico que agisse de maneira equivalente não só qualificaria a experiência religiosa que lhe fora trazida pelo seu paciente, ou usuário do serviços em que atua, como também assumiria como verdade absoluta o impacto original que lhe fora impresso diante dela. Do ponto de vista ético, isto teria diversas implicações, caracterizando facilmente uma perspectiva religiosa em substituição a uma perspectiva profissional. Por isso, esta perspectiva precisa ser acompanhada de um movimento reflexivo, de cunho ético e epistemológico, sob pena de desresponsabilizar o psicólogo do seu lugar de profissional.

As duas posições ilustradas anteriormente retratam duas alternativas possíveis diante da condição de um observador que se impôs previamente a necessidade de decidir por uma resposta ou outra: ou estas retas são iguais ou elas são desiguais. De modo equivalente, no caso do psicólogo/a, a imposição de uma decisão fechada seria, por exemplo: ou esta experiência é legitimamente religiosa ou se trata de delírio religioso. Ou seja, o problema central está naquela exigência categorial de saída perante uma experiência que é do outro mas que é também compartilhada, tornando o vivido objeto de mera escrutinização técnica. E é justamente com tal exigência que a fenomenologia evita compactuar de saída. Em outras palavras, para o fenomenólogo, esta exigência não se impõe.

Ao trazer o exemplo das retas para ilustrar a dicotomia entre o empirismo e o idealismo, Merleau-Ponty (1945/1999), por muitos designado como o filósofo da ambiguidade, nos faz um convite à atitude contemplativa. Ou seja, a de que nos debruçemos mais longamente sobre o fenômeno que se nos apresenta, atentando-nos simultaneamente e ainda mais profundamente sobre aquele complexo de atos e operações que constituem a nossa consciência e o modo como ela se vê afetada diante, pela e na presença do que se lhe é mostrado. Desta forma, um observador que adota esta terceira postura, ao visualizar a Figura 2, poderia descobrir, por exemplo, que as duas retas abertas nas extremidades na reta superior, quando integradas ao movimento intencional operante de sua consciência, expressaria de modo intuitivo impressão de abertura e extensão, enquanto que o contrário ocorreria com as duas retas fechadas nas extremidades da reta inferior, imprimindo-lhe impressão de fechamento e contração. Vê-se aí, então, movimento simultaneamente intuitivo e reflexivo, que lhe permitiria compreensão ge-

nuinamente fenomenológica, concluindo, p.e., que sua primeira visada, em ato, é acompanhada de uma espécie de apreciação intuitiva, onde a primeira reta superior é percebida como maior em potencial, enquanto a inferior, menor em potencial.

Ora, a atitude acima descrita implicaria assumir que “a unidade da experiência não é garantida por um pensador universal que exporia diante de mim os conteúdos da experiência e me asseguraria, em relação a eles, toda a ciência e toda a potência” (Merleau-Ponty, 1945/1999, p. 394). Em vez disso, ela deveria ser sempre buscada em seu estado nascente, ainda que reconhecendo-a sempre envolta nos limites do horizonte perceptivo, mostrando-se e escondendo-se simultaneamente, no seu contínuo e sempre incompleto desvelar-se. Isso exigiria do psicólogo, no exame da experiência religiosa e de suas respectivas conexões ou distinções do delírio místico, despojar-se de quaisquer preconceitos ou valores *a priori*, inclusive daqueles que se sustentam sobre certezas supostamente científicas ou dadas por sucessivas constatações empíricas, como se lhe quisessem fazer crer serem as diversas classificações dos manuais psiquiátricos. Tal esforço, de “redução fenomenológica”, nunca será tarefa acabada, pois ela depende de uma intencionalidade temática no seu movimento sempre incompleto de alcançar a intencionalidade operante. Entretanto, é por meio dele que se pode assegurar uma perspectiva realmente crítica e não meramente reprodutora dos jargões disponibilizados pela linguagem psiquiátrica ou psicologizante.

Curiosamente, um famoso líder messiânico no Brasil demandava esta mesma espécie de despojamento, talvez justamente por ter experimentado, em si mesmo, as vicissitudes e riscos de um diagnosticado psiquiátrico, objetivante. Deste modo, assim alertava acerca da inadequação de um olhar escrutinizador e meramente classificatório sobre as experiências religiosas: “Procurar entender um fenômeno, antes de entregar-se à sua sensação interior, à repercussão dele no ponto central místico de todos nós, é o mesmo que querer descobrir a vida estripando cadáveres” (Yokaanam, versão 2011, p. 21). Naturalmente que o compromisso e a responsabilidade profissional do/a psicólogo/a exigem que ele/a não fique apenas nesta primeira perspectiva, intuitiva, sendo necessário que busque avançar rumo à reflexividade da experiência em foco, fazendo valer o verdadeiro sentido do verbo “entender”.

O filósofo Merleau-Ponty não se enveredou mais propriamente para o terreno específico da psicopatologia. Mas, no decorrer da história deste campo de confluência entre psicologia e psiquiatria, muitos outros autores o haviam feito, dentre eles o filósofo, médico e fenomenólogo alemão Karl Jaspers (1913/1979), cuja obra “Psicopatologia Geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica” tornou-se bem conhecida no Brasil. Vemos, na proposta jaspersiana, um esforço de realizar, concretamente, aquela terceira posição descrita anteriormente, como buscaremos ilustrar no subitem a seguir.

Conciliando as posturas humana e profissional

Ao buscar oferecer instrumentos para que se possa diagnosticar um delírio, diferenciando-os, por exemplo, de uma experiência espiritual religiosa, Jaspers (1913/1979) reconhece que também o delírio é um grande enigma, só sendo possível de ser interpretado quando se conhece com precisão os fatos que o acompanham e lhe constituem. Questiona, então: se chamamos delírio qualquer juízo falso, incorrigível, essa realidade humana universal, quem haverá que não delire, desde que, afinal, seja capaz de uma convicção? Neste sentido, conclui que, quem pensa serem ideias delirantes as ilusões fecundas que se vêm na vida dos povos e na existência do indivíduo, acaba por tratar como doença algo que é traço básico no ser humano. A questão está muito mais em saber no que se funda a incorrigibilidade da crença defendida pela pessoa, devendo, portanto, tanto o delírio como a experiência religiosa, serem compreendidos em seu rendimento psicológico, em sua fenomenologia, em sua compreensão genética e no entendimento global de seu significado factual.

Naturalmente que, ao tentarmos nos aproximar das vivências delirantes primárias, ou de experiências religiosas que nos soam completamente singulares, logo notamos que não nos é possível apresentar de maneira concreta os modos de vivência estranhos para nós. Sobra sempre um resto de algo (in)compreensível, (in)apreensível e (im)perceptível. Deste modo, toda compreensão de processos reais particulares subsiste, mais ou menos, como interpretação, e só em casos raros se consegue alcançar graus de perfeição do material objetivo convincente. Se compreendemos, diz Jaspers (1913/1979), é na medida em que os dados objetivos dos movimentos expressivos, atos, manifestações verbais, auto narrações, impõem, mais ou menos, semelhante compreensão.

O autor diz também que, liberta de qualquer realidade concreta, é evidente uma conexão psíquica, mas só podemos afirmá-la na medida em que nos são fornecidos os dados objetivos. Chama, portanto, nossa atenção para estes dados objetivos, ressaltando entretanto que, quanto mais os interpretamos, menos os compreendemos. Nesta perspectiva compreensiva, tem o cuidado de destacar o caráter inefável da experiência vivida, já que esta conserva sempre um fundo remanescente inexaurível. Assim, reconhece que interpretar é necessário, chegando inclusive a propor alguns modos explicativos para definir o delírio, as quais coincidem com alguns daqueles contemplados anteriormente no Tabela 1, buscando trazer elementos para constituição de um saber técnico ao qual o profissional de saúde mental não pode se esquivar. Entretanto, o fenomenólogo chama a atenção para que esta postura jamais se aliene de uma percepção contextualizada, empática, compreensiva e intuitiva, devendo aceitar seus limites em se tratando da complexidade da experiência humana.

Metaforicamente, poderíamos aqui propor, então: que a nossa conclusão lógico-perceptiva quanto à igualdade

de das retas centrais, mostradas na Figura 2, jamais nos aliene daquela impressão primeira de que elas são desiguais. Ao fazermos isso, estaríamos jogando fora a água suja com o bebê junto e nos alienando daquela dimensão visceral, sensitiva e intuitiva que também nos constitui enquanto seres humanos habitando um mundo que se nos apresenta sempre como fenômeno, e nunca, jamais como puro fato objetivo.

A concepção jaspersiana de se ater aos elementos que designa de “rendimento psicológico” pode bem ser aproximada da proposição do pensar pragmático de William James (1902/1995), no sentido de que toda experiência, independente de ser previamente classificada como delirante ou genuinamente religiosa, deva ser compreendida a partir do mundo da vida da própria pessoa, ou seja, o que ela significa e o impacto disso na vida pessoal e relacional, em que é dada atenção ao indivíduo e às suas variadas formas de comportamento. Enquanto Jaspers cuidou de descrever os delírios, W. James cuidou de descrever os fenômenos religiosos, considerando-os como estados mentais concretos, sendo que as emoções que os acompanham são entidades psicológicas distinguíveis de outras emoções, estando em regiões diferenciadas da consciência, com as seguintes características: inefabilidade, dimensão noética, transitoriedade e caráter de passividade. Neste sentido, aproxima-se também de Wittgenstein (1921/1968), ao dizer que a inefabilidade, para quem a experimenta, desafia a expressão, pois não se pode fazer com palavras nenhum relato adequado do seu conteúdo. Disso se segue que a sua qualidade precisa ser experimentada diretamente; não pode ser comunicada nem transferida a outros.

A qualidade noética, para James (1902/1995), diz respeito aos estados de conhecimento para quem tem experiências místicas. São iluminações, revelações cheias de significado e importância. Via de regra, carregam consigo um senso curioso de autoridade pelo tempo sucessivo. A transitoriedade refere-se aos estados místicos que não podem ser sustentados por muito tempo. A não ser em casos raros, meia hora, ou, quando muito, uma ou duas horas, parecem ser o limite além do qual eles se desfazem gradualmente à luz do dia.

Por último, a passividade. Segundo James (1902/1995), depois que a espécie característica de consciência se impõe, o místico tem a impressão de que a sua própria vontade está adormecida e, às vezes, de que ele está sendo agarrado e segurado por uma força superior. Esta última particularidade liga os estados místicos a certos fenômenos definidos de personalidade secundários ou alternativos, tais como o discurso profético, a escrita automática ou o transe mediúnico. Entretanto, segundo o autor, quando estas últimas condições são bem pronunciadas, pode não haver nenhuma recordação do fenômeno, e pode não haver significação alguma para a vida interior usual do sujeito, para a qual, por assim dizer, ele representa uma simples interrupção.

James (1902/1995) nos alerta que a divergência mostra o quanto é importante não desprezar nenhuma parte das conexões de um fenômeno, pois nós o fazemos parecer admirável ou medonho de acordo com o contexto no qual o estudamos. O autor ressalta que o conhecimento de Deus, Sagrado, Divino ou Transcendente, ou seja, daquilo que se constitui o objeto/sujeito da crença religiosa, não pode ser apenas discursivo; tem de ser intuitivo, isto é, tem de ser construído mais segundo o padrão do que, em nós mesmos, se chama sensação imediata, do que segundo a proposição do julgamento.

A perspectiva descrita acima é condizente com o que tratamos no início deste capítulo acerca da noção de experiência. Ao se referir à experiência religiosa, Edênio Valle (1998) considera que qualquer experiência, fato, fenômeno ou objeto pode ser hierofânico, isto é, revelador do divino, para os seres humanos em busca de transcendência, seja qual for essa. Mas ao mesmo tempo, o mistério inefável, presente no fenômeno, essa última e sempre oculta dimensão da fé religiosa, jamais é atingido, não pode ser explicado, apenas tangenciado. Assim é que o autor nos diz que a experiência religiosa é atingida, de modo muito especial, por essa ambiguidade radical, constituindo-se como uma noção equívoca.

Retornando, então, à postura compreensiva proposta por Jaspers (1913/1979), consideramos que ela demarcou um avanço da ciência psicológica no sentido de acolher o outro sem os pressupostos, pré-juízos, pré-conceitos, tão caros à psicologia, para alcançar o outro de modo empático, sensível, intuitivo e que vá de encontro ao que se mostra à nossa consciência. Este nível do pensamento e práxis acaba sendo colocado em dúvida quando escapa da padronização explicativa e interpretativa, que permitiu à psicologia ascender-se como ciência. Neste sentido, vemos a necessidade de retorno à epistemologia desta ciência, examinando cuidadosamente o que foi deixado para trás e que mudou os rumos de sua práxis.

Revedo o legado de Jaspers, percebemos que suas perspectivas vão além do modelo meramente explicativo, o qual foi adotado e ainda tende a vigorar, de forma hegemônica, no ocidente. Sob o aspecto da existência, Jaspers (1913/1979) diz que o (in)compreensível é a liberdade que se apresenta na decisão incondicionada, na apreensão do sentido absoluto; como se apresenta na experiência básica, quando, a partir da situação empírica, se forma a situação marginal que desperta a existência para a autonomia. Vemos, através de sua psicologia compreensiva, que a iluminação existencial toca esse mais do que compreensível, toca a própria realidade na possibilidade da autonomia, recordando, alertando e revelando.

Assim, Jaspers (1913/1979) pensa que o ser humano não é simples realidade empírica; mas, sim, como tudo mais quanto é real, ele se vem a fazer significativo, embora sem possibilidade de verificação, numa contemplação metafísica. O autor ainda diz que à ciência psicopatológica cabe esclarecer os fatos que iluminam a experiência

metafísica. Sendo assim, consideramos que iluminar a experiência religiosa implica em reconhecermos o aspecto metafísico contido na sua experiência empírica. Ou seja, há atitudes, pensamentos, modos de funcionamento que se mostram como que (in)exprimíveis, (in)cognoscíveis, (in)explicáveis do ponto de vista da ciência positivista, mas isto não implica dizermos que estes não fazem parte da experiência. Há que se considerar que o imanente e o transcendente fazem parte da experiência humana e se fazem presentes na sensibilidade, na intuição e na intencionalidade da consciência daquele que está em contato com experiências humanas.

Neste sentido, o autor ressalta que não é possível compreensão psicológica sem que se pense em conteúdos (imagens, formas, símbolos, ideias); sem que se veja expressão, sem que se co-vivenciem os fenômenos vivenciados. Do mesmo modo, não se pode falar nos conteúdos sem se pensar na realidade psicológica para a qual existem; não se pode contemplar a expressão sem compreendê-la em seus motivos; e quase não se pode descrever coisa alguma sem ver, de imediato, as conexões compreensíveis. Ou seja, o procedimento do psicólogo compreensivo significa partir de uma intuição compreensiva total, pela qual se tomam as formas expressivas e os fenômenos apresentados em seu conjunto, em termos de forma e conteúdo, que podem também ser decompostos e esclarecidos de uma perspectiva explicativa e analítica por mecanismos lógicos ou extra conscientes, percebendo-se a possibilidade da existência como base suscetível de investigação empírica, mas considerando-se que esta última se esbarra constantemente nos seus próprios limites.

Ilustrando com o caso Yokaanam

A história messiânica do Mestre Yokaanam pode ser considerada um caso paradigmático do que viemos expondo até aqui. Ela foi descrita e refletida do ponto de vista fenomenológico em outros estudos desenvolvidos por estas autoras (Vilela, 2015; Vilela & Freitas, 2016), tomando-se seus próprios manuscritos como principal fonte de análise, combinando-se, portanto, análise documental e descrição da história de vida. Por outro lado, a trajetória do referido líder tem chamado a atenção de antropólogos, sociólogos, historiadores (Negrão, 2001; Mello, 2004; Cipriano, 2005) e de importantes psicopatologistas, como foi o caso do cubano Emílio Mira y Lopez (1957), criador do teste miocinético PMK. Este último chegou a ilustrar, em um de seus livros, a experiência do referido líder messiânico como um caso de “paranoia religiosa”, sendo que tal diagnóstico teve caráter polêmico e controverso. Elegemo-la, portanto, para ilustrar resumidamente as implicações clínicas do que expomos anteriormente.

Um olhar fenomenologicamente crítico permite considerar, inicialmente, que a experiência deste líder messiânico se deu num campo não apenas subjetivo, ou do

que ele próprio descreveu como da ordem de um dom profético-mediúnico e que lhe fora revelado pela divindade espiritual. Ela se estendeu também para um campo intersubjetivo, ao ser legitimada pelo seu contexto e pelo imaginário social, num momento histórico do país em que o próprio carisma do Mestre foi também nutrido pelas necessidades, anseios e fé daquelas pessoas que decidiram segui-lo.

Conforme aponta Cerqueira (2014), os movimentos messiânicos não nascem por decreto, ou por voluntariedade de um indivíduo iluminado. Estes movimentos só acontecem quando pessoas estão incomodadas e começam a canalizar seu mal-estar na busca de alternativas de solução. Há que se considerar, portanto, que o movimento messiânico do Mestre Yokaanam foi impulsionado pelo processo de interiorização do país e inserido na perspectiva de uma Brasília erguida sob o ímpeto do sagrado, como nos mostra Araújo (2009). A autora chama a atenção para a pressão social, econômica e religiosa que os migrantes ecléticos fraternários enfrentavam no contexto da criação da Fraternidade Eclética. Destaca ainda o imaginário social em que a capital de Brasília foi construída, num ideário de paraíso de fartura e abundância, que resultaria em uma civilidade ideal, numa perspectiva de desenvolvimento e integração nacional com uma ideia visionária da terra prometida.

Deste modo, Brasília e seu entorno apresentou, desde suas origens, como campo de experiência e de produção que reúne vários elementos representativos desse novo tempo, mas que se ligam a outras fontes, além do mito místico que envolve a sua construção. Emerge no espaço da capital a experimentação, o convívio, a integração de várias sistematizações religiosas oriundas de diversas doutrinas e de outras visões de mundos. Segundo Araújo (2009), estas representações simbólicas e sagradas marcam tanto o imaginário social de Brasília, quando propiciam o surgimento de seitas e grupos responsáveis por uma nova visão de mundo. Sensível a este aspecto, mestre Yokaanam instaura sua cidade santa nos arredores da mística Brasília e consolida assim o ideário da terra prometida.

Se retomamos aqui a metáfora das retas de Müller-Lyer, poderíamos dizer então que os seguidores de Yokaanam se mantiveram na primeira impressão visceral, pré-reflexiva, pois esta lhes fazia total sentido diante de suas perspectivas naquele momento. Enquanto isso, ao expor o diagnóstico de paranoia religiosa, o médico cubano desprezou esta primeira impressão, e se manteve naquela impressão secundária, reflexiva, fruto de uma perspectiva meramente analítica e classificatória, e que, ao invés de primar pela sua avaliação pragmática, primou pela sua avaliação técnico-científica e categorial.

Inspirados na postura fenomenológica descrita anteriormente, como poderia então se posicionar o/a nosso/a observador/a ou psicólogo/a imaginário/a diante deste caso, adotando aquela posição que não se compromete de saída em decidir se aquelas retas são iguais ou desiguais?

Qual seria a resposta clínica deste psicólogo/a compreensivo diante da experiência deste que nos relata, em sua própria autobiografia, que seu movimento teve início na década de 40, quando ele mobilizou e converteu centenas de famílias para sua religião, a Fraternidade Eclética Espiritualista Universal? Esta comunidade foi depois fundada oficialmente no Estado do Goiás, mas remanescente da sua origem no Rio de Janeiro. Yokaanam passou a realizar curas espirituais e se experimentava como um profeta. Mudou então suas vestimentas e sua aparência. Com cabelos e barbas longas, vestido com seu balandrau, pregava a união das religiões, dava assistência a crianças carentes e acolhia os que estavam dispostos a seguir seus mandamentos inspirados nas doutrinas cristã, espírita e umbandista. Buscou aproximar-se também da maçonaria, do budismo e das filosofias que falam do cosmos universal.

O trabalho de Yokaanam (Versão 2011), conforme ele próprio descreve, foi realizado no meio da pobreza, e muitos homens não sabem quem é ele, demonstrando curiosidade com sua figura estranha e supondo que ele seja um homem especial ou esquizofrênico. À sua maneira, ele busca tranquilizar seus fiéis citando o exemplo de Jesus, e diz para que não se escandalizem por chamarem-no de doido e quererem colocá-lo em um manicômio. Alega que aqueles cientistas que tiveram estas intenções sabem que ele é uma “parada dura nesta jornada dos dias que precedem ao fim dos tempos”, sabem que ele é o “delegado previsto para restaurar, antes, todas as coisas” e, por isto, quiseram interná-lo.

Como compreender o relato daquele que se intitula Mestre e que começou a desenvolver suas atividades mediúnicas aos treze anos de idade? Como diagnosticar a sua convicção de que foi do milagre de ter sobrevivido a um acidente provocado pela queda do avião que pilotava, que emergiu então sua decisão por “seguir seu chamado messiânico”, ou seja, exercer sua mediunidade, realizar as curas espirituais e ajudar ao próximo? Como responder empaticamente a uma experiência sobre a qual identificamos, de saída, a (im)possibilidade de termos acesso completo ao seu mundo, através do mundo sensível? Fenomenologicamente, uma primeira atitude será assumir que, embora este seu mundo possa nos ser (in)acessível, isso não implica que seja inexistente, já que podemos constatá-lo pelo seu comportamento e modo de reagir, assimilada em seu contexto como a de um benfeitor, a ele e ao próximo; neste sentido, distanciando-se daquilo que a própria ciência estabelece como doença mental, pois que esta é associada a sofrimento e à incapacitação para a vida.

Se pensamos na ótica daquilo que clinicamente se conhece por paranoia, sim, vemos em Yokaanam um delírio persecutório, quando afirma que todos tramam contra ele, quando ele se sente um enviado de Deus, um ser especial. Ele se disse profeta, e isto requer um psiquismo inflacionado, que se evidencia nas suas auto-intitulações e suas relações com os grandes mestres espirituais da hu-

manidade. Mesmo assim, não se tem nenhum instrumento objetivo para se afirmar que isto seja ou não verdade. De todo modo, a práxis fenomenológica considerará a descrição da percepção de Yokaanam sobre sua experiência, numa postura compreensiva e não meramente interpretativa. Além disto, não fechará os olhos para seu compromisso de altruísmo junto à sua comunidade, o que não parece constituir muito o quadro psicótico, tradicionalmente caracterizado com sintomas de ensimesmamento e alienação da realidade externa. Como aponta estudo etnográfico realizado por Mello (2004, p. 38), no âmbito da Cidade Eclética, para os discípulos de Yokaanam, ele é tido como símbolo da esperança de que a humanidade siga o exemplo de altruísmo, desprendimento material e atitude de humildade. Reconhecer estes sentidos, que se situam no fundo do coração destes seus seguidores, não é o mesmo que assumir que o bem que ele tenha praticado o redima de qualquer patologia. Não se trata disso! Isso implica abrir-se à experiência subjetiva e intersubjetiva de outrem, que mesmo que se apresente por meio de um eu inflacionado, mostra-se também, efetivamente, como aquele que ama e que é amado.

Diante desta constatação, cabe então ao profissional da saúde mental rever o que aprendeu sobre psicopatologias, seus funcionamentos, seus contextos, já que um diagnóstico psiquiátrico implica, de antemão, aproximar-se de uma experiência humana com um certo viés, um olhar que pode ser estigmatizante e mudar o destino da pessoa. Esta opção, de colocar entre parêntesis todas formas de *a priori* caracterizadas pelos saberes indexadores, permite-lhe qualificar a experiência vivida pelo outro, presente na esfera de sua consciência, e que ele busca compartilhar conosco. No caso de Yokaanam, sua experiência é a de um homem que considerava ter um destino religioso e espiritual traçado já desde que nasceu, quando foi curado e sua própria mãe teve uma visão de que ele seria especial. Na sua vivência subjetiva e intersubjetiva, isso lhe fora confirmando ao longo de sua vida por diversas vezes, inclusive mais tarde quando foi chamado por Como deve ficar: um general que lhe comunicou que, a partir de então, seu caminho seriadiferente do de um piloto de avião.

Bello (1998) nos alerta de que o papel da fenomenologia é descobrir os momentos essenciais e característicos das várias ontologias regionais, ou seja, dos diversos domínios do saber, onde o termo ontologia adquire um significado totalmente diferente do tradicional de investigação em torno do ser, apontando não a questão da essência, mas investigando o que é a realidade de um determinado domínio do saber. Pensando assim, o clínico também se volta para a realidade de Yokaanam a partir do que ele mesmo busca mostrar.

Do ponto de vista explicativo e interpretativo, o clínico poderia diagnosticar Yokaanam como um homem que, após a queda de um avião que pilotava, teve um surto psicótico, desenvolvendo um modo de funcionamento paranóico. Este tipo de interpretação se fundamentaria

inclusive na própria psicopatologia explicativa Jaspersiana, quando esta prioriza a forma e o conteúdo do delírio. Assim, temos um homem profano se transformando em profeta, com muitas auto-referências e auto-intitulações, com mudanças de hábitos e aparência, com “poderes espirituais de cura”, ensimesmado, projetivo, com pensamentos persecutórios em torno daqueles que não o reconheceram como um ser especial. Poderíamos desenvolver um estudo nesta perspectiva e teríamos em seus escritos fundamentos para tais explicações. Mas, este mesmo clínico, se minimamente imbuído de sensibilidade, questionaria a epistemologia deste modo de fazer ciência, a ética em se adotar tal postura, as consequências dela na práxis clínica da saúde mental de pessoas que, como Yokaanam, apresentam discursos e manifestações de ordem religiosa e/ou espiritual.

Atendo-se a uma postura compreensiva e não meramente interpretativa, a percepção deste clínico acerca de Yokaanam buscaria compreender o que a sua experiência significou para ele, considerando-se aí os efeitos de tal significância. Veria aí, então, também um homem que deixou um legado para a humanidade, fundou sua doutrina, prestou assistência aos doentes e necessitados e compreendeu isso como uma forma de realizar sua “missão”. Embora isso não venha, por si só, a redimi-lo de qualquer suposta patologia mental, associar estes fatos a uma doença psíquica acaba sendo incompatível do ponto de vista social, já que a “doença” é algo que se presta muito mais a destruir que propriamente construir destinos bem-sucedidos, como este de Yokaanam. Assim é que, ao pensarmos na sua experiência religiosa e, ampliando nossos horizontes, na experiência humana de todos aqueles que nos chegam, temos como premissa este exercício de se considerar estes modos de existir no mundo. Esta postura pode ter implicações decisivas no modo de se compreender, diagnosticar, lidar e tratar os mais diversos fenômenos no campo da saúde mental.

No âmbito da Psicologia da Religião, temos o legado de Vergote (1969), que também nos inspira a recorrer às crenças que sejam observáveis ao nível das expressões verbais, simbólicas e comportamentais, buscando investigar, enquanto clínicos, a maneira específica de se colocar, daquele que nos diz vivenciar uma experiência religiosa, em relação com aquilo que ele crê ser “absoluto”. Ao fazer isso, embora exercendo o princípio da “exclusão metodológica do transcendente”, princípio enunciado por Flournoy, o/a psicólogo/a jamais tomará o “absoluto”, ou Deus, como seu objeto de observação, mas sim os atos propriamente humanos dirigidos a Ele, sem deslegitimá-los.

Ou seja, ao se deparar com a experiência religiosa do outro, o/a psicólogo/a não pode simplesmente fazer coincidir a vida religiosa com a vida psicológica, devendo manter o caráter referencial da intenção da consciência e do ato religioso. Deste modo, o estudo e a compreensão do psiquismo deve respeitar a especificidade da consciência humana, que é uma consciência aberta ao mundo,

aos outros, a Deus, e que reduzir a religião ao puramente humano, em si mesmo, equivale a desnaturalizar o objeto da psicologia religiosa.

Edênio Valle (1998) complementa esta ideia ao dizer que a tarefa da psicologia da religião, no âmbito das ciências humanas, é estudar a origem e a natureza da mente religiosa humana. Neste sentido, ela não busca definir o que a conduta religiosa é, e sim porque e como alguns fenômenos religiosos se dão no interno da estrutura psicológica de um sujeito. Este último autor faz uma interessante analogia ao falar do campo da psicologia. Ele diz que, até o século XIX, a psicologia era apenas uma província do imenso império da filosofia e/ou da teologia. Foi conquistando, aos poucos, sua autonomia, mas guarda ainda uma íntima conexão com a discussão conceitual filosófica que lhe é subjacente.

Retornando a Vergote (1978/1998), importante lembrar também que, embora a religião tenha se convertido em objeto de interpretação para a nova ciência psicopatológica, esta jamais encontrou explicação científica para concepções religiosas ou espiritualistas ou evidências que pudessem confirmá-las ou refutá-las. Também Aletti (2012) ressalta que o que qualifica ou é qualificado pelos métodos e os modelos da psicologia, ao buscar estudar e compreender o fenômeno religioso e/ou espiritual, não é a religião em si, mas a pessoa religiosa. Desconsiderar isso é cometer grave equívoco ético e epistemológico.

Carrette (2004; 2013) considera que não há como escapar ao método de James, ou seja, de análise da experiência humana segundo a simples coleta de experiências a partir de relatos pessoais. Assim também qualifica o relato narrativo da experiência, retirando do cientista a autoridade da interpretação dessa experiência e apontando para a necessidade de uma auto-reflexividade em relação aos processos cruciais que caracterizam a hermenêutica e a política de nossa representação da mesma.

O código de ética do psicólogo (Conselho Federal de Psicologia, 2005) é frequentemente citado por estudantes e psicólogos quando entrevistados sobre o modo como lidam com a religiosidade de seus pacientes (Freitas, 2012; 2013; 2015). Conforme Neubern (2013), a tendência é se concentrar, de modo quase obsessivo, no art. 2, item b, o qual diz que “ao psicólogo é vedado induzir convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais”.

Entretanto, o/a estudante ou profissional esquece-se de que, no mesmo código, existem outros dois princípios fundamentais, que também regem a prática de sua profissão, conforme reproduzido a seguir (Conselho Federal de Psicologia, 2005):

I. O psicólogo baseará seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiando-se nos valores que embasam a declaração universal dos direitos humanos.

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, violência, crueldade, opressão.

Ora, ao esquecer estes dois princípios, este/esta psicólogo/a age como aquela observador/as que, ao se deparar com as retas de Müller-Lyer, concentra-se apenas nas duas linhas centrais da figura, desprezando o efeito fundamental das setas que estão em suas extremidades. Ocorre que, ao fazer isso, exclui justamente a dimensão do mundo da vida da pessoa, desqualificando suas crenças. Sua atitude, então, não será a de “induzir” uma convicção religiosa, mas a de rejeitar algo central na vida daquelas pessoas religiosas e da própria sociedade ou comunidade onde está inserida. Este psicólogo/a, conforme o ressalta Neubern (2012), ao agir assim, estará trabalhando contrariamente à sua integridade subjetiva e a seus direitos como pessoa e cidadã.

Neubern (2013) aponta ainda que, enquanto nas ciências humanas, de um modo geral, a experiência religiosa era reduzida a outras dimensões, como a luta de classes ou as estratégias de poder e dominação, na psicologia, a redução tendia a se restringir a relação entre funções psíquicas ou a uma perspectiva psicopatológica. Sendo assim, considera que o que o/a psicólogo/a, que age como ilustrado no parágrafo anterior, parece não conseguir vislumbrar é que tais explicações, mesmo que pertinentes em alguns momentos, geralmente estão longe dos sentidos subjetivos ligados ao sagrado para aquelas pessoas, num distanciamento tão grande quanto ao mundo de suas experiências que a relação terapêutica pode se tornar irremediavelmente comprometida.

Deste modo, o/a clínico/a imbuído/a de uma perspectiva empática compreenderá as experiências religiosas de Yokaanam não simplesmente pela sua forma ou seu conteúdo, que se assemelham ao delírio religioso, ou pelos discursos de poder que vigoram no ocidente, como a noção de juízo, que tendem a dicotomizar as percepções humanas entre falsas e verdadeiras. Em vez disso, ele poderá olhar para elas como intrínsecas à sua própria história de vida e, nesta, ao seu destino vivido como profético, comportando sentidos fundamentais em seu contexto e junto aos que o cercam. Estes sentidos fundamentais não podem ser simplesmente reduzidos a categorias psiquiatricas em nome de um suposto saber científico, a preço de ocultar aquilo que ressalta aos olhos atentos e sensíveis ao mundo da vida.

Afinal, se o destino dado a Yokaanam tivesse sido determinado a partir do diagnóstico psiquiátrico, seu enquadramento em uma patologia ou quadro clínico clássico de paranoia, por exemplo, teria modificado completamente seu destino. Deste modo, então, os arredores de Brasília e os brasileiros em geral não teriam, em sua história, uma comunidade religiosa chamada Cidade Eclética, onde muitas pessoas encontraram e ainda têm encontrado sen-

tidos para suas vidas. E em vez de Mestre, ele teria sido internado num hospital psiquiátrico, desprovido de seus direitos de ir e vir, condenado a tratamento medicamentoso provavelmente pelo resto de sua vida. Perguntemos: a quem interessaria este outro destino?

Considerações finais

A título de considerações finais, retomemos com Husserl (1931/2001) a noção de *Lebenswelt*, a qual pretendia significar a experiência vivida, geralmente excluída pelas investigações das ciências naturais. O filósofo diz que este “mundo da vida” não é suficientemente universal e abstrato para servir de princípio e não é suficientemente concreto para servir ao mundo histórico, mas ao mesmo tempo é fundamentação axiológica de qualquer conhecimento elaborado nele e acerca dele. A tentativa de conciliar esses dois elementos representou para Husserl um paradoxo. E parece que não só para ele, mas também para aqueles que fazem ciência humana e a praticam na clínica cotidiana.

Este paradoxo com que Husserl se defrontava reflete em diagnósticos como aquele que foi dado a Yokaanam pela psiquiatria, pois por mais que hajam pensamentos e comportamentos que possam levá-lo à aproximação do modo de funcionamento paranóide, há que se considerar aquilo que representou sua experiência para ele, assim como também seus efeitos no mundo da vida, para ele e muitos fiéis. Se uma perspectiva hermenêutica se faz necessária para evitar-se o relativismo absoluto ou os riscos de fiar-se numa descrição meramente ingênua da realidade, ela também não se pode dar ao preço de uma interpretação apressada e comprometida apenas com a categorização da experiência humana.

Sabemos que o diagnóstico médico dá direção e conduz o tratamento, e neste sentido reconhecemos sua importância. Ele nos serve de guia ou mapa para tomar decisões importantes, como por exemplo, sobre a necessidade de medicação ou não. Mas fechá-lo numa pessoa que é singular e em constante processo de transformação, acaba sendo problemático, sobretudo quando nos deparamos com fenômenos que são poucos claros pelo discurso científico, como o são aqueles de ordem religiosa ou espiritual. Isso não significa, necessariamente, cair num relativismo total quanto à possibilidade de distinção entre o que é patológico e o que é religioso, mas implica em ampliar, significativamente, os critérios empregados para esta distinção. Significa também questionar os modelos dicotômicos, que defendem uma espécie de assepsia absoluta entre uma coisa e outra, como se a própria patologia não pude comportar experiência religiosa ou vice-versa. Significa, ainda, tecer uma reflexão suficientemente crítica para reconhecer que estas categorizações estão sempre contextualizadas historicamente. Para ilustrar este aspecto, basta lembrar que se, em W. James (1902/1995),

o tronco tomado para análise do que era ou não saudável foi a própria experiência religiosa, cerca de 100 anos depois, com frequência, o tronco tomado para esta análise é a própria patologia, como se vê, por exemplo, em Jackson e Fulford (1997).

Por último, ressaltamos que vemos o esforço da psiquiatria em fazer um exame cuidadoso dos casos em que fenômenos místicos se entrecruzam com os psicóticos. Mas sabemos que temos muito a avançar no modo de olhar e tratar fenômenos desta ordem e este avanço implica também no retorno aos fundamentos em que esta nossa ciência foi se constituindo. Pensamos que um retorno às coisas mesmas, no sentido em que apontou Husserl, seria, então, o primeiro passo para tanto, sob pena que acreditarmos eternamente, no âmbito de nossa racionalidade, que as retas de Müller-Lyer são simplesmente iguais, a despeito de conservarmos em nós mesmos, também eternamente – no nível da primeira impressão, de cunho visceral, que elas são desiguais.

Referências

- Aletti, M. (2012). A psicologia diante da religião e da espiritualidade: Questões de conteúdo e de método. Em M. H. Freitas & J. G. Paiva (Orgs.). *Religiosidade e cultura contemporânea* (p. 157-190). Brasília: Universa.
- Amatuzzi, M. M. (2001). Esboço de teoria do desenvolvimento religioso. Em J. G. Paiva (Org.). *Entre necessidade e desejo: diálogos da psicologia com a religião* (p. 25-51). São Paulo: Loyola.
- Araújo, D. N. (2009). Um líder messiânico em terras do planalto central. *Revista caminhos da história*, 5(2). Recuperado em Setembro de 2013, de http://www.uss.br/pages/revistas/revistacaminhosdahistoria/revistahistoria2009-2/revistaeletronica/arquivos/Artigo_Daniela_Nunes.pdf
- Baltazar, D. V. S. (2003). *Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: Impasse ou possibilidade?* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Mangueiras.
- Bello, A. (1998). *Culturas e religiões: uma visão fenomenológica*. (A. Angonese Trad.) São Paulo: Edusc.
- Bello, A. A. (2000). Edmund Husserl (1859-1938) – Teologia e teologia. Em G. Penzo & R. Gibellini, *Deus na filosofia do século XX*. (R. L. Ferreira, Trad.), (p. 65-74). São Paulo: Loyola. (Trabalho original publicado em 1993)
- Carrette, J. R. (2004). The return to James: Psychology, religion and the amnesia of Neuroscience. Em W. James, *Varieties of religious experience: A study in human nature* (p. xxxix-lxiii), Centenary Edition. London and New York: Routledge. (Obra de James originalmente publicada em 1902 e introdução de Carrette ao centenário da Obra originalmente publicado em 2002).

- Carrette, J. R. (2013). Foundations, power and criticism: rethinking the Psychology of Religion with William James. Em M. H. Freitas; G. J. Paiva & C. Moraes, *Psicologia da Religião no mundo ocidental contemporâneo: desafios da interdisciplinaridade* (p. 51-88). Brasília: Universa.
- Cerqueira, S. B. (2014). Conteúdos messiânicos milenaristas nos movimentos pentecostais e neopentecostais. *Revista observatório da religião*, 1. Recuperado em outubro de 2013, de: <file:///C:/Users/ml/Downloads/307-607-1-PB.pdf>.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, DF.
- Cipriano, J. R. (2005). *Cidade eclética: messianismo, carisma e rotinização*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Goiás, Goiânia.
- Freitas, M. H. (2012). Religiosidade na experiência de atuação psi: sintoma ou saúde? Em M. H. Freitas & G. J. Paiva (Orgs.), *Religiosidade e cultura contemporânea: desafios para a Psicologia* (p. 191-230). Brasília: Universa.
- Freitas, M. H. (2013). Religiosidade e saúde mental em imigrantes: a percepção de psiquiatras e psicólogos ingleses e brasileiros. Em M. H. Freitas; G. J. Paiva & C. Moraes (Orgs.), *Psicologia da Religião no mundo ocidental contemporâneo: desafios da interdisciplinaridade* (p. 257-274). Brasília: Universa.
- Freitas, M. H. (2015). Manejo da religiosidade nos contextos de saúde: a experiência de psicólogos/as [Resumo Estendido]. In GT Psicologia & Religião da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP) & PUCPR (Org.). *Anais do X Seminário de Psicologia & Senso Religioso*, 10. Curitiba: PUCPR. Recuperado em julho de 2016 de: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/spsr?dd99=anais>.
- Husserl, E. (2000). *A idéia da fenomenologia*. Lisboa / Portugal: Edições 70. (Originalmente publicado em 1950).
- Husserl, E. (2008). *A crise da humanidade européia e a Filosofia*. Covilhã: LusoSofia. (Originalmente publicado em 1936).
- Husserl, E. (2001) *Meditações cartesianas: Introdução a fenomenologia*. (F. Oliveira, Trad.) São Paulo: Madras. (Originalmente publicado em 1931)
- Jackson, M. & Fulford, K. W. M. (1997). Spiritual experience and psychopathology. Em K. W. M. Fulford & J. Z. Sadler. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 4(1): 2-26.
- James, W. (1995). *As variedades da experiência religiosa: um estudo sobre a natureza humana*. (O. M. Cajado, Trad.). São Paulo: Cultrix. (Originalmente publicado em 1902).
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*, 1. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu. (Originalmente publicado em 1913).
- Leibniz, G. W. (1979). *A monadologia*. (M. Chauí Trad.). São Paulo: Abril Cultural. (Originalmente publicado em 1714).
- Mello, G. B. R. (2004). Os peregrinos ecléticos cristãos. *Cader-nos de campo*, 12, 25-40. Recuperado em Setembro de 2013, de <file:///C:/Users/ml/Downloads/53884-67606-1-SM.pdf>
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. (C. A. R. Moura, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1945).
- Mira y López, E. (1957). *Psiquiatria*, 2. Rio de Janeiro: Editora Científica.
- Negrão, L. N. (2001). Revisitando o messianismo no Brasil e profetizando seu futuro. *Revista brasileira de ciências sociais*, 16(46). Recuperado em Setembro de 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v16n46/a06v1646.pdf>.
- Neubern, M. (2013). O que significa acolher a espiritualidade do outro? Considerações de uma clínica ethnopsy. Em M. H. Freitas, G. J. Paiva & Moraes, C. (Orgs.) *Psicologia da Religião no mundo ocidental contemporâneo: desafios da interdisciplinaridade* (p. 145-183). Brasília: Universa.
- Valle, E. (1998). *Psicologia e experiência religiosa*. São Paulo: Loyola.
- Vergote, A. (1969). *Psicologia religiosa*. (Versão espanhola de M. H. Miñon.). Madrid: Taurus.
- Vergote, A. (1998). *Culpa e desejo*. Dos ejes cristianos y la desviación patológica. Peru: Fondo de Cultura Económica. (Originalmente publicado em 1978).
- Vilela, P. R. (2015). *A experiência religiosa de Yokaanam no contexto da saúde mental: uma leitura fenomenológica*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Brasília, Brasília.
- Vilela, P. R. & Freitas, M. H. (2016). Saúde mental, religiosidade, psicodiagnóstico e dignidade humana: o caso Youkaanam. Em L. C. L. Tomaz & R. A. F. Tomaz, *Dignidade da pessoa humana: temas contemporâneos*. Uberlândia: Composer.
- Wittgenstein, L. (1968). *Tractatus logico-philosophicus*. (J. A. Giannotti, Trad.). São Paulo: Nacional/USP. (Trabalho original publicado em 1921).
- Yokaanam. (Versão 2011). *Entre apupos e homenagens*. Elpidio (Org.). Santo Antônio do Descoberto, GO: Editora Jornal O Nosso.

Marta Helena de Freitas - Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, com Pós-Doutoramento no *Department of Religious Studies, School of European Culture and Languages, University of Kent at Canterbury*, UK e pelo Programa Doutoral em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal. Endereço Institucional: Universidade Católica de Brasília, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Mestrado Em Psicologia. SGAN 916, Módulo B, W5 Norte Asa Norte. CEP: 70.790-160. E-mail: mhelenadefreitas@gmail.com

Paula Rey Vilela - Graduada em Psicologia pela Universidade do Estado de Minas Gerais e Mestre em Psicologia, pela Universidade Católica de Brasília. E-mail: paulareyvilela@gmail.com

Recebido em 14.07.2016
Primeira Decisão Editorial em 05.09.2016
Aceito em 08.12.2016

TEXTOS CLÁSICOS

A GÊNESE PSICOLÓGICA DO ESPÍRITO MATERNO¹

F. J. J. Buytendijk

(1960)

Eis a formulação: a gênese psicológica do espírito materno contém duas noções – a noção de *gênese* e a de *espírito* – cujo significado deve ser elucidado a fim de evitar qualquer mal-entendido. A concepção de uma gênese psicológica nos reenvia ao fenômeno de certo desenvolvimento orgânico, tendo a sua origem, pois, na estrutura de um gérmen realizando-se em estágios definidos e de maneira autônoma e determinada. Tal desenvolvimento pode ser cientificamente descrito por meio de uma pesquisa analítica segundo uma sucessão de formas. Essas transformações de estruturas não são, contudo, compreendidas como um desenvolvimento verdadeiro se não se tem visado, por meio de tais mudanças, a ideia temática que as une. Tal tematização se revela quando se compreende os estágios iniciais à luz do organismo completo; este aqui, sim, é concebido organicamente sob a condição de não ser descrito como um sistema de correlações, mas como um sistema de significações. M. Merleau-Ponty em seu estudo sobre *A Estrutura do Comportamento*² e, o Sr. Ruyer, em sua profunda pesquisa acerca de *A Gênese das Formas Vivas*³, têm-nos, definitivamente, persuadido a propósito da *diferença essencial entre as transformações físicas e os desenvolvimentos vitais*.

Acredito que será necessário dar-mo-nos conta do fato de que a aplicação da noção de gênese no domínio psicológico levanta inúmeras dificuldades a serem consideradas em função do problema que nos ocupa, de momento.

A dificuldade fundamental tem sua origem na definição da psicologia. Caso se aceite a opinião corrente de que a psicologia é a ciência dos comportamentos, seremos obrigados a distinguir as reações vitais dos animais e do homem fundadas inteiramente nas estruturas nervosas dos comportamentos que resultam de uma *intencionalidade* consciente ou inconsciente. O problema da relação desses atos intencionais com

a corporeidade está no centro da psicologia moderna⁴, já que esse problema tem sido posto de uma maneira incontestável pela reflexão sobre a realidade humana e animal. Na psicologia clássica, tem-se concebido a consciência e também o inconsciente como uma “interioridade” caracterizada por uma estrutura de conteúdos, representações, processos suscitados por forças ocultas, tendências inatas e adquiridas. Essa interioridade seria, portanto, uma totalidade determinada, “um *organismo físico*”. Tal concepção consentiria, facilmente, a ideia de um desenvolvimento, de uma verdadeira gênese à maneira de um evento natural.

A concepção moderna da consciência ou do *Ego* rejeita, categoricamente, tal gênese, mas ela aceita uma *historicidade* individual que, de todo outro modo, põe a questão de um desenvolvimento. Cada história é caracterizada pela negação de qualquer determinismo absoluto; ela se faz segundo uma ordem *provável* e manifesta, portanto, certa regra, certa direção, mas também uma contingência.

Falando de uma gênese psicológica em geral, é preciso compreender como o desdobramento, a diferenciação das relações intencionais de um sujeito e do mundo atravessa uma historicidade, na qual o acaso ocupa um lugar, mas também uma iniciativa, uma espontaneidade e, no ser humano, uma *liberdade*, que permanecem perfeitamente inexplicáveis.

A dificuldade que consiste em aplicar uma noção biológica aos fenômenos psicológicos parece ser menos decisiva se pretendermos descrever o desenvolvimento de uma função isolada, a formação de um hábito, o aprimoramento de uma aptidão, o desabrochamento de uma faculdade, de uma disposição.

Nesses casos, os fatos nos levam a supor um “gérmen” – embora desconhecido – das circunstâncias favoráveis que determinam a sua evolução. Quando, porém, está em questão um *espírito* no sentido de uma atitude pessoal, na qual se manifesta a escolha decisiva e permanente de um valor e, por conseguinte, de uma vocação exprimindo-se num projeto de mundo e de existência, é inadmissível

¹ Tradução de Claudinei Aparecido de Freitas da Silva. Publicado originalmente em F.J.J. Buytendijk, *La genèse psychologique de l'esprit maternel*; publicado em *Les Études Philosophiques*. Paris: PUF, (oct/déc 1960), Nouvelle Série, 15e Année, n° 4, p. 453-472. (NT).

² M. Merleau-Ponty. *La structure du comportement*. Paris: PUF, 1942. Em português: *A estrutura do comportamento*. Trad. M. V. M. Aguiar. São Paulo: Martins Fontes, 2006. (NT).

³ Raymond Ruyer. *La genèse des formes vivantes*. Paris: Flammarion, 1958. (NT).

⁴ Por “psicologia moderna” se entende, aqui, as tendências ou correntes psicológicas (como a Psicanálise, a Gestalttheorie, etc.) emergentes no início do século XX. (NT).

ocultar o mistério da formação do “espírito” pela aplicação confusa da noção de gênese.

O único meio de seguir essa formação com uma justa deferência ao olhar da realidade humana será de reencontrar o solo de uma coexistência original pela qual um mundo se abre e começa a existir.

Se aceitarmos essa união transcendental do ser humano e de uma realidade na qual cada um de nós se encontra inserido, isto é, engajado de certa maneira, se pode tentar seguir o curso de uma existência que termina na manifestação de tal *espírito*. É nesse sentido que eu pretendo compreender a noção da gênese psicológica do espírito materno. A possibilidade de um esclarecimento do movimento existencial que conduz ao espírito materno nos é dado, imediatamente, pelo princípio da antropologia atual.

Eu tomo a liberdade de propor-vos esse princípio por uma formulação precisa, dada recentemente por A. de Waelhens:

A consciência é radicalmente, encarnada, embora sempre intencional; ela não é plenamente transparente, pois, uma vez encarnada, a consciência é *real* e, portanto, co-existente com as coisas e com outrem⁵.

A função da consciência é “a descoberta de significações que, incessantemente, a consciência-comportamento confere em tudo o que ela se relaciona – em virtude de sua co-existência com as coisas e de seu poder de torná-las inteligíveis” (p. 125). Pela noção não habitual de “consciência-comportamento”, se pretende exprimir o fato fundamental, amplamente enunciado por M. Merleau-Ponty, de que o comportamento representa e exprime um “saber” que não é refletido. Assim, se deve aceitar uma consciência engajada, uma consciência posicional, uma vez que De Waelhens diz precisamente: “É o comportamento do homem, todo inteiro, que é luminoso” (*lumen naturale*) “como fundador ou instaurador do sentido” (p. 126). No comportamento se manifestam as *intenções operantes* (*Fungierende Intentionalität*, segundo Husserl)⁶, “que constituem a unidade natural e ante-predicativa do mundo e da vida, uma unidade que se manifesta mais claramente que em nossa consciência objetiva, em nossos desejos, nossas avaliações, nossa paisagem e que fornece o texto do qual os nossos conhecimentos buscam ser a tradução, em linguagem exata” (p. 123)⁷.

Nossa investigação acerca da gênese do espírito materno será orientada pela ideia de uma consciência-comportamento e pela concepção de que “o espírito se faz por meio do corpo” no curso da existência.

⁵ Em Husserl et la pensée moderne. La Haye, 1959, p. 115-129.

⁶ Ver: Husserl, E. Formale und transzendente Logik. Hamburg: Meiner, 1992, p. 297 (Gesam. Schriften, 7). (NT).

⁷ M. Merleau-Ponty. Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard, 1945, p. xiii. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1994, p. 16.

Essa expressão pode ser facilmente mal compreendida, porque ela parece sugerir que a natureza inteira do homem se encontra inscrita no corpo como uma estrutura totalmente montada. Para dissipar qualquer mal-entendido, eu quero sublinhar que a essência humana é “uma possibilidade que pode se atualizar de maneiras muito diferentes, segundo a relação de nossa liberdade com a situação onde a *natureza* nos tem postos”⁸. O corpo “cada vez aparece como um centro de perspectiva sobre o mundo” e – acrescenta Lavelle – “como um padrão em relação ao qual todos os objetos que estão no mundo adquirem, de repente, uma igualdade de interesse ou de sentido” (p. 318). Para precisar nosso ponto de vista de princípio, indicando a direção de nossa explicação da formação do espírito materno, é necessário, sem dúvida, sublinhar a inegável importância do corpo para a existência concreta, mas também cabe reconhecer, com Lavelle, que “o real nos separa do valor”, mas que ele “nos abre o caminho que nos permite de acedê-lo” (p. 330). “É, por intermédio do corpo, que a referência ao espírito doa seu valor a mais humilde coisa, à ação mais elementar”. Assim, o corpo pode ser o instrumento de uma vida, que carrega nela sua própria justificação que é a vida mesma do *espírito* (p. 318).

Pela noção alargada de intencionalidade – uma intencionalidade que se manifesta nos comportamentos realizados espontaneamente e sem reflexão – será possível seguir a historicidade da atitude maternal em nossa civilização. Uma análise das significações constituídas nos atos de juízos e de tomadas de posição voluntárias é também necessária como revelação das intencionalidades operantes. As ideias desenvolvidas por Merleau-Ponty concernentes à compreensão da história em geral devem ser aceitas para a nossa investigação. No *Prefácio* de sua *Fenomenologia da Percepção*, Merleau-Ponty tem notado: “É verdade, como diz Marx, que a história não anda com a cabeça, mas também é verdade que ela não pensa com os ‘pés’. Ou, antes, nós não devemos ocupar-nos nem de sua ‘cabeça’, nem de seus ‘pés’, mas de seu corpo”⁹. Aplicado à gênese do espírito materno, cabe, pois, se ocupar da corporeidade feminina. Isso, objetivamente, indica aqui uma maternidade possível de maneira que a aparência corporal da mulher, vivida por ela mesma e, percebida por todos, reenvia a essa possibilidade.

Há uma verdade indiscutível na expressão bem conhecida de Freud: “A anatomia é um destino”.

Após ter explicado, provisoriamente, a noção de uma gênese psicológica e indicado o ponto de partida do estudo de tal gênese, eu tomo a liberdade de comentar a segunda noção, a noção de “espírito materno”. Nas línguas germânicas, como o alemão e o holandês, se distinguem *mutterschaft* (*moederschap*, em inglês, *motherhood*) de

⁸ L. Lavelle. *Traité des valeurs* (I). Paris: PUF, 1951, p. 291.

⁹ M. Merleau-Ponty. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1945, p. xiv. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1994, p. 17.

Mütterlichkeit (*moederlijkheid*, em inglês, *motherliness*). A primeira palavra é facilmente traduzível em francês, porque a palavra *maternité* tem o mesmo significado, o mesmo valor e a mesma extensão. Ela indica, segundo a correspondente palavra neerlandesa, alemã e inglesa, o fato de que uma mulher deu à luz. Ao contrário, a palavra *moederlijkheid* não tem o equivalente, em francês. Na tradução francesa de meu livro *La Femme*¹⁰ – versão avaliada como perfeita por todos aqueles que, melhores que eu, têm o direito de juízo – o Sr. De Waelhens e o Sr. Micha têm escolhido como título do último capítulo, chamado, em holandês, de *moederlijkheid*, a “vocação maternal”. Quando eu comparo a palavra vocação com a palavra *espírito*, eu sinto uma diferença quanto à *atitude* intencional da mulher animada por um “espírito maternal” e aquela que escolhe seguir uma “vocação maternal”. Essa diferença, sem dúvida, é antes sugerida pela significação dessas duas palavras que pela realidade intencional que elas revelam.

Eu, no entanto, gostaria de insistir sobre o fato de que a palavra “espírito” invoca uma tomada de posição mais geral e não um ponto orientado para as perspectivas de uma atividade concreta. Para se dar conta da diferença entre o significado da palavra *espírito* e o da palavra *vocação*, basta por, de lado, a expressão “espírito materno”, daquelas usadas em todas as línguas. Fala-se de um espírito científico, artístico, militar, burguês, de um espírito geométrico, de astúcia, de caridade, de um espírito nobre, cavalheiresco e, num sentido figurado, de um espírito das leis¹¹.

Aprendi com Lalande (p. 1191) que a vocação é “a inclinação decidida e até mesmo, por vezes, imperiosa para uma profissão, uma arte, uma forma determinada de estudo ou de ação, em um indivíduo que possui as aptidões correspondentes”. Há também um sentido mais recente, mas pouco usual, da palavra vocação, que se aproxima da ideia de “destinação” (visto mais frequentemente como providencial).

Em virtude dessa informação, eu entendo que a noção de “espírito materno”, da qual eu me proponho explicar a gênese como uma atitude espiritual de ordem *geral* se exprime no *modo do encontro*¹² e do comércio com os homens e o humano, como também no olhar das coisas. A princípio, essa atitude se assemelha, por sua estrutura intencional, à atitude de uma mãe dedicada em torno de seu filho.

Muito seguramente: a relação entre a mãe e a criança pode realizar, de uma maneira mais pronunciada e mais diferenciada, o espírito materno. Ela se manifesta de tal modo que certas características da espiritualidade geral feminina e humana se mostram mais claramente e de um modo mais evidente: nossa pesquisa tem, pois, uma dupla orientação. *Primeiramente* (A), pretendemos seguir o desenvolvimento comportamental dos filhos comparado com os dos rapazes a fim de compreender por meio de qual relação o ser humano realiza a possibilidade de um projeto de existência animado por um espírito materno geral. *Secundariamente* (B), tentaremos compreender como esse espírito engendra a amplitude do amor materno, inserido e ancorado no ambiente familiar, mas desabrochando-se na situação de maternidade.

Antes de desenvolver esses dois pontos de vista, será útil examinar brevemente: *Primeiro*: a opinião popular acerca da identidade entre feminilidade e espírito materno; *segundo*: a concepção de um instinto maternal; *terceiro*: a teoria psicanalítica, e *finalmente*: a explicação inteiramente histórica e social da atitude materna.

Quanto à opinião popular, é preciso se dar conta de que o juízo concernente à feminilidade representa uma tradição poderosa refletida na literatura. Por melhor que se choque, geralmente, com a expressão atribuída a Napoleão: *Tota mulier in utero*¹³, há um consenso de que a mulher cumpre o seu destino pela experiência capital da maternidade. As célebres mães da literatura francesa clássica, como Andromaque ou Athalie, manifestam um espírito heroico de sacrifício, compreendido como a revelação da verdadeira feminilidade. Em numerosos romances se confere o mais alto lugar à maternidade, pelo qual a mulher se completa. Quando a mulher é concebida como um ser humano completo, seu amor maternal não põe problemas. Este amor provém de uma tendência da natureza feminina, à qual é levada a aplicar o pensamento de Rousseau: “Natureza, ó doce natureza! Serão as inclinações que me deste, mais enganadoras que a razão, que tantas vezes me perdeu?”¹⁴. Tem-se, indubitavelmente, constatado na vida cotidiana mães “desnaturadas” e a literatura descreve tais naturezas ausentes ou degeneradas pelas imagens de mães insensíveis, tirânicas, rudes, indolentes e apáticas bem como aquelas que maltratam suas crianças ou aquelas a quem a criança permanece estranha.

A literatura e o teatro modernos de orientação existencialista nos apresentam, segundo Hélène Nahas¹⁵, apenas o inverso negativo do espírito materno, isto é, seus fracas-

¹⁰ Cf. *La femme, ses modes d'être, de paraître, d'exister: essai de psychologie existentielle*. Trad. Alphonse de Waelhens et René Micha. Bruges: Desclée de Brouwer, 1954. Em português: *A mulher, seus modos de ser, de aparecer, de existir: ensaio de psicologia existencial*. Trad. de Teófilo Alves Galvão. Pelotas, RS: Editora UFPel, 2010 (Coleção FePraxis, vol. 3). (NT).

¹¹ André Lalande. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris: PUF, 1947, p. 290.

¹² Cf. F.J.J. Buytendijk. *Phénoménologie de la rencontre*. Trad. Jean Knapp. Paris: Desclée de Brouwer, 1952. Ver ainda: C. A. F. Silva, “A dança da vida: Buytendijk e a fenomenologia do encontro”. In: *Revista Estudos Filosóficos*, v. 13, 2014, p. 73-86. (NT).

¹³ Literalmente: “toda mulher está em seu útero”. Trata-se do clássico princípio escolástico no qual havia a convicção de que as mulheres eram, por natureza, destinadas, exclusivamente, à maternidade. Esta ideia, reprisada por Napoleão Bonaparte – nos termos de que “a mulher nada mais é que seu útero” – e por todos aqueles que se recusavam aceitar o lugar social das mulheres para além dos limites do espaço privado, passa a ser desconstruída por trabalhos como os de Simone de Beauvoir e, no caso, como vemos aqui, de Buytendijk. (NT).

¹⁴ J.J. Rousseau. *Nova Heloísa*, III Parte, Carta XV. In: *Obras completas*. (t. IV) Paris: Hachette, p. 231.

¹⁵ H.Nahas. *La femme dans la littérature existentielle*. Paris: PUF, 1957.

sos. Ela constata mesmo “no conjunto da obra de Sartre”, uma espécie de ódio difuso da criança, no sentido de ser perversa e manhosa. Não é de se surpreender que a opinião tradicional seja rejeitada, categoricamente, e que o espírito materno seja desvalorizado se ele não exprime uma escolha decisiva.

A concepção de um instinto materno é formada, por analogia, com os comportamentos animais, principalmente os dos pássaros e dos mamíferos. A biologia das gerações anteriores tem distinguido, rigorosamente, os comportamentos inatos, quer dizer, os instintos, e os comportamentos adquiridos ou mesmo os hábitos. Tais instintos, como por exemplo, dos insetos sociais, mas também da nidificação e da migração dos pássaros, têm sido descritos por sua inexplicável finalidade. Essa aqui sugere uma “sabedoria” da natureza, uma ideia que dava lugar às especulações filosóficas ou teológicas, mas, sobretudo, porque ela tinha suscitado uma imagem romantizada do inatismo das pulsões internas, inconscientes, que determinam o curso da vida quanto aos seus aspectos dominantes e sua destinação posterior.

Inútil acrescentar que essa teoria clássica parece ser perfeitamente comprovada pelo fato de que cada espécie animal assegura, pelas condições sexuais e maternas específicas, a continuidade das gerações. É necessário aplicar essa concepção ao homem, especialmente porque os hábitos estáveis das sociedades humanas agem de uma maneira tão imperiosa que o sujeito acredita estar possuído por forças interiores das quais ele ignora a origem. Esses hábitos inalteráveis, experimentados como a garantia de segurança e da dignidade da humanidade, são valorizados pelas vocações, pela voz da consciência, pelas leis inscritas no coração.

Em função disso, se compreende porque nossas avós e nossas bisavós aceitaram as mudanças da maternidade com uma perfeição natural, tendo fé num instinto maternal infalível que é preciso seguir sem reflexão, nem hesitação. Em um livro divertido e espiritual intitulado: *Em defesa das mães: como educar os filhos, apesar dos psicólogos mais zelosos (In defense of mothers: how to bring up children in spite of the more zealous psychologists)*, o psiquiatra inglês Leo Kanner tem insistido sobre a importância da fé no instinto materno por parte das gerações, do qual a sabedoria natural fora aceita pelos cientistas que consideram os exemplos do reino animal como provas irrefutáveis. Noutra lugar, o autor menciona uma observação de Margaret Mead: as tribos que têm medo do futuro de suas crianças perdem-se em embaraços educativos.

Pode-se concluir das experiências sociais que os hábitos estáveis têm uma função semelhante à dos instintos, mas a análise científica nos obriga a corrigir a hipótese de um instinto materno, mesmo os dos mamíferos, concebido como uma disposição autônoma inata.

Os estudos etnológicos têm demonstrado que o comportamento maternal depende da situação e também das experiências anteriores à posição no mundo dos filhotes.

Sem dúvida, há uma disposição constitutiva da fêmea, diferenciada pelos hormônios durante o período de maturação sexual e após o acasalamento. A influência dos hormônios depende, em parte, conforme as pesquisas, das relações sociais, não pontualmente sexuais, durante a juventude do animal; noutra parte, o efeito dos hormônios se explica por uma mudança de irritabilidade ou da regulação térmica¹⁶. Das experiências realizadas acerca dos ratos por Eliane Beniest-Noiret¹⁷ tem-se provado que a presença de um ratinho, qualquer que seja a condição hormonal, é o suficiente para suscitar, mesmo nos indivíduos maus e nos ratos impúberes, comportamentos maternos. Comportamentos tais como romper o cordão umbilical, comer a placenta, lambe os menores, cobri-los, trazê-los de volta ao ninho quando eles estão perdidos e defendê-los contra um intruso.

As observações de Yerkes e de seus colaboradores sobre os chimpanzés mostrou que, há entre esses animais, mães hábeis e, por outro, de que são incapazes de executar as atividades normais. A conclusão de todas essas pesquisas é, certamente, a de que o comportamento maternal dos animais superiores se apoia sobre algumas reações elementares inatas, mas que também é determinada situacionalmente e historicamente. Nós veremos quais são as reações primárias e quais são as percepções desencadeadoras que se encontram no homem tendo, por base, a diferença dos sexos. Antes, porém, torna-se imprescindível tratar as teses psicanalíticas bem próximas da teoria biológica das energias instintivas, sua descarga em atividades dependentes de circunstâncias.

Ser-me-ia impossível resumir, mesmo que sucintamente, os numerosos escritos de Freud e de seus seguidores referentes à gênese do amor materno. Tal resumo, porém, seria supérfluo porque noções como *libido*, sexualidade infantil, complexo de Édipo e castração, bem como o de fenômenos de recalque, projeção, identificação, sublimação são tão correntes para nós. É que tais noções suscitam uma imagem, se bem que um pouco vaga, das etapas percorridas pelas meninas, levando a uma afeição maternal primária que se transformará num verdadeiro espírito maternal em condições favoráveis.

Esse curso de pensamento é muito conhecido: sendo assim, é mais preferível examinar algumas considerações de Sylvia Brody¹⁸ que, – em minha opinião – sem qualquer exagero, tem conseguido esboçar, do ponto de vista psicanalítico, o desenvolvimento inicial da conduta materna, fundado sobre a observação de uma menina de quatro anos.

Essa menina brinca com o seu irmãozinho de dez meses, sem, verdadeiramente, deixar de supervisionar

¹⁶ Lehrman.

¹⁷ O comportamento dito “maternal” dos ratos. In: Union internal des sciences biolog., section de psychol. Réunion Bruxelles, 1957, éd. Impr. Mod. Agus, 1958.

¹⁸ Sylvia Brody. Patterns of mothering. New York: International Universities Press, 1956, p. 376.

o seu jogo. Ela entregou-lhe brinquedos, explicando os funcionamentos, estimulando os seus esforços. Levou-o a uma mesa, conduziu delicadamente a sua mão para um petisco e advertiu que comer seria muito perigoso. A garotinha imitava perfeitamente as condutas de sua mãe com muita paciência e tato. Durante os meses anteriores, a menina tinha demonstrado uma atitude hostil em relação à própria mãe por causa de seus cuidados para com o bebê. A seguir, os pais relataram ter advertido a filha que era melhor ser doce com o irmão pequeno porque, em breve, ele seria capaz de vencê-la. As observações meio-humorísticas dos pais poderiam surtir efeitos diferentes, mas a menina escolheu aceitar a atitude passiva de sua mãe em torno do nenê. Ela recalçou o desejo de ver seu irmãozinho negligenciado ao invés de ser amado. Se ocupando de seu irmão, ela se prepara – segundo a autora – de uma maneira masoquista ao restabelecer-lhe uma parte de seu *ego*-identificado e de sublimar as suas tendências sádicas. A mudança exemplar de comportamento da garota demonstra, em detalhe, uma parte do desenvolvimento psicológico normal: a adaptação de uma tendência instintiva e ativa a uma intenção de passividade, de acordo com as exigências da realidade e com o ideal do *ego*.

Concluindo, a autora propõe buscar, antes de tudo, a gênese do espírito materno no vínculo entre a criança e sua mãe durante os primeiros anos de sua vida. Ao longo desse período, a mãe satisfaz todos os desejos passivos da criança. Segundo Brunswick, citado por Sylvia Brody: “A criança (com a idade pouco perto dos quatro anos) reage à presença de sua mãe por uma agressão primitiva e defensiva que é um derivativo e uma proteção de sua atividade, tanto quanto uma defesa de sua passividade original mal superada”. Um pouco mais tarde, entrando no estágio dito fálico, os desejos eróticos ativos são suscitados pela irritabilidade dos órgãos sexuais, pela observação de uma relação física dos pais e, frequentemente, pela curiosidade em olhar o nascimento de outras crianças. Por causa de o amor infantil ser sem limite e não ter um objeto ou um fim específico, ele culmina no desejo mais ambicioso, por parte da menina: fazer qualquer coisa corporalmente com a mãe, obter dela uma criança a fim de tornar-se igual a ela, ou melhor, dar uma criança a sua mãe para satisfazê-la, porque as “mães devem ter crianças”. Há, portanto, muitos desejos que se confundem no desejo de um bebê: o desejo ativo da menina de ser uma mãe parecida com a sua própria mãe.

A nossa experiência confirma, sem dúvida, que, no estágio emotivo perturbador de inúmeras meninas se forma desejos e imaginações vagas que estão em relação à atitude materna; portanto, no cuidado de uma criança. Em geral, se vê que essa imitação da mãe se exprime em jogos ou aceitando pequenos trabalhos domésticos, encorajados pelo ambiente (*milieu*). Pode-se também aprovar a tese psicanalítica de que a menina será, muitas vezes, mais tocada pela rivalidade que o menino e que a sua ligação

com a mãe lhe permita, com maior facilidade, conquistar um mundo de segurança, de paz e de consentimento.

No exemplo descrito por Sylvia Brody, somos informados de que a menina tem *escolhido* aceitar a atitude de sua mãe. Mas o que significa a noção de “escolha” na vida infantil? “Há, em todos os psicanalistas, uma recusa sistemática da ideia de *escolha* e da noção de valor que lhe é correlativa; é aí que constitui a falibilidade intrínseca do sistema” – como tem fortemente assinalado, justamente, Simone de Beauvoir¹⁹.

Eu penso que é preciso aceitar que a escolha é sempre motivada; mas um motivo não é uma causa²⁰. O motivo atua por seu significado; atua, entretanto, numa decisão (Merleau-Ponty). Esta nunca depende de uma liberdade absoluta, nem no adulto, nem na criança, mas ela não é mais determinada à maneira de um fato da natureza.

Assim, embora aceitando, pois, vários princípios postos pela psicanálise, eu não creio que se possa explicar a gênese do espírito materno por um “mecanismo”, um jogo determinado de tendências instintivas e de forças imperativas da realidade.

Existe uma relação íntima entre os princípios da etnologia biológica moderna e a teoria dos instintos desenvolvida por Freud²¹. A classificação dos instintos em psicanálise é mais rígida, pois ela engloba três pares de instintos opostos que são: 1. O *ego*-instinto e o instinto sexual; 2. A *libido* narcísica e a *libido* de objeto; 3. O instinto de vida (*Eros*) e o instinto de morte (*Tânatos*).

Não se aceita nem na psicanálise, nem na etnologia, um instinto social primário ou um instinto de maternidade. As duas disciplinas aceitam uma pulsão sexual geral que, nos períodos críticos, leva à formação dos hábitos.

A influência social sobre a gênese do espírito materno não é negada pela concepção popular que atribui à menina o germen completo de uma “alma feminina que é feita de ternura, de sutileza, de delicadeza”... que “não tem que desempenhar o papel do homem”²². Ela tem por função unicamente evitar os fatores desfavoráveis a fim de que essa alma oculta se revele e se desabroche em todo o esplendor de sua “natureza”.

Na teoria biológica aplicada ao homem, como também em psicanálise, o meio social representa um campo de forças que, em relação às funções instintivas, *determina* absolutamente a gênese eventual de um espírito materno.

¹⁹ Simone de Beauvoir. *Le deuxième sexe* (I). Paris: Gallimard, 1949, p. 85.

²⁰ Veja, a esse propósito, o instrutivo texto de Buytendijk, “Le corps comme situation motivante”. In: *La motivation*. Paris: PUF, 1959, p. 9-34. Em castelhano: “El cuerpo como situación motivante”. In: *La motivación*. Tradução de Dora Douthat y Della Lerner. Buenos Aires: Proteo, 1969, p. 17-41. (NT).

²¹ T. Fletcher. *Instinct in man*. London: Allen & Unwin, 1957, p. 272.

²² A. Audeoud-Naville. *Ève et l'arbre de la connaissance*. Genève: Mont-Blanc, 1947, p. 113.

Sabe-se que o estudo dos costumes nas épocas históricas e nas sociedades primitivas, conforme mostraram, por exemplo, as pesquisas da Sr^a. Mead, têm suscitado, na opinião, a certeza de que as condutas das mães e, portanto, o espírito que as anima, depende exclusivamente do meio.

O ponto de vista, proposto pelo existencialismo de origem francesa, está fundado, radicalmente, sobre a ideia formulada por J.-P. Sartre de que o homem está “condenado à liberdade”. Essa ideia está na base da obra notável de Simone de Beauvoir: *O Segundo Sexo*. É preciso reconhecer o grande valor desse minucioso estudo que nos trouxe numerosas observações penetrantes acerca da situação feminina em nossa civilização. Eu gostaria de recordar aquelas tão bem retratadas imagens das mulheres, que, antes, são “férteis” do que mães (p. 307), que se sentem, nesse caso, “interessantes” (313) e aquelas da qual o “amor materno se perde nas repreensões e nas cóleras, que ditam o cuidado da casa bem conservada” (p. 342).

A Sr^a. Beauvoir tem razão: “Não existe instinto materno” (p. 323), mas quando lemos: “Não há mãe ‘desnaturada’, pois o amor materno não tem *nada* de *natural*: mas, precisamente, por causa disso, há mães más”, seremos obrigados a perguntar qual é o sentido que cabe atribuir à palavra “má”. O primeiro princípio, a ideia forte da autora é que a mulher se faz por conta de suas decisões livres, mas a ideia de uma liberdade absoluta, de uma transcendência em qualquer caso orientada para uma ordem de valores objetivos, desveladas pelos encontros, exclui uma escolha autenticamente boa ou má.

O que está faltando na exposição de uma gênese do espírito materno determinada exclusivamente pela contingência da situação social, é justamente o fato fundamental de que a “natureza” de uma subjetividade é “o desvelamento das coisas e do mundo, de se fazer ela-mesma dizendo o que as coisas são” (De Waelhens)²³.

Tal desvelamento das significações supõe certa coexistência original, assinalada no início desse texto – coexistência da consciência encarnada e de um mundo que se manifesta como uma ordem de significações e se apresenta em todo encontro como objetivo. A realidade, na qual estamos engajados após nosso nascimento, prefigura em nosso corpo e em toda coisa percebida as significações suscetíveis de ser valorizadas ou desvalorizadas. A ideia dessa ordem, prefigurada na realidade, pode ser formulada assim: há uma interioridade dos valores, portanto, uma interioridade *espiritual* em toda subjetividade encarnada e no mundo. “Assim como, em nossa experiência, toda presença é o signo de uma ausência, ela indica uma ausência da qual antecipa a presença”²⁴. Toda experiência é a manifestação de uma significação que reenvia a uma perspectiva de valores.

A gênese do espírito materno tem sua origem nos primeiros encontros de um sujeito que é feminino pe-

las características pré-existenciais de sua corporeidade. Esses caracteres não são contingentes; eles determinam uma presença no mundo que atravessa a experiência já a partir, da primeira juventude, desvelando uma ordem de valores primários. Estes aqui representam a constituição geral de um mundo feminino que se diferencia sob a influência da educação e do meio social.

Em meu livro – *A Mulher* – defendi a tese de que o caráter decisivo determinante da origem de uma existência feminina e de um mundo feminino não deve ser buscado na anatomia, mas no dinamismo, isto é, no modo de execução dos movimentos; portanto, no estilo comportamental. Esse dinamismo “dá à vida a forma da generalidade e prolonga em disposições estáveis os atos pessoais”²⁵. Uma enquête realizada por um de meus alunos tem demonstrado que existe, no curso do primeiro ano, uma diferença de tipo dinâmica entre o garoto e a menina.

Essa diferença resulta de um maior tónus muscular que é constitutivo dos garotos. Uma maior rigidez se exprime na execução de seus movimentos. Temos constatado que o garotinho se põe mais energicamente, mais bruscamente, enquanto que os movimentos das meninas são mais dóceis, mais flexíveis, menos expansivos e menos reativos. Por menor que seja essa diferença dinâmica, ela significa uma entrada num mundo específico. Ela inaugura experiências sensoriais e motoras que começam, imediatamente, a constituir um mundo diverso para ambos os sexos. A intencionalidade operante de um movimento expansivo faz surgir, nas coisas encontradas, a significação de obstáculos. Um obstáculo vivido é idêntico à experiência de uma inibição externa do movimento espontâneo. A reação correspondente será um fortalecimento da expansão que adquire facilmente o sentido de agressividade. Pode-se constatar, no desenvolvimento comportamental da criança, que a dinâmica constitui um esquema fundamental de um mundo e de um modo de existir que, reciprocamente, solicita essa dinâmica. Minha concepção referente ao sentido – quer dizer, à *direção* – fornecida pelo estilo dinâmico à existência humana, conforme a opinião de Madinier²⁶, é que “a motricidade é uma intencionalidade original e, sem dúvida, a matriz de toda intencionalidade. Ela é fonte e forma da significação”.

Para ilustrar essa relação de um dinamismo constitutivo com projeto de mundo valorizado integralmente, eu escolho o seguinte exemplo. Eu tive a oportunidade de acompanhar a vida de dois irmãos gêmeos heterozigotos, desde as suas primeiras crises de recém-nascidos até à idade adulta. Um dos meninos chorou muito forte no dia de seu nascimento, em crises espasmódicas, acompanhadas de movimentos bruscos; o outro expressou a sua entrada no mundo por gemidos bem doces, semelhantes aos balidos de um cordeiro. Essa diferença de dinamismo

²³ Alphonse De Waelhens. *Existence et signification*. Louvain-Paris: Nauwelaerts, 1958, p. 210.

²⁴ Alphonse De Waelhens. *Op. Cit.*, p. 206.

²⁵ Essa redação se encontra aplicada à corporeidade tal como em M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1945, p. 171.

²⁶ G. Madinier. *Conscience et signification*. Paris: PUF, 1953.

exprimida vocalmente é a típica descoberta para todos os movimentos espontâneos no curso da primeira juventude. Ela está na base dos jogos preferidos, das atividades esportivas, e também das reações afetivas, e, mais tarde, do modo de pensar, de trabalhar, de sentir.

Não é de estranhar que o primeiro garoto tenha escolhido o estudo da medicina e seja especializado em cirurgia enquanto que, o outro se tornou artista, pintor. Esse exemplo demonstra que – independentemente de uma diferença de sexo – o estilo dinâmico significa uma orientação original que pode dirigir o curso do desenvolvimento de uma maneira decisiva. Vale, entretanto, acrescentar que o dinamismo comportamental é raramente pronunciado no recém-nascido, como o foi em nosso exemplo. Ademais, verifica-se que a característica da motricidade se manifesta, em geral, mais tarde, e, é preciso, enfim, sublinhar que, na idade de um ano, o estilo do comportamento será desde então, em certo grau, influenciado, involuntariamente, pelo meio.

Essa influência será maior se o dinamismo for menos pronunciado e ela será mais forte se a característica da motricidade da criança for, imediatamente, valorizada. É o caso da mãe que compreende os movimentos expansivos de seu garotinho como expressão de virilidade ou da dinâmica da adaptação interpretada como manifestação de feminilidade.

Em relação à diferença constitutiva dos sexos, é necessário focar a atenção sobre os pais e as oposições *fenomenais* que se manifestam na experiência vivida entre as sensações elementares, das percepções de formas simples, e das atividades gerais. Sem enumerar as pesquisas pormenorizadas, eu queria mencionar a afinidade de uma *atonía* muscular com o sonho, a continuidade, a plasticidade, e, de outra parte, o parentesco fenomenal entre o *tónus* muscular e o estado de vigília, a luz, o frio, a dureza, as formas angulares, a atividade, a descontinuidade, a elasticidade. A oposição desses dois grupos de fenômenos é de importância para a ligação de preferências sensoriais e motoras, sobretudo, no desabrochamento inconsciente da vida e do jogo livre da imaginação. Vários autores, entre outros como Jung, Klages e G. Bachelard têm assinado tais afinidades, parentescos e contrastes *arquétipos*. É fácil provar a sua função na gênese de uma existência masculina ou feminina como também quanto à formação espontânea das atividades e das experiências preferidas na juventude que influenciam o meio educativo.

A teoria de uma gênese da feminilidade fundada sobre um dinamismo da adaptação implica o fortalecimento desse estilo de existir sob a influência do meio cultural e de sua ordem de valores.

Enquanto que a força elementar de um movimento rígido e expansivo encontra um mundo de obstáculos, os movimentos flexíveis da menina fazem conhecer um mundo de *qualidades* e de formas, ou seja, de valores dados. É verdade que, de início, isso se aplica à percepção tátil, ligada intimamente aos movimentos. Essa percepção se realiza num comércio, um ser-com-outrem, a prefiguração de uma existência sobre o modo do *nós* (*Wirheit*) – o que significa dizer, segundo Binswanger, uma existência que escapa à dimensão do intencional ou que, se pode compreender como a suspensão de toda intencionalidade prática ou pragmática. A simpatia e a sintonia desinteressadas com “o outro” enquanto elas se dão na coexistência sensorial não serão limitadas ao tato, mas abraçarão todas as formas de sensibilidade. Essa atitude torna-se, em geral, preponderante e habitual na menina.

As primeiras fases da gênese masculina e feminina são bastante conhecidas pela observação dos jogos preferidos e das relações afetivas. Na idade de três anos, pode-se desde já constatar, em quase todas as meninas, um estilo comportamental do tipo tradicionalmente feminino.

Este estilo se manifesta no comércio com as coisas, nos movimentos de expressão, no modo de falar e de reagir às palavras do adulto. O dinamismo de adaptação se exprime no gosto das meninas, nos trabalhos de agulha, na repetição de movimentos lúdicos, na corda de pular, na bola contra a parede, em atividades de circuito fechado sem iniciativas criadoras.

O parentesco fenomenal entre as condutas e as experiências da menina explica que a atividade feminina teria antes uma afinidade com o *cuidado* enquanto que a atividade masculina é orientada mais para o *trabalho*. Essa afinidade se compreende facilmente em vista da intencionalidade geral das duas condutas. Em meu livro – *A Mulher* – permito-me resumir os principais pontos de vista amplamente estabelecidos. O trabalho supõe um objetivo a ser atingido por meio da situação aceita como um sistema de *meios*. Isso quer dizer que a realidade presente não é tomada por si mesma nem em suas qualidades sensoriais, nem nos valores que ela suscita. O mundo do trabalho é um mundo de obstáculos e de materiais. A atividade do trabalhador é descontínua, é uma sucessão de tensões e de descansos, motivados pelas imaginações, pelos raciocínios e cálculos, animados por decisões corajosas e pela audácia. O trabalho viriliza também a mulher: se o vê nos povos primitivos, nas classes populares, no campesinato. Observa-se, ao contrário, a feminização dos homens que não trabalham.

A estrutura do *cuidado* se opõe a do trabalho. No cuidado, se exprime uma consciência penetrada pela presença concreta dos valores e da obrigação de aceitar, de respeitar, de conservar valores, de participar de um modo de coexistência. O cuidado, todavia, se torna verdadeiramente tal e qual no momento onde a gente se constitui responsável pelos valores e onde se enfrentam as ameaças nas quais os valores são expostos; em que se está dispo-

to a assumir os valores ocultos. No cuidado, a dinâmica da adaptação manifesta a sua significação humana. Incitando o sujeito a permanecer no seio das coisas, em escolher ser atencioso, desinteressado, em realizar e obedecer ao seu apelo, o estilo comportamental feminino permite conhecer o valor real e possível dos objetos respeitáveis.

O cuidado autêntico põe necessariamente, em presença, sobre o modo do *nós* aquele que tem cuidado e aquele do qual se tem cuidado.

O cuidado não progride como o trabalho progride, orientado em direção a um fim. O objeto do cuidado está no *centro* das atividades do cuidado que continua pela tensão para esse centro e que cessa com o seu desaparecimento. O trabalho pode ser representado simbolicamente sob a forma de uma linha reta; o cuidado sob a forma de um círculo fechado.

Há na vida do adolescente masculinizado devido a um dinamismo expansivo, uma evolução para certo nível de trabalho sério, aceito com toda responsabilidade.

Assim, a relação inaugurada pela adaptação, a ligação contínua e interna às coisas e a outrem, se desenvolve e se diferencia tendo em vista uma existência plenamente humana, mas que, pela ética do cuidado, é diferente da existência do *homo faber*, do trabalhador, do criador de uma cultura e de uma história.

Na verdade, é objeto de cuidado tudo o que manifesta uma imperfeição e a possibilidade de remediá-la.

É que o cuidado pode ser plenamente ele mesmo se se toma o ser humano por objeto –, em particular, a criança.

O sutil Alain escreve: “A função feminina é a de conservar a forma humana, de protegê-la”, e é preciso acrescentar: de levá-la ao florescimento.

Essas reflexões nos levam a pensar que o estilo comportamental, fundado sobre a constituição da menina, introduz uma relação no mundo que se desenvolve, sem maior dificuldade, numa atitude geral de cuidado.

A espiritualização dessa atitude pela aceitação de uma intencionalidade integral de devoção, de um dom de si ao humano que reclama o cuidado, se chama *espírito maternal*. Esse espírito é – como todo espírito – plenamente humano porque ele ultrapassa a natureza, como também o corpo. Se se pretende que há, em nossa civilização, uma afinidade do homem ao espírito militar ou ao espírito geométrico e da mulher ao espírito materno ou ao espírito de caridade, cabe adicionar que essa afinidade significa a *introdução de ou a prefiguração de uma decisão pessoal*.

O espírito materno concebido como uma intencionalidade puramente humana e universal é, por princípio, independente da *natureza* da mulher indicando uma maternidade possível. Nem as diferenças de motricidade, nem as experiências infantis, nem a influência do meio conduzem *fatalmente* a certo “espírito”. É útil não esquecer que não é livre a escolha que se apoia sobre uma corporeidade, uma historicidade e situações dadas. A realidade do homem é uma unidade incompreensível

de “fatalidade e de liberdade”. Em razão dessa unidade, *será necessário prosseguir a nossa pesquisa acerca da gênese psicológica do espírito materno por uma análise da estrutura emocional à medida que ela é a expressão desse espírito – expressão de uma potência dispensadora de calor, de simpatia, de ternura, de amor, que faz germinar na civilização o oculto, o fraco, o frágil, o sutil.*

Eu queria limitar essa análise à questão que se põe na reflexão sobre a gênese do espírito materno em geral e também do espírito maternal se constituindo na situação da maternidade. Essa questão é: *Qual é a relação dos sentimentos espontâneos, dos valores e do amor, quer dizer, daquele amor do qual Santo Agostinho dizia que é “espiritual até na carne e carnal até no espírito”?*

O sentimento mais próximo do dinamismo de adaptação e do cuidado que ele engendra é a *ternura*. Kunz²⁷ tem bem fortemente descrito esse sentimento opondo-o à agressividade. A ternura é primariamente uma reação espontânea; é a expressão de um sentimento de enternecimento, suscitado por um ser ou por uma coisa que, pela sua doçura, sua fragilidade, seu charme, “chama” a carícia da mão, do olhar, da voz. O gesto, a palavra, o olhar tenro (ao pé da letra) descobrem o terno. Para a menina que, pela sua motricidade de adaptação e pela identificação com a sua mãe, começa a cultivar o ato de ternura ao olhar as bonecas, os animais e os objetos, se abre ao horizonte da existência feminina.

O que faz da ternura um ato propriamente *humano* é a intenção que, através do gesto tenro, do tenro olhar, da terna palavra visa em se tornar presente como pessoa e cuidar-se do outro. Essa ternura humanizada é a expressão de um espírito materno que ultrapassa um sentimento brotado pelo encontro. A “ternura” espiritualizada é detentora de valor, fonte de valorização; ela se encarna em todos os domínios de uma existência animada por um espírito materno. Esse espírito limita-se, inadequadamente, quando se vê, nela (ternura), apenas uma aptidão ou uma disposição à maternidade.

Na juventude, um espírito materno se anuncia por sentimentos provocados pela corporeidade e pelas situações. A influência de um meio, representando um sistema de valores, que mantém a oposição tradicional dos sexos, pode ultrapassar a sensibilidade e a emotividade primárias que se impregnam, pois, em valores universalmente reconhecidos. Nesse caso, a afetividade feminizada será intimamente transmitida transformando-se em espírito materno. Os pensamentos apropriados para iluminar essa transmissão e essa transformação – a fase *decisiva* da gênese do espírito materno – se encontram, pois, desde já, claramente formulados por Burloud²⁸.

²⁷ H. Kunz. Die Agressivität und die Zärtlichkeit. Bern: Francke, 1946.

²⁸ A. Burloud. Principes d'une psychologie des tendances. Paris: Alcan, 1938.

Ele tem sublinhado que as tendências afetivas nos inclinam originalmente para uma “*categoria* de coisas”. A tendência afetiva aparece desse modo como um princípio “de abstração espontânea” (p. 121).

Não menos esclarecedora para o nosso problema é a declaração de Burloud que “as inclinações não tardam a ponto de, nos homens, se intelectualizar e se espiritualizar”. “Múltiplas e sutis correspondências religam, contudo, ainda às inclinações espiritualizadas, o tom da voz, os elementos musicais da frase, os gestos, o andar, os jogos de fisionomia, numa palavra, os fenômenos de expressão” (p. 122).

Esse elo permanente de uma atitude espiritual e de sentimentos espontâneos constitui a ilusão charmosa de que uma mulher de espírito materno é completamente *natural* – sobretudo na manifestação do seu amor. Esse amor, mesmo o amor materno que – conforme Alain²⁹ – é o modelo de todos os amores e também “o instrumento mais perfeito do conhecimento de outrem” (Lacroix)³⁰ se alimenta da espontaneidade vital que é a sua fonte permanente.

Se aceitarmos que o espírito materno realiza um amor desinteressado, nos comprometemos com uma problemática que transborda largamente o tema proposto.

Ao se confrontar à experiência mais simples, a amabilidade do amado, à origem do amor, Platão tem, na meditação sobre a realidade humana, introduzido antinomias que Lavelle³¹ tem explicitamente formulado. É a antinomia da objetividade e da subjetividade, a antinomia do ato e do dado e a do individual e do universal.

Tais antinomias são superadas pela concepção de uma subjetividade transindividual e de uma coexistência originária. Após Pascal que desvelou o coração como um órgão de conhecimento até ao pensamento de Lavelle que compreendeu o amor como o ato pelo qual a liberdade afirma a verdade (p. 430), se reconhece o curso de uma reflexão que hoje continua tanto na filosofia quanto na psicologia. Compreendemos Madinier³²: “O amor não é um desenvolvimento da simpatia; essa pode prepará-lo e condicioná-lo, mas o amor vem de outro lugar. Ele é uma nova forma *de ser*”. Conforme tal pensamento filosófico, é a concepção do psiquiatra Binswanger que, ao superar a ontologia de Heidegger, mostrou que “a existência (*Dasein*) é, desde então, a possibilidade originária de um encontro amoroso, de um ser comum, um ser *a dois* e não dois. A realização dessa forma de existência supõe que a existência não se compreende em si-mesma a partir do mundo, mas a partir de seu fundamento como dom, presente ou graça”³³, ou segundo a fórmula de Guardini: “O amor é a atitude que sabe que o verdadeiro pode ser possuído sob a forma do *dom*”³⁴.

²⁹ Alain. Les idées et les ages. Paris: Gallimard, 1927, p. 237.

³⁰ J. Lacroix. Les sentiments et la vie morale. Paris: PUF, 1952, p. 35.

³¹ L. Lavelle. Traité des valeurs (I). Paris: PUF, 1951, p. 211-218.

³² G. Madinier. Conscience et amour: essai sur le ‘nous’. Paris: PUF, 1938, p. 95.

³³ L. Binswanger. Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Zürich, 1942, p. 153.

³⁴ R. Guardini. Notizen zu einem Bilde von Dantes Persönlichkeit. Schildgenossen, 18, 1939, p. 229.

O espírito materno é a decisão definitiva a essa coexistência, implicando, de uma só vez, o valor revelado de um dom. Este espírito não procede de uma predileção subjetiva, mas de uma solidariedade fundamental, expressa na perfeição do vínculo entre a mãe e a criança.

“O amor materno não escolhe”. – “A ideia de escolher e de recusar não pode entrar nesse modelo de amor”³⁵.

Em um estudo penetrante, Minkowski³⁶ tem-nos desvelado a identidade entre a coexistência e o co-devir; “movimento comum para frente”. “Por esse *co-devir* tem-se indicado – ao menos a título de ‘suspeita’, à espera que o ‘futuro’ seja chamado a ser a ‘primeira’, a fundamental dimensão do tempo. Rumo... rumo ao futuro. Ali encontra, no plano humano, sua origem, nossa indelével esperança, nossas sempre as mesmas profundas aspirações humanas porque procedem do devir, do *co-devir* e, portanto, do eterno”.

Temos visto que a gênese do espírito materno é fundada sobre a diferença inata do dinamismo dos sexos. Essa diferença introduz uma existência e um mundo masculino e feminino constituídos sob a influência do meio de uma maneira plenamente tradicional.

Durante esse desenvolvimento, os comportamentos, a afetividade, as intencionalidades se formam em relação com todas as particularidades e com toda a historicidade de um sistema de valores. Em razão dessa valorização, a existência da menina é, de um só lance, animada por um espírito, leve, mas que pode tornar-se uma atitude típica através do número de decisões motivadas.

É isso permite aplicar a espiritualização da existência à noção de gênese, noção de origem biológica? Eu tentei mostrar que o recém-nascido carrega frequentemente certa marca constitutiva que prefigura a possibilidade e a probabilidade de um certo “espírito”.

É preciso, pois, concluir que *jamaiz* está em questão uma gênese autônoma da individualidade humana, de um si-chamado *homo natura*³⁷. A existência se constitui por uma dialética, portanto, por uma corporeidade significando um esquema de mundo e significada por este. Essa dialética torna explícito o co-devir de uma maneira que representa, ao mesmo tempo, o destino, a vocação; portanto, a inspiração e a aspiração da vida pessoal e sua destinação. O espírito materno não está, pois, nunca formado definitivamente. Ele se transforma nas profissões diversas e pelas circunstâncias de fato, mas sem perder a intencionalidade do cuidado nem a sensibilidade do coração, nem o amor fiel pelos valores revelados de um *dom*.

O espírito materno alcança na maternidade uma patética (*pathétique*) e uma ética excepcionais porque o amor da criança é enraizado na unidade familiar; estar em casa junto com o homem amado no lar e nos hábitos. Nesse

³⁵ Alina. Op. Cit., p. 239.

³⁶ Eugène Minkowski. “Co-existence et co-devenir”. In: Rencontre, contributions à une psychologie humaine. Utrecht: Spectrum, 1957, p. 305.

³⁷ Ver a crítica de Ludwig Binswanger sobre a ideia de “homo natura” de Freud em L'évolution psychiatrique, 1938, p. 3-34.

caso, o espírito materno se nutre da *imaginação* de uma continuidade de gerações, valorizada após as mais antigas civilizações. A ideia dessa continuidade é inserida na vocação de preservar uma tradição, simbolizada pelos nomes dos pais e representada por eles.

De um ponto de vista racionalista, tem sido muitas vezes desprezado o papel da mulher que se presta em ser o meio para a glória real ou imaginária de uma família que não carrega o seu nome.

Pode-se, sem dúvida, depois de ter indicado assim uma das mais importantes perspectivas da vida humana, citar o pensamento de um filósofo francês, um pensamento de Lachelier que nos confronta com o mistério do espírito e de sua gênese:

“Nada está mais conforme a razão do que a existência de um real, pleno de qualquer espécie, e impenetrável ao entendimento”.

Nota Biográfica

Frederik Jacobus Johannes Buytendijk (*29.4.1887, Breda, †21.10.1974, Nijmegen) ou, mais conhecido acrônomicamente, como F. J. J. Buytendijk. Cientista holandês de orientação fenomenológica, Buytendijk se notabilizou em setores concêntricos de investigação que vão desde a biologia, passando pela antropologia, pela fisiologia, pela psicologia, até chegar à medicina esportiva. Entre suas principais obras, destacam-se: *Psychologie des animaux*. Paris: Payot, 1928; *El juego y su significado: el juego en los hombres y en los animales como manifestación de impulsos vitales*. Traducción del Eugenio Imaz. Madrid: Revista de Occidente, 1935; *De la douleur*. Trad. A. Reiss & Préface Maurice Pradines. Paris: PUF, 1951; *Phénoménologie de la rencontre*. Trad. Jean Knapp. Paris: Desclée de Brouwer, 1952; *Le football: une étude psychologique*. Paris: Desclée de Brouwer, 1952; *La femme, ses modes d'être, de paraître, d'exister: essai de psychologie existentielle*. Trad. Alphonse de Waelhens et René Micha. Bruges: Desclée de Brouwer, 1954; *Attitudes et mouvements: étude de fonctionnelle du mouvement humain*. Trad. Louis Van Haecht & Préface de Eugène Minkowski. Paris: Desclée de Brouwer, 1957; *L'homme et l'animal: essai de psychologie comparée*. Trad. Rémi Laureillard. Paris: Gallimard, 1965.

Tradução: Claudinei Aparecido de Freitas da Silva (*Universidade Estadual do Oeste do Paraná*)

Recebido em 22.07.2016
Aceito em 28.08.2016

RESENHA

RESENHA

UMA LEITURA ACERCA DA IMAGINAÇÃO EM SARTRE

Jean-Paul Sartre, "A Imaginação", Porto Alegre: L&PM (2013)

EDELU KAWAHALA
RODRIGO DIAZ DE VIVAR Y SOLER

Publicado por Sartre originalmente em 1936 *A Imaginação* (Sartre, 1936/2013) prefigura ao lado de outros ensaios como *A Transcendência do Ego* (Sartre, 1937/2014), *Esboço Para Uma Teoria das Emoções* (Sartre, 1939/2006) e *O Imaginário* (Sartre, 1940/1987) no sentido de ilustra as reflexões preliminares do que viria a ser seu grande tratado ontológico, no caso *O Ser e o Nada* (Sartre, 1945/2005). Neles podemos encontrar, portanto, o projeto longitudinal de Sartre no que corresponde à exploração das condições de possibilidade para a ilustração de um método fenomenológico no campo da psicologia.

Logo no início do livro *A Imaginação* (Sartre, 2013) trata de deixar claro que seu objetivo consiste em elaborar uma leitura sobre o conceito de consciência à luz da fenomenologia. É preciso deixar claro que a consciência a qual Sartre se refere está inscrita no projeto existencialista de sua ontologia fenomenológica, no sentido compreendê-la não como um mero efeito cognitivo, mas sim como algo relacionado à intencionalidade já que ela se apresenta como movimento pré-reflexivo anterior ao próprio pensar. Nesse sentido, pode-se destacar que a intenção de Sartre em *A Imaginação* consiste em explicitar a dimensão ontológica na qual o Ser é aquele que possui consciência da sua existência.

De modo nenhum minha consciência poderia ser uma coisa, porque seu modo de ser em si é precisamente um *ser para si*. Existir, para ela, é ter consciência da sua existência. Ela aparece como uma pura espontaneidade diante do mundo das coisas é pura inércia. Podemos, portanto, afirmar desde a origem dois tipos de existência: de fato, é na medida em que são inertes que as coisas escapam à dominação da consciência; é sua inércia que salvaguarda e que conserva sua autonomia. (Sartre, 2013, p. 7)

Essas palavras indicam o próprio deslocamento do conceito de consciência empreendido por Sartre desdobrado na perspectiva da suspensão do juízo fenomenológico que o leva a compreender a discriminação entre a existência como uma coisa e a existência como uma

imagem. E é justamente esse problema que leva Sartre a dedicar-se a pensar a imaginação como condição fenomenológica proveniente da experiência do vivido. Deste modo, para Sartre a imaginação não é meramente um processo mental, mas sim o desdobramento de uma apreensão entre o agir de nossa consciência no mundo e a maneira pela qual elaboramos nossas experiências daquilo que nos é oferecido. Entretanto, para que tal premissa seja de fato explicitada resta explorar os contornos de uma crítica em relação ao que Sartre chama de *antropologia do psicologismo*.

Resta, portanto, empreender uma leitura acerca de uma possível história da imaginação no contexto das ideias psicológicas. Sartre parte do pressuposto de que se quisermos elaborar uma analítica da imaginação deve-se recorrer a um olhar sobre os grandes sistemas metafísicos que culminaram com a criação da psicologia moderna numa espécie de experiência *apriori* da imagem sem levar em conta o problema ontológico radical no qual ela está associada.

Deter-se sobre essa história implica elaborar um processo de revisão sobre os sentidos atribuídos a imaginação pela psicologia moderna e seus critérios metodológicos provenientes do positivismo. Para Sartre, a psicologia do século XIX que advogava para si o estatuto científico semelhante aos das ciências naturais ainda, encontrava-se embarçada por velhas questões presentes nos grandes sistemas metafísicos desde Descartes. Essas ressonâncias estariam inscritas no paradigma positivista da ciência psicológica do século XIX, pois ele foi o primeiro filósofo a separar as sensações corporais do que aquilo que faz parte da consciência. Descartes (2005) costumava afirmar que matéria e consciência se excluem e, neste caso, a imagem seria meramente uma representação dos objetos exteriores. Tem-se neste caso a criação por parte do sujeito de um mundo interior alheio às manifestações exteriores. Deste modo, a imagem seria aquilo que possui uma impressão material produzida no cérebro do indivíduo.

Sartre irá argumentar que a psicologia moderna necessitaria passar por uma nova proposta metodológica

caso ela quisesse se emancipar do que ele mesmo chama de *mundo das essências*. Na realidade, Sartre defende a emergência de uma *práxis* psicológica absolutamente contrária às teorias da intuição existentes até o aparecimento da fenomenologia. Em outras palavras, não se trata somente de perceber o sujeito como *ser-no-mundo*, mas compreender que este sujeito é um ser que representa o mundo e a si mesmo.

Vemos aqui o germe do neorealismo americano. Mas todas essas afirmações metodológicas, ontológicas e psicológicas decorrem analiticamente do abandono das essências cartesianas. A imagem não se transformou em nada, não sofreu nenhuma modificação enquanto o céu inteligível desmoronava, pela simples razão que ela já era, em Descartes, *uma coisa*. É o advento do psicologismo, o qual, sob diversas formas, não é senão uma antropologia positiva, isto é, uma ciência que quer tratar o homem como um ser no mundo, negligenciando o fato essencial de que o homem é também um ser que *se representa* o mundo e a si mesmo no mundo. (Sartre, 2013, p. 21)

Como se sabe a imagem é um problema caro à psicologia. Disso decorre o fato de que sem a definição de um percurso metodológico adequado ela não consegue ultrapassar o campo da intuição segundo Sartre caracterizando-se como uma mera metafísica frustrada. De acordo com Sartre mesmo os psicólogos ligados à corrente do neokantismo não foram capazes de pensar o papel da imagem a partir de uma experiência do vivido justamente porque negligenciaram um único aspecto: o papel político da experiência do pensamento como desdobramento da imaginação. Esse parece ser o posicionamento político adotado por Sartre nas entrelinhas de seu livro. Ou seja, não se trata mais de afirmar à imaginação de um *eu* autônomo, mas uma espécie de imagem que está diretamente associada à vida social e aqui emerge não a separação entre sujeito e objeto, e sim a verdadeira síntese cujo maior expoente é a fenomenologia, pois de acordo com esse saber enquanto que a imaginação remete a consciência imaginante o pensar está ligado a profusão da experiência reflexiva, logo a consciência existe desdobrada no mundo em ato, pois toda consciência é consciência de alguma coisa.

Isso significa que para Sartre, a consciência é muito mais do que um mero processo reflexivo. Na realidade, ela seria uma conjectura da ação já que ela não pertence a um indivíduo, nem é a matéria prima pela qual separamos o mundo interior do exterior, mas simplesmente está dada no mundo. Da mesma forma que a percepção não pode ser confundida como representação, mas sim como um devir maquínico da experiência já que a imaginação é para Sartre movimento, uma imagem que não reside em parte alguma.

Quando se trata de imaginação deve-se desconstruir a tese de que ela é uma coisa diante do pensamento. Em

Investigações Lógicas podemos constatar a crítica mais corrosiva de Husserl ao psicologismo. Do conteúdo positivista que concebe a consciência como fenômeno cognitivo, Husserl percebe a existência de significações representadas que se deixam constituir por conteúdos.

Deste modo, percebe-se que a investigação de Sartre neste pequeno, porém emblemático ensaio reserva um olhar sobre a história da imagem no pensamento ocidental desde Descartes até a psicologia do século XIX a partir da formulação do seguinte questionamento: em que momento a imagem passa a ser uma categoria sujeitada à experiência reflexiva? Ou perguntado de outro modo: quando a imagem se tornou um desdobramento da racionalidade? Enveredando-se pelos contornos da fenomenologia Sartre parte do pressuposto de que a imagem reflete o fenômeno da consciência percebida como intencionalidade não estando, de modo algum, fora do mundo e fora da realidade. Isso por conta de um único aspecto; nossa percepção é sempre superior à razão. Por conta disso é que uma psicologia da imaginação deve levar em conta o papel fenomenológico dos sentidos e não sua pura especulação. Isso quer dizer que para se pensar as bases de uma psicologia concreta deve-se levar em conta que a imaginação é sempre da ordem do vivido, embora deva-se ressaltar que esse vivido não esteja inscrito na categoria do pensamento, já que suas características envolvem os contornos daquilo que é pré-reflexivo. Justamente por conta desse aspecto é que não se pode confundir consciência com racionalidade, pois a consciência se encontra no plano fenomenológico e como tal deve ser compreendida como uma condição ontológica.

É diante dessa constatação que Sartre irá considerar que o grande acontecimento que impulsionou a fenomenologia foi à publicação, por parte Husserl de *A Crise das Ciências Europeias e a Fenomenologia Transcendental* (Husserl, 2012), pois é nesse escrito que será problematizado definitivamente todas as essências das atitudes naturais. A fenomenologia apresentada nesse contexto seria um método para uma nova possibilidade do *fazer psicológico* desprovido de qualquer espontaneidade ou gratuidade, já que ela procura pensar a consciência, não como intuição, mas como ato e nesse sentido, a leitura empregada pela fenomenologia nada tem a ver com a construção de uma lógica cognitiva, mas com a própria apreensão da experiência do pensamento.

Indo na contramão da perspectiva positivista que tenta a todo custo prescrever uma racionalização do sujeito através da quantificação de seus sentimentos e experiências através de dados empíricos, a fenomenologia procura trabalhar com os elementos da imaginação através do sentido dado a experiência, cujo objetivo final seria o de pensar as bases de uma psicologia voltada para as questões que envolvem a dimensão ontológica do sujeito buscando investigar os sentidos e os significados que habitam a realidade psíquica a partir da sua temporalidade e da sua história, pois para Sartre (2013, p. 28) “a única

maneira de existir para uma consciência é ter consciência que ela existe”.

Referências

- Descartes, R. (2005). *O Discurso do Método*. Porto Alegre: L & PM.
- Husserl, E. (2012). *A Crise das Ciências Europeias e a Fenomenologia Transcendental*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Sartre, J.P. (1987). *Lo Imaginário*. Buenos Aires: Ibero Americana.
- Sartre, J.P. (2005). *O Ser e o Nada: ensaio de ontologia fenomenológica*. Petrópolis: Vozes.
- Sartre, J.P. (2006). *Esboço Para Uma Teoria das Emoções*. Porto Alegre: L & PM.
- Sartre, J.P. (2013). *A Imaginação*. Porto Alegre: L & PM.
- Sartre, J.P. (2014). *A Transcendência do Ego*. Petrópolis: Vozes.

Rodrigo Diaz de Vivar y Soler - Doutorando em Filosofia pela UNISINOS, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, é Professor do Centro Universitário Estácio de Sá/SC. E-mail: diazsoler@gmail.com

Edelu Kawahala - Doutora em Literatura pela Universidade Federal de Santa Catarina e Professora do Centro Universitário Estácio de Sá/SC. Endereço Institucional: Rua Mário Coelho Pires, 221, bl.a, apto. 1302. São José/SC. CEP: 88101290. E-mail: edeluk@gmail.com

Recebido em 16.12.2015
Primeira Decisão Editorial em 11.10.2016
Aceito em 12.10.2016

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DA ABORDAGEM GESTÁLTICA

ISSN 1809-6867 versão impressa
ISSN 1984-3542 versão on-line

O encaminhamento de artigos à revista implica a aceitação, por parte dos autores, de todas as normas expressas neste documento.

1. Política Editorial

A **Revista da Abordagem Gestáltica – *Phenomenological Studies*** foi criada com o objetivo de ser um veículo de publicação da Abordagem Gestáltica, bem como daquelas abordagens que se fundamentam em bases teórico-científicas e filosóficas dentro das perspectivas humanistas, fenomenológicas e existenciais.

Atualmente, suas diretrizes editoriais procuram privilegiar reflexões – numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar – em torno dos seguintes temas: a) Fenomenologia; b) Psicologia Fenomenológica; c) Filosofias da Existência; d) Psicologias Humanistas e Existenciais; e) Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais.

Serão aceitos para apreciação artigos de pesquisa empírica e artigos teóricos, que envolvam temáticas relacionadas à saúde em geral, educação, humanidades, filosofia ou ciências sociais e antropológicas.

2. Informações Gerais

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Editorial para realização de parecer técnico (em número mínimo de dois pareceres por proposta, ou mais, quando necessário). A editoria da revista lançará mão (caso necessário) de especialistas convidados – na qualidade de consultores *ad hoc* – que poderão sugerir modificações antes de sua publicação.

A editoração da **Revista da Abordagem Gestáltica – *Phenomenological Studies*** adota o sistema de *double blind review*, que assegura o anonimato dos autores e dos consultores durante o processo de avaliação. Serão consideradas a atualidade e a relevância do tema, bem como a originalidade, a consistência científica e o atendimento às normas éticas.

A revista proporciona acesso público a todo seu conteúdo, seguindo o princípio que tornar gratuito o acesso a pesquisas gera um maior intercâmbio global de conhecimento.

Os trabalhos deverão ser originais, relacionados à psicologia, filosofia, educação, ciências da saúde, ciências

sociais e antropológicas, e se enquadrarem nas categorias que se seguem:

Relato de pesquisa – relato de investigação concluída ou em andamento, com uso de dados empíricos, metodologia quantitativa ou qualitativa, resultados e discussão dos dados. O manuscrito deve ter entre 15 e 25 laudas.

Revisão Crítica de Literatura – análise abrangente da literatura científica. O manuscrito deve ter entre 15 e 25 laudas.

Estudo Teórico ou Histórico – análise crítica de construtos teóricos ou análise de cunho histórico sobre um determinado tema. Busca achados controvertidos para crítica e apresenta sua própria interpretação das informações. O manuscrito deve ter entre 15 e 25 laudas.

Resenha – análise de obra recentemente publicada (no máximo há dois anos). Limitada a 5 laudas.

O Conselho Editorial ou os consultores *ad hoc* analisam o manuscrito, sugerem modificações e recomendam ou não a sua publicação. Este procedimento pode se repetir quantas vezes for necessário. Cabe à Comissão Editorial definir o número de avaliações necessário para cada artigo. A decisão sobre a publicação de um manuscrito sempre será da Comissão Editorial, que fará uma avaliação do texto original, das sugestões indicadas pelos consultores e das modificações encaminhadas pelo autor. No encaminhamento da versão modificada do seu manuscrito, os autores deverão incluir uma carta ao Editor, esclarecendo as alterações feitas, aquelas que não julgaram pertinentes e a justificativa. Pequenas modificações poderão ser feitas pela Comissão Editorial para viabilizar o processo de avaliação e publicação. Os autores receberão a decisão da publicação ou não do seu manuscrito e a data provável de publicação, quando for o caso. Os manuscritos recusados poderão ser apresentados novamente após uma reformulação substancial do texto conforme indicações dos consultores e da Comissão Editorial e, neste caso, serão encaminhados aos mesmos consultores que revisaram o trabalho anteriormente.

3. Encaminhamento e Apresentação dos Manuscritos

Os manuscritos submetidos à publicação devem ser inéditos e destinarem-se exclusivamente a esta revista, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico. Todos os trabalhos serão submetidos a uma avaliação “cega”, por – no mínimo – dois pareceristas, pares especialistas na temática proposta.

A submissão do manuscrito deverá ser realizada por sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação, disponível em <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/rag/>. Procedida à submissão, os autores receberão uma mensagem de confirmação. Os manuscritos recebidos por correio convencional, fax, e-mail ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pela Comissão Editorial. Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio dos manuscritos para o Conselho Editorial, salvo aqueles por ele sugeridos.

As opiniões emitidas nos trabalhos, bem como a exatidão e adequação das Referências são de exclusiva responsabilidade dos autores.

A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da revista e da apreciação do Conselho Editorial, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência da sua aceitação, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para as alterações necessárias.

Quando a investigação envolver sujeitos humanos, os autores deverão apresentar no corpo do trabalho uma declaração de que foi obtido o consentimento dos sujeitos por escrito (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e/ou da instituição em que o trabalho foi realizado (Comissão de Ética em Pesquisa). Trabalhos sem o cumprimento de tais exigências não serão publicados.

Os autores serão notificados sobre a aceitação ou a recusa de seus artigos, os quais, mesmo quando não forem aproveitados, não serão devolvidos.

4. Forma de Apresentação dos Manuscritos

A *Revista da Abordagem Gestáltica – Phenomenological Studies* adota, em geral, normas de publicação baseadas no Manual de Publicação da American Psychological Association (APA) – 6ª edição, 2012.

Os manuscritos poderão ser redigidos em português, inglês, francês ou espanhol.

4.1 Partes do Manuscrito

1. Folha de rosto identificada: a) título do trabalho em português; b) título do trabalho em inglês; c) título do trabalho em espanhol; d) indicação da categoria na qual o trabalho se insere (relato de pesquisa, estudo teórico ou histórico, revisão crítica de literatura, resenha); e) nome completo e afiliação institucional dos autores (apenas universidade); f) nome completo, endereço completo (inclusive CEP) e E-mail de pelo menos um dos autores para correspondência com a revista e leitores. Esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores, para que seja garantido seu anonimato. **ATENÇÃO:** A folha de rosto identificada deve ser enviada, no sistema, como “documento suplementar”, separada do texto principal.

O texto principal deve iniciar com o item a seguir (folha de rosto sem identificação).

2. Folha de rosto sem identificação: a) título do trabalho em português; b) título do trabalho em inglês; c) título em espanhol; d) indicação da categoria na qual o trabalho se insere (relato de pesquisa, estudo teórico ou histórico, revisão crítica de literatura, resenha).

3. Folha de resumos: a) resumo em português; b) palavras-chave em português; c) abstract (versão do resumo para o inglês); d) keywords (versão das palavras-chave para o inglês); e) resumen (versão do resumo em espanhol); e) palabras-clave. Resenhas não precisam de resumo. Maiores especificações no item a seguir.

Os trabalhos deverão ser digitados em programa Word for Windows, em letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento interlinear 1, 5 e margens de 2, 5 cm, em papel formato A4, perfazendo o total máximo de laudas, de acordo com o tipo de publicação desejada (ver *Informações Gerais*), observadas as seguintes especificações:

4.2 Especificações do Manuscrito

a) Título – é recomendado que o título do artigo seja escrito em até doze palavras, refletindo as principais questões de que trata o manuscrito. Deve ser redigido em fonte 14, centralizado e em negrito. A seguir, devem vir, em itálico, centralizados e em fonte 12, os títulos em inglês e espanhol.

b) Epígrafe – quando for necessária, poderá ser apresentada, em letra normal, com espaçamento interlinear simples, fonte 10, e alinhamento à direita. O nome do autor da epígrafe deverá aparecer em itálico, seguido da referência da obra.

c) Resumo e Palavras-chave – deverão ser redigidos em português, inglês e espanhol, em parágrafo único, espaçamento interlinear simples, fonte 10, entre 120 e 200 palavras. As palavras-chave (descritores), de três a cinco termos significativos, deverão remeter ao conteúdo fundamental do trabalho. Para a sua determinação, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde – elaborada pela *Bireme* e/ou *Medical subject heading – comprehensive medline*. Todas as palavras deverão ser escritas com iniciais maiúsculas e separadas por ponto e vírgula. Incluir também descritores em inglês (keywords) e espanhol (Palabras-clave).

d) Estrutura do manuscrito – os trabalhos referentes a pesquisas deverão conter introdução, objetivos, metodologia, resultados e conclusão. O trabalho deverá ser redigido em linguagem clara e objetiva. As palavras estrangeiras e os grifos do autor deverão vir em itálico.

e) Nomenclaturas e Abreviaturas – usar somente as oficiais. O uso de abreviaturas e de siglas específicas ao conteúdo do manuscrito deverá ser feito com sua indicação entre parênteses na primeira vez em que aparecem no manuscrito, precedida da forma por extenso.

f) Notas de rodapé – deverão ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no manuscrito com numerais arábicos sobrescritos e restritas ao mínimo indispensável. Não coloque números de rodapé nos títulos do texto.

g) Citações – deverão ser feitas de acordo com as normas da APA (6ª edição, 2012). Em caso de transcrição integral de um texto com número inferior a quarenta palavras, a citação deverá ser incorporada ao texto entre aspas duplas, com indicação, após o sobrenome do autor e a data, da(s) página(s) de onde foi retirado. Uma citação literal com quarenta ou mais palavras deverá ser destacada em bloco próprio, começando em nova linha, sem aspas e sem itálico, com o recuo do parágrafo alinhado com a primeira linha do parágrafo normal. O tamanho da fonte deve ser 12, e o espaçamento interlinear deverá ser 1,5 como no restante do manuscrito. A citação destacada deve ser formatada de modo a deixar uma linha acima e outra abaixo da mesma.

h) Referências – denominação a ser utilizada. Não use Bibliografia. As referências seguem as normas da APA (6ª edição, 2012) adotando o sistema de citação autor-data e são listadas em ordem alfabética na lista de referências. A fonte deverá ser formatada em tamanho 12, espaçamento interlinear 1,5. O subtítulo Referências deverá estar alinhado à esquerda. A primeira linha de cada referência inicia-se junto à margem esquerda e as linhas subsequentes recuam 0,75cm à direita, utilizando o recurso “deslocamento” do editor de texto. Verificar se todas as citações feitas no corpo do manuscrito e nas notas de rodapé aparecem nas Referências e se o ano da citação no corpo do manuscrito confere com o indicado na lista final.

i) Anexos – usados somente quando indispensáveis à compreensão do trabalho, devendo conter um mínimo de páginas (serão computadas como parte do manuscrito) e localizados após Referências.

j) Figuras e Tabelas – devem surgir no corpo do texto, diretamente no local considerado adequado pelo(s) autor(es). Devem ser elaboradas segundo os padrões definidos pela APA, com as respectivas legendas e títulos. Títulos de tabelas devem obedecer ao seguinte padrão: em linha isolada, coloque o número da tabela (Ex.: Tabela 1), sem ponto final. Na linha seguinte, coloque o título da tabela, em itálico, usando maiúsculas no início das palavras (Ex.: *Números Médios de Respostas Corretas de Crianças Com e Sem Treinamento Prévio*). Títulos de figuras devem obedecer ao seguinte padrão: coloque o número da figura em itálico, seguido de ponto final. Logo em seguida, coloque o título da figura, apenas com a primeira letra do título em maiúsculas. (Ex.: *Figura 1. Frequência acumulada de sequências de respostas corretas*). Os títulos das tabelas deverão ser colocados no alto das mesmas, e os das figuras deverão ser colocados abaixo das mesmas. Encerre os títulos de figuras com ponto final, mas não os títulos de tabelas.

4.3 Tipos comuns de citação no texto

– Citação de artigo de autoria múltipla

a) dois autores

O sobrenome dos autores é explicitado em todas as citações, usando “e” ou & conforme a seguir: “O método proposto por Siqueland e Delucia (1969)” ou “o método foi inicialmente proposto para o estudo da visão (Siqueland & Delucia, 1969)”

b) de três a cinco autores

O sobrenome de todos os autores é explicitado na primeira vez em que a citação ocorrer de acordo com o exemplo: “Spielberger, Gorsuch, Siqueland, Delucia e Lushene (1994) verificaram que”. A partir da segunda citação, inclua o sobrenome do primeiro autor seguido da expressão “*et al.*” (sem itálico e com um ponto após o ‘al’). Omita o ano de publicação na segunda citação em caso citações subsequentes em um mesmo parágrafo.

Caso as Referências e a forma abreviada produzam aparente identidade de dois trabalhos em que os co-autores diferem, esses são explicitados até que a ambiguidade seja eliminada.

Na seção de Referências, os nomes de todos os autores devem ser relacionados.

c) com mais de cinco autores

Neste caso, faça a chamada apenas com o sobrenome do primeiro autor seguido de “*et al.*” e do ano de publicação na primeira e nas citações subsequentes. Na seção de Referências, todos os nomes são relacionados.

– Citação de autores com o mesmo sobrenome

Se uma lista de referências possui publicações de dois ou mais autores principais com o mesmo sobrenome, indique as iniciais do primeiro autor em todas as chamadas do texto, mesmo que o ano de publicação seja diferente.

– Citações de trabalho discutido em uma fonte secundária

Caso se utilize como fonte um trabalho discutido em outro, sem que o texto original tenha sido lido (por exemplo, um estudo de Flavell, citado por Shore, 1982), deverá ser usada a seguinte citação: “Flavell (conforme citado por Shore, 1982) acrescenta que estes estudantes...”

Na seção de Referências, informar apenas a fonte secundária (no caso Shore, 1982), com o formato apropriado.

Sugere-se evitar, ao máximo, o uso de citações ou referências secundárias.

– Citações de obras antigas reeditadas

a) Quando a data do trabalho é desconhecida ou muito antiga, citar o nome do autor seguido de “sem data”: “Piaget (sem data) mostrou que...” ou (Piaget, sem data).

b) Em obra cuja data original é desconhecida, mas a data do trabalho lido é conhecida, citar o nome do au-

tor seguido de “tradução” ou “versão” e data da tradução ou da versão: “Conforme Aristóteles (tradução 1931)” ou (Aristóteles, versão 1931).

c) Quando a data original e a consultada são diferentes, mas conhecidas, citar autor, data do original e data da versão consultada: “Já mostrava Pavlov (1904/1980)” ou (Pavlov, 1904/1980).

As referências a obras clássicas, como a Bíblia e o Alcorão, cujas seções são padronizadas em todas as edições são citadas somente no texto e não na seção de Referências.

– Citação de comunicação pessoal

Este tipo de citação deve ser evitada, por não oferecer informação recuperável por meios convencionais. Se inevitável, deverá aparecer no texto, mas não na seção de Referências, com a indicação de “comunicação pessoal”, seguida de dia, mês e ano. Ex.: “C. M. Zannon (comunicação pessoal, 30 de outubro de 1994).”

4.4 Seção de Referências

Genericamente, cada entrada numa lista de referências contém os seguintes elementos: autor, ano de publicação, título e outros dados de publicação importantes numa busca bibliográfica. Os autores são os responsáveis pelas informações em suas listas de referências.

Assim, organize a lista de referências por ordem alfabética dos sobrenomes do primeiro autor seguido pelas iniciais dos primeiros nomes. Ordene letra por letra, lembrando-se de que “nada precede algo”: Brown, J. S, precede Browning, A. S., embora o i preceda o j no alfabeto.

Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, organize pela data de publicação, em ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente. Referências com o mesmo primeiro autor, mas com diferentes segundos ou terceiros autores, devem ser organizadas por ordem alfabética dos segundos ou terceiros autores (ou quartos ou quintos...). Os exemplos abaixo auxiliam na organização do manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação. Utilize o *Manual de Publicação da APA/American Psychological Association* (2012, 6ª edição) para suprir possíveis lacunas.

4.4.1 Exemplos de tipos comuns de referência

– Artigo em periódico científico

Informar nome e volume do periódico em itálico, em seguida, o número entre parênteses, sobretudo quando a paginação é reiniciada a cada número.

Tenório, C. M. D. (2003b). O Conceito de Neurose em Gestalt-Terapia. *Revista Universitas Ciências da Saúde*, 1(2), 239-251.

Garcia, C. A., & Rocha, A.P.R. (2008). A Adolescência como Ideal Cultural Contemporâneo. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(3), 622-631.

– Artigos consultados em mídia eletrônica

Quando houver versão impressa (mesmo que em PDF, usar regras anteriores).

Toassa, G., & Souza, M. P. R. de. (2010). As vivências: questões de tradução, sentidos e fontes epistemológicas no legado de Vigotski. *Psicologia USP*, 21(4). Recuperado em Outubro de 2009, de <http://www.marxists.org/archive/luria/works/1930/child/ch06.htm>

Evangelista, P. (2010). Interpretação Crítica da teoria de Campo Lewiniana a partir da Fenomenologia. *Centro de Formação e Coordenação de Grupos em Fenomenologia*. Disponível em <http://www.fenoe grupos.com/JPM-Article3/index.php?sid=14>

Ribeiro, C. V. S., & Leda, D. B. (2004). O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. *Estudos e pesquisas em psicologia* [online], vol. 4, supl. 2 [citado em 13 Abril, 2011], p. 76-83. Disponível em: <http://pep-sic.bvsalud.org/pdf/epp/v4n2/v4n2a06.pdf>

– Livros

Féres-Carneiro, T. (1983). *Família: diagnóstico e terapia*. Rio de Janeiro: Zahar.

– Capítulo de livro

Aguiar, W. M. J., Bock, A. M. B., & Ozella, S. (2001). A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. Em M. B. Bock, M. da G. M. Gonçalves & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia* (p. 163-178). São Paulo: Cortez.

Parlett, M. (2005). Contemporary Gestalt Therapy: Field theory. Em A. L. Woldt & S. M. Toman (Eds.), *Gestalt therapy History, Theory, and Practice* (p. 41-63). California: Sage Publications.

– Livro traduzido em língua portuguesa

Salvador, C. C. (1994). *Aprendizagem escolar e construção de conhecimento*. (E. O. Dihel, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1990)

Se a tradução em língua portuguesa de um trabalho em outra língua é usada como fonte, citar a tradução em português e indicar ano de publicação do trabalho original.

No texto, citar o ano da publicação original e o ano da tradução: (Salvador, 1990/1994).

– **Obras antigas com reedição em data muito posterior**
Franco, F. de M. (1946). Tratado de educação física dos meninos. Rio de Janeiro: Agir (Originalmente publicado em 1790).

– **Obra no prelo**

Não deverão ser indicados ano, volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado. Respeitada a ordem de nomes, é a última referência do autor.

Conceição, M. I. G. & Silva, M. C. R. (no prelo). Mitos sobre a sexualidade do lesado medular. Revista Brasileira de Sexualidade Humana.

– **Autoria institucional**

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed. Revisada). Porto Alegre: Artes Médicas

– **Relatório técnico**

Birney, A. J. & Hall, M. M. (1981). Early identification of children with written language disabilities (relatório n. 81-1502). Washington, DC: National Education Association.

– **Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado**

Haidt, J., Dias, M. G. & Koller, S. (1991, fevereiro). Disgust, disrespect and culture: moral judgement of victimless violations in the USA and Brazil. Trabalho apresentado em Reunião Anual (Annual Meeting) da Society for Cross-Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.

– **Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em publicação seriada regular**

Tratar como publicação em periódico, acrescentando logo após o título a indicação de que se trata de resumo.

Silva, A. A. & Engelmann, A. (1988). Teste de eficácia de um curso para melhorar a capacidade de julgamentos corretos de expressões faciais de emoções [resumo]. *Ciência e Cultura*, 40 (7, Suplemento), 927.

– **Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em número especial**

Tratar como publicação em livro, informando sobre o evento de acordo com as informações disponíveis em capa.

Todorov, J. C., Souza, D. G. & Bori, C. M. (1992). Escolha e decisão: A teoria da maximização momentânea [Resumo]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (org.), Resumos de comunicações científicas, XXII Reunião Anual de Psicologia (p. 66). Ribeirão Preto: SBP.

Meneghini, R. & Campos-de-Carvalho, M. I. (1995). Áreas circunscritas e agrupamentos sequenciais entre crianças em creches [Resumo]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (org.), XXV Reunião Anual de Psicologia, Resumos (p. 385). Ribeirão Preto: SBP.

– **Teses ou dissertações**

Dias, C. M. A. (1994). *Os distúrbios da fronteira de contato: Um estudo teórico em Gestalt-Terapia* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.

Santos, A. C. (2008) *A crítica de Sartre ao ego transcendental na fenomenologia de Husserl* (Dissertação de Mestrado em Filosofia). Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

5. Direitos Autorais

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à **Revista da Abordagem Gestáltica – Phenomenological Studies**. A reprodução total dos artigos dessa revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, está condicionada à autorização por escrito do Editor da Revista da Abordagem Gestáltica.

– **Reprodução parcial de outras publicações**

Manuscritos submetidos à apreciação que contiverem partes de texto extraídas de outras publicações deverão obedecer aos limites e normas especificados para garantir a originalidade do trabalho submetido.

Recomenda-se evitar a reprodução de figuras, tabelas e desenhos extraídos de outras publicações, mas caso o autor opte por fazê-lo deverá apresentar as cartas de permissão dos detentores dos direitos autorais para a reprodução do material protegido e a inclusão de cópias dessas cartas junto ao manuscrito submetido. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido à apreciação.

Em nenhuma circunstância, a **Revista da Abordagem Gestáltica – Phenomenological Studies** e os autores dos trabalhos publicados nessa revista poderão repassar a outrem os direitos assim obtidos.

6. Correspondências

Editor

**Revista da Abordagem Gestáltica –
Phenomenological Studies**

ITGT – Instituto de Treinamento e Pesquisa
em Gestalt-terapia de Goiânia
Rua 1.128 nº 165 – Setor Marista/Goiânia-GO
CEP: 74.175-130