
VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI – CAMON (ORG.)

PSICOSSOMÁTICA

E SUAS INTERFACES

O processo
silencioso do
adoecimento

ANDRÉ ROBERTO RIBEIRO TORRES
ARLINDA B. MORENO
DENIS EDUARDO BATISTA ROSOLEN
GEÓRGIA SIBELE NOGUEIRA DA SILVA
HELOISA BENEVIDES DE CARVALHO CHIATTONE
KARLA CRISTINA GASPAR
LIANA MIRELA SOUZA OLIVEIRA
LUIZ JOSÉ VERÍSSIMO
MARISA FORTES
MARIVANIA CRISTINA BOCCA
SILVANA CARNEIRO MACIEL
SYLVIA MARA PIRES DE FREITAS
WIMER BOTTURA JUNIOR

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI – CAMON (ORG.)

PSICOSSOMÁTICA E SUAS INTERFACES

O processo
silencioso do
adoecimento

Este livro apresenta o que existe de vanguarda na área da saúde em psicologia. O processo do adoecimento em suas diferentes manifestações é mostrado de modo profundo e abrangente. Renomados autores apresentam os últimos resultados de suas análises e pesquisas na área da psicossomática. Um livro indispensável a todos que se debruçam em busca de compreensão das manifestações psicossomáticas contemporâneas. Lançamento que responde aos anseios de todos que buscam uma nova abordagem nas questões do adoecimento contemporâneo.

APLICAÇÕES

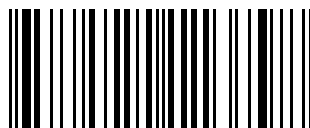
Destina-se aos cursos de psicologia, medicina, psicologia da saúde, enfermagem, filosofia e áreas afins. Obra de apoio nas disciplinas psicologia hospitalar, psicologia institucional, psicopatologia, psicologia contemporânea, temas e técnicas em psicoterapia. Leitura indicada também para programas de graduação e pós-graduação em Psicologia da Saúde, Psicossomática e Disciplinas Psiquiátricas.



Para suas soluções de curso e aprendizado,
visite www.cengage.com.br

ISBN 13 978-85-221-1379-8

ISBN 10 85-221-1379-3



9 788522 113798

Psicossomática e suas interfaces

O processo silencioso do adoecimento

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Psicossomática e suas interfaces : o processo silencioso do adoecimento / Valdemar Augusto Angerami, (organizador). -- São Paulo : Cengage Learning, 2012.
Vários autores.

Bibliografia.
ISBN 978-85-221-1379-8

1. Medicina psicossomática 2. Psicologia 3.
Psicoterapia I. Angerami, Valdemar Augusto.

12-10486

CDD-616.08

Índice para catálogo sistemático:

1. Adoecimento psicossomático : Medicina
psicossomática 616.08

Psicossomática e suas interfaces

O processo silencioso do adoecimento

Valdemar Augusto Angerami (organizador)

André Roberto Ribeiro Torres

Arlinda B. Moreno

Denis Eduardo Batista Rosolen

Geórgia Sibebe Nogueira da Silva

Heloisa Benevides de Carvalho Chiattonne

Karla Cristina Gaspar

Liana Mirela Souza Oliveira

Luiz José Veríssimo

Marisa Fortes

Marivania Cristina Bocca

Silvana Carneiro Maciel

Sylvia Mara Pires de Freitas

Wimer Bottura Junior



Psicossomática e suas interfaces: o processo silencioso do adoecimento**Valdemar Augusto Angerami (org.)**

Gerente Editorial: Patrícia La Rosa

Supervisora Editorial: Noelma Brocanelli

Supervisora de Produção Gráfica: Fabiana Alencar Albuquerque

Editora de Desenvolvimento: Gisela Carnicelli

Copidesque: Mariana Gonzalez

Revisão: Olivia Yumi Duarte, Monalisa Neves, Rosângela Ramos e Camilla Bazzoni

Diagramação: PC Editorial Ltda.

Capa: Ale Gustavo – Blenderhead Ideas

Editora de direitos de aquisição e iconografia: Vivian Rosa

© 2013 Cengage Learning. Todos os direitos reservados.

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, sejam quais forem os meios empregados, sem a permissão, por escrito, da Editora. Aos infratores aplicam-se as sanções previstas nos artigos 102, 104, 106 e 107 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.

Esta editora empenhou-se em contatar os responsáveis pelos direitos autorais de todas as imagens e de outros materiais utilizados neste livro. Se porventura for constatada a omissão involuntária na identificação de algum deles, dispomo-nos a efetuar, futuramente, os possíveis acertos.

Para informações sobre nossos produtos, entre em contato pelo telefone **0800 11 19 39**

Para permissão de uso de material desta obra, envie seu pedido para **direitosautorais@cengage.com**

© 2013 Cengage Learning. Todos os direitos reservados.

ISBN-13: 978-85-221-1379-8

ISBN-10: 85-221-1379-3

Cengage Learning

Condomínio E-Business Park

Rua Werner Siemens, 111 – Prédio 20 – Espaço O4

Lapa de Baixo – CEP 05069-900 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 3665-9900 – Fax: (11) 3665-9901

SAC: 0800 11 19 39

Para suas soluções de curso e aprendizado, visite **www.cengage.com.br**

Impresso no Brasil.

Printed in Brazil.

1 2 3 4 5 6 7 16 15 14 13 12

Sumário

Apresentação xi

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

Sobre os autores xv

Capítulo 1 – Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente 1

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

INTRODUÇÃO 3

SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE 4

INADEQUAÇÃO DIANTE DA IMPREVISIBILIDADE 15

SOBRE A POSTURA DE ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE 19

CALOSIDADE PROFISSIONAL 19

DISTANCIAMENTO CRÍTICO 28

EMPATIA GENUÍNA 33

PROFISSIONALISMO AFETIVO 39

CONSIDERAÇÕES FINAIS 42

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 43

Capítulo 2 – Depressão, ideação suicida e etilismo na oncologia 45

KARLA CRISTINA GASPAR

INTRODUÇÃO 47

TRANSTORNO DECORRENTE DO USO DE ÁLCOOL 63

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL NO HOSPITAL GERAL 65

FAMÍLIA, DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E CÂNCER 66

APRESENTAÇÃO DO CASO 67

CONSIDERAÇÕES COMPLEMENTARES 72

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 72

Capítulo 3 – A racionalidade médica ocidental e a negação da morte, do riso, do demasiadamente humano 79

GEÓRGIA SIBELE NOGUEIRA DA SILVA

- RAZÃO E PAIXÃO NA MEDICINA OCIDENTAL 83
- O INÍCIO DO RITUAL DE INICIAÇÃO DA RACIONALIDADE MÉDICA OCIDENTAL: EXORCIZAR A MORTE E ABRAÇAR O OLIMPO 86
- MEDICINA PSICOSSOMÁTICA E A RACIONALIDADE DA METÁFORA ATREVIDA – A VERDADE NIETZSCHEANA 91
- A UPI!: UM ENCONTRO ENTRE O RISO, A SOLENIDADE DA DOENÇA E A VONTADE DE POTÊNCIA 96
- OBJETIVOS 98
- FRAGMENTOS DA UPI!: ALGUNS PROCEDIMENTOS E RESULTADOS 103
- (IN) CONCLUSÃO 115
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 117

Da dor e do desespero 120

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

Capítulo 4 – O corpo não objetivo e seu encontro no desespero 121

ANDRÉ ROBERTO RIBEIRO TORRES

- INTRODUÇÃO 123
- A PROBLEMÁTICA TÉCNICA 125
- CORPO NÃO OBJETIVO 126
- IMPLICAÇÕES DE UMA MUDANÇA DE PERSPECTIVA 127
- DESESPERO 128
- CONSIDERAÇÕES FINAIS 131
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 131

Capítulo 5 – Importância do atendimento psicológico ao paciente renal crônico em hemodiálise 133

SILVANA CARNEIRO MACIEL

- INTRODUÇÃO 135
- INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: CONCEITUAÇÃO E QUADRO CLÍNICO 136
- TRATAMENTO CLÍNICO DO DOENTE RENAL 138

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA 142

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO HOSPITALAR AO PACIENTE EM
HEMODIÁLISE 145

A SUBJETIVIDADE DO ADOECER 153

CONSIDERAÇÕES FINAIS 156

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 159

Capítulo 6 – Da ansiedade intrínseca à existência à psicopatologia da ansiedade. Considerações sobre a ansiedade embasadas na prática clínica 161

DENIS EDUARDO BATISTA ROSOLEN

INTRODUÇÃO 163

A ANSIEDADE É CONSTITUTIVA DA EXISTÊNCIA 164

A ANSIEDADE ATRAVÉS DOS TEMPOS 167

ANSIEDADE DA MORTE 168

ANSIEDADE DA FALTA DE SENTIDO 174

ANSIEDADE DA CULPA 179

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE 185

FOBIA SOCIAL 186

TRANSTORNO DO PÂNICO 193

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 201

Poema sem hora 203

ANDRÉ ROBERTO RIBEIRO TORRES

Capítulo 7 – O papel da espiritualidade na prática clínica 205

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

INTRODUÇÃO 207

EM BUSCA DE CONCEITOS 207

ESPIRITUALIDADE E PSICOTERAPIA 211

UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA
CLÍNICA 231

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 239

Capítulo 8 – As querelas de um vendedor de algodão-doce com Higino: sobre as serpentes, a argila e os centauros (Conjecturas sobre a relação de um laringectomizado com o cuidado) 241

ARLINDA B. MORENO

INTRODUÇÃO 243

DAS QUATRO PERSONAGENS QUE NOS CONDUZEM PELO CUIDADO 244

UMA OU DUAS COISAS A DIZER SOBRE O CUIDADO 247

O CUIDADO EM SAÚDE: PEQUENAS OBSERVAÇÕES 249

NOSSA PERSONAGEM CENTRAL: VAD E SUAS QUERELAS 251

MAIS UMA OU DUAS COISAS QUE EU GOSTARIA DE DIZER POR ENQUANTO 262

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 265

Capítulo 9 – Histeria e fenômeno psicossomático: corpo biológico × corpo simbólico nos limites da intervenção 267

SILVANA CARNEIRO MACIEL

LIANA MIRELA SOUZA OLIVEIRA

DEFINIÇÃO DA HISTERIA: FENÔMENO DO CORPO SIMBÓLICO 269

DEFINIÇÕES DA PSICOSSOMÁTICA: FENÔMENO DO CORPO BIOLÓGICO 273

CORPO BIOLÓGICO × CORPO SIMBÓLICO: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA 280

CONSIDERAÇÕES FINAIS 286

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 287

O encontro do girassol com o ipê roxo 289

KARLA CRISTINA GASPAR

Capítulo 10 – A sociabilidade no romance *Ensaio sobre a cegueira* e conexões com grupos e saúde 291

MARIVANIA CRISTINA BOCCA

SYLVIA MARA PIRES DE FREITAS

INTRODUÇÃO 293
COM A LENTE SARTRIANA SOBRE A SOCIABILIDADE 298
OS FUNDAMENTOS DA SOCIABILIDADE 302
PSICOLOGIA, GRUPOS E SAÚDE 315
CONSIDERAÇÕES FINAIS 318
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 319

Capítulo 11 – Transtorno de estresse pós-traumático e violência urbana: diálogos possíveis 321

MARISA FORTES

OS POSSÍVEIS EFEITOS PSICOLÓGICOS DA EXPERIÊNCIA VIOLENTA NO INDIVÍDUO 324
IDEIAS PARA UMA ABORDAGEM PSICOTERÁPICA EM VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA 326
CONSIDERAÇÕES FINAIS 329
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 330

Capítulo 12 – Entre pessoas: um modo de pensar a pesquisa e a saúde a partir de uma abordagem dialógica proposta por Martin Buber 331

LUIZ JOSÉ VERÍSSIMO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A FUNDAMENTAÇÃO DIALÓGICA DA PESQUISA 333
CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO DE MARTIN BUBER PARA UMA PESQUISA DIALÓGICA 339
O CENÁRIO DIALÓGICO NA PESQUISA 345
O DIÁLOGO NA PSICOTERAPIA 349
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 359

Primavera em Paris 361

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

Capítulo 13 – A psicologia de ligação e o psicólogo de referência em psicologia hospitalar 363

HELOISA BENEVIDES DE CARVALHO CHIATTONE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 386

Capítulo 14 – A gênese do adoecimento decorrente das agressões silenciosas. Psicoimunologia 389

WIMER BOTTURA JUNIOR

EMOÇÕES: COMPONENTES MUSCULAR, BIOQUÍMICO,
COMPORTAMENTAL DE RESOLUÇÃO E FUNÇÃO DE
SOBREVIVÊNCIA 395

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 396

Na noite de Natal... 397

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

Apresentação

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

Paris

Pensar em um livro, andando pela Vaugirard, em Paris, é decidir sem a razão a balizar qualquer tipo de detalhes, ou até mesmo de impeditivos. Tudo que se concebe nesse contexto não tem como ter elementos contrários à sua viabilização. Paris não é uma cidade.

Paris é uma ilusão; uma fragrância de sonho tornada realidade em forma de prédios, avenidas, pontes, *boulevards* e cafés maravilhosos. Não existe a configuração real de cidade; apenas algo que se transforma em magia e nos inebria e contagia para algo que não se concebe em palavras reais. É algo inefável. Simplesmente inatingível pela razão. Assim como nuvens que se dissipam em metáforas, Paris também se transforma em bairros, vielas, cafés repletos de história e ilusões. Paris é uma cidade criada e concebida pelos maiores nomes da música, da literatura, da filosofia e das artes. Uma criação em que os criadores se encantaram de tal modo com sua realidade que tudo se transforma continuamente. E como escreveu sabiamente Hussey,¹ não causa espanto que nos últimos anos sejam os vibrantes e imprevisíveis territórios de Sydney, Nova York ou Londres que têm cativado a imaginação mundial. Ou seja, em uma época em que a tecnologia impõe padrões de concretude aos nossos sonhos e realizações, o que se busca é a imponência arquitetônica de modernidade dessas cidades. Paris é a magia dos sonhos dos *boulevards*, dos cafés em que Hemingway, Fitzgerald, Picasso e Cummings, entre outros, criaram obras que nos encantam por toda a eternidade.

Isso é Paris, uma cidade em que o sonho busca pela realidade para se efetivar. Este livro tem sua concepção nesse ambiente. Sua formatação tem esse arrebatamento de alma e esse desdobrar de emoção em mais uma de nossas realizações. E se adentrarmos ao fato de que essas linhas foram escritas durante a degustação do vinho da tarde no Café Paris, no mesmo ambiente em que Debussy se debruçava sobre suas partituras e as de Satie, e também onde Sand, Chopin e Liszt passeavam pela vida, temos, então, que este livro já traz em si um quê de muita emoção e vida.

¹Hussey, A. *A história secreta de Paris*. Barueri: Amariyls, 2011.

Este livro traz um pouco desse resquício, do sonho que enfrenta a tecnologia contrapondo ideais à frieza da racionalidade. De sonhos que se configuram como frestas de luz diante das intempéries da racionalidade acadêmica com seus gráficos, pesquisas e publicações científicas. Academicismo que tem em Nova York seu sustentáculo maior e que dista da delicadeza dos sonhos parisienses. Os nossos sonhos de uma psicologia mais humana passeiam pelos *boulevards* e cafés parisienses e derramam-se pela boca no vinho degustado em fervor por nossas crenças.

Serra da Cantareira

O dia amanheceu como uma autêntica manhã de outono, apesar de ainda ser verão. E como algumas árvores de outono timidamente começam a exibir suas flores – cássia aleluia, quaresmeiras, espatódias e paineiras –, temos a nítida sensação de já estarmos no outono. O dia amanheceu com aquela neblina típica das manhãs de outono que o sol aos poucos rompeu, trazendo o azul tão lindo como uma manhã azul de outono. A algazarra matinal dos pássaros é algo que sempre me fascina, e isso por mais que possa presenciá-la quase que diariamente. Vejo os esquilos correndo pelas árvores e famílias de bugios saindo de seus cantos e caminhando pela vida. A vida se espreguiça e nos faz crer que a dimensão da própria vida é a vida em seu esplendor. Ouvindo *En Bateau*, da *Petite Suite* de Debussy, peça que traz um solo de flauta que se harmoniza com as cordas da harpa, dos violinos e das violas em uma harmonização dissonante que nos leva a sonhar e passear em um barco pelo Sena. Esse cenário se mistura a Paris e me traz um suave deleite de alma diante da emoção deste novo livro.

Um livro que apresenta parceiros antigos ao lado de novos caminheiros. Todos em perfeita harmonia e sintonia com a emoção de levar a um sem-número de leitores uma crença de azul na compreensão da saúde e de seus tentáculos. Fizemos um livro com amor e dedicação para que seja sustentáculo de tantos que buscam subsídios para a compreensão dos fenômenos psicossomáticos e seu imbricamento na vida humana.

O verde da mata que se mostra à minha frente tem a exuberância do esplendor exibido após um dia de chuva em que sua beleza mostra a dimensão da harmonia existente na natureza. Da mesma maneira, meus dedos vicejam na tecla do computador, harmonizando-se com os nossos ideais, e buscando avidamente pela complementaridade do leitor que completará esse binômio e o tornará indivisível. Desejo de que este livro seja um toque de carícia na alma de cada leitor, e que se torne instrumento contínuo de consulta acadêmica, clínica e até mesmo de pesquisa, pois embora façamos ressalvas a alguns métodos pouco confiáveis, e até mesmo com a presença de manipulação de dados conclusivos, sabemos da importância de publicações que possam trazer subsídios teóricos para intervenções mais eficazes. Este livro nasce portentoso, pois além de ser enfeitado com o que existe de vanguarda na área de psicossomática, traz também o resultado de reflexões de anos de prática clínica de seus autores, mostrando o processo silencioso do adoecimento em detalhes e suas implicações na vida humana.

Mostramos também o adoecimento das instituições e dos profissionais da saúde, e mais do que um instrumento contundente de denúncia, essas linhas serão determinantes para a mudança que se faz necessária, rumo à humanização da saúde. Este é o nosso novo livro. Fruto da nossa paixão pela tentativa de compreensão das intercorrências da saúde. E também pela nossa crença de que a partilha de experiências é o resultante maior de nossas conquistas. Expomos em nossos escritos nossa alma e nossa fragilidade, mas certamente também as nossas realizações. E ainda que seja a menor entre as menores, será nossa contribuição à tentativa de compreensão do adoecimento psicossomático. Eis o nosso novo livro. Um livro escrito pelas nossas almas, mas que certamente se entrelaçará com a alma dos leitores em perfeita harmonização.

Serra da Cantareira, em uma manhã azul de verão.

Sobre os autores

André Roberto Ribeiro Torres

Formação em psicoterapia fenomenológico-existencial pelo Centro de Psicoterapia Existencial, mestre em psicologia (PUC-Camp). É professor do Centro de Psicoterapia Existencial e da pós-graduação em psicologia fenomenológico-existencial da Unipar em Umuarama/PR. É coautor dos livros *As várias faces da psicologia fenomenológico-existencial* (Cengage Learning), *Psicologia e religião* (Cengage Learning) e *Psicoterapia e brasilidade* (Cortez).

Arlinda B. Moreno

Doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), com pós-doutorado em saúde coletiva pela mesma instituição e pós-doutorado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Atua no Rio de Janeiro, como psicoterapeuta fenomenológico-existencial, com pacientes com câncer e como pesquisadora em Saúde Pública na Fiocruz. Em São Paulo, é professora do curso de formação em psicoterapia fenomenológico-existencial no Centro de Psicoterapia Existencial. Dentre seus temas de interesse, destacam-se seus estudos voltados para os aspectos psicológicos relacionados à morte e à finitude. É, também, coautora dos livros *Psicoterapia e brasilidade*, *O atendimento infantil na ótica fenomenológico-existencial* e *Psicossomática e psicologia da dor*.

Denis Eduardo Batista Rosolen

Psicólogo clínico na Prefeitura Municipal de Pirassununga-SP. Atuou como professor de psicologia de 2005 até 2011. Leciona no curso de formação em psicoterapia fenomenológico-existencial do Centro de Psicoterapia Existencial.

Psicólogo hospitalar pelo ICFMHCUSP/SP, com especialização em gestalt-terapia pelo Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo.

Geórgia Sibeles Nogueira da Silva

Psicóloga, professora do departamento de psicologia e da pós-graduação em psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutora em medicina

preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social (UERJ/RJ). Especialista em antropologia, terapia familiar sistêmica e em educação sexual. Coordenadora do mestrado profissional em saúde da família pela MPSF/UFRN/RENASF e do Laboratório de Estudos em Tanatologia e Humanização das práticas de Saúde (LETHS). Supervisora de estágios em psico-oncologia na UFRN, membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-UFRN).

Consultora de projetos na área da saúde do Centro Cultural Casa da Ribeira – Natal/RN. Autora de artigos, pesquisas e atividades de extensão nas áreas de saúde coletiva e psicologia da saúde, com os seguintes temas: tanatologia, aids, construção de gênero e sexualidades, famílias, saúde do homem, humanização das práticas em saúde, gestão e atenção do cuidado em saúde, estratégia de saúde da família, saúde e arte, partindo dos referenciais teóricos das abordagens fenomenológico-existencial, hermenêutica e abordagem sistêmica da família.

Heloisa Benevides de Carvalho Chiattonne

Psicóloga, mestre em psicologia, especialista em psicologia hospitalar. Distinção de Conhecimento em Psicologia da Saúde pela Alapsa Internacional. É coordenadora do serviço de psicologia hospitalar dos hospitais São Luiz – Unidades Morumbi e Anália Franco, Leforte e Vitória. É professora de pós-graduação em psicologia da saúde e hospitalar do COGEAE (PUC-SP), do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Araújo Jorge (GO) e no Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba (PR). É líder e supervisora da disciplina de EEIP, Psicologia Hospitalar, na Universidade Paulista (UNIP). Coordenadora do NELIS (Núcleo de Ensino, Qualidade e Humanização em Saúde). Autora de livros e artigos científicos na área de psicologia da saúde e hospitalar. Responsável pela implantação dos serviços de psicologia hospitalar no Hospital Brigadeiro, Santa Casa de São Paulo, Hospital do Servidor Público Municipal, Santa Casa de Vinhedo, Hospital São Luiz (Unidades Morumbi e Anália Franco), ICESP, Hospital Leforte e Hospital Vitória.

Karla Cristina Gaspar

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Camp). Especialização em psiquiatria e psicologia clínica do adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Especialização em psicologia da saúde: psicologia hospitalar pela PUC-SP. Formação em psicoterapia psicanalítica de crianças e adolescentes pelo Centro de Formação e Assistência a Saúde (CEFAS). Mestre em ciências médicas pela Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp). Psicóloga responsável pelo Núcleo de Psicologia da Unidade Produtiva Oncologia Clínica e Quimioterapia do Hospital de Clínicas (HC-Unicamp). Supervisora titular do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Psicologia e Oncologia pela Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp).

Liana Mirela Souza Oliveira

Psicóloga clínica-hospitalar, com mestrado em psicologia social pela Universidade Federal da Paraíba (2006). Professora do curso de fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP) e nos cursos de pós-graduação das Faculdades Integradas de Patos (FIP), nas áreas de educação e saúde. Psicóloga efetiva do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Doutor Clementino Fraga.

Luiz José Veríssimo

Doutor em filosofia pela UERJ. Psicólogo clínico (PUC-RJ) e supervisor na abordagem psicoterápica existencial humanista do SPA da Universidade Veiga de Almeida (UVA). Professor de psicologia existencial-humanista na UVA. Ministrou as disciplinas fenomenologia e existencialismo na pós-graduação *latu-sensu* em gestalt-terapia da Universidade Celso Lisboa (2008, 2009, 2011) e fundamentos filosóficos na especialização em psicologia fenomenológico-existencial da Universidade Paranaense (2009); professor do curso de formação em psicoterapia fenomenológico-existencial do Centro de Psicoterapia Existencial. É membro do LAPSI UVA – Laboratório de Práticas Sociais Integradas da UVA.

Marisa Fortes

Jornalista e psicóloga clínica, psicoterapeuta especializada no atendimento de transtornos de ansiedade, principalmente TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático), com ampla atuação em casos de extorsão mediante sequestro e outros ligados à violência urbana. Mestre em psicologia social (Unimarco), especialista em terapias cognitivo-comportamentais e medicina comportamental (Unifesp) e especialista em psicologia hospitalar (Unisa). Terapeuta em EMDR® (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) certificada pelo EMDR® Institute of California e Advanced Training in Rational-Emotive & Cognitive-Behavioral Theory and Techniques pelo Albert Ellis Institute de New York. Professora convidada do núcleo de estudos de criminologia (Necrim) da Acadepol – Academia de Polícia Civil “Dr. Coriolano Nogueira Cobra” e professora de teorias e técnicas cognitivo-comportamentais da UniAnchieta (Jundiaí/SP).

Marivania Cristina Bocca

Psicóloga. Mestre em psicologia social e da personalidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Especialista em psicologia fenomenológico-existencial pela Universidade Paranaense (UNIPAR/Umuarama/Paraná). Docente do curso de psicologia e orientadora de estágio em psicologia clínica e processos clínicos na abordagem fenomenológico-existencial da Universidade Paranaense (UNIPAR/Cascavel). Docente na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE/Cascavel).

Silvana Carneiro Maciel

Doutora em psicologia social. Psicóloga clínica hospitalar. Professora do Departamento de Psicologia e do Mestrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Supervisora de estágio supervisionado em psicologia hospitalar.

Sylvia Mara Pires de Freitas

Psicóloga, mestre em psicologia social e da personalidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), especialista em psicologia do trabalho pelo Centro Universitário Celso Lisboa (CEUCEL/RJ). Possui formação em psicologia clínica na abordagem fenomenológico-existencial pelo Núcleo de Psicoterapia Vivencial (NPV/RJ). Docente e orientadora de estágios supervisionados em psicologia clínica e processos clínicos, na abordagem fenomenológico-existencial, do curso de psicologia da Universidade Paranaense (UNIPAR/Umarama/Paraná). Docente e orientadora de estágios supervisionados em psicologia do trabalho na Universidade Estadual de Maringá (UEM/PR).

Valdemar Augusto Angerami

Psicoterapeuta existencial, professor de pós-graduação em psicologia da saúde na PUC-SP.

Professor de pós-graduação em psicologia da saúde na UFRN, coordenador do Centro de Psicoterapia Existencial, membro da Comissão de Justiça e Paz – SP, e autor com o maior número de livros publicados em psicologia do Brasil e adotados em universidades de Portugal, México e Canadá.

Wimer Bottura Junior

Médico psiquiatra e psicoterapeuta, presidente do Departamento Multidisciplinar de Adolescência e presidente do Departamento de Saúde Escolar da Associação Paulista de Medicina. Autor de vários livros, entre eles *Agressões silenciosas – o contágio pela comunicação* (Editora República Literária). Professor convidado na cadeira de Psicologia Médica da FMUSP.

Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente¹

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

*Podemos até não lembrar de quem partilhou
nossa alegria, mas jamais esquecemos quem
chorou diante de nossa dor...*

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

¹ Este trabalho foi originalmente publicado em *Urgências Psicológicas no Hospital*, São Paulo: Thomson Pioneira, 2002. Ele foi acrescido de novas ideias e atualizado em suas reflexões estruturais.

INTRODUÇÃO

A ideia deste capítulo ocorreu-me ouvindo o Concerto para Violino e Orquestra em ré maior de Beethoven. Apreciava a temática lírica do primeiro movimento – tão singularmente modelado, e que a partir das características do timbre do instrumento solista tende ao repouso, ao desdobramento, muito mais que à progressão. Suas origens remontam aos efeitos dos tímpanos no início do movimento. Em muitas variações, desde a tonalidade de ré sustenido do décimo compasso da introdução, o ritmo baseado nas semínimas revela-se um elemento propulsivo. Os impulsos provêm também dos temas líricos, mas se desenvolvem antes de mais nada na parte solista, em figurações espiraladas e mutáveis; ricamente articuladas do ponto de vista rítmico, elas se espalham por vastas extensões. O timbre do violino fascina por suas rápidas mudanças de cor, contribuindo também para distinguir o instrumento solista da orquestra, da qual é, todavia, parte integrante. Tentei articular algumas ideias observadas ao longo de anos de prática profissional, onde pude perceber determinadas performances que, ainda que inseridas em um contexto mais amplo, se destacavam pela beleza e abrangência e que nesse momento se articulam com a temática melódica do Concerto de Beethoven.

O profissional da saúde é assim, como um solista de orquestra, que, embora fazendo parte dela, precisa ter cor própria para se sobressair e mostrar o esplendor de sua temática melódica.

Sempre somos partes integrantes de uma contextualização mais ampla em termos de conceitos e até mesmo de balizamentos de saúde. Nossa prática individual, ainda que inserida em uma instituição de saúde, traz em seu bojo traços de nossas características pessoais. Assim, temos espreado em nosso atendimento nossa concepção de valores, de mundo e da condição humana.

Somos um instrumento isolado que sola acompanhado de uma orquestra em um dado momento, para em seguida fazer parte dessa mesma orquestra e acompanhar outro instrumento solista. Temos melodia e ritmo próprios. Possuímos timbre específico, mas a nossa modalidade tonal sempre é atrelada ao todo do qual fazemos parte, seja esse todo uma orquestra ou uma instituição de saúde.

Tentei sistematizar alguns procedimentos observados na prática do profissional da saúde, e embora não tenha conseguido defini-los em termos tonais, pois essa não era sequer a intenção mínima deste trabalho, cataloguei alguns procedimentos em categorias de análise e observação.

Arrolei procedimentos, enfeixei postulados filosóficos para embasar essas categorizações e os alinhei em um dimensionamento descritivo. Envolvi tais conceituações

em uma análise qualitativa e pormenorizei a minha própria conceituação dos procedimentos descritos. E assim como no Concerto de Beethoven, onde o tema do final principia com alegre elegância por parte do solista, repetindo-se delicadamente duas oitavas acima após sua índole se revelar impetuosamente, fiz deste capítulo algo que certamente levará a uma recapitulação da nossa prática profissional, pois certamente, mais do que uma suave melodia aos ouvidos, teremos diante dos olhos uma crítica ao nosso próprio procedimento.

Refleti intensamente sobre a ousadia, petulância, ou sei lá que rótulo receberei por esse tipo de categorização estabelecida neste capítulo. E como sempre é escrevendo que nos expomos ao crescimento, seja pelas críticas, seja ainda pelos elogios, alinhavi minhas ideias da maneira como foi possível idealizá-las. O importante é contribuir para a discussão que envolve o nosso próprio crescimento enquanto profissionais e como pessoas. E, de outra parte, tenho consciência, até mesmo pela repercussão de trabalhos anteriores,² de que tudo que escrevemos provoca as mais diferentes reações nos níveis mais imprevisíveis nas pessoas que o apreciam. **Não há como obter consenso principalmente quando falamos sobre peculiaridades humanas,** uma vez que sempre iremos esbarrar em conceituações filosóficas, morais, sociais etc., que sempre estarão a balizar e dimensionar os nossos escritos.

Este é um trabalho escrito com muito amor, na certeza de não apenas apresentar uma contribuição às discussões envolvendo a temática saúde, mas, sobretudo, por polemizar temas que se mantêm obscuros à nossa análise.

SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Antes de adentrarmos as reflexões sobre a postura do profissional da saúde, certamente se faz pertinente uma **digressão acerca da humanização do contexto de saúde,** e também do hospitalar. Quando falamos de humanização de relações envolvendo pessoas algo se torna estranho, pois afinal como podemos falar em humanização se todas as partes envolvidas nesse processo são pessoas humanas?! Essa questão ao mesmo tempo excludente por sua própria asserção nos dimensiona o real significado dessa reflexão. Ou seja, embora estejamos abordando pessoas envolvidas em uma mesma trama, a relação estabelecida necessita ser humanizada. Inicialmente é importante termos claro que o estabelecido nas relações envolvendo a prática da saúde, sejam elas hospitalares ou não, está longe de ser humano.

Uma relação, para ser definida como humana, necessita inicialmente que eu me reconheça como humano e que igualmente identifique no outro essa condição de hu-

² Este trabalho desde sua publicação anterior sempre se mostrou como referência para os estudiosos da psicologia da saúde e da área hospitalar. Ele já foi referência de inúmeros trabalhos acadêmicos que procuraram confirmá-lo e até mesmo refutá-lo. É incontável o número de artigos e escritos que fazem deste trabalho a referência de norteamento de seus próprios construtos.

manidade. No entanto, o que vemos com um vigor cada vez maior é que o paciente, longe de ser considerado humano, principalmente nos hospitais acadêmicos, se tornou um mero objeto de estudo. Ele perde sua condição de humanidade e passa a ser um objeto que servirá para que os acadêmicos possam debruçar-se sobre ele para aprenderem detalhes de seus estudos. Dessa maneira, apenas como mera citação ilustrativa, o fato de uma mulher se ver na mesa ginecológica diante de vários acadêmicos e de um professor que diante de sua prostração exhibe aos seus acadêmicos os detalhes de sua possível patologia, passa a ser algo normal e rotineiro nos hospitais acadêmicos. O paciente é despersonalizado e passa a ser definido por sua patologia, e não mais pelo seu nome. E de outra parte, o grande argumento é que por se tratar de um hospital escola essa é a condição necessária para que esses pacientes recebam algum tipo de tratamento. Estamos, então, diante de uma relação que precisa ser humanizada, pois uma das partes – os profissionais da saúde – não reconhece o paciente como semelhante, ao contrário, apenas e tão somente como objeto de estudo.

Nos hospitais particulares, igualmente, temos uma condição de total assimetria, sendo que nesse contexto os pacientes não são vistos como objetos de estudo, e sim como objetos que propiciam lucro a essas entidades. Nessa realidade eles se tornam apenas e tão somente mercadoria de lucro para a ganância da indústria hospitalar, seguramente uma das mais rentáveis dos últimos tempos. O paciente, para ser atendido nesse contexto, precisa que sua condição financeira faça frente às exigências dessa indústria. Do contrário, ele irá perecer até mesmo nas portas de seus atendimentos de emergência, pois o que irá determinar a prioridade de atendimento longe de ser a urgência de determinadas patologias será a sua condição financeira. E nem mesmo os hospitais religiosos escapam dessa lógica, e isso em que pese em suas definições sempre terem como *missão* o atendimento ao combalido e desvalido pelas patologias e pelas atrocidades sociais. Mas sem a condição financeira necessária para se enquadrar em seus sustentáculos esse paciente terá de procurar ajuda em outras instâncias.

E de outra parte, é através de reflexão sobre a necessidade de humanização da realidade hospitalar que poderemos dimensionar as mudanças necessárias nas posturas do profissional da saúde. Seguramente qualquer reflexão passa necessariamente por essa necessidade de humanização das relações presentes na instituição hospitalar. O paciente, ao ser visto como objeto de estudo, ou então como objeto de lucro, tem sua condição de humanidade totalmente negligenciada e desprezada além de qualquer conceituação que se queira fazer. Ao desumanizar o outro, também me desumanizo, pois, ao não reconhecê-lo como meu semelhante, igualmente faço de mim mesmo algo sem resquícios mínimos de humanidade.

Ao negar ao outro sua condição de humanidade, acabo por conferir-lhe algo que não apenas irá dar-lhe uma condição de mero objeto. E igualmente me coloco também em uma situação de desrespeito à minha própria condição, pela incapacidade de reconhecer o outro como semelhante. E o que se torna ainda mais dramático é que uma das partes desse vínculo é alguém doente e que precisa de cuidados para seu soer-

guimento. E ao ser colocado na condição de objeto sem qualquer prenúncio mínimo de humanidade, sua dependência em relação ao profissional da saúde torna-se algo cuja definição precisará de novos parâmetros para ser devidamente balizada.

A relação do paciente com o profissional da saúde sempre é uma relação de dependência em diversos níveis, pois em suas mãos está o manejo de diferentes recursos que poderão trazer-lhe seu restabelecimento. É uma relação em que uma das partes ajuda e a outra é ajudada, e isso minimamente preservando a humanidade desse relacionamento. Quando uma das partes é totalmente desumanizada, seja aferindo-lhe a condição de objeto de estudo, seja ainda de objeto de lucro, a situação inicial de ajuda torna-se totalmente distante de todo e qualquer parâmetro de dignidade humana.

É bastante frequente ouvir até mesmo profissionais da saúde fazendo referência à humanização hospitalar sem, no entanto, ater-se ao verdadeiro significado do termo. Assim, referências a possíveis ajudas ao paciente a vestir seu avental ou mesmo de seu acompanhante são práticas definidas como humanização do contexto hospitalar. Ou ainda ajudar esse paciente manejando sua cama para uma melhor acomodação, ou então ajudá-lo no chamamento da ajuda da enfermagem são igualmente práticas que são arroladas como sendo humanização da realidade hospitalar. Tais práticas, no entanto, não se configuram dentro do que seja de fato a humanização da realidade hospitalar, ou seja, o estabelecimento de uma relação em que me reconheço como humano e reconheço o outro como meu semelhante. Ajudar alguém a vestir o avental, ou mesmo chamar a enfermagem não configura o reconhecimento de sua humanidade, pois muitas vezes até aquele paciente considerado como objeto de estudo precisa ter seu avental trocado, ou ainda precisa de cuidados da enfermagem. Ele será atendido em suas necessidades sem que decididamente perca sua condição de objeto de estudo, ou de lucro.

Reconhecer ao outro como semelhante seguramente é uma das mais difíceis condições de nossa própria humanidade. Falamos de maneira fácil nesse reconhecimento, mas nossa cotidianidade está cheia de exemplos a mostrar o quanto estamos distantes dessa afirmação. Um exemplo primeiro é a própria maneira como nos referimos aos pacientes dos hospitais públicos, ou então aos moradores de favelas ou de bairros que exibem condições subumanas. Ao nos referirmos a essas pessoas, dizemos simplesmente: “aquela gente atendida nos hospitais públicos”, ou ainda, “aquela gente que mora nas favelas ou em outros bairros subumanos”. É dizer que ao nos referirmos a essas pessoas como “aquela gente” nada mais estamos fazendo que delimitar que “aquela gente” não é “minha gente”, pois do contrário teria outra postura diante dos descabros sofridos por “aquela gente”. A expressão “aquela gente” praticamente define outra espécie que não a humana, mas, sim, um conjunto de seres que nada têm a ver comigo e com a “minha gente”. O que ocorre com a “minha gente” me afeta e exige uma ação imediata, e não apenas o quietismo e a indiferença diante do que ocorre com “aquela gente”. Sobretudo no que diz respeito ao parâmetro do estabelecimento de humanidade do outro, a nossa postura precisa ser a de reconhecimento de

sua humanidade, ou seja, de alguém semelhante a mim que reconheço como humano. Definir determinados cuidados como sendo a humanização hospitalar é cair em erro dantesco, pois em uma referência tosca, posso colocar um avental em um manequim de loja que isso não será jamais a humanização dessa relação.

A primeira atitude a ser adotada quando falamos em humanização da realidade hospitalar é justamente a de **se estabelecer vínculos humanos** em que um se percebe como humano e reconhece ao outro como igualmente humano. Fora disso iremos nos perder em mera e vã digressão filosófica. Presenciei, como supervisor de atendimento de psicologia hospitalar alguns anos atrás, uma colocação de uma psicóloga sobre sua intervenção junto ao paciente, em nome dessa possível humanização da realidade hospitalar. Ela narrou, então, que estava no quarto do paciente prestando atendimento psicológico junto a ele, quando chegou o café da tarde. E diante da impossibilidade de uma mobilização plena do paciente, inicialmente ela tentou levantar-lhe da cama, e como mesmo assim ele ainda não apresentava condições plenas de mobilidade ela não teve dúvidas e passou a lhe dar os biscoitos e o pão de seu lanche molhando-os no leite e conduzindo-os até a sua boca. Esse tipo de procedimento, além da inadequação de atitudes que colidem contra tudo que se preconiza como sendo psicologia hospitalar, não traz em seu bojo qualquer resquício de humanização do que quer que seja. Estamos apenas diante de uma total inadequação de procedimentos tanto no que diz respeito às funções da enfermagem como ainda do que seria o verdadeiro papel do psicólogo hospitalar. Jamais de humanização da realidade hospitalar!

Reconhecer o outro como semelhante necessita também que respeitemos quais devem ser os procedimentos do psicólogo hospitalar naquilo que tange à sua atuação e aos seus limites de abrangência. Pois diante desse exemplo, o que primeiro surge aos nossos olhos é a total inadequação de se dar refeição na boca de um paciente manuseando os alimentos com as mãos, ainda que essas tenham sido adequadamente lavadas quando da entrada no recinto hospitalar, como também a infantilização promovida pelo psicólogo junto a esse paciente ao adotar procedimentos maternos efetivados nos primórdios da infância. E, seguramente, se esse paciente não tiver condições de se alimentar sem ajuda, a realidade hospitalar apresenta outros profissionais mais gabaritados e preparados para essa função, que não o psicólogo.

Tomei conhecimento também de relatos que diziam do psicólogo ajudando o paciente na ingestão medicamentosa e até mesmo em procedimentos de trocas de curativos. Novamente estamos distantes de qualquer resquício de possível humanização da realidade hospitalar, e sim diante de procedimentos inadequados e indevidamente adotados pelo psicólogo hospitalar.

O paciente, ao ser visto como objeto de estudo, tem sua humanidade deixada completamente ao ostracismo. E por mais cruéis que sejam tais colocações, a realidade nos hospitais acadêmicos torna isso tão verdadeiro que dificilmente se assiste algo diferente dessas colocações. Tomemos como mera citação as *pesquisas* promovidas pelos laboratórios medicamentosos na realidade hospitalar. Os médicos são procurados por

esses laboratórios que lhes proporcionam todo o tipo de regalia, desde viagens nacionais e internacionais com acompanhantes para atualização nos diversos congressos que ocorrem em todos os cantos, até os mais diversos tipos de presentes que se pode dimensionar. Em troca pedem apenas que seus produtos tenham sua eficácia testada junto a esses pacientes objetos de estudo. Assim, as novas drogas são testadas junto a esses pacientes que são divididos nos quesitos das pesquisas científicas em grupos de pesquisa e controle. Depois da coleta de resultados, tais produtos são lançados no mercado com a bula apresentando possíveis efeitos colaterais, ou mesmo resultados adversos. Naturalmente que esses produtos uma vez lançados no mercado não serão acessíveis justamente aos pacientes que serviram de objetos de estudo na busca de tais resultados. A questão dos laboratórios junto aos médicos, principalmente na realidade acadêmica, é tão abjeta e promíscua que até mesmo os conselhos de medicina tentam sem êxito imputar a essa prática determinantes de seus códigos de ética, no entanto sem êxito, pois o benefício aferido pelos médicos faz com que sejam os maiores defensores desse tipo de relacionamento. Falar então em dignidade humana do paciente exposta a interesses tão vis e que possuem a força de grandes grupos multinacionais é quase que uma cantilena infantil usada na tentativa de se acalmar uma criança que padece enferma com dores bastante contundentes. Pois se nem mesmo os conselhos de medicina conseguem estancar esse processo contínuo de desumanização do paciente exposto aos interesses da comunidade científica e acadêmica, que dizer então de reflexões que falam da necessidade de se humanizar a realidade hospitalar apenas evocando-se a necessidade de se humanizar as relações interpessoais?!

Talvez o que façamos seja pouco diante da dimensão que tais descabros alcançaram na atualidade, mas seguramente serão como velas que, quando acesas na escuridão, ainda assim trazem um pouco de luz.

A postura do profissional da saúde, na maioria das vezes, está tão cristalizada em considerar o paciente apenas como objeto de estudo que veremos tais atitudes até mesmo naqueles que dizem desejar a humanização da realidade hospitalar. É dizer que a falta de reflexão sobre a temática compromete até mesmo o pouco que se caminha nessa seara. Isso sem dizer aqueles que têm uma postura clara de que o paciente está no hospital acadêmico para ser objeto de estudo e que, portanto, tudo se justifica diante dessa premissa. Ainda assim, certas posturas transcendem toda e qualquer tentativa de compreensão e até mesmo de conceituação. Triste exemplo dessas citações vivi algum tempo atrás, durante uma aula em nível de pós-graduação sobre a temática em uma das maiores universidades brasileiras e que, inclusive, é referência internacional no campo das pesquisas acadêmicas. Discorria sobre a questão do tanto que se coisifica a pessoa do paciente ao torná-lo objeto de estudo sem permitir-lhe qualquer sinal mínimo de dignidade humana. Fui então interrompido por uma aluna que era enfermeira e passou a descrever em detalhes uma situação vivida por ela ainda nos períodos de graduação. Narrou então que estava acompanhando um paciente que havia se submetido a uma cirurgia ocular e cuja plena recuperação demandava inclusive cuidados de

possíveis efeitos de exposição à luminosidade. E qual não foi sua surpresa quando sua professora, no afã de mostrar aos seus alunos de enfermagem procedimentos curativos, expôs esse paciente a situações de luminosidade contrárias à própria prescrição médica. Ela argumentou então junto à professora dos riscos dessa exposição ouvindo então de modo claro e textual que aquele paciente se prestava ao ensino dos procedimentos cirúrgicos e curativos e que todo e qualquer questionamento que se distanciasse desses princípios era totalmente indevido. Ela tentou ainda mostrar os riscos dessa exposição, e perplexa se viu ameaçada por tal professora, inclusive, de possível reprovação acadêmica por sua insistência no questionamento de seu procedimento. Seguramente esse é um exemplo extremado dessa desumanização e do total distanciamento de qualquer resquício de dignidade ao paciente. Mas certamente está longe de ser ímpar. Infelizmente ao que mais assistimos são espetáculos que nos coisificam em um processo contínuo e que não apresenta intermitência.

Falar em humanização das relações interpessoais é uma tentativa de resgate de nossos valores humanos mais dignos e que, muitas vezes, são rechaçados diante do aviltamento acadêmico que nos é imposto como sendo a realidade sobre a qual nossos procedimentos irão se delinear. E isso é muito desgastante porque até mesmo dentro da psicologia, em princípio a seara de discussão e compreensão da condição humana, temos como vertentes principais abordagens que se apropriam de animais de outras espécies para explicarem a conduta humana. Falamos em humanização ao mesmo tempo em que assistimos ao grande número de pesquisas acadêmicas realizadas nas principais faculdades de psicologia do país e que se utilizam de ratos e pombos no afã de explicar a condição humana.

De outra parte, na realidade hospitalar a questão ganha contornos ainda mais drásticos, principalmente pela divisão que se estabelece entre os pacientes atendidos nos hospitais públicos, acadêmicos ou não, e os pacientes atendidos em instituições particulares. Os hospitais públicos abrigam toda a sorte de desvalidos em toda a sorte de patologias e sofrimentos em busca de atendimento mínimo que seja. E o que se assiste então é que o atendimento tem como determinante, com as exceções de praxe, que a conduta sobre tais pacientes a tudo permite, pois, como citado anteriormente, eles não são *nossa gente*. E tal determinante por si estabelece condições degradantes e desumanas.

E, de outra parte, se expandirmos ainda mais nossas reflexões sobre a questão da humanização na realidade hospitalar, veremos que, na quase totalidade das vezes, principalmente nos hospitais acadêmicos, a verdadeira humanização precisa ser imperiosa inicialmente nas relações interpessoais desses profissionais. O que assistimos nos hospitais acadêmicos que fazem de seus pacientes objetos de estudo e pesquisa é uma quase selvageria no afã de publicação do resultado de suas pesquisas. E que na maioria das vezes atende apenas e tão somente os interesses da indústria farmacêutica.

A indústria farmacêutica, embora represente apenas um dos tentáculos desse sistema de saúde, mostra-se com um poder de persuasão sem dimensões de análise pelo seu

poderio econômico e pela maneira como faz prevalecer seus interesses. E inclusive das chamadas pesquisas científicas e acadêmicas que irão avaliar seus novos produtos devidamente testados na população que busca atendimento de saúde nos hospitais públicos. E as publicações acadêmicas e científicas, mesmo que não avaliem os efeitos de uma determinada medicação, ainda assim apresentam em seu bojo os determinantes desse tipo de estruturação hierárquica. Não importa o seu conteúdo, tampouco se quesitos de dignidade humana foram respeitados ou mesmo contemplados em seu percurso.

Dessa maneira, uma determinada pesquisa efetivada em uma determinada clínica ambulatorial, quando enviada para publicação nos veículos competentes, tem como imprescindível que todos os superiores desses pesquisadores também figurem em co-autoria, ainda que nunca tenham tomado o mínimo conhecimento dessas pesquisas. Essa prática é tão disseminada e corriqueira que não se reflete sobre o dantesco dessa condição. Ao contrário, quando se publica algo sem os nomes dos superiores é como se esses pesquisadores estivessem infringindo algo sagrado, pois os responsáveis devem ser venerados em verdadeiros rituais místicos por simplesmente fazerem parte da chefia dessas instituições. E decididamente a humanização na realidade hospitalar deve começar pelo estabelecimento da verdadeira autoria dos trabalhos acadêmicos para, na sequência, refletir-se sobre a dignidade desse paciente tornado objeto de estudo para atender a essa demanda irascível do academicismo. Essa absurdidade é de tal teor que dificilmente serão encontrados artigos científicos que não tenham sempre inúmeros autores que na quase totalidade das vezes figuram na coautoria apenas por suas posições hierárquicas. É dizer que os pesquisadores que de fato trabalharam arduamente na pesquisa são totalmente coisificados por seus superiores, que se apropriam de maneira indébita de algo que não lhes pertence de fato. E que é buscado de modo tão afoito na intenção de se melhorar currículos em mero exercício de pedantismo acadêmico. E se não existe respeito mútuo entre os próprios profissionais da saúde, o que dizer então do relacionamento com seus pacientes, que por si já estão em condição inferiorizada, uma vez que estão na realidade hospitalar em busca de cuidados muitas vezes vitais de saúde?

É fato que assistimos a um movimento ainda muito tênue e lento de questionamento dessas publicações e desse conluio de coautores que de fato não participaram de sua elaboração, seja no momento da pesquisa ou mesmo da redação final. Trata-se de uma farsa que viceja tão intensamente na realidade acadêmica, que falar da humanização do paciente e desconsiderarem-se tais aspectos implica a negação da aridez presente nas relações interpessoais dos profissionais da saúde. É dizer que de modo assimétrico esses superiores não estão considerando esses pesquisadores como pessoas com dignidade humana, mas apenas e tão somente objetos que servem aos seus anseios de publicação. Seus sentimentos diante da usura de que são vítimas não são considerados, apenas a coautoria na publicação é que faz sentido nesse enfeixamento de publicações acadêmicas. E essa farsa é reproduzida de modo tão mecanicista que, embora todos ao se debruçarem sobre uma publicação acadêmica saibam desse embuste, ainda assim a coisa é perpetuada, pois o que se busca é sempre a pontuação curricu-

lar, independentemente de escrúpulos éticos e humanos. O reconhecimento do outro como semelhante humano implicaria por si o estancamento dessa exploração de usura tão desmedida e tão corriqueira nas lides acadêmicas. O mecanismo a determinar essa idiotia é a questão de os conselhos universitários exigirem de seus membros um número cada vez maior de publicações. E na impossibilidade de se produzir artigos e pesquisas próprios, o mais frequente é se utilizar desse recurso de se figurar em coautorias de trabalhos que muitas vezes não se sabe sequer o título antes de sua publicação.

Humanizar relações reconhecendo o outro como semelhante parece algo cada vez mais insólito na realidade contemporânea, em que apenas os resultados pragmáticos justificam os relacionamentos interpessoais. Parece cada vez mais difícil falar sobre o reconhecimento do outro como semelhante, pois a impressão que se tem é que, mais do que a própria despersonalização do outro, a ocorrência primeira e mais grave é a própria despersonalização desse profissional de saúde. Pois, se a dificuldade de se perceber humano é cada vez mais notória e frequente, não há como exigir que o outro seja percebido como semelhante, como alguém verdadeiramente humano.

Condições precárias para o exercício profissional, baixa remuneração, situações degradantes envolvendo muitas vezes até a própria dignidade pessoal são ingredientes cada vez mais frequentes na prática dos profissionais da saúde. Temos, então, um círculo que não se fecha, pois se de um lado temos o paciente transformado em objeto de estudo ou de lucro nas lides da saúde, temos igualmente o profissional da saúde totalmente quedado diante dos desatinos em que se encontra o sistema de saúde do Brasil. Exigir respeito ao paciente e ao seu sofrimento por alguém que igualmente está exposto a todos os tipos de acintes à sua própria dignidade é exigir uma verdadeira ascese de superação dessa condição em nossa cotidianidade. Tais situações são crônicas e estão a demandar novas reflexões para que o enfeixamento de novas atitudes seja balizado a partir de novas configurações de respeito à dignidade humana.

A humanização da realidade hospitalar precisa contemplar não apenas o paciente em seu bojo, mas também esse profissional da saúde igualmente atirado a toda sorte de intempéries no exercício de sua atividade. Citamos a própria usurpação feita a partir das publicações acadêmicas que, embora bastante séria e acintosa, mostra apenas a ponta de um continente submerso, um grande *iceberg* do qual apenas uma das pontas se mostra visível. Um sistema de saúde em que as pessoas envolvidas se percebam como humanas e igualmente reconheçam o outro como semelhante está distante de nosso campo perceptivo, pois o que temos é o surgimento intermitente de condições adversas, com a desumanização se retroalimentando em um processo contínuo de autofagia.

Falamos em humanização como se o próprio contexto dessa reflexão fosse terreno fértil para tais explanações. Ao contrário, os interesses econômicos cada vez mais potentes e desumanos determinam a maneira como as relações interpessoais se estabelecem e até mesmo os ditames que conduzem os aspectos de nossa subjetivação. Humanizar as relações interpessoais e exigir dignidade em nossa cotidianidade é um desafio que exige novas formas de ação em nosso contexto social. A saúde tem a reper-

cussão maior dessa desumanização pela própria precariedade dos pacientes, que estão combalidos em busca de atendimento que minimamente possa restabelecer-lhes as condições básicas de vida.

Nesse quesito de humanização, algo que aparece como insólito também é a maneira diferenciada como os profissionais da saúde e as pessoas em geral tratam pessoas subalternas. É necessário dizer que o tratamento dispensado àqueles que estão em condições de inferioridade sempre destoa do direcionado a pessoas que estão em condições de igualdade. Significa dizer que até mesmo em situações corriqueiras de um consultório particular é comum o profissional da saúde dispensar um tratamento de respeito e dignidade a outros colegas, mas tratar de maneira totalmente adversa as pessoas que prestam serviços nesse local, como secretárias, motoristas, faxineiras etc. E isso por mais paradoxal que possa parecer é algo que decididamente faz parte da nossa essência. É algo que fomos deixando ao longo do caminho e, de maneira geral, sentimo-nos estranhos quando temos de refletir sobre nossa própria humanidade. Somos humanos e tudo que implica humanidade não deveria estar distante de nossos horizontes, tampouco de qualquer ação nossa. Empreitamos reflexão sobre nossa humanidade parecendo biólogos que se debruçam sobre os mistérios da botânica, de células animais sem, no entanto, fazerem parte dessas espécies. E esse ponto talvez seja o mais contundente dessas reflexões, ou seja, debruçarmo-nos sobre nossa própria condição de humanidade como se fosse algo que não nos pertencesse, algo que estivesse distante das características de nossa própria espécie.

Paradoxalmente algo que sempre me soa como insólito são aqueles momentos em que falo para os profissionais da saúde e me deparo com as reações que tais pontuações, por mais óbvias e simples que possam ser, provocam nessas pessoas. É como se estivesse a falar de astronomia para os profissionais da saúde, e não de algo decididamente humano e que deveria, inclusive, ser algo dispensável em nossas reflexões sobre as atitudes do profissional da saúde. Mas o que constato é que falar da humanização das relações interpessoais é algo tão distante da prática da maioria dos profissionais da saúde que a maneira irascível como reagem é demonstrativo de como perdemos nossa essência humana ao longo de nossas vidas.

Lembro-me de uma situação em que evoquei pequenos gestos triviais de nossa cotidianidade para simplesmente aferir o tanto que não reconhecemos o outro como semelhante. Perguntei, então, quem da plateia de alunos(as) havia cumprimentado com um simples “bom dia” o responsável pela catraca de ponto eletrônico na entrada da universidade. Ou então, quem havia falado “bom dia” para o porteiro de seus prédios. E lamentavelmente a resposta da maioria das pessoas era a de que esse procedimento não fazia parte de seus gestos e hábitos cotidianos. E se coisas tão simples com pessoas que fazem parte de nossa cotidianidade não estão sendo observadas, o que dizer então do procedimento quando o outro é alguém desconhecido e que, ao procurar ajuda para tratar sua condição de saúde, está totalmente debilitado e alquebrado em sofrimento?! Creio que, lamentavelmente, as condutas não serão as mais

alvissareiras no tocante ao respeito à condição humana. Impressão que se tem é que, ao falar de humanização do relacionamento interpessoal, estamos falando de algo que implica em uma ruptura drástica com a nossa própria condição humana. E isso é totalmente inverossímil. Parece até que estamos falando de algo que necessita um arrojo e um desprendimento semelhantes aos empreitados por Claude Debussy³ no final do século XIX que, ao romper com as estruturas musicais do romantismo e criar prelúdios e peças em harmonias dissonantes, iria influenciar a música de maneira radical e irreversível até a contemporaneidade. Pensar em tal comparação soa inicialmente como algo dantesco. Mas é igualmente verdadeiro que necessitamos de muito arrojo e determinação para o resgate de nossa humanidade perdida ao longo do caminho.

Falamos do desrespeito do profissional da saúde nas instituições de saúde tradicionais. Mas, seguramente, como mera citação da absurdidade vivida pelos pacientes em todos os níveis possíveis e imagináveis, temos a condição vivida com o domínio dos planos de saúde sobre a população. É comum, e já não causa qualquer alarde, o paciente ligar para um especialista em busca de atendimento e ouvir a pergunta da secretária se o atendimento é particular ou convênio. Diante da resposta de que se trata de atendimento conveniado o atendimento é agendado somente para períodos bem distantes, muitas vezes até para daí a dois ou três meses. Do contrário, quando se trata de consulta particular, a consulta é agendada para períodos imediatos à solicitação. Observe que esses profissionais da saúde, para pertencerem aos quadros de uma determinada empresa de saúde, e, portanto, fazerem parte de sua lista de profissionais conveniados, submeteram-se a uma série de procedimentos que vão desde análise cur-

³ Claude Achille Debussy é um dos mais importantes compositores de música erudita contemporânea e também de todos os tempos. E um de seus principais traços foi justamente o inconformismo com as estruturas musicais vigentes. A música inovadora de Debussy agiu como um fenômeno catalisador de diversos movimentos musicais em outros países. E pode-se mesmo afirmar que sua música inovadora estabeleceu novos padrões de harmonia dissonantes, bem como a estruturação das composições contemporâneas. Outro grande compositor contemporâneo, o também francês Pierre Boulez, cita uma de suas peças, o magnífico *Prélude à l'après-midi d'un faune*, como o início da chamada música moderna. No Brasil vamos encontrar a influência de Debussy predominantemente na música de Heitor Villa-Lobos e também na de Tom Jobim. Debussy inovou ao romper com as normas musicais vigentes, lançando-se em padrões inovadores em seus prelúdios e peças musicais. Muitas de suas obras são referências obrigatórias a todos que se debruçam sobre a história da música e seus tentáculos contemporâneos. O grande público, até mesmo por esse padrão inovador, não tem muita familiaridade com a obra de Debussy. E com exceção de algumas peças, como a famosa *Claire de La Lune*, sua obra é requinte de apreciação apenas para os estudiosos e amantes da música erudita contemporânea. Apenas os Noturnos de Chopin podem ser comparados em leveza e beleza melódica aos Prelúdios de Debussy, mas, ainda assim, o arrojo inovador em ondulações dissonantes criadas por Debussy não tem precedentes na história das artes. Suas peças orquestrais estabelecem um marco divisório nos detalhes de orquestração e estruturas melódicas, enfeixando estruturas de composições únicas. Além de *Prélude à l'après-midi d'un faune* temos a esplendorosa *La Mer* e a *Le Bateau*, verdadeiras referências de esplendor melódico e de beleza estrutural. Debussy nasceu em Saint-Germain-en-Laye em 1862, e faleceu em Paris em 1918. Sua música é tão fascinante que o ouvinte, para admirá-la e ser envolvido por sua magia, não precisa ter conhecimento sobre estética musical, tampouco sobre o virtuosismo de suas composições.

ricular até verificação analítica de suas instalações por parte da empresa de saúde. No entanto, o paciente ao buscar atendimento é tratado como inimigo, alguém que busca algo totalmente desprovido de sentido e razão.

Isso sem dizer as vezes que o profissional da saúde lança mão de subterfúgios para impor aos pacientes procedimentos clínicos que não são atendidos por seu plano de saúde. Ou seja, o desrespeito e desprezo pela condição do paciente é algo rotineiro, que não faz parte sequer das preocupações éticas dos diferentes conselhos das várias categorias de profissionais da saúde envolvidas nessa questão.

Frisa-se, no entanto, que os profissionais da saúde, de maneira geral, também estão reféns das empresas da saúde, que impõem remunerações sem qualquer critério de dignidade, ou mesmo de reconhecimento de suas atribuições profissionais. A questão espúria é que muitos profissionais recorrem aos planos da saúde na tentativa de se firmarem profissionalmente, principalmente na condição de liberais, tal qual é preconizado como sendo o modelo ideal de reconhecimento profissional. As empresas de saúde aproveitam dessa situação de maneira artilosa e impiedosa. E as condições de submissão, e mesmo a configuração de transferência de todas essas situações de desrespeito e humilhação para a figura do paciente, se dá em situações análogas às que vitimam esses profissionais da saúde.

Esse resgate passa principalmente no reconhecimento do outro como semelhante, ou seja, como definimos anteriormente, uma relação para ser definida como humana necessita inicialmente que eu me reconheça como humano e que igualmente identifique no outro essa condição de humanidade. E tal aspecto, embora parecesse óbvio ao se escrever, é algo que dista de maneira abismosa da realidade das relações interpessoais.

E por mais que possamos tecer digressões filosóficas sobre essa temática, a verdadeira mudança é algo que decididamente irá ocorrer quando esse binômio for vivido de maneira plena e verdadeiramente humana. No entanto, infelizmente, isso é algo que não acredito que verei em minha vida, pois o que contemplamos em ritmo cada vez mais alucinante é a total indiferença pela condição do paciente. Seja em termos institucionais, seja em termos pessoais. A pessoa, ao ser definida como paciente, adquire uma nova condição em que sua humanidade é colocada em um invólucro e sua vida passa a ser definida e determinada pela patologia que sobre ela incide. Sua condição humana sucumbe diante da importância da patologia que a acomete e até mesmo do esforço necessário para a efetivação de sua terapêutica. Sua dignidade ou mesmo seus valores humanos são detalhes lançados ao ostracismo diante da falta de reconhecimento de sua humanidade.

A digressão teórica e filosófica sobre a humanização das relações interpessoais é algo que surge como premente ao resgate de nossa própria humanidade. Algo que precisa ser buscado com intensidade e paixão, e isso a despeito das contradições em que somos lançados em uma sociedade neoliberal, em que os valores de dignidade e respeito ao semelhante são impostos como desnecessários e sem contexto. O que assistimos, na realidade, é à total configuração do outro não mais como semelhante, mas

como oponente que precisa ser eliminado para que possamos trilhar nossos caminhos sem a sua presença. Urge resgatar nossa humanidade, e isso somente será possível com o reconhecimento do outro como semelhante. Impressão que se tem é que estamos tentando propor algo inatingível, tal qual alguém que, fascinado pelo luar, tenta capturar sua imagem refletida nas águas do mar.

INADEQUAÇÃO DIANTE DA IMPREVISIBILIDADE

Imprevisibilidade pode ser definida como aquela situação em que, por mais que nos preparemos, nossa reação diante de sua ocorrência é totalmente desconhecida da lógica da razão. *Imprevisibilidade* é algo diferente de imprevisto, algo que temos em nossa cotidianidade, como, por exemplo, me deparar com um pneu furado do meu carro na hora de sair para um compromisso e ter de lidar com o atraso decorrente desse fato. *Imprevisibilidade* é saber que jamais saberemos nossa reação diante da morte, por exemplo, e isso em que pesem reflexões a partir de leituras sobre a temática e mesmo a realização de *workshops* em que a vivência da morte é proposta e dirigida para que se alcance sua compreensão e mesmo o domínio de seus tentáculos. Ou mesmo diante de situações de extremo estresse, como assaltos, estupros, sequestros etc.⁴ E da mesma forma podemos afirmar que essa questão de *imprevisibilidade* também ocorre quando da ida do profissional da saúde para os primeiros atendimentos na unidade de saúde. *A imprevisibilidade é algo que surge e provoca inúmeras atitudes de inadequação.* E que

⁴ Um dos exemplos mais contundentes de comportamento inadequado diante de situações de imprevisibilidade foi retratado de forma estupenda no filme “Irreversível”, do diretor Machuel. O filme mostra o comportamento do marido e do ex-marido de uma mulher que foi brutalmente estuprada. Aliás, a cena do estupro, torturantes 23 minutos de desespero e angústia, é algo que figura entre as cenas mais violentas e contundentes em nossa subjetividade de toda a história do cinema. A atriz Monica Bellucci encarna a situação de estuprada com tamanha força e determinação que o efeito sobre o espectador é certamente alucinante. Vemos, então, o marido e o ex-marido em busca enfurecida pelas ruas e boates de Paris, até o encontro com o estuprador. Cenas de violências subjetivas tão assustadoras que a situação de inadequação diante de situações de imprevisibilidade são mostradas de maneira avassaladora. E o mais angustiante é que nos projetamos nos personagens com tamanha emoção que não nos imaginamos agindo de outra maneira que não aquele descontrole emocional vivido pelo marido e pelo ex-marido da personagem estuprada. Esse filme, pelo teor de sua violência subjetiva, certamente não é recomendado para pessoas que apresentam problemas cardiovasculares. O seu desenrolar, inclusive, é feito ao contrário, com o início do filme retratando o fim da trama, ou seja, ele se inicia com a fúria alucinada dos dois homens sem que compreendamos a razão dessa violência. Ele vai desvelando sua lógica em cronologia contrária, o que faz que nossa subjetivação fique à mercê da violência durante todo o desenrolar da trama. Pois o que seriam cenas tranquilas de amor entre o casal apaixonado, e que seria o início da trama, na realidade é mostrado no fim do filme, quando o espectador já não mais apresenta a menor condição emocional para apreciar nem mesmo a beleza estética da nudez de Monica Bellucci. A imprevisibilidade é mostrada de maneira única, e certamente esse filme é um marco para os que quiserem se debruçar sobre a temática e aferir as reflexões sobre o comportamento derivados do sentimento de inadequação diante de situações de imprevisibilidade.

na verdade é algo insólito com que nos deparamos, e o enfrentamento é totalmente revestido dessa *imprevisibilidade*.

Sentimento de *inadequação* é definido por Torres⁵ como sendo o fenômeno de sentir-se diferente em relação às pessoas ou ao contexto em que se encontra. O mais interessante, porém, são os possíveis desdobramentos desse sentimento: o nivelamento da subjetividade – prejudicar a si mesmo para se igualar; o nivelamento da objetividade – prejudicar o outro para se igualar; o senso de inadequação – aprender e criar a partir da diferença.⁶ Na área da saúde vamos encontrar situações em que a *imprevisibilidade* lança os profissionais para comportamentos inusitados e que são derivados de sentimentos de inadequação diante do total destrambelho emocional provocado por determinadas situações inerentes à realidade da saúde, mas que, no entanto, o profissional da saúde, muitas vezes, embora se julgue preparado para atuar nas lides da saúde, se encontra sem contingenciamento para lidar. E com o agravante de que, muitas vezes, não possui sequer consciência desse despreparo. Assim, por exemplo, vamos encontrar profissionais da saúde que diante do desespero se colocam em situações alheias às suas funções e aos seus desempenhos profissionais. Profissionais que diante do choro incontido do paciente assumem o papel de entes religiosos e passam a falar em Deus, parábolas do Evangelho e outras tantas atitudes que na realidade seriam pertinentes ao padre, pastor etc. E até mesmo da efetivação de orações junto ao paciente. Ou ainda, de profissionais que participam dos funerais do paciente colocando-se em situação de igualdade junto aos familiares sem qualquer distinção de papéis ou de realidades díspares.

Temos também aqueles profissionais da saúde que, diante da situação de desespero do paciente gravemente enfermo e com suas condições vitais extremamente debilitadas, como audição, consciência, enfim todas as formas de lucidez comprometidas, se arvoram apregoando conceitos de autoajuda, que se tornam até mesmo agressivos e desrespeitosos diante da total fragilidade do paciente. Profissionais que dizem ao paciente coisas do tipo: “Força, você vai vencer essa luta”, ou “o negócio é seguir em frente”, ou ainda “daqui um tempo você não mais irá lembrar desses tempos da doença”. Certamente tais falas seriam inadequadas até mesmo se emitidas por familiares e amigos, mas, ao serem proferidas por um profissional da saúde ganham contornos de total absurdidade. Nesse sentido, vamos ter situações que, na realidade, tratam de uma inadequação e até mesmo algo que significa diferença do papel que o profissional da saúde necessita para o desempenho de suas atividades. Temos, então, um nivelamento da subjetivação do profissional da saúde ao do paciente, fazendo que o atendimento e respectivo acolhimento fiquem comprometidos de maneira praticamente irreversível.

⁵ Torres, A. R. Sentimento de inadequação, prática psicológica e contemporaneidade. In: Ange-rami, V. A. (org.). *Psicoterapia e brasilidade*. São Paulo: Cortez, 2011.

⁶ Idem, op. cit.

Diante de tais atitudes, estamos, na realidade, diante de atitudes em que os sentimentos de inadequação, em face da *imprevisibilidade* das ocorrências, determinam comportamento completamente inusitado por parte do profissional da saúde. Refletir tais atitudes é fundamentalmente precaver-se para que sentimentos de inadequação diante das situações que possam emergir no contexto da saúde não prejudiquem o desenvolvimento do paciente em seus aspectos de reabilitação.

Podemos, de outra parte, durante a preparação de novos profissionais da saúde para a devida intervenção na unidade de saúde, instrumentalizá-los com o cabedal teórico e prático disponível na bibliografia da área da saúde. No entanto, a real configuração dessa prática se dará apenas e tão somente quando o profissional estiver diante do paciente, com sua dor, desespero e sofrimentos. Como mero exemplo, cito situações em que preparávamos profissionais da saúde para atuarem junto aos pacientes portadores de câncer. *Slides* eram exibidos para que a verdadeira dimensão da doença fosse exposta e avaliada em seu alastramento junto ao organismo. Também refletíamos sobre o impacto emocional da doença para o paciente, familiares e para os profissionais da saúde. No entanto, quando esses profissionais de deparavam com o paciente, algo que não era possível transmitir durante a preparação os envolvia de modo inapelável: o cheiro do câncer. O cheiro exalado pelo paciente, aquele cheiro forte e até mesmo repugnante para muitas pessoas com o qual o paciente convive diuturnamente, mas que não é suportável para grande parte das pessoas. Um cheiro tão forte, que basta apenas para memorizá-lo vir à mente. É o cheiro que mostra, muitas vezes, o estado de decomposição daquele organismo. E decididamente os verdadeiros preparativos para lidar com esse paciente se darão na atuação, no convívio com ele e com sua doença. E certamente aí estaremos diante de situações de *imprevisibilidade*, pois por mais detalhada que seja essa preparação, e mesmo que tenha em seu bojo todo o requinte necessário para a devida reflexão sobre as atitudes a serem adotadas, certamente o comportamento do profissional da saúde terá sua configuração efetivada apenas e tão somente diante da vivência perante o paciente e a sua doença.

O determinante responsável para o fato de que muitos profissionais da saúde, que escolhem determinadas patologias para sua atuação profissional, não conseguirem se desenvolver apesar de todo o esforço envolvido reside justamente nessa questão da *imprevisibilidade*. Uma coisa é a idealização que se faz de determinadas práticas profissionais, e outra bem diferente é justamente sua ocorrência e seus detalhes de imprevisibilidade. Um paciente com o cheiro nauseante do câncer, outro que apresenta indícios de escarro em sua roupa, e outro ainda que apresente outros tantos indícios escatológicos, são aspectos que se mostram de total imprevisibilidade, pois saberemos como será nossa reação diante de tais fatores apenas e tão somente diante deles, de sua ocorrência inusitada para nós. Os cuidados para que o sentimento de inadequação citado anteriormente não se manifeste devem ser pormenorizados, pois o que está em voga é o acolhimento que se faz necessário ao paciente e à sua patologia. Sentimentos

do profissional da saúde devem ser elaborados e devidamente balizados para que o paciente seja sempre a prioridade desse relacionamento interpessoal.

De outra parte, e isso é inegável, a imprevisibilidade é algo fascinante, pois nos mostra que, **por mais que tentemos nos preparar para determinadas situações, a nossa condição de humanidade é que irá determinar se somos ou não capazes de tal enfrentamento.** A *imprevisibilidade* nos mostra que o “controle” que acreditamos ter sobre nós mesmos é totalmente indevido diante de situações em que a nossa condição emocional age de maneira diferente daquela concebida pela razão e distante dos fatos propriamente ditos. Jamais saberei como será minha reação diante de um paciente com câncer a não ser estando diante dele em situação hospitalar. Da mesma forma, jamais saberei como reagirei diante de um assalto, ou mesmo de um acidente automobilístico. Posso refletir e achar que estou preparado para o enfrentamento dessas e de tantas outras questões, mas o verdadeiro balizamento se dará apenas e tão somente diante das situações reais. E perante elas não adiantará preparo anterior, pois esse se dará longe do fenômeno real, que tem implicações que a razão não pode abarcar.

Não queremos com essas colocações, no entanto, minimizar a importância da preparação efetivada junto aos profissionais da saúde para uma atuação plena no contexto da área da saúde. Enfatizamos questões envolvendo a *imprevisibilidade*, o que não significa dizer que simplesmente podemos ir a esse contexto da saúde sem uma reflexão pormenorizada, pois isso significa que os procedimentos ideais para o enfrentamento da doença não serão sequer minimamente alcançados. Tomemos como exemplo a preparação para o atendimento junto aos pacientes, vítimas da tentativa de suicídio, ou que, então, tenham ideiação suicida. Discutir a temática, refletindo sobre as inúmeras possibilidades de suicídio na condição humana... certamente dará condições mínimas para que o profissional da saúde, diante do paciente envolvido com a temática do suicídio, tenha possibilidade de intervenções enfeixadas em sua postura para que esse paciente seja acolhido em seu rol de desespero e dor. Dessa maneira, por mais ácida e contundente que a temática do suicídio possa se configurar; o profissional da saúde com uma preparação adequada terá condições de se preparar melhor, inclusive, para as possíveis imprevisibilidades surgidas ao longo do caminho.

Refletir a responsabilidade dos profissionais da saúde diante da doença e do paciente é algo de fundamental importância até mesmo para desmoralizar com o sentimento de onipotência muitas vezes presente nesses profissionais. É fato que a responsabilidade do profissional da saúde precisa ser adequadamente balizada para que seu desempenho seja determinante para o restabelecimento do paciente, ou mesmo que seu enfrentamento diante da doença tenha nesse profissional um cuidador, jamais um algoz. Alguém decididamente humano e preparado para lidar com esse outro humano quedado diante das adversidades de uma determinada doença.

SOBRE A POSTURA DE ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Agrupei as posturas mais comumente observadas pelos profissionais da saúde diante dos casos de urgência e mesmo aqueles que, embora configurando o sentido de emergência, trazem em seu bojo uma cronicidade que provoca uma simetria na postura de atendimento do profissional da saúde em ambos os casos. As denominações que dei para essas posturas foi: *calosidade profissional*, *distanciamento crítico*, *empatia genuína* e *profissionalismo afetivo*.

Esse agrupamento, bem como essas denominações são frutos de uma experiência, não havendo, portanto, a pretensão de esgotamento do rol de posturas existentes no relacionamento do profissional da saúde com o doente e a doença.

CALOSIDADE PROFISSIONAL

A ideia inicial dessa definição surgiu de uma observação singela aos meus próprios dedos durante o período de minha vida em que exercia a atividade de musicista, dedicando-me ao violão erudito. Depois de um tempo de total dedicação ao instrumento, tinha as extremidades dos dedos da mão esquerda com tal teor de calosidade, que nem mesmo a proximidade com o fogo através da presença de fósforo aceso em seu entorno tinha o poder de minimamente lhe alterar tal configuração. Eram dedos cuja calosidade protegia do sofrimento advindo do tempo exaustivo a que me dedicava a essa atividade. No início, os dedos ficavam em situação extrema de sofrimento, de tal modo que era necessário interromper os estudos, pois eles se mostravam totalmente feridos e sem condição de aguentar essa rotina necessária para o aperfeiçoamento no instrumento. Com o passar do tempo, no entanto, e com o exercício contínuo, os dedos foram adquirindo uma calosidade tão bem estabelecida que não mais se alterava com o rigor dos exercícios, tampouco exibia sofrimento diante do rigor desses exercícios.⁷ Os calos, com o decorrer do tempo, e com a imposição de exercícios cada vez mais severos, tornavam-se proteção para que a execução das peças ocorresse sem provocar ferimentos aos dedos. É a própria configuração dos cuidados com o tempo excessivo que era dedicado ao instrumento

⁷ Como citação peculiar desse período tem a maneira como o saudoso professor Benedito Moreira averiguava se as peças determinadas para estudo haviam de fato merecido a dedicação necessária. O professor Moreira, um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento do violão erudito no Brasil, tinha nesse momento apenas alguns alunos, com quem trabalhava apenas questões de virtuosidade. Assim, como mero exemplo, ele me dava uma partitura com uma peça difícilíssima de Bach para ser preparada no período de uma semana. Na data prevista para averiguação do estudo da referida peça ele pedia que os dedos da mão esquerda ficassem em posição horizontal e passava um fósforo aceso sobre eles. A calosidade que protegia os dedos do fogo era também indício seguro para ele de que um tempo bastante significativo havia sido dedicado àquela peça em razão da calosidade exibida. Quando, ao contrário, os alunos não se submetiam a essa prova, ele sequer se dignava a escutar a peça, pois concluía que ela não havia merecido dedicação suficiente para a sua plena execução.

também obrigava um contínuo cuidado com os tendões para que se evitassem lesões nesse quesito. Pois se de um lado os calos protegiam os dedos da possibilidade de ferimentos diante de horas exaustivas de dedicação ao instrumento, por outro, os cuidados de propedêutica com exercícios fisioterápicos evitavam lesões aos tendões.⁸ Significa dizer que a execução de uma peça, por mais difícil que se configurasse, tinha o intérprete protegido nessas diferentes configurações. A calosidade era a principal defesa a proteger o intérprete dessa agressão contínua dos dedos, tocando as cordas de maneira muitas vezes além da própria limitação humana. Dessa maneira, segui para a transposição e reflexão das atitudes do profissional da saúde, que diante da doença e do doente, exhibe posturas que se assemelham aos calos que serviam de proteção ao rigor imposto pelos exercícios violonísticos. Essa postura foi definida como *calosidade profissional*.

Calosidade profissional é, assim, aquela **postura em que o profissional da saúde, depois de anos de prática com o doente e a doença, adquire uma postura de proteção pessoal que se transforma em indiferença total com a dor do paciente.** Essa calosidade o impede de ser afetado, ainda que minimamente, pelo sofrimento do paciente. Esse tipo de postura é aquela em que o paciente é tratado pelo profissional da saúde apenas como um simples sintoma, em um total desprezo pela sua dor. Sua postura é de total distanciamento da dor e do sofrimento do paciente. E embora, como dissemos anteriormente, se trate de uma defesa para poder atuar com o sofrimento, **a repercussão junto ao paciente é a pior possível, pois esse simplesmente se vê desprezado em sua dor e sofrimento.** É dizer que se torna totalmente inatingível a compreensão de que essa postura de distanciamento e frieza do profissional da saúde possa ser decodificada pelo paciente e seus familiares como escudo diante do sofrimento exibido. O paciente sente apenas o desprezo a que é legado diante de seu próprio desespero em situações em que, muitas vezes, uma simples palavra de consolo poderia ser alento e bálsamo para o coração dilacerado pelo sofrimento. E não estamos sequer entrando na discussão de que, muitas vezes, o sofrimento do paciente tem sua configuração muito mais no imbricamento da alma dilacerada do que até mesmo nas mazelas exibidas ao longo do corpo.

A *calosidade profissional*, dessa maneira, não servirá apenas como defesa a esse profissional da saúde, mas poderá também ser fonte de sofrimento ao paciente por legar um sofrimento a mais em seu corolário de dor. Se adentrarmos, então, à discussão de que muitas vezes o paciente procura pelo atendimento de saúde muito mais em busca de consolo e acolhimento humano do que pela busca de tratamento orgânico propriamente dito, teremos, assim, a dimensão do sofrimento que a calosidade profissional poderá provocar no paciente.

⁸ A falta desses cuidados provoca a LER – Lesão por esforço repetitivo –, tão frequente entre músicos. Na realidade, a LER é algo que acomete muitas outras profissões, apenas aqui estamos nos direcionando para a atividade musical. Em trabalho anterior (Angerami, 2010), discorremos largamente sobre a LER na contemporaneidade.

Frisa-se que o distanciamento nas relações interpessoais é algo ácido em qualquer nível e em qualquer contexto. No entanto, quando temos alguém fragilizado e aquebrado pelo sofrimento, essa condição se agrava ainda mais e nos remete a circunstância de difícil compreensão, pois teremos somado ao sofrimento provocado pela patologia exibida aquele trazido pelo distanciamento no relacionamento interpessoal apregoadado pela *calosidade* profissional. E se é fato que a *calosidade* profissional protege o profissional da saúde do sofrimento do paciente, igualmente é verdadeiro que isso é um fator que irá determinar o recrudescimento do sentido de humanização citado anteriormente. Seguramente, ao se proteger por meio da *calosidade* profissional dos sofrimentos exibidos pelo paciente, o profissional da saúde igualmente está deixando de reconhecê-lo como semelhante, alguém que esteja a necessitar de acolhimento humano junto ao diagnóstico de sua patologia. A junção entre o diagnóstico clínico e o acolhimento humano é algo que se preconiza como necessário, mas o que mais assistimos é à presença cada vez mais incisiva da atitude de *calosidade* profissional.

E lamentavelmente é o que mais encontramos nas lides da saúde. Assim, é cada vez mais comum ouvir uma paciente contar que teve o surgimento de câncer no seio e que a informação médica foi fria e distante, como se o médico estivesse a comunicá-lhe sobre a necessidade de uma nova tintura para a cor dos cabelos. Ou ainda de pacientes que narram que receberam a informação de diagnósticos que certamente irão alterar toda a rotina de suas vidas como se estivessem ouvindo o médico dizer de um novo produto contra a caspa. Ou até mesmo daqueles casos em que o profissional da saúde simplesmente delega a algum outro membro da equipe a responsabilidade pela informação de um diagnóstico contundente, evitando entrar em contato com o possível sofrimento emocional do paciente. Nessas situações, após o diagnóstico, o esperado é que o profissional que o fez também pudesse não apenas comunicá-lo ao paciente, mas também acolhê-lo em seu sofrimento, uma vez que ele é o “especialista” que sabe a real dimensão da patologia. Isso quando não ocorre a tentativa de se escamotear do paciente o verdadeiro diagnóstico com a simples justificativa de poupá-lo de sofrimento ainda maior. Nessas situações, urge perguntar quem estará sendo preservado de um sofrimento ainda maior, se o paciente ou o profissional da saúde, que dessa maneira não precisará entrar em contato direto com as mazelas provocadas pelo surgimento de determinadas patologias no organismo.

A identidade profissional nesses casos é preservada com a própria dificuldade do profissional da saúde em lidar com a dor do paciente e com a repercussão dessa dor em sua vida. É dizer que, apesar da escolha em trabalhar com patologias que apresentam sinais severos de desespero em seu bojo, esse profissional da saúde pudesse se preservar emocionalmente distanciando-se do paciente e de sua dor. Laing⁹ coloca que a identidade é aquilo pelo qual a pessoa sente-se a mesma nesse lugar, no passado ou no

⁹ Laing, R. D. *O eu e os outros*. Rio de Janeiro: Vozes, 1982.

futuro; é aquilo com o que se identifica.¹⁰ Nesse sentido, é possível extrapolar-se que existe um grande número de pessoas que se sentem as mesmas desde o nascimento até a morte. Intentam das mais diversas formas manterem-se distantes do sofrimento tal qual ocorria antes de abraçarem profissões que implicam o enfeixamento com o desespero humano. A escolha por determinadas profissões implica necessariamente o contato intermitente com a dor e o desespero humano. E isso é irreversível, o que significa dizer que as escolhas que fazemos por si já determinam o contato intermitente com o desespero humano. Desejar o contrário é tal qual alguém que se joga em uma piscina cheia de água acreditando que não irá se molhar. Impossível! Tal qual lidar com o desespero humano e querer sair imune, sem uma mudança radical em seus valores e preceitos. O que talvez seja necessário nesse afã é uma total ruptura com aquilo que é estabelecido em termos apriorísticos nas escolhas profissionais sem qualquer reflexão sobre a verdadeira dimensão do que está sendo buscado.

Do ponto de vista estritamente emocional, o fato de o profissional da saúde adquirir a *calosidade profissional*, para não sofrer diante da dor do paciente, chega a ser justificável tanto pela quantidade dos atendimentos realizados como também, e principalmente, pela forma como esse sofrimento pode alterar sua própria vida.

De outra parte, vemos claramente que muitos profissionais adquirem essa *calosidade profissional* apenas para preservar a sua identidade profissional. Ou seja, criam uma identidade profissional e procuram preservá-la de todas as maneiras, mantendo-se distantes de todas as formas de questionamentos e até mesmo de sofrimento que possam expor a sua condição humana. É sabido, por exemplo, o caso de inúmeros profissionais da saúde que, ao se verem acometidos por uma determinada patologia, tentam escondê-la de todas as formas possíveis, como se sua condição profissional os isentasse de qualquer patologia, principalmente aquelas em que são “especialistas”.

A *calosidade profissional* surge como um manto protetor a todos esses desatinos a que os profissionais da saúde estão sujeitos. Trata-se de uma defesa erigida na tentativa de superação dos possíveis percalços e desatinos que o exercício profissional estivesse a provocar. É como se fossem obrigados a manter um desempenho profissional acima dos desatinos e do desespero humano. E, no entanto, seguramente, umas das coisas que nos fazem decididamente humanos e diferentes de outras espécies animais é justamente essa condição de sofrer pela dor do outro. Laing¹¹ coloca que todo o relacionamento implica uma definição do eu pelo outro e do outro pelo eu. Essa complementaridade pode ser central ou periférica, e ter significado mais ou menos dinâmico em diferentes períodos da vida.¹²

Dessa maneira, é muito difícil a contraposição que existe com grande propulsão social de que o bom profissional é aquele que não se envolve com a dor do paciente, como se fôssemos capazes, diante do sofrimento, de acionar algum botão que nos

¹⁰ Idem, op. cit.

¹¹ Idem, op. cit.

¹² Idem, op. cit.

desligasse de todo e qualquer envolvimento que abalasse a nossa estrutura emocional. E na realidade não temos como estabelecer controle, tampouco expectativas de situações que nos são apresentadas em nossa cotidianidade. Jamais alguém poderá afirmar o nível de afetação que determinado paciente irá lhe provocar, tampouco como irá reagir diante das diferentes situações inusitadas que a vida nos apresenta. Assim, por exemplo, ninguém poderá afirmar, e isso a despeito do tanto de reflexão que possa fazer sobre a temática, como será sua reação diante da própria morte. Ou de um assalto, ou ainda de tantas outras situações sobre as quais não temos controle e que estão presentes em nossa cotidianidade. A identidade da pessoa não pode ser completamente abstraída de sua identidade para os outros, para si mesma, da identidade que os outros lhe atribuem, daquela que ela atribui aos outros, da identidade ou identidades que julga que lhe atribuem, ou que pensa que eles pensam que ela pensa que eles pensam.¹³

Existe frequentemente uma associação de que o sofrimento do paciente é algo que diz respeito apenas à sua pessoa e aos seus familiares, cabendo ao profissional da saúde apenas o relacionamento com a doença, não infringindo as regras que a calosidade profissional imprimiu ao relacionamento interpessoal. É dizer que o profissional da saúde relaciona-se apenas e tão somente com a doença, não se importando com o sofrimento emocional e familiar que ela esteja a imputar às pessoas envolvidas nesse processo. Existe a necessidade de se criar um invólucro que proteja o profissional de todo e qualquer sofrimento emocional que uma determinada doença possa lhe provocar.

O número de pacientes que se sentem completamente desamparados diante desse procedimento é aterrorizador, pois a informação do diagnóstico é colocada como “apenas” uma informação sobre uma determinada doença. Suas implicações, o modo como o paciente pode reagir emocionalmente diante desse diagnóstico, a desestruturação familiar advinda, as consequências sociais e tudo o mais que se quiser arrolar nessa discussão não dirão respeito ao profissional da saúde, que tem sua prática escorada na calosidade profissional. A sua relação é com a doença! O doente e seus familiares são excluídos em seu imaginário do próprio universo da doença. O seu imaginário ira preservá-lo de qualquer sofrimento emocional simplesmente excluindo do rol de suas preocupações a figura do doente.

Temos, então, o paradigma citado anteriormente, em que o paciente não é visto como semelhante, e sim como uma patologia, como um objeto a ser estudado, observado, mas jamais considerado como humano, alguém que sofre diante de determinados diagnósticos e patologias.

A calosidade profissional determina que não existam preocupações com possíveis desastros emocionais desse paciente. Sua relação é com os sintomas, diagnósticos, prognósticos, terapêutica e tudo o mais que implica o tratamento dessa doença, excluindo-se de maneira totalitária as implicações da doença na pessoa do doente. E por mais que se possam arvorar argumentos da necessidade desse paciente em ter algum tipo de aco-

¹³ Idem, op. cit.

lhimento diante de sua doença, ainda assim, o determinante maior da conduta dos profissionais da saúde, na maioria das vezes, é o total distanciamento de tudo que envolva os aspectos emocionais do paciente. A cisão efetivada entre a patologia e o sofrimento emocional advindo da doença é tão abismosa que praticamente são excluídos de modo drástico todos os aspectos que transcendam a nosologia da patologia diagnosticada.

Busca-se a eficácia terapêutica com um vigor e um afincado cada vez mais diferenciados. Pesquisas mostram com uma velocidade astral o efeito de determinadas drogas diante da ocorrência de determinadas doenças. Avanços são obtidos na área tecnológica que permitem diagnósticos de mais alta precisão, com recursos que vão desde a simples ingestão de determinadas drogas até aqueles obtidos através de efeitos raios *laser* e mesmo de recursos panorâmicos. Esse avanço tecnológico permite que até mesmo indícios de má-formação fetal sejam detectados, permitindo intervenções corretivas em tempo hábil. Dentro desse prisma, as patologias adquirem significados bastante específicos, tanto no tocante à sua compreensão como também em seus aspectos de intervenção terapêutica.

No entanto, a emoção que determina o surgimento ou o agravamento de determinadas doenças é desprezada, como se não fizesse parte do universo a ser explorado e considerado na anamnese do profissional da saúde. Autoidentidade é a história que a pessoa conta a si mesma a respeito de si própria. A necessidade de nela crer parece muitas vezes o desejo de depreciar outra história, mais primitiva e mais terrível.¹⁴ Até mesmo a necessidade de fazer a vida girar ao redor de uma identidade complementar (isto é, sou o filho de meu pai, o marido de minha mulher) significa muitas vezes termos fantasia e ódio do que se é de fato. Assumir a autoidentidade própria sem máscaras e escamoteio é algo bastante complexo, pois exige que se busque no âmago do próprio ser o reconhecimento de sua condição humana. E isso, vimos anteriormente, é bastante complexo e difícil, pois além de me perceber como humano, portanto passível de todas as vivências humanas – medos, angústia etc., – preciso reconhecer o outro como semelhante.

É como se estivéssemos ouvindo o profissional da saúde afirmar que não pode se envolver emocionalmente com o paciente e seus familiares, pois o compromisso de sua identidade profissional é com a doença, com a qual esse relacionamento ocorre dentro dos limites impostos pelo determinismo profissional; são incluídos aí desde códigos de ética até preceitos de eficácia profissional que poderiam, eventualmente, ser questionados se uma lágrima escorresse de seus olhos diante da dor de um paciente. É como se a noção de fracasso ou de eficácia tivesse a ver com o seu envolvimento diante da dor e do sofrimento emocional do paciente. É trazido para si a responsabilidade do choro diante de um diagnóstico, como se tivesse em si mesmo, em sua prática profissional, o poder de determinar dor e sofrimento ao seu semelhante simplesmente diante daquilo que fala ou diagnostica.

¹⁴ Idem, op. Cit.

Nesse sentido, o que falta ao profissional da saúde é uma visão mais lúcida de que a dor do paciente sempre tem a ver com a perspectiva de um diagnóstico, ou até mesmo com o desconhecimento deste sobre as reais implicações em sua vida. Por exemplo, um diagnóstico de alguma cardiopatia, se tiver junto uma informação acerca das reais limitações que a doença imporá à vida do paciente, mostrando-lhe uma faceta que vai além dos conceitos populares sobre a fatalidade das cardiopatias, certamente lhe trará grande alívio, contribuindo, inclusive, para o seu próprio restabelecimento. Contudo, se houver essa determinação de não envolvimento com ele e seus familiares, mas apenas com a doença, por certo tais aspectos não serão, sequer, considerados, pois implicam entrar em contato com os quesitos emocionais do paciente.

É fato que vivemos em uma sociedade em que a dor não tem espaço, permitindo-se que apenas manifestações de prazer sejam toleradas. Assim, temos à nossa disposição todo um aparato medicamentoso para atenuar e estancar os mais diversos tipos de sofrimento inerentes à condição humana. O aparato tecnológico citado anteriormente nos coloca em situações em que até mesmo o espectro da solidão é colocado em *stand by*, para se usar um jargão tecnológico. A dor e o sofrimento são aspectos que não podem se manifestar diante da intervenção do profissional da saúde com o risco de que tais sinais sejam exteriorizados como ineficácia de sua ação.

A busca da identidade profissional esbarra no conceito que uma pessoa faz de si mesma a partir do enfeixamento de condições e signos existentes e que atribuem a determinados exercícios profissionais determinadas conceituações. Assim, como mera citação, um ortopedista tem no imaginário popular conceituações de seu desempenho profissional bastante distintas das de um cirurgião plástico, isso em que pese ambos serem médicos, tendo apenas especialidades diferentes. Da mesma forma, um cirurgião terá igualmente configurações diferentes das de um clínico de especialidades. E se adentrarmos, então, para como se conceitua outros profissionais da saúde – fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros etc. –, teremos uma gama tão variada de conceitos sobre os determinantes de suas atuações que a busca da identidade profissional exigirá muitos outros determinantes conceituais.

Buber¹⁵ coloca que em todos os níveis da sociedade humana, as pessoas confirmam mutuamente, na prática, até certo ponto, suas qualidades e talentos pessoais, e uma sociedade é chamada humana na medida em que seus membros confirmam uns aos outros.¹⁶ Embora suas citações nos remetam ao mais puro fascínio filosófico, ainda assim é pertinente a crença de que existe a necessidade de alteração nessa configuração da saúde para que a dor do paciente seja escutada de maneira mais humana, pois essa na verdade é a espora que está sustentando toda a prática do profissional da saúde. Mesmo que estejamos assistindo ao desenrolar de práticas que distam completamente desses princípios, o importante é que possamos falar de processo de humanização,

¹⁵ Buber, M. *Eu-Tu*. São Paulo: Moraes, 1983.

¹⁶ Idem, op. cit.

ainda que estejamos como velas que alumiam a escuridão, mas desaparecem completamente diante da luz do Sol – no caso representado pelo avanço tecnológico, que empobrece de forma abismosa as nossas relações interpessoais.

Há diferentes níveis de confirmação e negação. Uma ação pode ser confirmada em um nível e negada em outro. Certas formas de rejeição sugerem conhecimento limitado – a percepção e a receptividade do que é rejeitado. Uma ação rejeitada é percebida, e essa percepção demonstra que é aceita como um fato. A rejeição direta não é tangencial; não ridiculariza nem invalida de outras maneiras. Não deprecia nem exagera a ação original. Não é sinônimo de indiferença ou frieza.¹⁷ A questão de fato é saber que tipo de atitude está presente no profissional da saúde ao ter como norma de sua conduta essa calosidade profissional que apenas o afasta de um relacionamento verdadeiramente humano, ou, como diz Buber, da capacidade humana inata de confirmar seus semelhantes.¹⁸ Na realidade, tal como dissemos anteriormente, a adoção de tais atitudes parece algo que implica verdadeira ascese de evolução para que seja alcançada em níveis decididamente humanos.

Ao negar a dor do outro, o profissional da saúde não apenas nega a dor de seu semelhante, como também a sua própria condição humana, pois dentre as virtudes humanas, uma das que mais nos diferencia de outras espécies é justamente aquela que nos capacita a compreender e a apreender a dor do outro naqueles momentos em que a fragilidade humana deveria evocar outra virtude humana: a fraternidade.

Falar de fraternidade, então, é evocar tema de há muito excluído da vivência interpessoal, e até mesmo social. Com exceção daquelas situações de tragédias e catástrofes sociais em que os meios de comunicação convocam as pessoas de maneira geral ao exercício da fraternidade, temos uma total exclusão da fraternidade no seio social. E, ainda assim, mesmo em situações de calamidades e tragédias em que o desespero humano atinge seu ápice, temos a situação de roupas e alimentos que são enviados para as vítimas dessas catástrofes e que são desviados no percurso, para que sejam comercializados por atravessadores em benefício próprio.

Fraternidade praticamente se tornou tema religioso, evocado apenas em cultos e ofícios religiosos sem lugar em nossa sociedade neoliberal. Realidade em que o outro se torna apenas e tão somente um adversário a ser eliminado em nosso percurso rumo ao sucesso. É mesmo a configuração da maioria dos cultos religiosos confere humanidade aos seus participantes apenas e tão somente nos períodos de oração conjunta, pois uma vez separados a irmandade evocada nas orações e contemplações perde o sentido e seu constitutivo. É como se houvesse lugar apenas para as relações mercantilistas em nosso meio social. Não há mais espaço para nada que minimamente evoque situações de respeito e dignidade à própria condição humana.

É interessante ainda observar que muitos hospitais e até mesmo empresas de planos de saúde pertencem a instituições religiosas que exibem em seus princípios que-

¹⁷ Idem, op. cit.

¹⁸ Idem, op. cit.

sitos de humanização e fraternidade para com a pessoa do paciente. No entanto, se não houver condições de pagamento para o custeio dos respectivos tratamentos, esse doente deverá procurar por hospitais públicos, pois embora sejam instituições religiosas e apregoem princípios da caridade cristã, tais princípios são totalmente deixados de lado diante de carências financeiras. Cito como exemplo dessas contradições vividas em nossa realidade uma visita que realizei alguns anos atrás a um grande hospital, para conhecer o Serviço de Psicologia Hospitalar. As responsáveis pelo setor me apresentaram, então, ao diretor geral do hospital como sendo um dos autores referência das publicações em psicologia hospitalar. Ele então não teve dúvidas de referir-se a mim como sendo “um ilusionista que tentava fazer crer que existia solidariedade no hospital...” (*sic*).

A definição de que somos sonhadores a idealizar uma sociedade justa e fraterna sempre fez parte da abertura de nossas publicações. Sabemos dessa condição de sonhadores de há muito, mas certamente ser chamado de ilusionista, alguém que estava levando uma “ilusão” a tantos que seguiam nossos escritos foi algo insólito, tanto pela acidez da colocação como por escancarar a maneira como um dos responsáveis por um dos maiores hospitais acadêmicos de São Paulo via a tentativa de humanização da realidade hospitalar.

De outra parte, no entanto, ainda que sejamos minoria nessa realidade, é com ardor que precisamos levar a reflexão sobre tais fatores para que o paciente não seja escorraçado de maneira tão aviltante nessa realidade. A instituição de saúde é hoje depositária de todas as contradições existentes em nossa sociedade, e isso em que pese sua missão, em seus primórdios, ser a de cuidar da saúde do paciente, cuidar de alguém que esteja alquebrado em sofrimento.

Podemos mesmo afirmar, quase que sem margem de erro, que a calosidade profissional exibida pelos profissionais da saúde encontra guarida e se perpetua na própria estruturação desumana das nossas instituições de saúde. O paciente é tratado como objeto de estudo, ou então como objeto de lucro, e o profissional da saúde nada mais faz que perpetuar tais princípios. Seus procedimentos na realidade harmonizam-se com a crueza das instituições de saúde, e, como algo que não se sabe em que ponto se iniciou, se perpetua ininterruptamente.

Em livro anterior¹⁹ citamos um dos exemplos mais pertinentes da *calosidade profissional* em uma prática envolvendo mulheres com câncer no seio. Tratava-se da descrição de uma atividade realizada junto ao Serviço de Oncologia Ginecológica da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência. Nesse trabalho, era descrita a implantação do Setor de Psicologia naquele serviço. E havia a descrição do contraponto envolvendo, de um lado, a aceitação da equipe médica pela atuação do psicó-

¹⁹ Meleti, M. R.; Angerami, V. A. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar junto a pacientes mastectomizadas. In: Angerami, V. A. *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço, 1984.

logo e, de outro, a presença de atitudes bastante dúbias em relação às pacientes. Uma das mais acintosas era aquela que fazia com que uma paciente sofresse mastectomia e tomasse consciência da remoção cirúrgica do seio apenas e tão somente quando terminada a cirurgia. Essa atitude tinha respaldo no corpo clínico, que a justificava afirmando que ela não teria condições psicológicas para receber o embate dessa informação e que o sofrimento, apesar do forte impacto provocado pela consciência da ausência de um ou até mesmo dos dois seios, era vivenciado quando tudo já tivesse terminado em termos cirúrgicos.²⁰

Dessa forma, a equipe acreditava estar resolvendo o problema da doença – o câncer no seio –, sendo que possíveis desestruturas emocionais que essas pacientes viessem a apresentar não diziam respeito ao objetivo do trabalho da própria equipe médica. O seu bem-estar emocional não era problema da equipe médica, e sim do profissional de psicologia, já que fazia parte de sua esfera de atuação o fato de lidar com complicações emocionais. A remoção do seio era tratada como se fosse apenas um chamosco de cabelo que se corta para igualar o formato de um determinado penteado. As implicações sobre o conceito de feminilidade, estética, ou mesmo o significado do seio na vida de uma mulher, nada era considerado, uma vez que se objetivava única e exclusivamente a extirpação do câncer. Outros exemplos poderiam ser arrolados e lamentavelmente temos a concluir que por mais que se fale e se discuta a humanização do atendimento hospitalar, e por consequência, do profissional da saúde, o que mais assistimos é à total desumanização da figura do doente. Na mesma proporção do avanço tecnológico que assistimos em termos de equipamentos e recursos hospitalares, em uma ordem inversa, mas infelizmente, na mesma simetria, assistimos à adoção da calosidade profissional, em uma total desumanização da prática da saúde.

DISTANCIAMENTO CRÍTICO

Esse tipo de postura é aquela inerente à prática da psicoterapia, em que aprendemos no rol das técnicas psicoterápicas a necessidade de se ter um distanciamento dos problemas trazidos pelos pacientes para que não ocorra mistura entre as questões por ele mostradas e a vida pessoal e afetiva do psicoterapeuta. Nesse sentido, a grande ênfase dada nos diferentes cursos de formação em psicoterapia para o distanciamento das questões do paciente faz que possamos analisá-los de maneira isenta, uma vez que essa separação delimita, inclusive, nossa área de intervenção enquanto psicoterapeutas. O aspecto fundamental desse distanciamento é justamente fazer com que o psicoterapeuta tenha claro que a sua intervenção tange apenas e tão somente às questões do paciente, e não qualquer aspecto que implique tratar suas questões no conteúdo trazido pelo paciente.

Ao falarmos de psicoterapia, a postura do *distanciamento crítico* ganha contornos mais claros e precisos, uma vez que estamos fazendo referência a um tratamento que

²⁰ Idem, op. cit.

possui *setting* terapêutico bem delimitado, além dos aspectos inerentes ao processo de psicoterapia. Citamos em trabalho anterior²¹ que a psicoterapia é um processo que tem como característica básica a procura do tratamento pelo paciente. Ou seja, é um processo em que o paciente procura pelo tratamento no momento em que sente que sua necessidade está em momento propício para o recebimento da ajuda advinda da psicoterapia. É o paciente, e apenas e tão somente ele, que em determina o momento da intervenção psicoterápica. Pois, por mais complicada que seja sua condição emocional, ele irá procurar pela ajuda psicoterápica apenas e tão somente quando decidir por isso. Essa mobilização por parte do paciente já determina contornos bastante específicos sobre a intervenção da psicoterapia, pois teremos um paciente em busca de ajuda para determinados destrambelhos emocionais de sua vida de um lado, e de outro, um profissional preparado para intervir nessas questões através de seu instrumental teórico e prático.

Na realidade institucional, essa questão se torna delicada, pois, muitas vezes, o paciente é encaminhado e até mesmo levado para o atendimento por familiares diante da precariedade de suas condições vitais. E certamente como agravante temos ainda o fato de que, na quase totalidade das vezes, não existe *setting* terapêutico para o atendimento, tampouco a deliberação do paciente para esse tratamento. E não estamos fazendo referência a atendimento psicológico, e sim a todos os procedimentos envolvendo profissionais da saúde. Isso significa dizer que o ideal de tratamento encontrado no *setting* da psicoterapia inexistente na realidade institucional da saúde. Ao contrário, na maioria das instituições de saúde iremos encontrar condições precárias de atendimento em todos os aspectos plausíveis e recomendáveis para um procedimento que mantivesse minimamente a dignidade do paciente.

A diferença do *distanciamento crítico* e a *calosidade profissional* é que no caso da *calosidade profissional* existe uma total indiferença pela dor do outro, e no caso do *distanciamento crítico* existe a necessidade de certo afastamento para que a dor do paciente seja apreendida e compreendida na totalidade de sua essência. Embora seja fato que muitos profissionais, ao adotarem o *distanciamento crítico* como postura adequada e ideal para um bom desempenho profissional na realidade hospitalar, acabam assumindo a própria calosidade profissional, tal a rigidez de suas condutas, ainda assim, o *distanciamento crítico* faz com que o profissional da saúde possa refletir de maneira serena e segura acerca dos desatinos emocionais do paciente.

Em um outro contraponto entre o *distanciamento crítico* e a *calosidade profissional*, temos o fato de que o *distanciamento crítico* é uma postura assumida como indispensável a um bom desempenho profissional, sendo fruto de reflexão pormenorizada sobre sua abrangência e até mesmo implicações na área hospitalar. A *calosidade profissional*, ao contrário, é algo que sorratamente vai se instalando sobre o profissional da saúde sem que ele perceba de forma lúcida a totalidade de sua abrangência e ocorrência.

²¹ Angerami, V. A. O psicólogo no hospital. In: Angerami, V. A. (org.) *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

O *distanciamento crítico* permite que o profissional da saúde, a despeito do número de pacientes que apresentam a dor e o desespero estampados em seu seio de sofrimento, lide com os aspectos emocionais desses pacientes de maneira lúcida, sem com isso desestabilizar-se emocionalmente. É dizer que estamos diante de uma postura que faz com que o profissional da saúde tenha um distanciamento específico para lidar com a dor do paciente, estabelecendo limites bastante precisos da abrangência emocional de sua intervenção. É o *distanciamento crítico* que permite que ele, ainda que compreendendo a dor do paciente, mesmo assim, tenha condições de ajudá-lo, sem, com isso, ter que se escorar no próprio escombros de dor e sofrimento.

Laing²² coloca que a perda da própria percepção e a capacidade de julgar, resultantes de uma falsa posição (duplamente falsa, uma vez que a pessoa não percebe), é compreendida retrospectivamente. Ou ainda nas palavras de Merleau-Ponty,²³ que diz que a percepção não é uma ciência do mundo, não é nem mesmo um ato, uma tomada de posição deliberada; ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e é pressuposta por eles. É dizer que uma falsa posição não é obrigatoriamente insustentável, em um contraponto em que podemos inferir sequencialmente que o *distanciamento crítico* é resultante de certa necessidade de se colocar em um falso posicionamento diante da dor do outro, que é por nós compreendida e seu sofrimento narrado é por nós escutado; mas jamais teremos condições de sentir sua dor e seu sofrimento na mesma dimensão em que por ele é vivenciado.

Ao afirmarmos que sabemos qual a atitude a ser esperada de uma pessoa diante de um determinado diagnóstico, queremos dizer que temos alguns dados a partir dos comportamentos passados de outras pessoas diante de diagnósticos semelhantes, que nos permitem predizer seu comportamento em determinadas situações. Nada mais.

Desse ponto, a peculiaridade de cada paciente com suas angústias, medos, fantasias e reações específicas diante da doença é que terá que ser o fio condutor de qualquer forma de atendimento e atitude. Berscheid e Walster²⁴ colocam que o termo *atitude* permaneceu porque a necessidade prática de explicar o comportamento exige certa estabilidade e alguns elementos efetivos e cognitivos identificáveis que possam ser ligados ao comportamento social em situações sociais.²⁵ Uma atitude em si mesma não pode ser usada na predição do comportamento. É possível predizer comportamento futuro a partir de acontecimentos observáveis apenas se considerarmos a possibilidade de erro como inerente à própria previsão. Do contrário, estaremos apenas tecendo uma possibilidade entre as diversas possibilidades inerentes à própria condição humana. É o cuidado necessário para não esboçar toda uma gama de atitudes diante de um determinado paciente a partir de certos diagnósticos.

²² *O eu e os outros*, op. cit.

²³ Merleau-Ponty, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

²⁴ Berscheid, E.; Walster, E. H. *Atração interpessoal*. São Paulo: Edgard Blucher, 1973.

²⁵ Idem, op. cit.

E se considerarmos que determinados diagnósticos imprimem à vida do paciente toda uma gama muito grande e variada de consequências previsíveis no seio da saúde. Assim, por exemplo, um paciente ao ser diagnosticado como sendo portador de câncer não tem sobre si apenas e tão somente o diagnóstico de uma doença que irá implicar, na maioria das vezes, tratamento severo de alta complexidade. A vida do paciente, seja para cumprir a rotina de sessões de quimioterapia, radioterapia e acompanhamentos diversos, seja pelo impacto emocional do diagnóstico, ou ainda pelos preconceitos existentes sobre a doença, terá uma série infindável de situações que certamente, muitas vezes, agravam o quadro da própria doença. Nesse sentido, o acolhimento ao paciente promovido pelo profissional da saúde pode atenuar esse esteio de sofrimento, provocando um novo alento ao enfrentamento de sua patologia.

O próprio modo como o profissional da saúde utiliza-se de determinado instrumental para abordar o paciente tem no distanciamento crítico o coadjuvante necessário para que essa prática não perca o seu dimensionamento diante da peculiaridade do paciente. O *distanciamento crítico* também fará com que o profissional da saúde possa concentrar seus esforços de atuação em aspectos que possa considerar prioritários a partir da interação com o paciente, de um lado e, de outro, com a própria avaliação que esse distanciamento permite em sua subjetividade.

De outra parte, é também no *distanciamento crítico* que o profissional da saúde pode aferir a abrangência de sua intervenção na medida em que terá como mediador dessa intervenção o seu próprio olhar em um dimensionamento possível de alteração de seu desempenho, se assim se fizer necessário. É dizer que a maneira como o acolhimento ao paciente se processa determina muitas formas de aceitação e superação da própria patologia.

Merleau-Ponty²⁶ coloca que **na verdade sabemos aquilo que a interrogação pura não deve ser; o que será só o saberemos tentando**. O encontro é indubitável, pois sem ele não nos proporíamos nenhuma questão. Não temos que interpretá-lo, de entrada, seja como uma inclusão naquilo que existe, seja como conclusão daquilo que é em nós. Uma intervenção do profissional da saúde junto ao paciente terá efeitos inatingíveis pela percepção, ou seja, é algo que se tornará real apenas quando de sua efetivação.

Dessa forma, o encontro permeado pelo *distanciamento crítico* do profissional da saúde certamente será um **encontro onde a dor do paciente será uma interrogação e nunca uma projeção feita a partir do contato realizado com outros pacientes em outros momentos e circunstâncias**. Será uma descoberta, uma inclusão naquilo que existe, ou ainda, como conclusão daquilo que se transforma em nós mesmos diante de cada encontro e contato existencial e experienciado ao longo da vida.

Não me ouço como ouço os outros, a existência sonora de minha voz é mal dobrada: é antes um eco de sua existência articular, vibra mais através de minha cabeça

²⁶ Merleau-Ponty, M. *O visível e o invisível*. São Paulo: Perspectiva, 1971.

do que fora.²⁷ A própria percepção no quesito voz tem um contraponto com o imaginário no sentido de fazer de cada relacionamento algo tangível pela concepção criada e erigida no imaginário, seja em termos de atendimento de um doente em fase terminal, seja ainda em qualquer outra forma de um relacionamento interpessoal. É a minha percepção que determina a própria criticidade que irá pautar o ponteamto de como a relação com o paciente se dará e em que níveis a própria congruência de sua dor e sofrimento serão arqueados no raio de ação do limite determinado pela minha apreensão do seu fenômeno de dor. Ou ainda a forma como estabeleço as circunstâncias de atuação de modo a abarcar de maneira mais abrangente a perspectiva da configuração de sua dor e de sua desestruturação emocional.

Colocamos em trabalho anterior²⁸ que a dor é algo subjetivo e que se torna real apenas para quem a sente. Jamais alguém viu uma dor; jamais alguém pegou uma dor ou mesmo cheirou uma dor. A dor é algo subjetivo, que existe apenas para quem a sente, não podendo ser dimensionada de modo objetivo independentemente dos instrumentos de aferição. A dor vivida em sua real dimensão jamais é a dor descrita, por mais detalhista que possa ser tal descrição.

Ao expor o seu sofrimento, o paciente não apenas revela a sua dor, mas também a sua configuração de valores, ou até mesmo a maneira como toca tangencialmente o seu próprio universo perceptivo. Embora não possamos abarcar a totalidade de sua dor no dimensionamento daquilo que ele sente, ainda assim temos como compreendê-lo em sua configuração de desespero. Torno esse encontro decididamente humano, em que a dor tangível na relação será aliviada, não apenas pela sua compreensão, mas também, e principalmente, pelo aspecto humano e humanitário que esse encontro apresentará. Merleau-Ponty ensina ainda²⁹ que a percepção é o arquétipo do encontro originário imitado e renovado no encontro do passado, do imaginário, da ideia. É dizer que estamos diante de um paciente em sua totalidade, e sua historicidade, por mais que não tenhamos acesso anterior a ela, estará configurada em sua dor e sofrimento. As reações do paciente tornam a sua dor em um imbricamento em que o nosso acolhimento será bálsamos a cicatrizar-lhe as chagas existenciais.

De outra parte, porém, o *distanciamento crítico*, se não for devidamente balizado, pode tornar-se algo tão distante e meramente uma *calosidade profissional*. O profissional da saúde, ao adotar o distanciamento crítico, precisa sempre ter claro que esse posicionamento faz parte de um instrumental de atuação e que, certamente, será algo que irá contra a própria harmonia da intervenção junto ao doente se não houver um cuidado para os limites em que esse distanciamento deve ocorrer.

É sabido que muitos profissionais, ao adotarem um *distanciamento crítico* junto ao paciente, se por um lado tentam manter um olhar de análise que os permita intervir de maneira mais ampla, por outro evita entrar em contato com a desestruturação advinda

²⁷ Idem, op. cit.

²⁸ Angerami, V. A. *Psicoterapia e subjetivação*. São Paulo: Thomson Learning, 2004.

²⁹ *O visível e o invisível*, op. cit.

de determinados diagnósticos. É importante ter muito claro que, ao se implantar o *distanciamento crítico*, adota-se uma postura de equilíbrio, mas não uma indiferença das condições de adversidades emocionais vividas pelo paciente. O *distanciamento crítico* pode ser a postura adequada a ser adotada na prática do profissional da saúde, mas deve ser criterioso nos pontes e balizamentos que se estabelece para essa prática; uma atuação delimitada de maneira humana, mas em que o olhar do profissional da saúde mantém-se em um distanciamento que o permite perceber as nuances desse relacionamento e assim posicionar-se de maneira plena e autêntica.³⁰ De outra parte, ter-se a conformidade de que, embora se viva em um contato estreito com a dor e o desespero humano, ainda assim é preciso manter o desempenho profissional que nos permite atuar em condições tão adversas.

EMPATIA GENUÍNA

Na definição de calosidade profissional, a inspiração conceitual veio dos meus dedos castigados pelos exercícios contínuos para o desempenho do violão erudito. No tocante à empatia genuína, a conceituação deriva muito mais de uma idealização daquilo que deve ser preconizado como ideal no relacionamento do profissional da saúde com o paciente, e seguramente de alguns atendimentos que me levaram a crer nessa possibilidade como sendo algo tangível em nossos sonhos. E, na realidade, tampouco temos como citar tais conceitos sem fazer referência de que se trata de exceção, algo praticamente existente de maneira muito singela em nossa realidade de saúde. Talvez os poucos casos de empatia genuína com os quais nos deparamos ao longo de nossa trajetória profissional estejam a acalantar os sonhos de que uma nova realidade é possível. Difícil, mas possível!

Podemos definir empatia genuína como aquela **atitude em que o profissional da saúde se envolve com o paciente de um modo singelo, sem o estabelecimento de qualquer barreira**. Essa atitude é aquela em que o envolvimento muitas vezes transcende os limites estabelecidos na relação profissional da saúde e do paciente. São aqueles casos em que a doença e o paciente passam a ocupar a totalidade do imaginário emocional do profissional, fazendo que esse transcenda, inclusive, os limites que possam resguardar sua privacidade pessoal.

Esse tipo de atitude era comum nos chamados “médicos de família”, em que o profissional acompanhava uma determinada família diuturnamente, e possuía um relacionamento com os membros dessa família que praticamente não permitia ne-

³⁰ Falamos em autenticidade no sentido existencialista, em que, mais amplamente, **a vida autêntica é a que se baseia numa apreciação exata da condição humana. A busca da autenticidade é a própria busca da condição humana naquilo que ela tem de mais peculiar e sublime: a consciência de si e do outro. É na autenticidade que o homem se torna, através da consciência, homem na busca de valores que irão determinar-lhe essa condição**. Fonte: Angerami, V. A. *Psicoterapia existencial*. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

nhum distanciamento emocional quando do surgimento de determinadas doenças. Era frequente nessas situações a ausência de qualquer enquadre profissional mais rígido, como os observados atualmente.

Na dinâmica das relações interpessoais da contemporaneidade não há mais lugar para esse tipo de procedimento, pois o que presenciamos com frequência cada vez maior é a total impessoalidade do relacionamento envolvendo profissional da saúde e seu paciente. Hoje é comum, por exemplo, uma parturiente, em razão da imposição dos planos de saúde, ter o pré-natal realizado nas unidades abrangidas por sua cobertura de saúde, e no momento do parto dirigir-se a um hospital conveniado e lá ser assistida pelo plantonista. Ou seja, durante a gravidez sequer é possível o estabelecimento de vínculos que pudessem trazer acolhimento e segurança a esse momento tão frágil e delicado da vida de uma mulher.

O “médico da família”, ao contrário, era alguém que também comparecia como conselheiro, ouvinte, amigo que se fazia presente e até mesmo era solicitado em outras ocasiões que não apenas durante o surgimento de alguma doença. Era alguém que conhecia todos os membros da família, e não apenas aqueles que eram portadores de alguma doença, ou quando muito os membros que poderiam acompanhar esse doente em busca de algum tipo de atendimento. Sua relação era extensiva a todos os membros. Era presente nas comemorações familiares, nas datas e ocasiões especiais; tinha um vínculo que transcendia o relacionamento que comumente se estabelece entre um profissional da saúde e um determinado paciente.

Na atualidade, estamos assistindo a uma movimentação bastante significativa das empresas da saúde no sentido do estabelecimento do chamado “Atendimento Domiciliar”. Mas, longe de se buscar o estabelecimento do antigo médico de família, esse procedimento, na realidade, é buscado para minimizar custos dessas empresas de saúde, pois se constatou que era mais econômico manter-se uma equipe que faça o acompanhamento da saúde de um determinado paciente em sua própria residência do que mantê-lo em uma unidade hospitalar. O custo do deslocamento de uma equipe de saúde até a residência do paciente certamente é menor do que mantê-lo sob os cuidados medicamentosos, alimentares etc. em uma unidade hospitalar. Dessa maneira, os custos com a medicação, alimentação, higiene etc. deixam de ser ônus para a empresa hospitalar e passam a fazer parte das despesas familiares desse paciente. De início, os incautos, rol em que ingenuamente me incluí, acreditavam que as empresas de saúde estavam, ainda que minimamente, pensando no bem-estar e na humanização do paciente. Ledo engano, pois o desenrolar dos fatos mostrou de maneira inquestionável que a lógica capitalista, e, portanto, da desumanização total do paciente, que é perpetuado assim apenas e tão somente como objeto de lucro da empresa de saúde, era a tônica dominante.

O “médico de família”, de outra parte, era alguém que sofria e se alegrava com a família em sua totalidade; era mais do que o profissional que cuidava da família, muitas vezes, era até considerado como membro efetivo dessa família. A partir desse

relacionamento, tinha então um desempenho profissional em que se misturavam os cuidados médicos e o envolvimento emocional presente no processo de adoecimento do membro de uma determinada família.

As empresas de saúde, ao implantarem o “atendimento domiciliar” em sua propaganda, acenavam com a volta do atendimento promovido pelo “médico de família”, como se isso fosse algo possível em sua realidade de lucro e mercantilização da saúde. E ademais, na medida em que muitas vezes o profissional da saúde precisa ter quatro ou cinco empregos para se manter economicamente, e isso com grandes deslocamentos em cidades cujo trânsito carregado e congestionado complica ainda mais tal situação, a dedicação do “médico da família” é algo que é possível existir apenas como reminiscências de outro período da história da saúde.

É fato que o “médico de família” praticamente não mais existe no seio de nossa sociedade. Ao menos naqueles padrões descritos pelos antepassados, essa figura passou a existir apenas e tão somente como referência de outros padrões e modelos médicos. O que se deseja salientar nesse momento é a maneira como esse relacionamento se estabelecia e o modo como o enraizamento dos vínculos afetivos estabelecia um padrão em que os cuidados médicos misturavam-se também aos cuidados com os vínculos familiares. Evocar esse padrão de atendimento, por outro lado, não significa ater-se a aspectos saudosistas e simplesmente apenas lamentar os modelos de atendimento da atualidade. Ao contrário, tal referência é apenas balizamento para que novas formas de atendimento possam ser efetivadas e o paciente acolhido em aspectos inerentes à sua humanidade.

Chessik³¹ ensina que o **próprio psicoterapeuta é alguém que traz em sua linhagem resquícios do médico de família**, situando em seu desempenho atual muitos traços desse profissional. Define inclusive como sendo a empatia o principal aprendizado do psicoterapeuta contemporâneo dos seus ancestrais, os médicos de família. Segundo o autor, ainda, eram os médicos de família os profissionais mais habilitados a escutar sobre a dor de determinados pacientes, na medida em que seu olhar e sua escuta levavam em conta a totalidade dos vínculos familiares. Chessik descreve que **a capacidade de escuta dos médicos de família era um dos quesitos indispensáveis à sua prática profissional**, na medida em que se praticava uma medicina que, embora corrente, se enquadrava naquilo que hoje é definido como **medicina holística**, ou seja, aquela prática que leva em conta a totalidade do paciente, e não apenas o surgimento de uma determinada doença isoladamente.³² **Escutava e aprendia a totalidade do sofrimento, suas manifestações orgânicas, suas manifestações peculiares e, principalmente, a repercussão desse sofrimento e suas implicações e consequências na totalidade da família.**

Impressão que se tem diante dessas reflexões é que, por mais que a ciência se desenvolva e surjam inúmeras teorias que tudo explicam e contemplam, cada vez mais surge a necessidade de uma volta ao passado. Passado em que a nossa humanidade aci-

³¹ Chessik, R. D. *Why psychotherapists fail*. New York: Science House, 1971.

³² Idem, op. cit.

ma de tudo era preservada e validada com bastante veemência, pois o que estava contemplado nos relacionamentos interpessoais era algo que envolvia pessoas que além de se perceberem como humanos, também reconheciam o outro como semelhante. Esse era o ponto fundamental que faz com que cada vez mais estejamos distante de uma verdadeira compreensão das atitudes do profissional da saúde na atualidade. Ou seja, a necessidade do resgate de sua humanidade. E, além desse resgate, o sentimento de que o paciente é semelhante e jamais um mero objeto de estudo ou de aferição de lucros. O mais hilário é que tecemos considerações que podem ser consideradas como vanguarda na área da saúde, e que, no entanto, remontam a séculos passados. É dizer que avançamos de maneira ímpar na tecnologia que nos permite diagnósticos com precisão absoluta, e, entretanto, perdemos a capacidade de nos relacionarmos com o nosso semelhante.

Citamos em trabalho anterior³³ que o recrudescimento das relações interpessoais mantém simetria com o desenvolvimento da tecnologia moderna. Ao mesmo tempo em que aciono um botão de televisão e assisto a uma transmissão ao vivo que ocorre do outro lado do planeta, não sou capaz de me relacionar com o meu vizinho de porta. Perdemos a capacidade de nos sensibilizarmos com a dor do outro, o que significa dizer que uma ambulância parada na porta de meu vizinho não me dirá respeito, tampouco o significado disso para sua família. É dizer que o nosso relacionamento com o outro está tão distante do que se preconiza como algo humano, que até mesmo os chamados relacionamentos virtuais, em que possuímos amigos em redes sociais, apresentam distanciamentos interpessoais que se fundem à realidade das relações ditas reais. Na atualidade, muitas pessoas possuem centenas de amigos virtuais com os quais trocam informações diárias e que, na quase totalidade das vezes, jamais conhecerão pessoalmente. Tampouco pode-se afirmar se de fato são personagens verdadeiros ou, ao contrário, são os famosos *fakes* das redes sociais.

É possível ainda hoje uma compreensão, ainda que baseada em relatos de pessoas que passaram por essas experiências sobre o estabelecimento de outro paradigma de atendimento médico, muito diferente daquilo que hoje é presenciado nas lides da saúde.

Na atualidade, o profissional da saúde que se envolve com a dor do paciente é praticamente alguém que destoa da totalidade dos atendimentos contemporâneos, em que praticamente fez-se uma redução drástica da pessoa para um simples sintoma. Ao contrário do que ocorria com o “médico da família”, em que a totalidade familiar e a própria estrutura pessoal do paciente eram consideradas em seu todo, hoje assistimos a uma total despersonalização da figura do paciente, que faz parte, na quase totalidade das vezes, dos critérios até mesmo estabelecidos como sendo eficácia profissional.

O envolvimento do profissional da saúde é algo que não existe no aprendizado das atitudes necessárias para o estabelecimento das técnicas de propedêuticas e até mesmo de diagnósticos médicos e psicológicos.

³³ Angerami, V.A. *Solidão: a ausência do outro*. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

Aprendemos a tocar na dor do paciente sem o menor relacionamento com a sua pessoa, sua angústia, medos e desestruturação emocional.

A lágrima de dor só é permitida ao paciente, jamais ao profissional da saúde. O sorriso de alegria diante do seu restabelecimento físico igualmente só é permitido a ele e a seus familiares. Está estabelecido de maneira rígida e formal que o profissional da saúde tem que se manter distante de toda e qualquer emoção que possa surgir no tratamento de determinadas doenças. Não há como esperar que o profissional da saúde possa partilhar da dor do paciente, tampouco que ele possa sofrer em sua vida pessoal com as angústias e desespero do paciente. Somos como máquinas tratando de doenças que “eventualmente” ocorrem com as pessoas. Agimos como se não fôssemos pessoas a tratar de outras pessoas. Assumimos uma postura técnica que simplesmente nos transforma em algo inumano, sem a menor emoção com o que quer que seja.

Muitas vezes, temos a petulância e a ousadia de falar em humanização do atendimento, do hospital, do paciente, e assim por diante. Tudo na verdade não passa de mera e vã digressão filosófica, pois se estamos falando tanto em humanização significa dizer minimamente que desumanizamos nossas práticas ao longo desses anos, conforme vimos anteriormente no item sobre a humanização da saúde. E não temos sequer a humildade de assumir que o movimento de humanização deveria partir de nós mesmos, pois como vimos, a própria relação dos profissionais da saúde entre si já apresenta deterioração significativa em seus detalhes de humanidade. Somos incapazes de nos aproximarmos de colegas que estão sofrendo desastrosos emocionais e que muitas vezes estão ao nosso redor com o peito dilacerado pela dor e pelo sofrimento. Ao contrário, algumas vezes somos os maiores algozes daqueles que esperam um gesto de tolerância e compreensão no cotidiano de nossas práticas profissionais. E assim é: falamos em humanização ao mesmo tempo em que nos desumanizamos e, o que é pior, muitas vezes sem consciência de nossas atitudes.

A empatia genuína é um sentimento que necessitaria ser resgatado na prática do profissional da saúde na atualidade. Entretanto, por mais que se faça necessário em nossas buscas de humanização, é algo que não se ensina academicamente, nem se aprende através de digressões filosóficas. É algo que se sente no âmago da mais pura emoção e que denota a nossa própria condição de envolvimento com a doença e a figura do paciente.

Os céticos dirão que somos sonhadores e que com o avanço tecnológico a que assistimos não mais existem lugares para esse tipo de devaneio, ou ainda, de forma mais cáustica, afirmarão que o sofrimento do paciente necessita de uma intervenção criteriosa, e não de elucubrações filosóficas, sejam elas humanistas, existenciais, religiosas ou até mesmo pré-socráticas. Dirão também que o avanço das reflexões sobre as posturas adequadas a serem adotadas pelos profissionais da saúde não mais permitem que esse tipo se faça presente, pois contraria as principais correntes que estudam o comportamento humano. Falamos da emoção e ouvimos argumentos de razão. Falamos de dor e ouvimos digressões acerca dos avanços tecnológicos da medicina.

Falamos de empatia e ouvimos elogios aos novos descobrimentos da informática, que, em muitos casos, dispensam a figura do profissional da saúde, prescrevendo receitas, fazendo diagnósticos e até mesmo promovendo algum tipo de aconselhamento ao paciente. Falamos em angústia e ouvimos acerca dos avanços medicamentosos que tratam da depressão, do pânico e outras tantas manifestações do desespero humano.

A dor e a pessoa do paciente podem interessar em apenas alguns aspectos do desdobramento da doença, mas raramente significar algo em termos tangenciais no próprio significado da condição humana, incluindo-se aí desde conceitos como solidariedade, fraternidade e ternura, até outras tantas manifestações que decididamente nos fazem humanos. Pessoas humanas! Por mais redundante que essa junção de palavras possa significar.

A *empatia genuína* é algo que nos torna capazes de um envolvimento com a dor do paciente na sua condição humana, estabelecendo-se uma relação interpessoal entre dois humanos. A dor circunstancialmente está presente na pessoa do paciente, mas igualmente pode, a qualquer momento, manifestar-se também na figura do profissional da saúde. Por outro lado, a própria configuração de sofrimento e de empatia com a dor do outro não nos torna mais ou menos eficientes em nosso desempenho profissional. Ao contrário, sem dúvida, podemos afirmar que o nosso desempenho profissional será muito mais amplo e profundo com a nossa condição humana sendo exercida em sua totalidade. É dizer que abarcar a condição humana em sua totalidade é não cercar o expressionismo da emoção presente nos mais diversos contextos das vivências exauridas pela emoção.

É assumir que a lágrima de dor no profissional da saúde pode ser libertária e estabelecer outro vínculo com a dor do paciente, com o seu sofrimento e com o desespero do momento por ele vivido. É viver a exuberância humana no distanciamento dos vínculos estabelecidos pela informática, da realidade virtual, onde a dor e qualquer outra manifestação humana não têm razão. Ou ainda, que a nossa condição humana não precisa ser negada em nossa prática profissional, nem ser transformada em algo disforme para que possamos ter um desempenho profissional pautado pela razão.

Stratton & Hayes³⁴ colocam que **empatia é um sentimento de compreensão e unidade emocional com alguém, de modo que uma emoção sentida por uma pessoa é vivenciada em alguma medida por outra que empatiza com ela.** A empatia é algumas vezes empregada na indicação do grau de capacidade de um indivíduo para ser empático com os outros. Ser empático é considerado uma condição importante para os psicoterapeutas. Embora essa definição possa ser compreendida operacionalmente, por certo sua inserção no relacionamento com o paciente é algo que **requer, antes de qualquer outro quesito, uma predisposição para o contato humano.**

Stratton e Hayes³⁵ ensinam ainda que **cordialidade, empatia e autenticidade são os três atributos terapêuticos propostos como os fatores mais importantes na efetivi-**

³⁴ Stratton, P.; Hayes, N. *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Pioneira, 1994.

³⁵ Idem, op. cit.

dade da psicoterapia, considerados como mais importantes do que qualquer técnica terapêutica específica. Por mais que se assista a um avanço ímpar das “técnicas psicoterápicas”, certamente os atributos sinalizados por Stratton & Hayes como primordiais na psicoterapia são unanimidade em todos os que atuam em psicoterapia. Todos os níveis de relacionamento interpessoal mostram que, muitas vezes, o emprego de determinadas técnicas pode ajudar na compreensão do desenvolvimento do processo em si. Contudo, para um aprofundamento maior da subjetividade irá existir um nível desses aspectos que a própria vivência determinará como sendo importante para o próprio desempenho profissional.

É o resgate da nossa condição humana que está em questionamento quando abordamos essa maneira peculiar de compreensão da doença e do paciente. É o respeito à dignidade exigir uma postura profissional que leve em conta a nossa fragilidade humana, nossa dor e desespero. E assim é: humanos somos e como humanos devemos agir.

Scheffer,³⁶ de outra parte, coloca que o *rappor* é o ponto de partida para qualquer tipo de aconselhamento e ensina ainda que através dele se consegue uma atitude simpática, compreensiva, de interesse sincero e respeito às condições para o desenvolvimento do aconselhamento. Mesmo diante de situações em que a vertente teórica é a chamada não diretividade, em que não se dá grande importância ao conteúdo fático e intelectual, enfatizando-se o conteúdo emocional, ainda assim, uma empatia genuína fará que até mesmo o conteúdo intelectual seja considerado imprescindível.

Por outro lado, ao fazermos do paciente um fenômeno único, sem preocupação com as leis gerais das teorias do comportamento, mas enfatizando sua individualidade, peculiaridades, estamos abrindo um enfoque em que a condição humana estará preservada de maneira indissolúvel. O profissional da saúde será assim um catalisador que desencadeará uma modificação de atitude no paciente na medida em que, ao dar significado à sua condição humana, estará propiciando um ressignificado da doença e de suas implicações.

Existe um grande número de teorias que exemplificam maneiras de como se adotar algumas técnicas de intervenção junto ao paciente. Porém, sem a empatia genuína não teremos como atingir a essência dos fatos. Como foi dito anteriormente, a condição básica para o estabelecimento da *empatia genuína* é a nossa própria condição humana em toda abrangência que essa definição possa abarcar.

PROFISSIONALISMO AFETIVO

Nessa categoria, podemos situar aquela postura em que não ocorre a empatia genuína, mas ainda assim o profissional trata o doente com respeito pela sua dor e sofrimento. Adota uma postura profissional que, embora pareada por certo distanciamento, traz grande respeito pela dor do paciente. Essa postura pode ser adotada de maneira siste-

³⁶ Scheffer, R. *Aconselhamento psicológico*. São Paulo: Atlas, 1976.

matizada a partir da reflexão de como devem ser os procedimentos a serem adotados para melhor abrangência de atendimento. Dessa maneira, podem ser adotadas técnicas de entrevistas, exames terapêuticos e uma séria enorme de códigos que poderão servir para que o atendimento, mesmo não tendo a chamada empatia genuína, não perca a sua conotação humana. O *profissionalismo afetivo* é um procedimento adotado principalmente quando se quer fazer e desenvolver um trabalho sistematizado sem um envolvimento que escape do controle do profissional da saúde, mas que mesmo assim não faça com que o paciente se sinta desrespeitado na delicadeza de seu sofrimento. É uma atitude que pode ser referendada como procedimento idealizado de atendimento, uma vez que o paciente sentir-se-á acolhido em sua dor, e o profissional da saúde terá dimensionamento adequado para o seu desejo de não se envolver emocionalmente com a dor do paciente. Essa atitude pode ainda ser o balizador de uma intervenção em que, mesmo que não haja envolvimento do profissional da saúde com a doença e o paciente, ainda assim não existe o desdém diante do sofrimento do outro.

Stratton & Hayes³⁷ colocam que afeto é um termo empregado para significar emoção, mas que abrange uma faixa mais ampla de sentimentos, e não apenas as emoções normais. Afeto compreende sensações prazerosas, amabilidade e afabilidade, melancolia e antipatia moderada etc., como também emoções extremas, tais como alegria, hilaridade, medo e ódio. Amplamente falando, afeto refere-se a qualquer categoria de sentimento, como distinta de conhecimento ou comportamento.

Dessa maneira, podemos definir o *profissionalismo afetivo* como sendo uma atitude em que os sentimentos do profissional da saúde, ainda que presentes, não interferem em seu desempenho. Assim, poderá ser enfeixado um conjunto de atitudes que leve em consideração tais procedimentos e que de outra parte não exclua a presença da emoção nessa interação. E podemos ainda afirmar quase que sem margem de erro que essa atitude é a que mais se aproxima das próprias condições de tecnologia atualmente presentes na instituição hospitalar, na medida em que pode ser apreendida, refletida e transmitida naquele rol de atitudes necessárias para um desempenho profissional satisfatório.

Diferentemente do que ocorre na *empatia genuína*, por exemplo, o *profissionalismo afetivo* implica apenas a adequação de um conjunto de procedimentos em que, inclusive, ocorrerá um afloramento da sensibilidade emocional do profissional da saúde diante da reflexão dos procedimentos a serem adotados. De outra parte, também estará sendo propiciada uma condição para o próprio desenvolvimento desse profissional, no tocante à sua condição emocional, na medida em que poderá entrar em contato com uma nova maneira de abordar e compreender o paciente e sua doença. Seria então não apenas uma maneira de sensibilizar esse profissional da saúde, mas também uma forma de abranger a compreensão da doença em toda a sua peculiaridade, incluindo-se aí a reflexão sobre as implicações emocionais presentes no seio das patologias. E embora

³⁷ *Dicionário de psicologia*, op. cit.

tenhamos como ideal na relação do profissional da saúde com o paciente a *empatia genuína*, sem dúvida, o *profissionalismo afetivo* é uma intermediação bastante interessante na medida em que pode ser transmitido e apreendido de forma sistematizada.

E certamente, ao falarmos em profissionalismo afetivo estamos falando de algo que pode ser sustentáculo de novas maneiras de intervenção e que, inclusive, pode se estribar em recursos teóricos e reflexões sistematizadas sobre como se deve intervir no acolhimento ao paciente. Nesse rol podemos incluir coisas simples que, no entanto, por óbvias que sejam, estão distante da prática da maioria dos profissionais da saúde. Assim, atitudes como dirigir-se ao paciente chamando-o pelo nome; referir-se ao paciente não como um sintoma, mas, ao contrário, uma pessoa que apresenta determinada patologia. Esses exemplos são tão simples e de uma obviedade tão gritante que se torna ainda mais incompreensível como tais atitudes não sejam adotadas como norma de atuação e procedimento na área da saúde. Observe que ao determinar que o paciente seja chamado por seu nome, nada mais estamos fazendo que não conferir-lhe o mínimo de dignidade e de identidade.

Colocamos em trabalho anterior³⁸ que a pessoa ao ser hospitalizada sofre um grande processo de despersonalização. Deixa de ser alguém com nome e sobrenome e passa a ser definida por sua patologia. Hábitos simples de sua cotidianidade serão necessariamente deixados de lado, pois o que irá prevalecer é a rotina hospitalar. Assim, por exemplo, se uma pessoa tem o hábito de almoçar por volta das 13h00, isso será drasticamente mudado, pois na realidade hospitalar seu horário de almoço será aquele determinado pela rotina dessa instituição. O mesmo horário para todos aqueles que estejam hospitalizados, geralmente, em face de rotina hospitalar, que tem seu funcionamento diuturno, por volta das 11h00. E simplesmente esse horário irá prevalecer sobre o horário anterior dessa pessoa, que se tornou *paciente*, ou seja, deixou de ser *agente* para ser *paciente*, alguém que espera e está em situação assumida e definida como passiva.

Esse processo de despersonalização é algo que, embora contundente para essa pessoa que se torna paciente, se cristaliza de modo irreversível na realidade hospitalar como se fosse algo inerente ao próprio tratamento. O estigma de doente – paciente até mesmo no sentido de passividade perante os novos fatos e perspectivas existenciais – irá fazer com que exista a necessidade premente de uma total reformulação até mesmo de seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal em suas formas conhecidas. Deixa de ter significado próprio para significar a partir de diagnósticos realizados sobre sua patologia.

Nesse sentido, o *profissionalismo afetivo* pode ser de grande valia, pois esses aspectos, por óbvios que possam parecer, serão de grande valia para o paciente se minimamente o profissional da saúde passar a tratá-lo respeitando pequenos preceitos de

³⁸ Angerami, V. A. O psicólogo no hospital. In: Angerami, V. A. (org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

dignidade e humanidade. E tais detalhes podem, sim, ser transmitidos em reflexões que visem à formação desses profissionais da saúde. Detalhes tão pequenos que, no entanto, se tornarão bastante significativos e importantes para o paciente que poderá, assim, e isso em que pese seu processo de despersonalização, ter novos horizontes de respeito à sua dignidade e à sua condição humana. E quando falamos de apenas chamar o paciente por seu próprio nome, estamos diante de algo tão absurdamente simples e ao mesmo tempo tão distante da rotina das instituições de saúde.

O *profissionalismo afetivo* surge, assim, como um conjunto de atitudes e valores que podem ser transmitidos harmoniosamente e, que se forem cumpridos ainda que minimamente, serão de grande importância no processo de humanização das relações interpessoais das instituições de saúde.

Certamente poderemos ter uma evolução para a empatia genuína, que apesar de não poder ser ensinada, pode perfeitamente ser desenvolvida no próprio relacionamento do profissional da saúde com o paciente e sua doença. Assim, teremos um conjunto de profissionais que saberão respeitar o outro considerando não apenas a sintomatologia específica de cada patologia, mas também, e principalmente, o sofrimento emocional advindo desse quadro de manifestações orgânicas e que podem, inclusive, agravá-la de maneira significativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levantamos alguns itens de reflexão sobre as atitudes do profissional da saúde presentes em nosso cotidiano. Abrimos uma fenda para que novas colocações e reflexões possam ser acrescidas, e nesse detalhamento irmos ao encontro de uma real transformação desse cenário. Iniciamos uma longa caminhada para que novos pontes sejam pensados e lançados nas discussões sobre a temática. E até mesmo uma possível contribuição de tantos quantos possam acrescentar detalhes a essas linhas será bem recebida principalmente pelos pacientes que anseiam pela nossa humanização. E seguramente juntos poderemos tentar buscar no horizonte o ponto em que ocorreu o nosso processo de desumanização. É dizer que fomos perdendo paulatinamente a nossa essência de convivência humana diante das atribulações da vida contemporânea.

Dissemos anteriormente que a ideia desse trabalho surgiu ouvindo o Concerto para Violino e Orquestra de Beethoven, e certamente o contraponto com essa obra deixa alguns aspectos bastante pertinentes quanto a impenetrabilidade de seus detalhes. Essa obra não pode ser definida como triste ou alegre, ou bonita ou feia, ou de qualquer outra maneira conceitual. Talvez nem mesmo a conceituação kantiana de sublime³⁹ seria capaz de abarcar o fenômeno musical que essa obra transmite. Sua

³⁹ Kant define sublime como algo que atingiu o grau mais elevado de valores, acima de qualquer padrão de estética, de ética ou de qualquer outro constitutivo de valores. É algo excelso, augusto, magnífico e com o grau mais elevado da perfeição. Disponível em: <http://www.psicooexistencial.com.br>. Acesso em: 8 jan. 2012.

magnitude é de tal teor que constatamos que Beethoven penetrou nos mistérios mais profundos da música para penetrar na alma humana de maneira densa e única.

Talvez esse embrutecimento pessoal derive do fato de que a dinâmica da vida moderna esteja a exigir uma série de subterfúgios para se conseguir a mera sobrevivência nessa sociedade neoliberal, na qual o outro é apenas um contingente a ser eliminado na disputa imposta por esse modelo econômico. Estarrecidos, assistimos ao avanço cada vez mais notório de situações e circunstâncias em que o determinante maior de sucesso é a simples sucumbência do outro. Ou seja, para o meu desempenho e sucesso profissional, necessariamente haverá necessidade do estabelecimento de condições em que o meu triunfo sobre o outro será o parâmetro maior do sucesso. Dessa maneira, valores como fraternidade e solidariedade acabam se tornando apenas e tão somente referências bibliográficas sem espaço na vida cotidiana. Cada vez mais nos tornamos refratários ao convívio verdadeiramente humano, pois a nossa realidade virtual é determinante não apenas de novas formas de relacionamento, mas também e principalmente como maneira de acomodar essa dificuldade do relacionamento interpessoal de maneira a que nos relacionemos apenas no universo das redes sociais *on-line*.

De outra parte, entretanto, ao nos tornarmos profissionais da saúde, a nossa realidade é presencial. O nosso contato interpessoal é real e vivencial. O outro estará à minha frente com suas lágrimas, dores, angústia e desespero. E da mesma forma esse profissional também estará exibindo toda sua condição de humanidade, ainda que para isso necessite se esconder atrás de posturas defensivas para evitar o confronto com o destrambelho emocional do paciente. Decididamente esses aspectos do envolvimento humano entre o profissional da saúde e o paciente não prescindem de enquadre de qualquer natureza, pois o que está a exigir é apenas e tão somente encontro de humanidades sem o escopo teórico de atitudes defensivas que apenas escondem sua verdadeira essência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI, V. A.; MELETI, M. R. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar junto a pacientes mastectomizadas. In: ANGERAMI, V. A. *Psicologia hospitalar. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço Editora, 1984.
- _____. *Psicoterapia & subjetivação*. São Paulo: Cengage Learning, 2007.
- ANGERAMI, V. A. *Psicoterapia existencial*. São Paulo: Cengage Learning, 2008.
- _____. Sobre a dor. In: ANGERAMI, V. A. (org.). *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- _____. O psicólogo no hospital. In: ANGERAMI, V. A. (org.). *Psicologia hospitalar. A atuação do psicólogo no hospital*. São Paulo: Cengage Learning, 2010;
- _____. *Solidão: a ausência do outro*. São Paulo: Cengage Learning, 2007.
- BRESCHIED, E.; WALSTER, E. H. *Atração interpessoal*. São Paulo: Edgard Blücher, 1973.
- BUBER, M. *Eu-Tu*. São Paulo: Moraes, 1983.
- CHESSIK, R. D. *Why psychotherapists fail*. New York: Science House, 1971.

- LAINING, R. D. *O eu e os outros*. Petrópolis: Vozes, 1982.
- MERLEAU-PONTY, M. *O visível e o invisível*. São Paulo: Perspectiva, 1971.
- . *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- SCHEFFER, R. *Aconselhamento psicológico*. São Paulo: Atlas, 1976.
- STRATTON, P.; HAYES, N. *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Pioneira, 1994.
- TORRES, A. R. Sentimento de inadequação, prática psicológica e contemporaneidade. In: ANGERAMI, V. A. (org.). *Psicoterapia e brasilidade*. São Paulo: Cortez, 2010.

Depressão, ideação suicida e etilismo na oncologia

KARLA CRISTINA GASPAR

Para minha linda avó Zoraide Cerqueira César Gaspar
(*in memoriam*).

Doces lembranças envoltas em muita saudade.

INTRODUÇÃO

O **câncer** pertence a um grupo de doenças cuja taxa de mortalidade vai depender do tipo e da evolução da doença. É inegável o progresso da Medicina em relação ao tratamento do câncer, mas, apesar disso, **existem inúmeras metáforas ligadas ao seu diagnóstico. Entre elas está a sentença de morte, deflagrando, assim, uma série de reações e emoções no paciente e na família.**

O câncer é uma doença antiga. Existem registros de sua presença desde os mais remotos tempos da história da humanidade. Foram encontrados documentos precários nas literaturas hindu e persa, que demonstraram conhecimentos rudimentares sobre a doença (Silva, 2005).

Hipócrates (460 a.C.) caracterizou o câncer como uma doença destruidora, e Galeno, médico grego, foi o primeiro pesquisador a classificar os tumores de pele em malignos e benignos e a considerar o câncer como um mal incurável (Trincaus, 2005).

Assim sendo, as concepções sobre o câncer foram sendo construídas historicamente pela sociedade. E ao momento do diagnóstico parece já ser atribuído o sentido de doença incurável. E por isso parece existir um **medo profundo de adquiri-lo.** Embora a incidência e a mortalidade por câncer continuem a crescer, os países em desenvolvimento **investem muito nos esforços curativos e pouco e inadequadamente nos cuidados paliativos,** quando uma grande maioria já apresenta doença incurável à época do diagnóstico.

Qualquer célula do corpo pode se transformar e originar um tumor maligno, denominado câncer, que se origina nos genes de uma única célula, tornando-se capaz de se reproduzir formando uma massa tumoral no local (Yamaguchi, 2002).

Assim, nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média rendas. Em países com grande volume de recursos financeiros, predominam os cânceres de pulmão, mama, próstata e cólon. Em países de baixo e médio recursos, os cânceres predominantes são os de estômago, fígado, cavidade oral e colo do útero (Inca, 2012).

No Brasil, processos de transição têm produzido importantes mudanças no perfil das enfermidades que acometem a população, observando-se, a partir dos anos 1960, que as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte,

sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias. Essa progressiva ascensão da incidência e da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, conhecida como transição epidemiológica, tem como principal fator o envelhecimento da população, resultante do intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde (Inca, 2012).

O indivíduo que recebe o diagnóstico de câncer receberá junto toda a concepção histórica existente da doença. E parece que a primeira reação de choque é reativa à construção histórica. E observa-se que em um segundo momento a reação emocional será mais personalizada. O impacto emocional será dimensionado e contextualizado pela história de vida do paciente e formas de enfrentamento de situações difíceis, pelo seu próprio repertório de vida.

Para tanto, o acompanhamento psicológico deverá propiciar um espaço terapêutico para que as expectativas e reações do paciente, assim como em seus familiares, possam ser expressas. É comum observar em nossos pacientes, após o choque inicial do diagnóstico, reações emocionais como medo, ansiedade, tristeza, banalização do quadro ou supervalorização do tratamento. E em casos mais graves, há quadros como a depressão e a ideação suicida. Assim, torna-se fundamental o psicólogo ser conhecedor das principais reações emocionais dos pacientes com câncer para que possa ter um manejo adequado.

O presente capítulo tem como objetivo apresentar histórias de vidas que chegam ao ambulatório de oncologia e são atendidos pela psicologia. Sabemos o quanto é impactante do ponto de vista emocional receber um diagnóstico de câncer, quicá quando da existência de um transtorno psiquiátrico já instalado. Em muitos casos são revelados intenso sofrimento psíquico e social anteriores a descoberta do câncer como a depressão e o abuso do álcool, assim como ideação suicida. Contudo, não é objetivo deste capítulo estabelecer qualquer causalidade entre depressão com o surgimento do câncer. Ao contrário do abuso de álcool, apontado pela literatura como um dos fatores de risco para desenvolvimento do câncer, principalmente de cabeça e pescoço. Pretende-se, portanto, realizar uma apresentação teórica sobre os temas supracitados e em seguida ilustrar com histórias de vida.

Definição de depressão

A primeira descrição de um quadro de possível depressão foi feita na Grécia por Hipócrates, que descreveu sintomas de “aversão à comida, falta de ânimo, insônia, irritabilidade e inquietação”. E se esses durassem muito tempo, seria um quadro de melancolia. Essa teoria baseia-se na presença de quadros fluidos essenciais como a bile, fleuma, sangue e bile negra. Portanto, a melancolia seria um desequilíbrio desses humores com predomínio da bile negra (Cordás, 2002).

Na Idade Média e no Renascimento, a Medicina evoluiu muito pouco e as doenças mentais e seus tratamentos estavam condicionados à visão teológica imposta pela Igreja (Cordas, 2002).

No século XIX houve uma melhor conceituação de doenças psiquiátricas, que se aproximam das utilizadas atualmente. O médico francês Dr. Philippe Pinel, durante o ano de 1793 deu início a um tratamento mais digno a quem sofria de doença mental na Europa. Dar voz ao homem que sofre, ouvi-lo, humanizá-lo tornou-se o seu lema (Fleck et al., 2004).

Nas décadas de 1950 e 1960, foi adotada pelo Dr. Karl Krapel a divisão entre a depressão unipolar e bipolar (Fleck et al., 2004).

Atualmente o uso coloquial da palavra depressão indica tanto um estado afetivo normal (a tristeza) quanto um sintoma, síndrome ou doença (Breitbart et al., 2004).

A tristeza é uma resposta normal a situações de perda, seja de pessoas, separações ou perda da saúde. Trata-se de uma resposta adaptativa importante para o processamento correto da informação relacionada a tal perda e tem duração variável (Spoerri, 2000).

A depressão como sintoma também pode aparecer em vários quadros clínicos, como transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, câncer e como resposta ao estresse mantido. Por ser um sintoma que compõe um dos quadros, seu manejo está diretamente ligado ao tratamento da doença de base (Spoerri, 2000).

A depressão como síndrome inclui mudanças de humor, alterações psicomotoras, cognitivas e ideativas, autodesvalorização e sintomas psicóticos (Spoerri, 2000).

A depressão como doença tem sido classificada principalmente de duas formas: no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª edição – capítulo V) que diz respeito à escola europeia. E a da Associação Americana de Psiquiatria, chamada de DSM-IV (Manual de Diagnóstico e de Estatística das Perturbações Mentais). Ambas as classificações refletem a nosologia kraepeliana (Spoerri, 2000).

Durante muito tempo a depressão tem sido um dos principais temas pesquisados, diante de prevalências tão altas e alarmantes. Os dados epidemiológicos evidenciam sua proliferação.

O problema da depressão

A depressão faz parte de um grupo de transtornos mentais em que o humor patológico e perturbações associadas dominam o quadro clínico. Essas alterações quase sempre levam ao comprometimento do desempenho interpessoal, social e ocupacional. Além disso, há uma experiência subjetiva de grande sofrimento (Kaplan & Sadock, 2007).

O episódio depressivo é prevalente na população geral, acomete de 3% a 5% desta. Em populações clínicas, a incidência é ainda maior, uma vez que a depressão é encontrada em 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais e 9% a 16% de internados (Katon, 2003). O episódio depressivo moderado ou grave acomete uma em cada vinte pessoas e tem caráter único ou recorrente. O risco de se apresentar um segundo episódio é de 50% (AHCPR, 1993).

A depressão representa um problema de saúde pública por diversas razões, dentre as quais se destacam: a incidência e a prevalência elevadas, potencial de cronificação, risco de suicídio, comprometimento da qualidade de vida, uso excessivo de serviços de saúde, prejuízo na capacidade funcional, aumento da mortalidade e gastos com saúde (Furlanetto et al., 2006).

A perda de interesse ou prazer são as principais características clínicas do humor depressivo. Os pacientes relatam essa condição dizendo que se sentem tristes, desesperançados ou desvalorizados. O humor deprimido adquire por vezes uma qualidade distinta, que o diferencia das emoções normais de tristeza ou de luto. Os sintomas da depressão podem ser sentidos como uma dor emocional intensa, situação que poderá levar o paciente ao suicídio. Estudos mostram que entre os pacientes deprimidos, de 10% a 19% morrerão por suicídio ao longo da vida (Wulsin et al., 1999).

Quando a depressão soma-se a outra doença

Estudos revelam que a prevalência da depressão entre pessoas com outras doenças clínicas aumenta de 3 a 5 vezes se comparada com a população em geral (Bair et al., 2003). A frequência de transtornos depressivos em hospital geral varia entre 5% e 30% segundo os serviços e definições sobre a depressão (Botega, 1995; Cavanaugh, 1995; Silverstone et al., 1996; Furlanetto, 2006).

Depressão como comorbidade psiquiátrica aumenta a cronicidade de pacientes internados em hospital geral, além de influenciar negativamente em seu restabelecimento como um todo (Furlanetto, 2006).

Estudos descreveram maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas (Cooper et al., 2002). Pacientes com doenças clínicas e que estão deprimidos apresentam menor adesão às recomendações médicas (Dimatteo et al., 2000). Ademais, depressão e ansiedade parecem aumentar a percepção de sintomas físicos inexplicáveis (Katon et al., 2001).

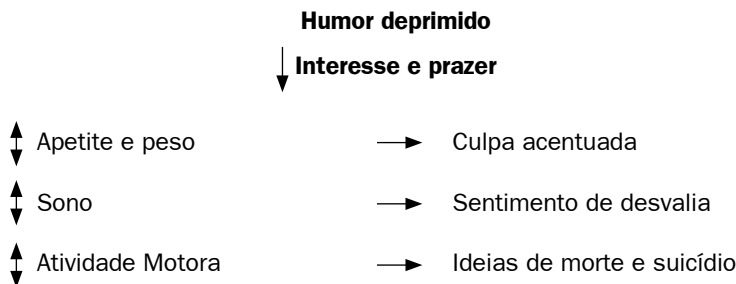
A concomitância de morbidades clínicas com transtornos depressivo-ansiosos aumenta o número de dias de incapacitação mais do que a soma dos efeitos individuais das doenças clínicas (Kessler et al., 1998). O custo médico em serviços primários é maior na comorbidade entre depressão e doenças clínicas (Chisholm et al., 2003). Por outro lado, o diagnóstico precoce e a proposta de tratamento organizado têm influência positiva nesses aspectos (Horn et al., 2007).

Estudos epidemiológicos mostram que 10% a 20% dos pacientes com doenças clínicas apresentam sintomas depressivos significativos, sendo que cerca de 5% deles têm quadros graves, que receberiam diagnóstico de depressão maior (Rentsch et al., 2007). Apesar disso, estudos clínicos mostram que apenas um terço dos casos de depressão é diagnosticado pelos clínicos. Nota-se, entretanto, que de 10% a 30% recebem tratamento com antidepressivo adequado (Gill et al., 1999). E desses, raros são os casos que recebem tratamento multidisciplinar e psicoeducativo (Cole et al., 2006).

Os principais estressores para depressão encontram-se na gravidade da doença, incapacidade, dor, desconforto e impacto do diagnóstico de doença clínica (Rodin et al., 1991). E no maior risco de interações medicamentosas (Satel et al., 1989).

A diferença na avaliação da depressão está na linha tênue e imprecisa entre os quadros clínicos, subclínicos e não patológicos, condição que gera maior dificuldade diagnóstica pelo fato de os sintomas depressivos confundirem-se com os da doença clínica. Por exemplo: fadiga, perda do apetite e alteração do sono. Essa confusão ocorre pela própria condição da internação em hospital geral e pelos sofrimentos gerados pela dor, mudança de rotina, perda da autonomia e a possibilidade de morte (Furlanetto, 1996).

Quadro 2.1 Sintomas de episódio depressivo maior*



* *American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, 1994.*

Estudo brasileiro realizado em enfermaria geral de adultos do Hospital de Clínicas da Unicamp encontrou frequência de 28,2% para sintomas depressivos (Botega, et al., 1994, 1995). Outro estudo realizado em Hospital Universitário da UFRJ apresentou frequências de 12,3% de síndromes depressivas leves, 13,5% de moderadas e 6,5% de graves (Furlanetto, 1995).

O diagnóstico da depressão no contexto hospitalar desafia os profissionais a reconhecer que, além da doença de base, o paciente pode apresentar depressão, desencadeada ou agravada pela condição médica (Fráguas Jr., 1995). Outra ressalva é atentar para o potencial de algumas doenças neurológicas (Strober et al., 2009), endocrinológicas (Anderson et al., 2001), neoplasias (Weinberger et al., 2009), doenças infecciosas, infarto agudo do miocárdio (Pozuelo, 2009), insuficiência hepática, insuficiência renal crônica e dor crônica (O'Malley et al., 2000) desencadarem depressão.

Além disso, os transtornos depressivos podem ocorrer por indução de medicamentos (Kathol, 1992). Há necessidade de o médico conhecer os riscos de efeitos adversos psiquiátricos das medicações clínicas, bem como princípios gerais de utilização de antidepressivos, suas contraindicações e interações com outras drogas.

Entre os pacientes cardiológicos com infarto agudo do miocárdio (IAM), o diagnóstico de depressão pode ser feito em aproximadamente 50% dos pacientes (Steads

et al., 2004). Estudos revelam a importante piora da mortalidade e morbidade de pacientes cardíacos deprimidos (Jonas e Lando, 2000). A mortalidade desses pacientes pode ser 3,1 vezes maior se comparada a cardiopatas não deprimidos, independentemente da gravidade cardiológica e da disfuncionalidade clínica (Frasure-Smith et al., 1993). Em indivíduos previamente sadios que estejam deprimidos também há um aumento do risco de eventos cardíacos (O'Connor et al., 2000).

Em pacientes neurológicos, grande parte sofre de depressão, tanto pelas alterações neurofisiológicas como pelas consequências adversas e adaptação psicossocial referente à doença. Para exemplificar, pacientes epiléticos podem sofrer preconceitos quanto a sua condição clínica, tanto em sua residência como em seu contexto de trabalho, escola e convívio social. A prevalência de depressão é considerada alta em pacientes epiléticos, atingindo de 20% a 55% dos pacientes com crises recorrentes, e 3% a 9% dos pacientes controlados (Kanner, 2003). Estudos mostram que pacientes com epilepsia têm até seis vezes mais chance de ter história de depressão que controles normais (Hesdorffer et al., 2000). A depressão pode ser consequência dos tratamentos antiepiléticos farmacológicos e cirúrgicos (Kanner, 2003). O risco de suicídio nesses pacientes chega a ser dez vezes mais frequente que na população geral (Stefanelo et al., 2010).

Em relação ao acidente vascular cerebral (AVC), estudos mostram que o evento clínico mais relevante após a estabilização do paciente é o episódio depressivo que acomete cerca de 27% dos pacientes, o que prejudica o processo de reabilitação e leva aproximadamente 6,6% dos pacientes deprimidos à ideação suicida e até mesmo ao suicídio (Kishi et al., 1996). A presença de depressão na fase aguda pós-AVC está associada com pior recuperação e maior mortalidade (Paolucci et al., 1999).

Em pacientes com lesão medular, os achados sugerem que aproximadamente 30% das pessoas com essa doença clínica encontram-se em risco de terem sintomas depressivos (Craig et al., 2009).

Em pacientes com doenças endocrinológicas, principalmente diabetes mellitus, verifica-se a associação com depressão. Em estudo com grupos-controle normais, a prevalência de depressão no grupo dos diabéticos é de 11% a 31%, enquanto a presença de diabetes aumenta em duas vezes o risco de depressão em relação aos grupos-controle (Anderson et al., 2001). Pacientes diabéticos deprimidos têm mais sintomas do que os não deprimidos, mesmo com a gravidade do diabetes controlada (Ciechanowski et al., 2002).

Em relação aos pacientes oncológicos, não existem evidências de que depressão cause câncer, porém a relação entre depressão e a diminuição da sobrevida é nítida. Pacientes oncológicos deprimidos aderem menos aos tratamentos propostos e consequentemente piora o prognóstico, a qualidade de vida fica comprometida, aumenta o tempo de internação, instala-se o sentimento de desesperança, o que pode gerar risco de suicídio. O reconhecimento ativo e o tratamento dos quadros depressivos e ansiosos nos pacientes oncológicos é parte essencial da abordagem a esse paciente (Raison e Miller, 2003). Aproximadamente 10% a 25% dos pacientes com câncer apresentam episódio de depressão maior e/ou ansiedade (Croyle e Rowland, 2003).

Pacientes com dor crônica apresentam frequentemente comorbidade psiquiátrica, 30% a 54% possuem algum critério para depressão (O'Malley et al., 2000). Dor crônica grave está associada a maior frequência de pensamentos suicidas, tentativas de suicídios e suicídios (Fishbain et al., 1997).

Como observado, a depressão acompanha quase todas as patologias clínicas crônicas e, quando presente, leva os pacientes a piores evoluções clínicas, à não adesão aos tratamentos propostos, a uma qualidade de vida comprometida e maior morbidade e mortalidade.

A depressão pode aumentar o tempo de internação (Verbosky et al., 1993); a morbidade no período pós-operatório (Murray et al., 1997), e a mortalidade durante a internação pode ocorrer independentemente da gravidade da doença de base (Furlanetto e Brasil, 2006).

Estudos mostram o impacto da depressão na qualidade de vida de sujeitos deprimidos e com outras condições clínicas (Ravindran et al., 2002). Os resultados sugerem que sujeitos com episódio depressivo apresentam níveis maiores de tensão em atividades domésticas, assim como irritabilidade social, estresses financeiros, limitações no funcionamento ocupacional, pior *status* de saúde e mais dias perdidos de trabalho do que sujeitos sem sintomas (Johnson et al., 1992).

Estudos internacionais relatam que o risco de suicídio é maior em pacientes com doença física que em relação à população geral (Kishi e col., 2001). Não há estudos na literatura que evidenciem a prevalência da ideação suicida entre os indivíduos com doença física. Entretanto, a doença física é um fator de risco associado com planejamento suicida e tentativa de suicídio, principalmente quando o paciente se encontra deprimido.

O risco suicida potencializa-se quando o paciente encontra-se deprimido. Estima-se que a prevalência de plano suicida em paciente com transtorno depressivo maior e com doenças físicas seja em torno de 25% (Kishi et al., 2001).

O planejamento suicida em pacientes clínicos, tanto no momento agudo quanto no período tardio, está fortemente associado à depressão, principalmente com episódio depressivo maior (Kishi et al., 2001). Essa observação é consistente na literatura mundial, na qual a depressão é vista como um dos maiores fatores de risco para o suicídio.

Infelizmente não há testes preditivos ou critérios clínicos que antevijam quem irá ou não cometer suicídio. Assim sendo, o estudo dos fatores de risco como a depressão relacionada ao risco de suicídio e o câncer no contexto hospitalar traz uma oportunidade única para detectar, intervir e acompanhar os pacientes, ao mesmo tempo em que poderá tratar a depressão e com isso, quem sabe, alterar a ocorrência do risco de suicídio.

Dificuldades no diagnóstico e tratamento da depressão

Apesar da alta prevalência em populações clínicas, a depressão ainda é subdiagnosticada e, quando corretamente diagnosticada, é muitas vezes tratada de forma inadequada,

com subdoses de medicamentos e manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes (Furlanetto et al., 2003).

Pelas suas consequências prejudiciais, o tratamento para a depressão é preconizado para atingir a remissão dos sintomas, como se faz com quadros depressivos sem comorbidades. Por outro lado, a presença de outras comorbidades provoca dificuldades quanto ao diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento inadequado da depressão (Furlanetto, 1995).

A associação entre depressão e outras comorbidades clínicas indica a necessidade de analisar as razões que possam sustentar o subdiagnóstico e subtratamento da depressão. Alguns fatores estão descritos no quadro abaixo.

Quadro 2.2 Fatores que contribuem para o subdiagnóstico e subtratamento da depressão no contexto hospitalar.

1. Ênfase nos sintomas somáticos em detrimento das queixas cognitivas e afetivas.
 2. Relutância em estigmatizar o paciente com um diagnóstico psiquiátrico.
 3. Sintomas de depressão muito leves ou pouco específicos; sintomas físicos comuns à depressão e às condições clínicas, tais como fadiga, diminuição de apetite, dores, alterações do sono e perda de peso.
 4. Medo dos efeitos colaterais dos antidepressivos.
 5. Noção equivocada de que “depressões reativas” não são patológicas, os sintomas de depressão são “reações normais” à condição médica.
 6. Falta e tempo para uma abordagem psiquiátrica, ou falta de treinamento para tal; dificuldades pessoais do profissional de saúde em lidar com o adoeecer psiquiátrico.
-

Adaptado e modificado de Fráguas Jr. e Figueiró, 2001.

No Brasil, estudo realizado em hospital universitário no Rio de Janeiro aponta sintomas que melhor discriminam os pacientes com depressão moderada e grave: perda do interesse nas pessoas; desânimo; irritabilidade e perda da libido. Sintomas como perda de peso, insônia e fadiga foram utilizados para diagnóstico somente quando em excesso ao esperado pela situação, visto que estão presentes mesmo em pacientes clínicos não deprimidos (Furlanetto, 1996).

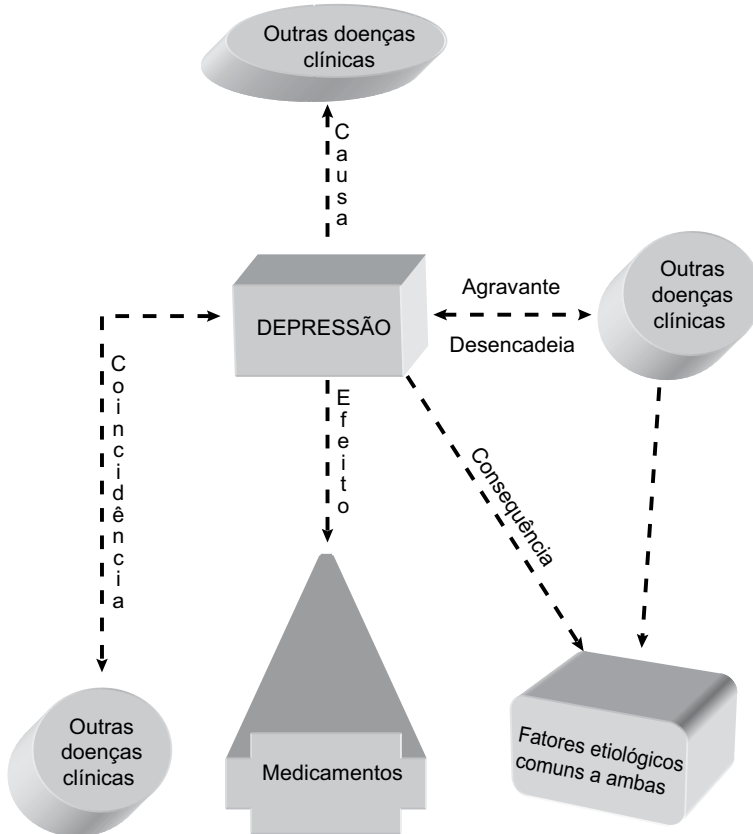
Tentativas de compreender a relação entre depressão e outra doença clínica apontam dificuldades e controvérsias que persistem em relação ao diagnóstico da depressão em virtude da participação dos fatores ambientais, psicológicos e biológicos, à causalidade dessa associação, assim como às implicações dos eventos vitais traumáticos (Furlanetto e Brasil, 2006).

No diagnóstico da depressão em pacientes de enfermarias médicas, alguns obstáculos estão presentes para o seu reconhecimento quanto à natureza e à evolução de sintomas depressivos.

A depressão (quadro 3) tanto pode ser uma complicação de outra doença clínica, resultante de efeitos de medicamentos, causa ou consequência de fatores etiológicos comuns a ambas ou mera coincidência de ocorrência. Na maioria das vezes é uma relação altamente complexa (Furlanetto e Brasil, 2006).

Esses aspectos tornam a avaliação da depressão em pacientes com doença clínica difícil, e razão da fronteira imprecisa entre as suas manifestações (Furlanetto e Brasil, 2006). No caso de um paciente diabético já quase cego e com insuficiência renal, muitas vezes é difícil saber se o seu pessimismo acerca do futuro é uma resposta realista à sua situação de vida ou uma manifestação de depressão.

Quadro 2.3 Natureza e evolução da depressão



Em paciente hospitalizado, utiliza-se de avaliação indireta para sintomas depressivos, como a possibilidade de se obter prazer em conversas com colegas de quarto e cuidadores formais, com as visitas dos familiares; capacidade de vislumbrar melhora, assim como realizar tarefas antes prazerosas e fazer planos para o futuro (Furlanetto, 2001).

As escalas psicométricas validadas são instrumentos para auxiliar no diagnóstico de depressão no paciente hospitalizado e podem discriminar melhor entre os transtornos do humor e outras doenças clínicas. Em nosso meio, três escalas são frequentemente utilizadas: Escala de Hamilton, Inventário de Depressão de Beck e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).

A HAD é de autopreenchimento e consta de sete itens para ansiedade e sete para depressão (Zigmond; Snaith, 1983). A pontuação global de cada subescala vai de 0 a 21. A subescala da depressão centra-se nos aspectos psíquicos, está validada em nosso meio e tanto pode ser utilizada para rastreamento quanto para medir a gravidade da depressão, além de se mostrar de fácil compreensão pelos pacientes. Na prática clínica, a utilização da HAD pode auxiliar na detecção de casos de transtorno do humor que necessitem de tratamento (Botega et al., 1995, 1998).

Diversos estudos têm utilizado a HAD como instrumento para detectar a depressão em diferentes grupos de pacientes em contextos médicos (Botega et al., 1994, 1998; Young et al., 2007).

O tratamento usual com antidepressivos pode ser efetivo para pacientes deprimidos que tenham uma comorbidade clínica. Entretanto, em razão da possibilidade de reincidência em casos de tratamento apenas com farmacoterapia e a combinação de diferentes modalidades terapêuticas, como o uso de antidepressivos associados à psicoterapia e orientação, podem ser efetivos no manejo e em ajudar a superar a resistência do paciente em se tratar (Gill et al., 1999).

O tratamento de pacientes com transtornos de humor deve garantir a segurança do paciente, avaliação diagnóstica completa e um plano de tratamento em que o desfecho desejado seja não só tratar dos sintomas imediatos, como também tentar proporcionar um bem-estar prolongado ao paciente.

Atualmente, a farmacoterapia e a psicoterapia individual têm sido os tratamentos usuais propostos ao paciente deprimido (Karasau, 1990). Ressalta-se a importância do correto tratamento da doença clínica de base, visto que a depressão e outras doenças clínicas quase sempre se retroalimentam, tendo como consequência uma situação ainda mais preocupante quanto ao prognóstico (Gill et al., 1999).

Pacientes internados em hospital geral

Considerando os pacientes internados em hospital geral em virtude de outras doenças clínicas, soma-se outro problema: a dificuldade de saber quando o sofrimento deixa de ser uma resposta humana normal ao sentimento de dano, perda, incerteza e vulnerabilidade para transformar-se em depressão.

Estudos indicam que, na maioria das vezes, os sintomas depressivos não persistem e remitem assim que há tempo suficiente para a adaptação àquela situação. Esses sintomas transitórios não fecham critérios para depressão, mas sim para transtornos de adaptação. O desconforto, o comprometimento da aparência física, a incapacitação e a mudança de vida associados à outra doença clínica são fatores de risco para a depressão (Furlanetto e Brasil, 2006).

Estudo transversal realizado no Hospital de Clínicas da Unicamp teve como objetivo determinar as prevalências de depressão e de risco de suicídio em indivíduos com câncer internados em um hospital geral universitário e avaliar fatores associados a essas condições. Nos 675 pacientes com câncer, as prevalências foram de 18,3% (IC 95% = 15,4 – 21,4) para depressão e de 4,7% (IC 95% = 3,2 – 6,7) para risco de suicídio. A prevalência de depressão foi maior entre pacientes com câncer do que nos demais pacientes internados (13,2%; $p = 0,0009$). Associaram-se à depressão ($p < 0,05$): sexo feminino, menor escolaridade, maior tempo de doença, dor, uso de psicofármaco e risco de suicídio. Associaram-se ao risco de suicídio: dor e depressão. Esse estudo aponta que a prevalência aumentada de depressão e o risco de suicídio em pacientes com câncer aconselham o uso de instrumentos simples de rastreamento e a inclusão, na anamnese, de algumas perguntas mais específicas sobre essas condições clínicas (Fanger et al., 2010).

Estudo realizado em hospital universitário brasileiro com 241 pacientes internados teve como objetivo testar variáveis em pacientes com transtornos depressivos internados em enfermarias de clínica médica e avaliar sua evolução. Foi utilizado SA-DSM (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – versão médica) para indicar a existência ou não de episódios depressivos nesses pacientes no momento da admissão no hospital. Dos 241 pacientes internados, 194 apresentaram ausência de episódio depressivo, enquanto 47 pacientes estavam com episódio depressivo no momento da admissão no hospital; desses, 20 pacientes apresentaram intensidade leve, sendo que 40% tiveram remissão dos sintomas durante a internação e em 60% persistiram os sintomas após a alta; 17 pacientes apresentaram sintomas moderados, 17,5% com remissão dos sintomas depressivos, enquanto 65% permaneceram com os sintomas e 17,5% foram a óbito; 10 pacientes apresentaram sintomas graves, em 60% deles os sintomas persistiram e 40% foram a óbito (Furlanetto et al., 1996).

Esse estudo mostrou que os pacientes sem tratamento específico apresentaram uma evolução desfavorável, com persistência da depressão e alta taxa de mortalidade. A importância da detecção no momento da internação de história prévia de depressão revela que um grupo com essas características tem um pior prognóstico do que aqueles que deprimem durante a internação (Furlanetto et al., 1998).

O tempo restrito de internação geralmente não permite tratamento adequado para os problemas mentais eventualmente detectados, neste caso, a depressão. O encaminhamento para um serviço de saúde mental no momento da alta torna-se fundamental para uma suposta continuidade do tratamento.

Assim sendo, o contexto hospitalar traz uma oportunidade única para detectar, intervir e acompanhar o paciente em sua condição emocional durante a permanência no hospital. Há razões para se acreditar que a internação é um momento oportuno para intervenção por tratar-se de uma situação marcante na vida do paciente que, estando fragilizado e mobilizado emocionalmente pelo adoecimento, poderá repensar seus comportamentos (Botega et al., 2010).

Depressão, dor e câncer

Os sintomas depressivos nos pacientes com câncer nem sempre constituem doenças psiquiátricas clássicas. Podem apresentar desordens psíquicas que interferem na qualidade de vida do paciente (Citero et al., 2003).

Na depressão, os sintomas psíquicos e somáticos se mantêm mesmo com a melhora física (Schmidt et al., 2004). Estudos mostram resultados variáveis da ocorrência dos sintomas depressivos, mas a prevalência nos pacientes com câncer gira em torno de 50% a 60% (Citero et al., 2003).

Apesar do conhecimento de diversos tratamentos clinicamente eficazes, os pacientes não são tratados de forma adequada. Isso se deve à dificuldade em se estabelecer o diagnóstico de depressão nos pacientes com doenças em estágio avançado, sobretudo naqueles com câncer (Massie et al., 2000).

A correlação do câncer com sintomas depressivos e síndromes dolorosas forma o tripé de destaque para a compreensão e manejo clínico eficiente. É constatado na literatura que a dor incontrolável é a principal causa de depressão nos pacientes com câncer (Juver et al., 2008). Estima-se que mais de 50% das pessoas com câncer apresentem dor no decorrer da doença. Nos casos em fase avançada, 70% a 90% dos pacientes referem dor. A intensidade poderá ser de moderada ou insuportável em 30% a 50% dos casos. Atualmente, sabe-se que 90% desses quadros podem ser aliviados pelas medicações e procedimentos disponíveis (Soares, 2003).

A dor sentida pelo paciente com câncer pode ser aguda ou crônica e está relacionada a diversas causas (Inca, 2001):

- a) Própria do câncer (causa mais comum) de 46% a 92% dos pacientes são acometidos pela dor provocada pela invasão óssea tumoral; invasão tumoral visceral; invasão tumoral do sistema nervoso periférico; extensão direta às partes moles; aumento da pressão intracraniana.
- b) Relacionada ao câncer de 12% a 29% dos pacientes apresentam: espasmo muscular; linfedema; escaras de decúbito; constipação intestinal.
- c) Associada ao tratamento antitumoral de 5% a 20% dos pacientes sofrem com dores no *pós-operatório*, com dor aguda, pós-toracotomia, pós-mastectomia, pós-esvaziamento cervical, pós-amputação (dor fantasma);
Pós-quimioterapia: mucosite, neuropatia periférica, nevralgia pós-herpética, espasmos vesicais, necrose da cabeça do fêmur, pseudo-reumatismo (corticoterapia);

Pós-radioterapia: mucosite, esofagite, retite actínica, radiodermite, mielopatia actínica, fibrose actínica de plexo braquial e lombar.

- d) E em desordens concomitantes ao câncer 8% a 22%: osteoartrite e espondiloartrose.

Alguns sintomas dolorosos podem ocorrer pela combinação de todos os fatores citados, mas em algumas situações não será possível identificar qual ou quais são os fatores envolvidos. O desafio é tentar identificá-los para aplicação correta da terapêutica. Além disso, é importante avaliar a intensidade e a localização da dor e a presença de sequelas físicas e/ou psíquicas (Soares, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a escada analgésica como guia para o tratamento da dor no câncer (WHO, 1993). Entretanto, alguns pacientes não obtêm alívio de seu sofrimento com a utilização apenas desses recursos. Isso significa afirmar que o processo é ainda mais complexo que a abordagem apenas física.

Contudo, a natureza pluridimensional da dor significa que o uso de analgésicos pode ser apenas uma parte da estratégia multiprofissional que compreende ação nas angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente (Inca, 2001).

De acordo com a *International Association for the Study of Pain*, dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal dano. A severidade da dor não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado e muitos fatores podem influenciar a percepção desse sintoma, como fadiga, depressão, raiva, medo e ansiedade, assim como sentimentos de falta de esperança e amparo.

Cecily Saunders, médica e uma das fundadoras do *St. Christopher Hospice* em 1967, na Inglaterra, introduziu o conceito de “Dor Total”, constituída por vários componentes: físico, mental, social e espiritual.

O diagnóstico diferencial com o quadro depressivo só é possível após o controle da dor. Esse dado é comprovado pela observação da redução ou do aumento da intensidade da dor em pacientes com quadros crônicos, mediante a elevação ou diminuição da atenção em suas atividades (Soares, 2003). Uma vez que o diagnóstico de depressão é feito, o tratamento com antidepressivos e a psicoterapia de apoio são indicados (Kopf, 2000).

Outro aspecto a ser considerado é que a autoestima e autoconfiança reduzidas são comuns aos pacientes deprimidos e com dor intensa. Nos pacientes com câncer é comum a dor estar relacionada com perda funcional importante (Valentine, 2001).

O quadro de energia reduzida, levando a fadiga constante e atividade diminuída são sintomas físicos encontrados nos pacientes com dores intensas, sobretudo nos casos de câncer com metástase óssea. Nas situações em que os sintomas dolorosos foram efetivamente tratados e mesmo assim a atividade física não está presente, pode-se estar diante de um quadro depressivo (Massie, 2000).

Comportamentos autolesivos e ideação suicida podem estar relacionados à depressão e à dor intensa e serem a primeira possibilidade diante do diagnóstico e tratamento do câncer, sobretudo pelo medo do sofrimento físico. Esta vulnerabilidade é demonstrada amplamente na literatura oncológica. Muitos estudos indicam o câncer como um fator de risco para o suicídio, logo após o diagnóstico (Hem, 1999).

O humor deprimido costuma ser comum em pacientes com doenças graves, principalmente em estágios avançados. O medo do sofrimento que pode ser evidenciado pela dor e a percepção da proximidade da morte são associações importantes para compreensão do paciente com câncer. No entanto, algum grau de tristeza deve ser levado em conta e considerado normal, haja vista a necessidade de reestruturação psíquica no indivíduo.

Entretanto, pode-se dizer que a diferenciação entre depressão e tristeza caracteriza-se pela gravidade e o tempo de duração dos sintomas. Na depressão, os sintomas são mais intensos e duradouros e se mantêm mesmo após a situação estressante (Massie, 2000).

Considerando, portanto, que sentir dor não é natural, ainda que compreensível, e que a ausência da dor é um direito do paciente oncológico. Deve-se agrupar esforços no sentido de aliviar e controlar a sua dor, sabendo-a múltipla e dinâmica. Os pacientes com dor teriam seis necessidades universais: conforto, evitação das reações adversas, preservação das atividades funcionais diárias, prevenção da recaída, qualidade de vida satisfatória e confiança renovada, sendo seis os princípios do manejo de dor: respeito ao paciente e à dor, saber quando tratar a dor, tratar cedo e agressivamente a dor, tratar as causas subjacentes à dor, tratar os aspectos psicológicos da dor, e a abordagem multidisciplinar (Kopf, 2000).

A importância clínica desses achados é inquestionável. Todos os profissionais que atuam junto a doentes com dor crônica em geral e, em especial, junto a doentes oncológicos, devem estar alertas para a identificação da presença de depressão. Dor e depressão frequentemente coexistem e uma agrava a outra. Doentes com dor e deprimidos apresentam prejuízos para a vida diária de magnitude superior àqueles que, embora com dor, não apresentam depressão. A identificação precoce e o tratamento adequado desses agravos contribuem para a melhora da qualidade de vida dos doentes (Pimenta et al., 2000).

Parece ser importante pesquisar a amplitude de fatores que contribuem para a experiência da dor e as influências que ela exerce na vida da pessoa e em todos à sua volta. O câncer, a depressão e a dor já não são mais, isoladamente, o alvo do tratamento. Deve-se entrelaçar diversos saberes, ampliando o foco de atenção e cuidados para além do paciente, a família que dele cuida e a equipe que dele trata.

Nesse breve panorama teórico sobre o câncer, dor e depressão, podemos afirmar que o viver com câncer é um viver intenso, repleto de emoções e sensações. Passar pela experiência de estar com câncer, sendo essa uma doença fortemente vinculada à morte, é sofrer uma série de privações em vida. É ter a vida vinculada a hospitalizações e ciclos de quimioterapia. É ter o projeto de vida anterior ao adoecimento em suspenso.

A atuação profissional junto aos pacientes com câncer deve ser no sentido de facilitar que eles expressem seu sofrimento e colaborar para a manutenção da autonomia mesmo enfrentando inúmeras restrições em seu existir. E ainda, saber reconhecer, tratar e encaminhar sempre que necessário.

A seguir há três histórias de vida que ilustram casos de depressão anteriores à existência do câncer. Ressalta-se mais uma vez que não estamos estabelecendo nenhuma causalidade entre depressão e câncer. O enfoque aqui é demonstrar a dificuldade de se diagnosticar depressão quando associada a outra condição clínica, como é o câncer. Embora todos os pacientes tenham sido usuários frequentes de cuidados em atenção primária, nunca foram diagnosticados com depressão. Contudo, vemos a dificuldade de se diagnosticar a depressão no contexto de saúde.

Histórias de vida

1. Paciente, 42 anos, natural do estado de São Paulo, divorciado há cinco anos, pai de dois filhos (uma menina, que faleceu há dois anos por ingerir quantidade letal de veneno de rato aos 13 anos, e um menino de 9 anos). Ensino superior incompleto. Vendedor de imóveis. Há três meses recebeu o diagnóstico de melanoma, realizou cirurgia sem necessidade de submeter-se a quimioterapia e/ou radioterapia. Realiza seguimento clínico uma vez por ano, atualmente sem evidência de doença.

No aspecto emocional encontra-se em desesperança, apatia, isolamento, astenia e humor depressivo.

Resumo de sua história de vida. Paciente relata que foi demitido do trabalho a uma semana, tinha uma namorada que estava morando com ele há três meses e o deixou. Afirma que ela foi embora de casa bem no dia de sua cirurgia, pois ela alegou que não teria estrutura emocional para cuidar dele. Relata ainda um histórico familiar de comportamento suicida bastante significativo. O avô paterno e o irmão cometeram suicídio, a ex-mulher, enquanto estavam casados, tentou mais de três vezes o suicídio e, por último, a filha de 13 anos faleceu por comer suicídio.

Paciente relata que era a principal pessoa que socorria todos esses parentes, afirma que se sentia “forte e capaz para segurar toda a barra” (sic), mas que “agora não estava conseguindo mais... que só pensa em tirar a sua própria vida, que estava desesperado por tudo que já passou” (sic). Chega até a afirmar que “preferiria estar gravemente doente do câncer a ter que se sentir tão mal, em um vazio, com as lembranças das mortes e situações difíceis que já passou” (sic). Paciente realizou acompanhamento psicológico (semanalmente) e psiquiátrico (quinzenalmente).

Nos atendimentos psicológicos matinha ideação suicida, tentou suicídio três vezes, tinha comportamentos autoagressivos, como morder os próprios braços até deixá-los com muitos hematomas. Às vezes, tomava doses excessivas de medicamentos e outras vezes negligenciava e não tomava o remédio. Ouvia vozes e via vultos que afirmava ser a morte que estava vindo buscá-lo.

Paciente foi diagnosticado com depressão grave com sintomas psicóticos em nossa triagem psicológica, no entanto, já havia sido usuário de cuidados de saúde em atenção primária, como também havia sido usuário de serviços de pronto atendimento por queixa de dor de estômago e mais grave ainda, por tentativa de suicídio. E, segundo relata, nunca havia recebido diagnóstico de depressão.

2. Paciente, 47 anos, sexo masculino, natural do estado de São Paulo, viúvo há um ano, dois filhos (uma moça de 22 anos e um menino de 18 anos). Afastado pelo INSS. Trabalhou como técnico em química durante 20 anos. Diagnóstico de neoplasia de bexiga. Clinicamente está estável, ficará em seguimento médico. Apresentava-se pouco comunicativo, humor depressivo, tendência ao isolamento, insônia, ideação suicida, sem apetite, muito emagrecido e irritadiço.

Resumo da história de vida. Foi deixado pela mãe quando criança para ser criado por uma tia. Não entende o motivo dessa atitude da mãe, haja vista que ela teve 8 filhos e apenas ele foi criado longe da família primária. Afirma ter “caído no mundo e ter visto de tudo nessa vida”. Isso significa dizer que conheceu o mundo dos drogadictos e da marginalidade. Relata que em todos os lugares que passava era muito “respeitado” – entende-se também que era muito temido. Praticava vários esportes para “ficar forte” (sic). Tabagista e etilista. Ficou casado por um período de 20 anos, quando se separou da esposa que um ano depois faleceu. Nesse ínterim, o paciente sofreu um acidente químico grave em seu trabalho. Uma válvula de segurança de controle de tanque estourou caindo sobre si, teve duas paradas cardíacas, além do comprometimento em 80% de seu corpo por queimadura. Realizou várias cirurgias, principalmente enxertos em suas pernas e braços. Ficou com sequelas importantes em seu joelho, o que o impede de praticar esportes (e sente muito por isso, pois gostava muito dessas atividades). Passados quase 40 anos, paciente retorna para morar com sua mãe, hoje uma senhora de 78 anos com alguns problemas de saúde. Relata muitas discussões de teor agressivo com a mãe. Desde que se separou, há cinco anos, não teve mais contato com os seus filhos nem outros relacionamentos afetivos.

Atualmente vive em um sítio isolado, sem contato com amigos. Seu cotidiano, como relata, é ficar em seu quarto sem conversar com ninguém ou no máximo troca algumas palavras com a mãe. Relata que sai de casa apenas para os atendimentos psicológicos e psiquiátricos, pois os realiza, respectivamente, semanal e mensalmente.

Aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, paciente pontuou HAD-A = 5 e HAD-D = 14. Lembrando que a nota de corte de ambas as condições é (> 8), foi encaminhado para avaliação e conduta psiquiátrica com episódio depressivo. Os atendimentos psicológicos permanecem.

3. Paciente, 48 anos, sexo feminino, sem filhos, solteira, reside com a mãe de 80 anos e que tem diagnóstico de Alzheimer e com o irmão de 43 anos com diagnóstico de retardo mental. A paciente foi diagnosticada com tumor de laringe. Apresenta-se angustiada, com plano suicida, tendo história de duas tentativas de suicídio anterior.

Relata dificuldade no relacionamento com mãe, afirma ser ela “muito possessiva e autoritária, acho que é porque ela é índia, ela é muito brava” (sic). Relata ainda o esgotamento emocional ao qual sempre foi submetida, pois sempre precisou cuidar de pessoas doentes. Primeiro foi o pai que faleceu por câncer, depois foi a irmã que também faleceu por câncer. Paciente foi tabagista durante 25 anos, fumava três maços de cigarro por dia, associado ao abuso diário de álcool (fermentados e destilados). Com o diagnóstico de neoplasia, paciente conseguiu cessar o uso de tabaco, mas o álcool ainda é utilizado por ela. Principalmente em momentos de profunda angústia, ela utiliza o álcool para se embriagar e poder dormir. Paciente relata tristeza, mágoa e esgotamento emocional. Refere cansaço pelos cuidados dispensados à mãe e ao irmão. Recentemente recebeu a notícia de que o outro irmão está com câncer de laringe e irá para a sua casa para também receber seus cuidados. Diz não aguentar mais. Tem o hábito de se esconder no cemitério quando o nível de sua angústia se eleva. Além disso, não tem se alimentado e não sente prazer com nada. Paciente também foi usuária de serviço de Unidade Básica de Saúde e afirma nunca ter sido diagnosticada com depressão. Os conteúdos emocionais são trabalhados a partir de atendimento psicológico semanal e acompanhamento psiquiátrico mensal. Diagnóstico: episódio depressivo.

TRANSTORNO DECORRENTE DO USO DE ÁLCOOL

O consumo de substâncias psicoativas representa um importante fator de risco para os indivíduos e as sociedades em todo o mundo. O relatório sobre Saúde no Mundo, de 2002, indicou que o tabaco representou 4,1% e o álcool 4% da carga global das doenças (WHO, 2004).

Entre os dez principais fatores de risco, em termos de carga de doenças evitáveis, o tabaco era o quarto e o álcool o quinto no ano 2000, e continuam no topo da lista das previsões para 2020 (Segatto et al., 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que haja aproximadamente 2 bilhões de pessoas em todo o mundo que consomem bebidas alcoólicas e 76,3 milhões apresentam algum tipo de desordem por causa do uso do álcool. Além disso, o álcool causa 1,8 milhão de mortes (3,2% do total) e uma perda de 58,3 milhões (4% do total) dos anos de inabilidade ajustados à vida (DALY), (WHO, 2004).

O alcoolismo, portanto, é considerado, atualmente, um dos principais problemas de Saúde Pública, responsável por parcela significativa dos óbitos evitáveis. Atenção especial tem sido destinada ao consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes e aos episódios de ingestão excessiva (Serdula et al., 2004).

Estima-se que 6% a 15% da população que necessita de cuidados em saúde básica fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool. Apenas um terço desses pacientes tem seu problema de alcoolismo detectado pelo médico (Aertgeerts et al., 2004).

A identificação epidemiológica dos segmentos sociodemográfico mais susceptíveis à dependência alcoólica parece ser essencial para orientar a formulação de políticas e programas de controle efetivos.

Um projeto de políticas públicas poderia envolver: preço e taxaço, ações de maior impacto social e imediato, políticas de diminuição ao acesso físico ao álcool, proibição de propagandas nos meios de comunicação, campanhas na mídia e principalmente nas escolas com o intuito de melhor informar sobre os efeitos do álcool (Laranjeira, 2004).

Com relação a políticas de preço e taxaço, essa tem sido a estratégia utilizada por governos de diferentes países para controlar o consumo de álcool. Estudos envolvendo dependentes de álcool têm apontado que houve uma relação significativa entre menor consumo vs maior preço (Basílio et al., 2006).

Dados internacionais apontam que a cada 100% de aumento no preço da bebida alcoólica, há cerca de 30% de queda no consumo global do álcool. No Brasil, o preço da bebida alcoólica é considerado um dos mais baixos do ocidente (Laranjeira, 2004). Apesar de essa estratégia ser avaliada como tendo baixo custo e alta efetividade, possivelmente sofreria pressões das indústrias de álcool.

A Secretaria Nacional Antidrogas propõe como medida econômica a revisão das taxas de impostos que incidem sobre as bebidas alcoólicas, de modo a desestimular o consumo e destinar impostos arrecadados para custeio de prevenção e assistência a pessoas com problemas quanto ao uso de álcool.

Estudos desenvolvidos na área indicam que quanto menor o número de pontos de venda de álcool, maior o respeito à idade-limite para vendas de bebida alcoólica, maior é a coerência das leis do beber e dirigir e menor é o consumo global de uma população (Laranjeira, 2004).

Contudo, pode-se dizer que esse estudo mostra que a redução da oferta leva ao aumento dos custos do álcool e, conseqüentemente, à diminuição do consumo e dos problemas relacionados ao álcool.

As propagandas de bebida alcoólica nos meios de comunicação são reguladas pela Lei nº 9.294, de 1996, cuja principal restrição refere-se ao horário permitido, entre 21h00min e 06h00min na televisão e no rádio.

É de consenso afirmar que a mídia é considerada um risco por muitos especialistas. Sabe-se que o ser humano tem uma inclinação a imitar comportamentos, e as propagandas de bebida alcoólica parecem contribuir para a criação de um clima social de estímulo e tolerância ao álcool. Além de utilizar pessoas jovens, bonitas, saudáveis e bem-sucedidas, a comunicação subliminar é que o álcool traz uma interação social, descontraí e está relacionado ao sucesso.

Sabemos que leis de controle de venda, propaganda e consumo de bebidas alcoólicas têm sido aprovadas e medidas de redução do consumo implementadas em muitos países. No Brasil, a política nacional de promoção da saúde enfatiza as ações educativas e a veiculação de informação sobre danos do uso abusivo do álcool e propõe iniciativas para a restrição de acesso a bebidas alcoólicas pelos segmentos vulneráveis (Secretaria de Vigilância a Saúde, 2007).

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL NO HOSPITAL GERAL

Observa-se que a dependência do álcool é um diagnóstico muito encontrado nos hospitais gerais, além de bastante simples de ser detectada (Segatto, 2007). Contudo, ainda existe certa dificuldade entre os profissionais da saúde em associar um problema clínico à dependência do álcool. E quando fazem a investigação do diagnóstico não informam ao paciente nem ao familiar. Estudos brasileiros indicam que apenas 1% dos casos de alcoolismo é registrado nos prontuários (Masur, 1979).

A falta de registros e a não identificação do uso de álcool já foram observadas em outros estudos que utilizaram instrumentos fidedignos, como o AUDIT. Tais informações são preocupantes, pois é sabido que os índices de pacientes admitidos em enfermarias de hospitais gerais são altos (Bertolote, 1983).

Como observado, os problemas relacionados ao uso de álcool são significativos nos hospitais gerais e especialmente na emergência (Saitz, 2005). As causas dos atendimentos são relacionadas a causas externas “intencionais” (lesões auto e heteroinfligidas), “não intencionais” (acidentes de trânsito e outros acidentes), ou outros eventos clínicos, mas que requerem o cuidado hospitalar (Waller, 1998).

O abuso de álcool e a dependência alcoólica associam-se frequentemente a outras doenças psiquiátricas (Schuckit et al., 2006). Suicídio e uso nocivo de álcool encontram-se associados, como demonstram estudos retrospectivos e prospectivos de coorte e pós-morte reunidos em uma revisão (Wilcox, 2004).

Um estudo realizado no Hospital de Clínicas da Unicamp examinou a associação entre uso nocivo de álcool e tentativa de suicídio pregressa em 423 pacientes, a partir de 4.352 internações consecutivas. As características que se associaram ao histórico de tentativa de suicídio nessa subpopulação foram: apresentar sintomas de depressão, usar psicofármacos e sofrer de AIDS (Dantas et. al., 2010).

As intervenções breves para problemas relacionados com o álcool têm sido foco considerável de pesquisa nas últimas décadas, e estudos meta-analíticos têm fornecido indicativos de evidências positivas para esse tipo de tratamento.

Revisões de literatura sobre intervenções breves para redução de abuso de substâncias sugerem que intervenções breves são melhores que ausência de intervenção e se comparam a tratamentos mais intensivos, com demanda de tempo e custo superior.

Dentre as várias modalidades de intervenções breves existentes estão as intervenções breves baseadas em técnicas de entrevista motivacional. Pode-se dizer que é um tipo de aconselhamento diretivo, centrado no paciente, que visa a estimular a mudança de comportamento e trabalhar as ambivalências dos pacientes (Rollnick et al., 1985).

Revisões de 11 estudos que utilizavam a entrevista motivacional em pacientes com abuso de substância concluíram que a técnica é geralmente efetiva. Contudo, os autores fizeram ressalvas e propõem que são necessárias novas pesquisas para identificar possíveis variáveis confundidoras que podem estar influenciando os *effect sizes* (ou seja, os achados muito variáveis entre os estudos). Somado a isso, aponta-se a neces-

cidade de análise do tempo em que os efeitos da intervenção se mantêm (Noonan et al., 1997).

Os estudos revisados até o momento não demonstram uma forma de abordagem sistematizada, difundida quando ocorre a detecção de um paciente dependente de álcool, que possa ser aplicada durante uma internação clínica em hospital geral.

Os profissionais, especialistas ou não em questões de dependência de substâncias, tendem a agir conforme o estereótipo do paciente, ou seja, pressupondo resistências e defesas rígidas que os fazem se afastar de qualquer tentativa de abordagem mais consistente, perdendo, assim, a oportunidade de uma intervenção eficaz que anulasse qualquer uso de método confrontativo junto ao paciente.

Observamos que a principal razão pela qual o paciente alcoolista busca ajuda é pela complicação física grave. O consumo de álcool pode causar diversas enfermidades. O câncer é apenas uma das diversas enfermidades que poderá acometer um alcoolista.

FAMÍLIA, DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E CÂNCER

A notícia do diagnóstico para um indivíduo com qualquer tipo de câncer, de forma geral, provoca sentimentos de medo, preocupação, incertezas e tristeza, reconhecidos como reações normais pelo profissional de saúde. Sabe-se também que os pacientes oncológicos são considerados vulneráveis a transtornos de depressão e de ansiedade, os quais não só afetam a qualidade de vida, como também podem comprometer o tratamento da doença, associar-se à hospitalização prolongada, ter efeito negativo no prognóstico e até na sobrevivência (Ballenger et al., 2001).

Em decorrência dos órgãos acometidos ou mesmo do tratamento agressivo, os pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CCP) podem ter comprometimento de funções essenciais para o cotidiano, como perda da voz, alteração da deglutição e da respiração, além de desfiguração física e dor, que podem ter impacto na qualidade de vida, na autoimagem e nas condições psicossociais e funcionais deles próprios, bem como de seus familiares, amigos e cuidadores (Kobayashi et al., 2001). Essas condições podem ter possíveis implicações para morbidades psiquiátricas, como a depressão e a ansiedade (Jones, 2001).

No Brasil, há significativa escassez de trabalhos que investigam a prevalência de transtornos depressivos em pacientes com CCP. Em uma revisão sistemática foram encontrados apenas dois estudos sobre a temática. Um estudo fazia a associação da depressão com a dor orofacial (Bastos et al., 2007). E o outro utilizou a Escala de Beck para avaliar a depressão em pacientes pré-operatório (Gonçalves et al., 2005). Assim sendo, a prevalência de estados depressivos e ansiosos em pacientes com CCP é ainda pouco conhecida em nosso meio.

Deve-se ressaltar que esses pacientes têm maior probabilidade de ter histórico de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, quando comparados a pacientes com tumores em outros locais.

Há um estudo, ainda em andamento, no serviço de psicologia no Ambulatório de Oncologia Clínica do HC da Unicamp, que está avaliando os pacientes com câncer de cabeça e pescoço para estabelecer o perfil, determinar a prevalência de transtornos depressivos e ansiosos e ainda estabelecer a prevalência de tabagismo e uso de bebidas alcoólicas nesses pacientes. Até o momento não temos a informação de um estudo com essas características em nosso meio.

Sabemos ser consenso que pacientes com câncer devem ser tratados por equipe multiprofissional que deve estar familiarizada com o trato da doença em seus aspectos mais frequentes, incluindo os relacionados com a saúde mental.

A história de vida do paciente que apresentaremos a seguir ilustrará a discussão que queremos fazer quanto à pré-história do diagnóstico de câncer envolvendo a dependência de álcool e as repercussões no meio familiar, assim como a qualidade do cuidar dispensado ao paciente.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, sexo masculino, 66 anos, natural do interior do estado de São Paulo, analfabeto, solteiro, dois filhos adultos, caçula de oito irmãos, trabalhador rural, etilista e tabagista há 55 anos. Foi incentivado pelo pai ao consumo de álcool e cigarros quando ainda criança. O pai alegava que esses hábitos são “coisa de homem” (sic). O consumo de álcool consistia no uso de cervejas todos os dias junto com 2 a 5 doses de aguardente no bar com os amigos. Fumava até dois maços de cigarros por dia. O pai é falecido há 10 anos por cirrose hepática, e a mãe é falecida há 2 anos. Além disso, quatro irmãos também faleceram por câncer. Após o falecimento da mãe, o paciente passou a residir sozinho em razão do consumo excessivo de álcool, que o deixava muito agressivo, e os outros irmãos com suas respectivas famílias não o aceitavam residindo com eles. Paciente há quatro anos trata de um tumor de cavidade oral. Em triagem psicológica, paciente afirma não possuir bom relacionamento familiar. Sempre teve uma rede de apoio extremamente empobrecida e no momento essa dificuldade se acentuou. Atualmente afirma não ter amigos, não ter casa para morar, não consegue mais caminhar, nem mesmo preparar a sua comida em decorrência da perda progressiva da visão pelo estado avançado do tumor. Estava internado em um hospital secundário em razão de uma importante infecção causada pelo tumor. Antes dessa internação estava morando com uma sobrinha, que atualmente afirma não mais ter condições de cuidar do tio, alegando cheiro muito forte da lesão, não sendo possível conviver com o paciente. O paciente não pode receber alta por não ter onde ficar. Apresenta-se acamado e consequentemente dependente de cuidados de terceiros. Paciente afirma sentir-se abandonado, com muita dor, sem conseguir dormir e sem esperança que seu quadro tenha uma melhora. Contudo afirma vontade de morrer e “acabar com todo esse sofrimento” (sic), porém nega plano para suicídio. No entanto, afirma que há dois anos tentou suicídio por enforcamento, justificando não aguentar tanto sofrimento e por

sentir-se sozinho. Afirma que a vida é ficar deitado, não aguenta ficar nem mesmo sentado por sentir dor. Relata “não suporto os mosquitos que ficam em cima de mim por causa da carne podre desse tumor” (sic) e aponta para o rosto, local das lesões. “Eu quero fazer cirurgia e tirar toda essa bola do meu rosto, isso está comendo toda a minha cabeça” (sic).

Segundo relato médico, o paciente não tem a possibilidade de realizar cirurgia pelo tamanho avançado do tumor. Haverá a possibilidade de se realizar radioterapia para diminuir o tamanho do tumor e também a dor. Foi prescrito pelo médico remédio para dor e para que o paciente possa dormir à noite.

Paciente conta que a vida perdeu o sentido, relembrando que era um sujeito ativo, independente e agora se transformou em alguém que não consegue fazer nada e depende de todo mundo. Relata sentir medo de perder o pouco de visão que lhe resta do olho esquerdo e ter que depender totalmente de sua família. Termina a entrevista de ajuda dizendo: “Aguardo que o Senhor [Deus] me leve para que esse sofrimento terrível e esse cheiro saiam de mim, a morte seria um alívio” (sic).

Esse caso ilustra o cotidiano de nossos atendimentos psicológicos, principalmente com os pacientes com diagnóstico de cabeça e pescoço. O foco abordado é sobre a deterioração do vínculo familiar decorrente principalmente do uso abusivo do álcool anterior ao diagnóstico de câncer. Observamos, nesses casos, que o vínculo afetivo construído promoverá uma qualidade no cuidar bastante precária.

Geralmente os pacientes com história de abuso de álcool que chegam ao ambulatório apresentam-se principalmente com comportamento agressivo, isolamento social, deprimidos e com histórico de tentativa de suicídio. Esse quadro já estava instalado antes do diagnóstico de câncer, o que nos permite inferir que vem daí a dificuldade para construir laços afetivos no próprio meio familiar e também com amigos. E quanto maior o consumo de bebida alcoólica maior o risco de danos, acidentes, problemas no trabalho, violência doméstica, afogamento, suicídio e outros problemas sociais e legais. Casamentos desfeitos, filhos distantes que se recusam a cuidar do paciente pelas lembranças complicadas que vivenciaram quando crianças.

Contudo, o paciente chega ao ambulatório de oncologia e traz consigo toda a sua história de vida. O adoecimento por câncer não absolve ou apaga a história familiar, seja ela constituída por fortes laços de amor ou raiva. Ao contrário, nossa experiência aponta que esse é o momento que acentua todos os sentimentos dos familiares junto aos seus pacientes.

Sabemos que o impacto de uma doença como o câncer não afeta apenas o sujeito enfermo, mas estende-se a todo o universo familiar, impondo mudanças, exigindo reorganização na dinâmica familiar, às atividades cotidianas, os cuidados que a doença e o tratamento do paciente exigem.

As famílias enfrentam grandes dificuldades para lidar com o câncer por causar muito sofrimento, e quanto mais avançada a doença está, maior é esse sofrimento. A precariedade das condições sociais, econômicas e culturais dos pacientes e fami-

liares amplia a vulnerabilidade social que a doença impõe, visto que é nesse contexto que emerge a doença, e é com essa estrutura sociofamiliar que irá responder à situação de doença.

Um aspecto a ser observado no câncer em estágio avançado é a dificuldade do paciente no autocuidado.

Cuidar de si mesmo é buscar saber quais são as necessidades do corpo e da mente, melhorar o estilo de vida, evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças, adotar medidas de prevenção de doenças.

Contudo, o paciente oncológico precisará de um cuidador para que possa realizar cuidados em si mesmo, pois sua autonomia diminui e a dependência aumenta, o que poderá gerar uma sobrecarga à família.

A sobrecarga é definida como consequências negativas resultantes especificamente do papel de cuidador, que podem atingir várias dimensões da vida familiar e seus relacionamentos.

As consequências concretas são perdas financeiras, perturbações na rotina da vida familiar, dificuldades do paciente no desempenho de papéis, excesso de tarefas decorrentes do cuidado do paciente e ocorrência de comportamentos problemáticos com os quais o familiar tem de lidar.

A sobrecarga subjetiva envolve a percepção ou avaliação pessoal do familiar de sua situação e seus sentimentos em relação às responsabilidades originadas da tarefa de cuidar do paciente.

O cuidar do outro prescinde de afeto. A problemática que observamos é que os acompanhantes desses pacientes com câncer e etilistas não possuem disponibilidade interna para cuidar de alguém que rompeu com todas as esferas de um relacionamento. Geralmente constatamos junto aos acompanhantes sentimentos como desprezo, raiva, indiferença e até mesmo posturas sádicas ao se referirem ao paciente. O distanciamento do acompanhante com relação ao paciente não é apenas emocional.

Verificamos na própria sala de espera das consultas ou mesmo no consultório do médico, que o acompanhante permanece distante do paciente, alegando o odor fétido exalado por ele em razão das lesões faciais decorrentes do tumor. É perceptível a raiva do acompanhante direcionada pelo olhar ao paciente, assim como a atribuição de culpa ao paciente pelo seu estado físico.

A situação é agravada e dependendo do grau de dependência de álcool do paciente, ele continua a ingerir álcool mesmo com o diagnóstico de câncer. E pode apresentar-se em hiperatividade psicomotora, desleixo com vestuário, aparência e hábitos higiênicos mal conservados, padrões de sono e despertar alterados, alteração das funções psíquicas com comprometimento dos estados mentais, comportamento sexual inadequado, comprometimento no padrão alimentar, potencial de violência auto e heterodirigida.

Os relatos dos acompanhantes, a partir desse quadro que descrevemos, contêm posicionamentos impregnados por valores morais. Falas identificadas do tipo “bebedeira

não é doença, é safadeza”; “já internei meu irmão várias vezes, chamava a polícia quando ele estava dormindo”; “me revolta ter que conviver com meu pai”; “ele bebia de ruim, bebia para maltratar a todos, quando ele chegava em casa todo mundo ficava com medo devido às agressões e agora que tem esse câncer vai querer amor, aí não dá”; “ele bebia por influência dos amigos do bar, da rua, agora vou chamar um deles para cuidar dele... agora sobrou para mim”, são frequentemente ouvidas em nossas entrevistas de ajuda junto ao familiar ou acompanhante.

Essas falas revelam que um modelo explicativo moral do uso e abuso de álcool abordado pelos familiares é intenso.

Constatamos uma recusa em aceitar que alcoolismo também é uma doença, tal como o câncer. Mesmo o hospital sendo o alívio das tensões decorrentes do cuidar do alcoolista, um local reconhecido socialmente como um lugar de cura, por ser medicalizado, ainda assim os familiares não conseguem reconhecer a dependência do álcool como uma doença.

Se de um lado o aspecto moral requer um sentido punitivo, por outro justifica o desgaste da família com o problema, seja pela precariedade das condições de vida, seja pela ruptura das relações afetivas, familiares e sociais. Assim, o comportamento agressivo do familiar é decorrente ou influenciado por outras pessoas, que também julgam o paciente moralmente por ser responsável por todo o infortúnio familiar, que estão na mesma condição de sofrendores das auguras desse acontecer humano.

Observamos também a dificuldade no manejo e na convivência com o alcoolista, assim como a agressividade como provável desfecho das dificuldades da convivência familiar.

Se há acompanhantes bravos, há também aqueles que chegam ao ambulatório de forma mais contida, quietos, aparentando um intenso sentimento de tristeza, vergonha e medo em sua expressão fácil.

As vivências do passado ficam impregnadas com muita severidade nas entranhas dos acompanhantes e são vistas como impeditivas, no presente, para a realização do cuidar. **Contudo, vemos ao menos um familiar ou conhecido assumir o papel de acompanhante. Muitas vezes a contragosto, mas algo o mobiliza.** Esse “algo” costumamos nomear de piedade.

Assim, a partir de nossa experiência profissional percebemos o modo como a família se aproxima da problemática do paciente com câncer e etilista. Talvez sem nenhuma ou pouca clareza sobre a dimensão e profundidade de seus pensamentos e sentimentos, porém acreditamos serem eles detentores de uma sensibilidade para procurar formas de superação do problema familiar.

Se de um lado observamos os juízos de valor contidos nas falas dos familiares, por outro compreendemos como o sentido de cuidar de um familiar com câncer e alcoolista gera penosidade.

O cuidar, para esses familiares vai se revelar, como acompanhamos em nossa rotina ambulatorial, uma tarefa repetitiva, cansativa e com algum nível de esgotamento emocional.

A penosidade vai se configurar em sofrimento, desesperança, pena, incômodo, sensação de impotência. Além de quadros mais graves como depressão e ideação suicida. A obrigação e a imposição para cuidar de pacientes oncológicos e alcoolistas pode ter sido uma escolha não negociada ou até mesmo negada pelo acompanhante. Relatos como “[...] foi por falta de opção que estou aqui e carrego esse fardo” ilustram nossa consideração. Contudo, essa situação poderá acarretar um imensurável dano emocional às vidas dos envolvidos e poderá exigir reações como conluio silencioso ou uma exacerbação da real situação familiar.

Um dos caminhos para amenizar essa situação de penosidade dos acompanhantes é o acompanhamento psicológico familiar e o atendimento psicológico ao paciente, ambas as propostas sendo conduzidas por psicólogos distintos.

Trazer à tona no atendimento com os acompanhantes a possibilidade de se nomear toda a tensão e o desgaste físico e emocional vivenciados; valorizar as singularidades e as percepções de vivências passadas de cada membro da família envolvendo as situações de alcoolismo são alguns dos objetivos do psicólogo para poder estabelecer uma relação de ajuda junto aos acompanhantes.

O paciente também poderá se pronunciar quanto ao seu sofrimento pela necessidade atual de ser cuidado, devido ao câncer, por aqueles que um dia ele agrediu física e/ou emocionalmente. Ou mesmo como acompanhamos alguns casos mais graves em que o paciente, muito comprometido em suas funções mentais pelas consequências advindas do alcoolismo, apresenta-se com ausência de qualquer culpa ou arrependimento. Daí muitas vezes a impossibilidade de estabelecimento de vínculo para atendimentos psicológicos. Mas, ainda assim, nos cabe buscar formar rede de apoio para ampliação do cuidado desse paciente com essas características. A parceria da psicologia com o serviço social no contexto hospitalar se faz obrigatória.

E quando os pacientes possuem consciência de seu passado e da forma como foram rompendo os vínculos afetivos por causa do alcoolismo, relatam que desejam a morte como ponto final de qualquer enfrentamento de situações emocionais mais complexas.

A proposta, contudo, não é dar uma “solução” ao caso. Não é foco de intervenção do psicólogo estabelecer quem irá cuidar ou não do paciente oncológico com histórico de alcoolismo, quiçá “convencer” alguém.

Vale ressaltar que o papel do psicólogo hospitalar na oncologia é conhecer os recursos psicológicos disponíveis no paciente e pensar com ele uma forma de lidar com a nova condição de vida. Além disso, orientar familiares, acompanhantes e profissionais acerca do impacto emocional desencadeado pelo câncer.

Sendo assim, o manejo psicológico dessas situações é promover a expressão dos afetos e incentivar a reflexão das reações emocionais desencadeadas. E, então, o psicólogo poderá ajudar os envolvidos a promover a mudança que eles serão capazes de construir a partir do sofrimento e das suas possibilidades. E, pela nossa experiência, há sempre uma possibilidade a ser incorporada. Ou seja, há sempre uma forma de cuidar a ser criada.

Concordamos que o “cuidado se opõe ao descuido e ao descaso e ele é mais que um ato. É uma atitude. O cuidado é um fenômeno que funciona como pilar da existência humana. Por isso, o ser humano é um ser de cuidado e possui uma essência que se encontra no cuidar. Colocar cuidado em tudo o que projeta e faz é a característica singular do humano” (Boff, 1999).

CONSIDERAÇÕES COMPLEMENTARES

“Cabe aos profissionais de saúde dar mais vida aos dias do que acrescentar dias à vida.”

CICELY SAUNDERS

Câncer, depressão, dor, suicídio, etilismo e tantas outras condições que acometem o humano, envolvendo-o em um intenso sofrimento, nos intrigam e convidam a interrogar sua origem, entender melhor os diagnósticos, as etiologias e os tratamentos de que se dispõe hoje. Parece haver um longo caminho a percorrer para se tomar as rédeas desses flagelos humanos.

O sentimento é de que algo ainda falta para a compreensão desses quadros clínicos.

A ciência caminha em busca do entendimento do humano, que de tão complexo não pode ser entendido por um olhar fragmentado de uma área de conhecimento específico. O caminho para uma melhor compreensão dos constitutivos do ser humano pode ser obtido pela interdisciplinaridade.

Os relatos dos pacientes, assim como a convivência com eles diariamente em nosso ambulatório, nos convidam a pensar em nossa prática profissional. Os pacientes parecem querer, junto do tratamento nossa sinceridade, dedicação e acolhimento.

Nesse sentido, o trabalho do psicólogo atento revela-se como uma importante contribuição na assistência ao paciente e seus familiares, assim como no ensino de psicólogos recém-formados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI, V. A. (Org). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.
- ANGERAMI, V. A. *Psicossomática e psicologia da dor*. São Paulo: Cengage, 2011.
- AERTGEERTS, B.; BUNTINX, F.; KESTER, A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiology*, 2004; 57(1):30-39.
- AGENCY FOR HEALTH CARE Policy and Research (AHCPR). *Depression in primary care: detection, diagnosis and treatment – quick reference guide for clinicians*. Nova York: AHCPR, 1993.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. ed. Washington, 1994.
- ANDERSON, R. J.; FREEDLAND, K. E.; CLOUSE, R. E.; LUSTMAN, P. J. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 2001; 24(6):1069-78.

- AZEVEDO, R. C. S.; MAURO, M. L. F.; LIMA, D. D.; GASPAR, K. C.; SILVA, V. F.; BOTEGA, N. J. General hospital admission as na opportunity for smoking-cessation strategies: a clinical trial in Brazil. *General Hospital Psychiatry*, 2010; 32 599-606.
- BAIR, M. J.; ROBINSON, R. L.; KATON, W.; KROENKE, K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*, 2003; 163 (20):2433-45.
- BALLENGER, J. C.; DAVIDSON, J. R. T.; LECRUBIER, Y.; NUTT, D. J. Consensus statement on depression anxiety and oncology. *J Clin Psychiatry*, 2001; 62 [suppl 8]:64-67.
- BASILIO, M. C. V.; GARCIA, M. L. T. Vendas de bebida alcoólicas: questões (IM)pertinentes. In: *Psicologia & Sociedade*, 2006; v. 18, n. 3. Porto Alegre.
- BASTOS, L. W.; TESCH, R. S. Níveis de depressão em portadores de câncer de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço*, 2007; 36:12-12.
- BERTOLETE, J. M.; LEMOS, N. L. T. Alcoolismo: sua detecção no hospital geral. *Acta Med RS*, 1983; s/v.:290-295.
- BOFF, L. *Saber cuidar – ética do humano*. São Paulo: Vozes, 1999.
- BOTEGA, N. J. Transtornos do humor em enfermarias de clínica médica, validação de escala (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pub*, 1995; 29 (5):355-363.
- BOTEGA, N. J.; PONDE, M.; SILVEIRA, D. C. e cols.: Validação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr*, 1998; 47:285-289.
- BOTEGA, N. J.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA Jr., C. et al. Morbidade psiquiátrica em hospital geral: utilização da edição revisada da “clinical interview schedule – CIS-R” *Rev ABP-APAL*, 1994; 16(2):57-62.
- BOTEGA, N. J.; PEREIRA, W. A. B.; BIO, M. R. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ -12 and CIS-R) using “lay” interviewer in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 1995; 30:127-131.
- BOTEGA, N. J.; MITSUUSHI, G. N.; AZEVEDO, R. C. S.; LIMA, D. D.; FANGER, P. C.; MAURO, M. L. F.; GASPAR, K. C.; SILVA, V. F. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 32, n. 3. São Paulo, Set. 2010; Epub Jul 02, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto do Câncer. *Dados epidemiológicos do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
- BREITBART, W.; BRUERA, E.; CHOCHINOV, H. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*, 1995, 10:131-141.
- CAVANAUGH, S. Depression in the medically ill: critical issues in diagnostic assessment. *Psychosom*, 1995; 34:48-59.
- CHISHOLM, D.; DIEHR, P. Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). *Br J Psychiatry*, 2003; v. 183, p. 121-31.
- CIECHANOWSKI, P. S.; KATON, W. J.; RUSSO, J. E. The relationship of depressive symptom reporting, self care and glucose control in diabetes. *Diabetes Care*, 2002; 25:731-736.
- CITERO, V. A.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; LOURENÇO, M. T. Clinical demographic profile of câncer patients in a consultation-liaison psychiatric service. *São Paulo Med J*, 2003; 121:111-116.
- COLE, M. G.; McCUSKER, Elie M.; DENDUKURI, N.; LATIMER, E.; BELZITE, E. Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical inpatients: a randomized trial. *CMAJ*. January 3, 2006-174 (1).

- COOPER, J.; HARRS, Y.; MCGREADY, J. Sadness predicts death in older people. *J Aging Health*, 2002; 14:509-26.
- CORDAS, T. A. *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores: uma introdução histórica*. 1. ed. São Paulo: Lemos Editororial, 2002.
- CRAIG, A.; TRAN, Y.; MIDDLETON, J. Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, fev. 2009; 47(2):108-14.
- CROYLE, R. T.; ROWLAND, J. H. Mood disorders and cancer: a National Cancer Institute Perspective. *Biol Psychiatry*, 2003; 54:191-4.
- DIMATTEO, M. R.; LEPPER, H. S.; CROGHAN, T. W. Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment: meta-analysis of the effects os anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*, 2000; 160:2101-7.
- FANGER, P. C.; AZEVEDO, R. C. S.; MAURO, M. L. F.; LIMA, D. D.; GASPAR, K. C.; SILVA, V. F.; NASCIMENTO, W. T. J.; BOTEGA, N. J. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Assoc Med Bras*, 2010; 56(2): 173-8.
- FISHBAIN, D. A.; CUTLER, R.; ROSOMOFF, H. L.; ROSOMOFF, R. S. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*, 1997; 13:116-37.
- FLECK, M. P. A.; SHANSIS, F. Depressão. In: KAPCZINSKI, F. et al. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 265-75.
- FRÁGUAS, R. A. J.; FERRAZ, T. C. T. Depressão no Hospital Geral: estudo de 136 casos. *Rev Assoc Med Bras*, 2002; v. 48, n. 3, p. 225-30.
- FRÁGUAS, R. A. J. *Alterações psiquiátricas associadas à cirurgia de revascularização do miocárdio: características e fatores de risco*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- FRASURE-SMITH, N.; LESPERANCE, F.; TALAJIC, M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6 moth survival. *Jama*, 1993; 270:1819-25.
- FURLANETTO, L. M. *Depressão e pacientes internados em hospital geral*. Dissertação de Mestrado. PRPPSAM – Instituto de Psiquiatria. UFRJ, 1995.
- . Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermaria de clínica médica. *J Bras Psiquiatr*, 1996; 45(6):362-370.
- . Diagnóstico. In: FRÁGUAS Jr., R.; FIGUERÓ, J. A. B. (eds). *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu. p. 11-20, 2001.
- FURLANETTO, L. M.; BUENO, J. R.; SILVA, R. V. Características e evolução de pacientes com transtornos depressivos durante a internação em enfermarias de clínica médica. *J Bras Psiquiatr*, 1998; 47:609-17.
- . The impact of psychiatric comorbidity on lenght of stay of medical inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*, 2003; 25:14-19.
- FURLANETTO, L. M.; BRASIL, M. A. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *J Bras Psiquiatr*, 2006; 55(1):8-19.
- FURLANETTO, L. M.; MORAL, J. A. G. D.; GONÇALVES, A. H. B.; RODRIGUES, K.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. *J Bras Psiquiatr*, 2006; 55(2):96-101.
- GASPAR, K. C. Psicologia hospitalar e oncologia. In: ANGERAMI, V. A. *Psicologia da saúde: ressignificado da prática clínica*. São Paulo: Cengage, 2010.
- . *Depressão em pacientes internados em hospital geral: evolução após seis meses da alta hospitalar*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas (FCM) Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

- GASPAR, K. C.; Jr., A. S.; AZEVEDO, R. C. S.; MAURO, M. L. F.; BOTEAGA, N. J. Depression in general hospital inpatients: challenges for consultation-liaison psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*, set. 2011; v. 33, nº 3,
- GILL, D.; HATCHER, S. A systematic review of the treatment of depression with antidepressant drugs in patients who also have a physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999; 47:131-143.
- GONÇALVES, M.; FERRAZ, M. P. T. Sintomas depressivos em pacientes acometidos com neoplasia de cabeça e pescoço. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 2005; 99 (2).
- GROTHUES, J.; BISCHOF, G.; REINHARDT, S.; HAPKE, U.; MEYER, C.; JOHN, U. *et al.* Intention to change drinking behaviour in general practice patients with problematic drinking and comorbid depression or anxiety. *Alcohol*, 2005; 40 (5):394-400.
- HEM, E.; LOGE, J. H.; HALDORSEN, T. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncology*, 22 (20), 4209-4216.
- HESDORFFER, D. C.; HAUSER, W. A.; ANNEGERS, J. F.; CASCINO, G. Major depression is a risk factor seizures in older adults. *Ann Neurol*, 2000; 47:246-9.
- HORN, E. K.; van BENTHEM, T. B.; HAKKAART-van ROIJEN, L.; van MARWIJK, H. W.; BEEKMAN, A. T.; RUTTEN, F. F.; van der FELTZ-CORNELIS, C. M. Cost-effectiveness of collaborative care for chronically ill patients with comorbid depressive disorder in the general hospital setting, a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*, fev. 2007; 26:7:28.
- JOHNSON, J.; WEISSMAN, M. M.; KLERMAN, G. L. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *Jama*, 1992; 18; 267(11):1478-83.
- JONAS, B. S.; LANDO, J. F. Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosom Med*, 2000; 62:188-96.
- JONES, R. Depression and anxiety in oncology: the oncology's perspective. *J Clin Psychiatry*, 2001; 62[suppl 8]:52-55.
- JUVER, J. P. S.; VERÇOSA, N. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. *Rev Bras Anestesiol*, maio/jun. 2008; v. 58, n. 3. Campinas.
- KANNER, A. M. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanism and treatment. *Biol psychiatry*, 2003; 54:388-98.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- KARASAU, T. B. Toward a clinical model of psychotherapy for depression. I Systematic comparison of three psychotherapies. *Am J Psychiatry*, 1990; 147:141.
- KATHOL, R. G.; WENZEL, R. P. Natural history of symptoms of depression and anxiety during inpatient treatment on general medical wards. *J Gen Intern Med*, 1992; v. 7, p. 287-93.
- KATON, W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depression symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry*, 2003; 54:216-26.
- KATON, W. J.; SULLIVAN, M.; WALKER, E. Medical Symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Ann Intern Med*, 2001; 134:917-25.
- KATZ, W. A. The needs of a patient in pain. *Am J Med*, 1998; 105(1B):25-75.
- KESSLER, R. C.; WALTERS, E. E.; FORTHOFFER, M. S. The social consequences of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, 1998; 155(8):1092-6.
- KISHI, Y.; KOSIER, J. T.; ROBINSON, R. G. Suicidal ideation among patients during the rehabilitation period after life-threatening physical illness. *J Nerv Mental Disease*, 2001; 189(9):623-8.

- _____. Suicidal plans in patients with acute stroke. *J Nerv Mental Disease*, 1996; 184(5):274-80.
- KOPF, A.; RUF, W. Novel drugs for neuropathic pain. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2000; 13:577-583.
- KOBAYASHI, M.; SUGIMOTO, T.; MATSUDA, A. Association between self-esteem and depression among patients with head and neck câncer: a pilot study. *Head & Neck*, 2008; 30:1303-1309.
- LARANJEIRA, R. *Legalização de drogas no Brasil: em busca da racionalidade perdida*, 2004. Disponível em <<http://www.abead.com.br/politicas>>. Acesso em 30 nov. 2010.
- LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. I. *Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
- LIMA, D. D.; AZEVEDO, R. C. S.; GASPAS, K. C.; SILVA, V. F.; MAURO, M. L. F.; BO-TEGA, N. J. *J Bras Psiquiatr*, 2010; 59(3):167-172.
- MASSIE, M. J.; POPKIN, M. K. Depressive Disorders. In: Holland, J. C. *Psycho-oncology*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- MASUR, J.; TUFIK, S.; RIBEIRO, A. Consumo de álcool em pacientes de hospital geral: um problema negligenciado? *Rev Assoc Med Bras*, 1979; 25:302-306.
- MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 17, (1997) 349(9063), 1436-1442.
- NOON, W. C.; MOYERS, T. B. Motivational interviewing a review. *Journal of substance misuse*, 1997; 2:8-16.
- O'CONNOR, C. M.; GURBEL, P. A.; SEREBRUANY, V. L. Depression and ischemic heart disease. *Am Heart J*, 2000; 140:63-9.
- O'MALLEY, P. G.; BALDEN, E.; TOMKINS, G. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*, 2000; 15:659-66.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Transtornos do humor. In: Organização Mundial da Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993:108-128.
- PAOLUCCI, S.; ANTONUCCI, G.; PRATESI, L. Poststroke depression and its role in rehabilitation of inpatients. *Arch Phys Med Rehabil*, 1999; 80:985-90.
- PIMENTA, C. A. M. et al. *Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes*. *Rev Esc Enf USP*, mar. 2000; v. 34, n. 1, p. 76-83.
- POZUELO, L. Depression and heart disease: what do we know, and where are you headed? *Cleve Clin J Med*, jan. 2009; 76 (1):59-70.
- RAISON, C. L.; MILLER, A. H. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry*, 2003; 54: 283-94.
- RAVINDRAN, A. V.; MATHENSON, K.; GRIFFITHS, J.; MERALI, Z.; ANISMAN, H. Stress, coping uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord*, 2002; 71(1-3):121-30.
- RENTSCH, D.; DUMONT, P.; BORGACCI, S.; CARBALLEIRA, Y.; TONNAC, N.; ARCHINARD, M.; ANDREOLI, A. Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine. *Gen Hosp Psychiatr*, 2007; 29: 25-31.
- RODIN, G.; CRAVEN, J.; LITTLEFIELD, C. *Depression in the medically ill*. Nova York: Brunner&Mazel, 1991.
- ROLLNICK, S.; MILLER, W. R. What is motivational interviewing? *Behavior and Cognitive Psychotherapy*, 1985; 23:325-334.

- SATEL, S. L.; NELSON, J. C. Stimulants in the treatment of depression: a critical overview. *J Clin Psychiatry*, 1989; v. 50, p. 241-9.
- SCHUCKIT, M. A.; SMITH, T. L.; CHACKO, Y. Evaluation of a depression-related model of alcohol problems in 430 probands from the San Diego prospective study. *Drug Alcohol Depend.* 2006; 82(3):194-203.
- SCHMIDT, A. P.; RIBOLDI, C. O.; MOREIRA, R. K. Síndromes neuropsiquiátricas em cuidados paliativos: ansiedade e depressão. *Rev Soc Bras Cancer*, 2004; (2):26-33.
- SECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- SEGATTO, M. L.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; RESENDE, F. F.; VILELA, T. R. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007; 23 (8):1753-1762.
- SERDULA, M. K.; BREWER, R. D.; GILLESPIE, C.; DENNY, C. H.; MOKDAD, A. Trends in alcohol use and binge drinking, 1985-1999: results of a multi-state survey. *Amer J Prev Medicine*, 2004; 26(4):294-298.
- SILVA, V. C. E. *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. Dissertação de mestrado, curso de pós-graduação em enfermagem. Programa interinstitucional USP/UEL/UNOPAR. São Paulo, 2005.
- SILVERSTONE, P. H.; LEMAY, T.; ELLIOT, J. The prevalence of major depressive disorder and low self-esteem in medical inpatients. *Can J Psychiatry*, 1996; 41:67-74.
- SOARES, L. G. L. Dor em pacientes com câncer. In: CAVALCANTI, I. L. *Dor*. 1. ed. Rio de Janeiro: SAERJ, 2003. p. 285-99.
- SPOERRI, T. H. *Introdução à psiquiatria*. 8. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.
- STEEDS, R. P.; BICKERTON, D.; SMITH, M. J.; MUTHUSAMY, R. Assessment of depression following acute myocardial infarction using the beck depression inventory. *Heart*, 2004; 90(2) 217-8.
- STEFANELO, S.; MARION-LEON, L.; FERNANDO, P. T.; MIN, L. L.; BOTEGA, N. J. Suicidal thoughts in epilepsy: a community-based study in Brazil. *Epilepsy&Behavior* (Print), 2010; v. 17, p. 483-8.
- STJERNSWÄRD, J. *Palliative medicine: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- STRANG, P. *Cancer pain: a provoker of emotional*,
- STROBER, L. B.; ARNETT, P. A. Assessment of depression in three medically ill, elderly populations: Alzheimer's, Parkinson's disease, and stroke. *Clin Neuropsychol*, fev. 2009; 23 (2):205-30.
- TRINCAUS, M. R. A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação de metástase. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em enfermagem fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.
- VALENTINE, A. D.; MEYERS, C. A. Cognitive and mood disturbance as causes and symptoms of fatigue in cancer. *Cancer*, 2001; 92:1694-1698.
- VERBOSKY, L.; FRANCO, K. N.; ZRULL, J. P. The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. *J Clin Psychiatry*, 1993; v. 54, p. 177-81.
- WEINBERGER, M. I.; ROTH, A. J.; NELSON, C. J. Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients. *Oncologist*, jan. 2009; 14(1):60-6.
- WILCOX, C. B.; CONNER, K. C.; CAINE, E. D. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend*, 2004; 76:11-9.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION Expert Committee on Drug Dependence: *twenty-eight report*. Geneva: WHO, 1993.
- WULSIN, L. R.; VAILLANT, G. E.; WELLS, V. E. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*, 1999; 61:6 – 17.
- YAMAGUCHI, N. H. O cancer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M. M. M. J. (org). *Introdução a psico-oncologia*. São Paulo: Livro Pleno, 2002.
- YOUNG, J.; GREEN, J.; FORSTER, A.; SMALL, N.; LOWSON, K.; BOGLE, S.; GEORGE, J.; HESELTINE, D.; JAYASURIYA, T.; ROWE, J. Postacute care for older people in community hospitals: a multicenter randomized, controlled trial. *JAGS*, 2007; 55:1995-2002.
- ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983; 67:361-370.

A racionalidade médica ocidental e a negação da morte, do riso, do demasiadamente humano

GEÓRGIA SIBELE NOGUEIRA DA SILVA

Ao grupo de teatro “Clowns de Shakespeare”, e aos nossos pequenos pacientes vivos e mortos, por me ensinarem muito sobre a beleza e intensidade de um momento, sobre a vontade de vida.

“Não somos rãs pensantes, nem aparelhos de objetivação e máquinas registradoras com vísceras congeladas – temos constantemente de parir nossos pensamentos de nossa dor e maternalmente transmitir-lhes tudo o que temos em nós de sangue, coração, fogo, prazer, paixão, tormento, constantemente tudo o que nos atinge: não podemos fazer de outro modo.”

NIETZSCHE

Duas imagens de dor, de intenso sofrimento me obsediaram desde que escolhi tratar do tema da racionalidade médica em um livro que nos convida ao diálogo com a psicossomática. As imagens invocam a presença da morte. Não falo da morte física, tão somente, mas da morte em vida, da morte da sensibilidade, da ausência do contato humano, afeto, respeito à dor do outro, envolvimento, entrega, de um ouvir que não escuta, da morte ou interdição dos sentimentos.

Falo de imagens fictícias e reais. Ei-las:

Até a água eles custam a me dar. Parece que eu contamina só com a presença. O médico não acredita que eu possa sair dessa, ele diz isso com seus olhos, com sua desatenção. Ele pouco vem aqui. Acho que ele tem medo quando eu tento tocá-lo, que a minha morte o leve também. Ele não aprendeu que a morte é de cada um, ela não é contagiosa, cada um tem a sua e, pior, eu sei que ela não avisa quando vem mesmo que o doutor se iluda achando que ele sabe o meu tempo... e o dele, será que ele também sabe?

Sabe, é como se eu já tivesse morrido, eu preciso estar provando que estou vivo, por isso eu às vezes tenho essas 'crises de nervoso' (paciente que convive com o vírus HIV/AIDS, 1998/ ficção ou realidade?).

Um jovem soldado, durante a primeira grande guerra mundial, é atingido por uma bomba, perde seus braços e pernas, seus olhos, nariz e boca, mas permanece vivo, com a mente funcionando, porém os médicos acreditavam que ele não estivesse lúcido e, por isso, aceitam sem muito pesar a manutenção de sua vida. É prescrito um medicamento para seus movimentos (abalos musculares) e é também prescrito que nenhum membro da equipe deve ter 'envolvimento emocional' com o paciente. Este é deixado num quarto isolado onde ninguém pode vê-lo ou saber de sua existência. Duas personagens transgridem esta prescrição. A primeira, uma enfermeira que se penaliza do rapaz, abre as janelas e, com o calor do sol em sua pele, Johnny pôde começar a medir o tempo, dia, noite, dia, semana, semana, mês, outro mês, até que se passa um ano, vários anos (em seu calendário interno). A segunda, uma outra enfermeira (curioso que sejam enfermeiras a desempenhar esse papel e não médicos) que, ao ver o paciente pela primeira vez, chora e acaricia sua testa (e, em sua mente, Johnny grita, ao sentir as lágrimas caindo em seu corpo: 'que bom, você não tem nojo de mim'. Num outro momento, Johnny tem um sonho erótico, fica excitado (seu pênis fica ereto), a enfermeira

não entende por que ele se debate, procura o motivo retirando as cobertas, o vê excitado e o masturba. Depois, ainda por resolução dela, aparentemente sem motivo algum, ou sem lógica alguma, a não ser a lógica de seu sentimento, a enfermeira escreve com a ponta de um dedo a expressão 'Merry Christmas' no peito do paciente. Este compreende a mensagem, acena com sua cabeça que compreendeu e, em sua mente, grita de felicidade e agradece comovido à enfermeira.

Perseguindo um modo de se comunicar com 'os de fora', como os denomina, Johnny descobre que pode usar o código Morse e começa a 'telegrafar' mediante movimentos de sua cabeça. A enfermeira observa, não entende o que está havendo, mas percebe que ele quer expressar algo e vai em busca de alguém que possa entender do que se trata. Assim ocorre, vêm os médicos, o capelão, o telegrafista (anos haviam-se passado; percebemos isto pelo envelhecimento do médico que o operava, o qual, quer o autor tenha representado casual ou intencionalmente, usa muletas).

Percebem que ele está tentando se comunicar. O telegrafista, entendendo o código, pergunta-lhe, 'telegrafando' em sua testa, o que deseja. Ele responde que quer poder ser útil, quer poder ganhar sua vida e que o modo de conseguir isto seria sendo exibido em praça pública, sendo uma espécie de atração circense: o homem sem braços, sem pernas, sem olhos, sem ouvidos, sem boca, sem nariz, mas que pensa e sente. E isto para que todos possam ver a tragédia que a guerra pode causar a um ser humano.

A junta de médicos e militares lhe diz que 'infelizmente, isso não é possível'. Ele retruca que, se é assim, se não vão permitir que ele saia, ele prefere que o matem e repete insistentemente: 'matem-me, matem-me'. Eles saem e o de patente superior determina que o ocorrido não seja divulgado a quem quer que seja.

A enfermeira, novamente a sós com Johnny, resolve atender seu pedido e, chorando, obstrui o tubo de oxigênio. O referido superior retorna ao quarto, desobstrui o tubo, expulsa a enfermeira, fecha as janelas, seda o paciente, sai e fecha a porta. Johnny fica sozinho no quarto, sonolento pela medicação e, no entanto, apesar de todo o seu desespero, continua 'telegrafando' um pedido de ajuda: S.O.S... S.O.S... assim termina o filme *Johnny vai à guerra*, do diretor Dalton Trumbo.

Nessas imagens, ficção e realidade se confundem; os sentimentos que elas invocam estão presentes no meu cotidiano como psicóloga e docente. E no decorrer deste escrito outras imagens se aliam e também fazem parte de minha vivência. São cenas de riso presente nas enfermarias e corredores hospitalares por onde passaram os doutores da UPI! (Unidade Palhaçada Intensiva). A relação com os doentes e suas doenças suscita reflexões em minha prática e em minha vida, que talvez não surgissem

sem eles. É com dor e paixão que tento parir meus pensamentos e caminho na busca constante por interlocutores que partilhem o desejo de gerar outra realidade. Herbert Daniel (sociólogo, militante na luta contra a Aids nos anos 1980) nos lembrava: “E o mundo melhor é a parte melhor que criamos dentro dos nossos peitos, fazendo nossos braços de raízes”.

Escolher o tema da Racionalidade Médica e lançar para o diálogo essa provocação – a Racionalidade Médica e a negação da morte, do riso, do demasiadamente humano – é o resultado de uma aflição interna em busca de expressão. O ato de escrever foi a maneira encontrada para exorcizar esse desassossego que é existencial, mas também epistemológico.

Diálogo com vários autores na tentativa de aliviar minha solidão. Insinuo assertivas, encontro alguns abrigos em teóricos e praticantes de uma “nova” Medicina, Psicologia, Ciência. Parto do meu caminho e arrisco-me ao dividir alguns frutos nascidos de sementes plantadas em direção a uma prática hospitalar capaz de acolher o riso e a dor e, quem sabe, imaginar pistas para uma racionalidade mais tolerante, acolhedora, saudável e, de fato, humana.

Em alguns momentos sinto que Foucault tem razão: *a palavra é a morte da coisa*. Em outros, como diria Samira Chalhub, *a escrita caminha como um corpo falante*. Minhas ideias, ainda em gestação, estão expostas, e o desassossego continua...

RAZÃO E PAIXÃO NA MEDICINA OCIDENTAL

A porta da verdade estava aberta, mas só deixava passar meia pessoa de cada vez. Assim, não era possível atingir toda a verdade, porque a meia pessoa que entrava só trazia o perfil da meia-verdade. E sua segunda metade voltava igualmente com meio perfil. E os meios perfis não coincidiam. Arreventaram a porta. Derrubaram a porta. Chegaram ao lugar luminoso onde a verdade esplendia seus fogos. Era dividida em duas metades diferentes uma da outra. Chegou-se a discutir qual a metade mais bela. Nenhuma das duas era totalmente bela. E carecia optar. Cada um optou conforme seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Carlos Drummond de Andrade

Por capricho, ilusão ou miopia, o mundo ocidental moderno fez a opção de isolar a razão dos afetos na produção do conhecimento. Tal separação é resultado da crença de que a verdade está além do sujeito que a produz. Luz (1988) afirma que a racionalidade científica moderna postula a razão e o método científico como norma fundamental para obtenção do conhecimento ou, de modo mais geral, como o modo de produção da verdade, nos quatro séculos de sua construção. “Uma razão instrumentada pela observação repetida, tecnicizada. [...] É essa razão que institui a Natureza como objetividade e como exterioridade ao homem, como materialidade a ser apreendida e

explicada, que se constrói com o renascimento científico”, que se explicitava no século XVII como “revolução científica”.

A essa revolução deve-se a grande ruptura epistemológica Natureza – Homem, Natureza – Cultura. Temos as rupturas dualistas da racionalidade moderna: sujeito/objeto, corpo/alma, razão/sentido, quantidade/qualidade, bom/mau, masculino/feminino, normal/patológico; por que não dizer, saúde/doença, tristeza/alegria. Dentro de tal racionalidade, não é possível enxergar pontos de convergência, de interseção. Tudo o que se coloca no centro dessa dualidade é considerado situação marginal, desordem, caos – portanto um ruído para a ciência que precisa ser eliminado. Tudo o que causa dúvida, insegurança, que simbolize o perigo, é afastado. Portanto, a doença, ao encontrar-se no centro da dualidade vida-morte, também é sinal de anomia, de perigo.

Ruptura que não é apenas epistemológica, mas social e psicológica, na medida em que institui instâncias socialmente exclusivas para o exercício de cada um desses compartimentos: a produção de verdades para a razão (ciência); as paixões para a política e para a moral (ética); os sentimentos e os sentidos para as artes (estéticas). Temos nessa fragmentação a marca do avanço da Racionalidade Científica na modernidade. Racionalidade esta bastante eficaz na expulsão dos sentimentos, da subjetividade, na ruptura do próprio sujeito, em sua compartimentação. O início da expropriação da subjetividade é herança da obsessão em direção ao mundo-verdade inaugurado pelo platonismo, filho do dualismo socrático. Para ele, a verdade não pode estar atrelada aos descaminhos da subjetividade, da experiência sensível, das aparências.

Giaccoia (2000) comentando Nietzsche afirma, em *O nascimento da tragédia*, que ele recorre ao espírito trágico dos gregos para mostrar como o homem socrático – cuja racionalidade é a matriz do cientificismo moderno – se refugiou no otimismo metafísico como forma reativa de se furtar ao ciclo de trevas e luz, de construção e destruição que constitui a vida e torna a existência incompreensível e absurda aos olhos míopes e covardes do olhar logocêntrico. Com Sócrates, o único caminho à verdade se dá pela via lógico-racional.

Assim, vamos ter a máxima da pureza da razão e, a partir de Descartes, sob a égide da máquina, o mundo natural e humano passa a ser expiado. A ciência é a teologia da época; o relógio é a grande metáfora do Universo; o Positivismo, o guia necessário. A expulsão da subjetividade é a base dessa conquista. No entanto, desde o início do século XX, as dúvidas quanto à exequibilidade desse dualismo exacerbado vêm crescendo.

O saldo do progresso civilizatório dos últimos séculos foi desastroso. Quanto mais nos afastamos e dominamos a natureza, em nome da tecnologia, do avanço, mais contribuímos para a degradação da qualidade de vida. Nosso progresso foi uma questão predominantemente racional e intelectual. Essa evolução unilateral atingiu um estágio alarmante que beira a insanidade. Hoje fica cada vez mais evidente que o paradigma cartesiano encontra-se obsoleto.

Hoje emerge a desconfiança e a tomada de consciência de que o modelo cartesiano de pensar começa a esgotar as estratégias que moldaram, nos últimos séculos, um homem dolorosamente fraturado (Camargo Jr., 1992; Almeida, 1998; Silva, 2006).

A produção de conhecimento, como resultado exclusivo da razão, a busca pelo ideal ascético e a negação da influência dos sentimentos, das emoções, nas construções que fazemos da realidade, exigem revisão.

Cabe a pergunta: e na Medicina, qual foi o lugar encontrado para a razão e a paixão?

Luz (1988) nos responde apontando que a medicina apenas exprime e ilustra, com radicalidade, um processo de racionalidade amplo que atingiu o Ocidente desde o classicismo greco, mais crescentemente com o capitalismo moderno.

A separação entre ciência e arte, sob o domínio da primeira, a expulsão do Deus Dionísio (paixão) do nosso cosmos e o enaltecimento do Deus Apolo (razão) contaminam a Medicina de forma hegemônica no Ocidente, sendo responsável por um tipo de racionalidade que desloca o objeto do saber sobre o doente para o saber sobre a doença.

Ao utilizar a categoria Racionalidade Médica, estou acolhendo a definição de Luz (s.d.), que advoga tratar-se de um construto lógico e empiricamente estruturado em presença de cinco dimensões fundamentais (morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica). Tende a constituir-se em proposições “verdadeiras”, ou seja, verificáveis de acordo com procedimentos racionais sistemáticos (preferencialmente os de racionalidade científica), e de intervenções eficazes em face do adoecimento humano.

Como apontei anteriormente, houve um deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna. A milenar arte de curar doentes é substituída pela ciência das patologias. A história da civilização ocidental, em sua obsessão pelo saber científico, promove a hegemonia da *diagnose* sobre a terapêutica, ambas subjugadas à *episteme*.

Seduzidos pelo imaginário médico amparado na razão e na cosmologia mecanicista, que torna o corpo humano uma máquina digna de reparos e exige instrumentos eficazes, além de um bom técnico, assistimos à configuração de uma medicina tecnológica especializada. Uma tecnologia que não admite o erro, o medo, a morte. Ou mesmo o riso. Toda expressão de emoção torna-se ruído dentro dessa lógica.

O itinerário percorrido pela medicina para gerar em suas entranhas essa racionalidade teve início, portanto, quando a medicina descritiva hipocrática – que integrava Natureza e Homem, advogava uma visão monista, unicista do ser e conseqüentemente tinha como objeto a pessoa humana em sua totalidade – aproximou-se da experimentação, da observação e classificação de atos e sintomas. Cedeu lugar a perspectivas da Escola de Galeno, onde a doença é vista como algo autônomo, terreno fecundo para o desenvolvimento de uma medicina mecanicista.

O segundo momento dessa viagem, marcado pela expansão do capitalismo, define o projeto epistemológico da promoção de uma ciência das patologias, fortalecida

nas primeiras décadas do século XIX com o surgimento de uma nova forma de pensar e agir médica – o nascimento da clínica. Aqui ocorre a passagem do homem para o organismo patológico. A vida passa a ser vista através da anatomia e da morte (necropsia). As doenças são classificadas e catalogadas em sintomas. As descobertas da microbiologia e o aparato tecnológico crescente se aliam, transformando a *doença* em uma *entidade*. Não estamos mais diante de um doente, mas da doença. Não lutamos a favor da vida, mas combatendo a morte. Nesse percurso, o agir terapêutico tem sua mais irracional perda – a relação terapeuta/paciente é implodida. Aqui nossas intenções em face do adoecimento perdem a dimensão do humano.

Em nome da neutralidade científica tomou-se o distanciamento como uma estratégia educacional que garantiria a cientificidade – a verdade não poderia estar atrelada aos descaminhos da subjetividade. Esta forma de pensar, herdeira do platonismo e da apregoada segurança matemática das verdades cartesianas, têm na medicina sua radicalização (Nogueira da Silva & Ayres, 2010).

Camargo Jr. (1992) acentua que, para o médico, o sofrimento é irrelevante e o paciente sofre de distorções. Sua relação é com a doença, e o paciente é um mero canal de acesso a ela. Um canal “ruim”, por sinal, já que introduz *ruídos* em níveis insuportáveis. Isto limita as possibilidades de atuação médica ao biológico, o que impõe sérias restrições, do ponto de vista da eficácia, a esta prática. Por paradoxal que isso possa parecer, abandonando a busca da quimera científica, talvez possamos ser científicos como nunca fomos. Ter certeza como a clínica supõe ter é fatal às dúvidas, matriz da investigação científica. Morin esbraveja que um paradigma que não incorpore o ruído é mortificador e Kierkegaard poeticamente nos convida a pensar quando diz: *a verdade não deve ser buscada senão na paixão*.

No entanto, em nome do mito da razão, da cientificidade, expulsamos a subjetividade, o contato humano – o riso, a dor, o ruído, a morte, a própria vida. Talvez por miopia, fomos construindo uma medicina sem paixão e acreditamos na ilusão de que sem a morte subiremos ao Olimpo.

O INÍCIO DO RITUAL DE INICIAÇÃO DA RACIONALIDADE MÉDICA OCIDENTAL: EXORCIZAR A MORTE E ABRAÇAR O OLIMPO

Eu quero das mortes a mais traiçoeira. Diferente da que, sincera, se anuncia. Não quero aquela que vai-se chegando com as rugas, atrasando os movimentos, dificultando o gozo. Não quero a morte perversa, que toma o braço do senil e fica ao lado do entrevado. Não quero a morte sincera, nem respeito mais a morte que avisa que já vem vindo, morte catatônica. Morte que não me deixa esquecê-la. E, quando for chegando a hora, que venha ainda em silêncio, sem avisar a ameaça.

De manso, durante um bom sono, tome-me. Morte, boa morte, é a que nem se deixa perceber, depois de uma vida muda, cega e tetraplégica, ressurge uma vez só e toma de assalto e vence. Uma bala. Um golpe pelas costas. Quero para mim da morte a mais traiçoeira.

Anna Verônica Mautner

Eu só queria que tivesse alguém para segurar minha mão, talvez fosse menos difícil morrer.

Estudante de Enfermagem, paciente fora de possibilidade de cura.

As falas acima revelam, no primeiro momento, a desejada morte repentina, atitude familiar na modernidade, e, no segundo, o desejo do acolhimento de alguém que vivencia os últimos momentos de sua existência. Fala do apelo a uma nova forma de relação com a morte, de um vínculo possível entre médico/paciente, por que não dizer da procura por uma nova racionalidade médica.

Camus (1989) nos colocou que uma forma cômoda de travar conhecimentos sobre uma cidade é procurar saber como se ama e como se morre. Como lidamos com o morrer, como se porta o homem diante da morte, nos desvenda quem é esse homem, como é a sociedade que ele criou, em que valores ela se assenta. Podemos dizer que a concepção de morte revela a concepção de vida. Uma sociedade que nega a morte, para a qual a morte não tem sentido, é também uma sociedade, como dizia Weber, que perdeu o sentido da vida.

A grande dádiva da negação é permitir que se instaure o interdito definitivo sobre a morte. No século XX a morte foi escondida, expulsa pela cultura ocidental. Há uma interdição até do direito de chorar aos mortos, que dirá do direito de gerenciar a própria morte. O local da morte é transferido do lar para o hospital, sob a justificativa dos cuidados especializados e intensivos que o avanço da medicina proporcionou. No entanto, o paciente que não tem mais como sobreviver encontra sua última morada na frieza de uma UTI. Ali a família perde o paciente antes da morte. A maioria das pessoas não vê os parentes morrer. Nossos mortos morrem sozinhos em hospitais, cercados por aparelhos e tubos. Transformamos um dos momentos mais importantes de nossa existência em um ato impessoal, mecânico e desumano, mais solitário ainda, portanto, digno de repulsa e temor. Trata-se de uma morte limpa, higiênica, técnica, solitária e às vezes desumana.

De acordo com Martins (1985), não sabemos lidar com a morte porque transformamos a doença e a morte num problema técnico, e para isso criamos as empresas, os técnicos mais qualificados, os equipamentos mais sofisticados, capazes de prolongar a agonia de um homem durante meses, anos, mas incapazes de devolver-lhe a vida, a vida verdadeira, a vida com sentido.

Esse exorcismo da morte em nossa cultura é um elemento estrutural da civilização contemporânea que atende aos desejos da racionalidade médica ocidental. Essa insinuação que proponho encontra amparo na seguinte assertiva de Luz (s.d.): “toda

racionalidade (mesmo a racionalidade científica) conserva suas bases em valores, interesses e investimentos de desejo, que permeiam o conjunto de representações, concepções e teorizações que a definem como racionalidade”. Portanto, vivemos em um mundo que cultua corpos sãos, ativos, produtivos, reprodutivos, dentro de um sistema cujo objetivo é a eficiência, a rentabilidade e o consumo. Tolerar a existência da morte é no mínimo difícilimo – torna-se imprescindível exorcizá-la em nome da manutenção do nosso modo de vida consumista, voltado para noções instituídas de juventude e progresso.

Martins (1985) explica que a expropriação da morte de sua dimensão simbólica, cultural, sua desumanização, reforça a concepção médica da dimensão meramente biológica do existir, haurida na sua formação, e alimenta suas fantasias de poder. Não é à toa que temos esse aforismo: *Quando o aluno entra na faculdade de Medicina, pensa que é Deus; quando sai, não tem a menor dúvida.*

O início dessa fantasia tem sua marca nas aulas de Anatomia, através do estudo de um sem-número de cadáveres, destituídos de subjetividade. A dissecação é fruto do Renascimento, tempo em que a separação corpo/alma tornou o corpo e a morte objetos de estudo.

Nessa mesma direção, Zaidhaft (1990) nos convida à reflexão, dizendo:

Por seu desamparo e passividade, o cadáver permite aos alunos experimentar a sensação de poder absoluto. A relação mantida com o cadáver é registrada e se torna a relação ideal, que será buscada anos depois no encontro com os pacientes (p. 143).

Cabe salientar que esse fato talvez possa ser considerado a coroação do ritual de iniciação na racionalidade médica, sendo o seu processo permeado por um constante aprendizado de negação da morte, da dor, da capacidade de envolver-se, de vincular-se; emoções incompatíveis com a racionalidade tecnológica.

“Não se envolva com o paciente”, “É preciso ter sangue frio”, “Para aprender é assim mesmo”, “São apenas corpos”, “Se você ficar sofrendo a cada morte de paciente, você não aguenta e larga a medicina”. Estes são alguns dos elementos introjetados para se atravessar o batismo de fogo, um verdadeiro ritual de iniciação na Medicina, que poderá ser responsável, no futuro, por relações mortas entre paciente e terapeuta.

Inevitavelmente, as imagens que me obsediaram no início do texto retornam agora e ilustram esta reflexão, mostrando a presença do papel do médico como o Senhor da Vida e da Morte, na situação do personagem Johnny; revelando também a fragilidade do médico em lidar com um paciente que lembra a sua própria finitude, a sua humanidade – tão evidente na fala do paciente portador do HIV que atendi como psicóloga –, de cuja dor partilhei, que se tornou parte do móvel dessas linhas e da

constatação de que somos atingidos pela eminência da morte de nossos pacientes. Ele nos convida a pensar a nossa morte, ou melhor, na nossa vida, nossos planos, sonhos.

É fato que a morte, no contexto hospitalar, simboliza o fracasso, rompe o poder, retira os profissionais do Olimpo. É comum o relato de profissionais que afirmam se sentirem impotentes diante do paciente incurável: “não tenho nada a fazer”. Diante disso, a negação, o distanciamento, é muitas vezes a resposta para não lidar com o sentimento de fragilidade, com a reflexão sobre a própria finitude. Os pacientes à morte são uma ameaça ao poder médico. Portanto, a morte é silenciada também nos hospitais. A linguagem nessa instituição denuncia este fato. Não se morre no hospital, *vai-se a óbito, perde-se na mesa, tem-se alta celestial*.

Penso que se nosso referencial não for curar, salvar a qualquer preço, mas um retorno à arte terapêutica, o cuidar daquele que sofre, poderemos ter ressignificado nossa ação e o nosso papel de cuidadores.

É conhecido o fato de que costumeiramente, em nossas formações acadêmicas, apenas frieza, objetividade e tecnicismo são valorizados. Quaisquer aspectos que envolvam uma relação pessoal são desencorajados. É prescrito o *não envolvimento emocional*, é parte do ritual de iniciação.

Para Silva e Ayres (2008), “o distanciamento da subjetividade é a estratégia adotada para se obter o conhecimento objetivo, claro, exato, apregoadado por um tipo de saber científico que construiu seus pilares em cima da cisão sujeito-objeto”.

Na realidade, com o desenvolvimento da ciência, houve um adiantamento do momento da morte sem uma conseqüente preocupação com a qualidade de vida do sobrevivente, com o tempo de vida antes da morte; sem um preparo do profissional, que cada vez mais lida com o doente que presentifica a morte.

Embora se fale hoje que a equipe de saúde deve estar atenta aos aspectos emocionais do paciente, nem sempre reconhecemos com a mesma ênfase que o emocional da equipe é parte fundamental nessa relação. É imprescindível cuidar do cuidador.

Estamos falando em formação acadêmica, em medidas profiláticas, se quisermos caminhar em direção a um atendimento mais humanitário, de maior qualidade; se quisermos caminhar para uma racionalidade que priorize o agir terapêutico, que resgate o papel da relação médico (profissional de saúde)/paciente; onde o paciente possa ser reconhecido como sujeito em toda sua subjetividade, que valorize a arte de curar e principalmente a tarefa maior da humanidade que, segundo Heidegger, é o *cuidado*. Uma medicina que promova o encontro entre as pessoas.

Sabemos que outras racionalidades médicas integram essas dimensões e por isso mesmo são buscadas pelos pacientes, como, por exemplo, a homeopatia e a medicina oriental.

Penso que há momentos na vida de uma profissão em que para ser fiel a si mesma e aos seus princípios éticos, é preciso mudar. Mudar talvez menos do lugar teórico, mas muito mais do lugar da prática. Não é possível lidar com a vida humana *sem pai-*

xão, a não ser eliminando a vida em nós mesmos. Não é possível mais pensar, desejar uma ordem que não cura, mortifica. Mas desejar que, em vez de promover o caos, possa ser responsável pela reorganização, possa retirar o mundo do desencantamento com o próprio homem.

O Mito da Razão precisa ser revisto, precisamos de outras imagens mitológicas capazes de agregar o poder restaurador que o padecimento do olhar pode promover para aliviar a dor do outro. A qualidade de nossa presença se exprime pelo olhar; pelo toque nos momentos de comunicação silenciosa (verdadeiro abraço na alma), onde os suspiros são aceitos, onde o espaço do encontro parece ser infinito. É disso que nos fala a estudante de enfermagem citada no início dessa fala. Ajudamos verdadeiramente alguém quando somos capazes de acolher o seu sofrimento.

Cabe lembrar as palavras de Heidegger, quando nos presenteou: “a morte ilumina a vida”. Ela pode nos iluminar para um novo *ethos*. Não podemos negar o fato de que a morte define a vida como um campo limitado, nos lembra que temos um tempo marcado (como nos alertou “aquele” paciente HIV positivo). A questão é: exorcizamos a morte, negando-a, ou insistimos em percebê-la como uma conselheira invisível, que em nossa jornada alerta para que não esperemos pelo amanhã, incita a fazer o que pudermos, quisermos e sonharmos para ressignificar nossa vida pessoal e profissional. O *carpe diem* é a reconciliação da vida com a morte.

Tudo isso para dizer que estou convencida de que pensar o lugar da morte nas instituições de saúde pode contribuir para melhorar a qualidade de vida e de morte presente na prática médica e de toda a equipe de saúde. Lançar o olhar para o exorcismo realizado com a morte pode levar ao reconhecimento do ritual de iniciação da racionalidade médica ocidental e possibilitar a visão das sequelas dessa história, onde muitas vezes o paciente é morto em vida, para não lembrar a nossa própria finitude.

Outra pergunta me desassossega: como alguém consegue não se envolver com a morte? Talvez seja preciso não se envolver com a vida! Busco auxílio nas colocações de Zaidhaft (1990):

Na tentativa de negar a realidade inexorável da morte, o estudante (acrescento o médico) primeiramente tenta negar a própria finitude, posteriormente nega a morte do outro e finalmente mata o que tem de vida em si, ou seja, sua capacidade de se envolver, de se comprometer com o outro e consigo mesmo (...) quem não morre são os deuses, ou quem já morreu (p. 89).

A grande dádiva de evitar a reflexão sobre a finitude é sua negação, é permitir que a partir dela se instaure o interdito definitivo sobre a morte. Evita-se falar na morte, defende-se que é possível lidar com ela com naturalidade, sem nos expormos à reflexão sobre os sentimentos por ela despertados, e seguimos todos, médicos e não médicos, entre o sofrimento e a tentativa de naturalização, evitando falar na morte, evitando pensar na vida (Nogueira da Silva & Ayres, 2010).

MEDICINA PSICOSSOMÁTICA E A RACIONALIDADE DA METÁFORA ATREVIDA – A VERDADE NIETZSCHEANA

Há muito mais verdades entre o céu e a terra do que supõe nossa vã filosofia.

Hamlet

Shakespeare, através das palavras de Hamlet, já profetizara sobre as muitas verdades desconhecidas e o nosso vão esforço em reduzi-las, mas o ritual de iniciação da racionalidade médica ocidental é obsessivo, ao expulsar a possibilidade da presença dos sentimentos, julgando trilhar o itinerário para o verdadeiro mundo.

Percurso este que, ao realizar a fratura razão/emoção, negou sua própria paternidade: a medicina hipocrática. Nesse sentido, Riechelmann (2011) afirma que a medicina nasceu psicossomática e declara:

A medicina ocidental moderna nasceu das mãos de um filósofo, no país onde nasceu a filosofia. E mais: a medicina também já nasceu psicossomaticamente. Uma leitura atenta aos Aforismos de Hipócrates (século VI a.C.) faz ver facilmente que o pai da medicina nunca deixou de considerar as relações entre a lesão corporal, os estados psíquicos (chamados ‘da alma’, na época) e os fatores ambientais (p. 248).

Para o referido autor, compreender sobre o que nos fala a medicina psicossomática é empreender um retorno, um resgate ao berço hipocrático. O avanço tecnológico é imprescindível nesse caminho, aliado ao cuidado. Razão, emoção, técnica e cuidado sinalizam pistas para outra racionalidade, ampliam a visão reducionista da medicina tradicional, por isso Riechelmann fala em elos perdidos. Penso que inverter a lógica da verdade estabelecida pela ciência clássica, como nos convida Nietzsche, pode promover a criação de caminhos onde, em vez de separar, seja possível rejuntar os elos perdidos, evitando que continuemos portadores de “negligência unilateral”.

Através dos relatos dos brilhantes estudos de Oliver Sacks, fui convidada a pensar que muitas vezes atuamos como os pacientes portadores de “negligência unilateral”, ou seja, só percebemos parte do que ocorre nas diversas situações.

Sacks (1997) anuncia a incompletude de nosso olhar científico, de nossas verdades. Dentre tantos exemplos, o estudo da Sra. S., no livro *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu*, no capítulo 8, me remeteu à nossa cisão. Trata-se de uma sexagenária que, depois de um derrame, teve afetada parte de seu hemisfério cerebral direito. Com sua inteligência perfeitamente preservada, ela teve uma alteração curiosa em sua percepção visual. Às vezes reclamava que as enfermeiras não punham a sobre-

mesa ou o café em sua bandeja. Quando elas replicavam: ‘Mas, Sra. S., está bem aqui, à esquerda’. Ela parecia não entender e não olhava para a esquerda. E sua cabeça era delicadamente virada, de modo que a sobremesa ficasse à vista, na metade preservada do seu campo visual. Ela dizia: ‘Ah, está aqui – não estava antes’. Ela havia perdido por completo a noção de esquerda com relação ao mundo e a seu próprio corpo. Às vezes ela se queixava de que as porções que lhe eram servidas eram pequenas demais, mas isso acontecia porque ela só comia o que estava na metade direita do prato – não lhe ocorria que também havia a metade esquerda. Ela sabia disso intelectualmente, achava graça, mas para ela era impossível sabê-lo diretamente.

A nossa recusa em girarmos nossas cabeças para o outro lado da bandeja faz sentido dentro do percurso realizado pela Medicina, e por todos nós, profissionais de saúde. Engolimos verdades absolutas e irrefutáveis, cobrimos a nossa própria visão e continuamos famintos.

Descobrir o que o pensar metafísico ocidental escondeu, estigmatizou, é o intuito de Nietzsche, quando pretendeu “colocar a verdade de cabeça para baixo”, inverter seu sentido, transformá-la em seu avesso. É disso que nos fala sua metáfora atrevida. O argumento pavimentado por ele é a metáfora da verdade como mulher. O significado da metáfora que identifica verdade e feminilidade não por acaso vai estar no prefácio do livro *Para além do bem e do mal (s/d)*, onde ele realiza a desconstrução fiel da condição metafísica e o início da sua exposição sobre vontade de poder-perspectivismo.

Giacoina (2000), comentando sobre a inversão da verdade nietzscheana, nos diz:

Se a verdade for posta de ‘cabeça para baixo’, então o acesso da verdade platônica consistirá precisamente na valorização positiva da aparência, dos véus, do disfarce, da sedução, das paixões, do corpo e do desejo – isto é, de tudo aquilo que, ao longo da tradição metafísica ocidental, esteve associado com o feminino, com o perigoso, com a carne, as paixões, o mundo sensível (p. 49).

A operação de inversão, móvel da metáfora atrevida, inaugura a noção de perspectivismo, denunciando que não é possível um conhecimento desvinculado de condicionamentos subjetivos. O condicionamento racional puro manteve-se dissimulando o perspectivismo. Este descobriu a imparcialidade de um conhecimento desinteressado, a inexorabilidade das determinações históricas, sociais, culturais, psicofisiológicas e linguísticas que condicionam o conhecer, o julgar e o agir humanos.

Não se trata de positivar as dimensões da corporalidade, dos sentimentos, do não facilmente revelado, de retirar a estigmatização de outrora, mas sim de transformar todo conhecer num interpretar, vedando qualquer acesso possível a fatos brutos, que seriam como que os textos a serem interpretados. É preciso ver, compreender não apenas com os olhos, mas com o olhar.

Nietzsche e Sacks parecem seguir a profecia de Hamlet, quanto à impossibilidade de um conhecimento bruto e transparente. Denunciam a impossibilidade de uma interpretação da realidade sem que o próprio intérprete se veja implicado e obrigado a escarafunchar as intenções e motivações subterrâneas, sejam de que ordem forem. A subjetividade, em vez de ser expulsa, precisa de um canal de reconhecimento para poder ser bem utilizada. Negar não elimina seus efeitos, talvez os torne iatrogênicos. Vejamos a reflexão de Blank (1985), ao abordar essa questão, dialogando diretamente com a medicina:

O médico, antes de procurar sempre colocar-se no polo objetivo do confronto subjetividade x objetividade, não está imune, ele mesmo, às contradições da subjetividade, uma vez que seu raciocínio está sujeito ao crivo de re-situação do conhecimento objetivo na sua práxis (p. 34).

O autor afirma que a própria forma de interrogar o paciente pode induzir o sintoma. Por mais objetivos que sejam os dados do exame, sua utilização está sempre sujeita à subjetividade.

Seguindo a trilha das reflexões que questionam a produção de conhecimentos como resultado exclusivo da razão, encontramos abrigo nos estudos realizados por Damásio (1996) e outros neurologistas, ao demonstrarem que o córtex cerebral deixa de ter como único morador a razão. Afirmam que o pensamento racional é influenciado pela emoção, argumentando que profundas interconexões biológicas demonstram que a ausência de emoção impossibilita a ação do raciocínio.

Tais pensamentos nos instigam a considerar que o fundamental canal de acesso à dor do paciente, ao seu diagnóstico e, conseqüentemente, à terapêutica, passa necessariamente pelo resgate da principal perda decorrente do nosso olhar logocêntrico. Falo da implosão da relação terapeuta/paciente, do resgate para olhar em direção ao doente, portanto, ele, sua doença, sua história, seu existir. Compreender o paciente o mais globalmente possível é, na realidade, ampliar e fortalecer o instrumental diagnóstico e terapêutico, é girar a cabeça para o outro lado da bandeja.

Cabe a esta altura do percurso trilhado arriscar a assertiva de que a psicossomática se move olhando para todos os lados da bandeja, talvez por acreditar que a verdade também seja feminina. Ela não inverte o sentido, mas acata a metáfora de Nietzsche, a incorporação atrevida da emoção que qualifica e permite compreender com mais propriedade o sintoma, e intervir aliando a arte da técnica à arte de cuidar. E reconhecer o que nos ensina Sebastiani (1997):

Possuímos, ainda que não tenhamos nos dado conta, uma profunda relação de intimidade com nossos órgãos e sistemas e, a despeito de toda cisão a que fomos expostos como indivíduos/objeto nestes

últimos tempos, ainda assim mantivemos uma relação muito estreita entre nossas emoções e seus correspondentes biológicos (p. 29).

Júlio de Melo (1992), por sua vez, conceituando a psicossomática, assinala:

É uma ideologia sobre a saúde, o adoecer, e sobre as práticas de saúde, é um campo de pesquisas sobre estes fatos e, ao mesmo tempo, uma prática, a prática de uma medicina integral (p. 19).

Vale ressaltar que a psiconeuroimunologia, a psico-oncologia e a psicossomática constituem trabalhos significativos dentro da prática clínica em psicologia da saúde. Segundo a conceituação de Angerami (2000), podemos considerar psicologia da saúde as práticas que atuem numa integração da saúde mental com a saúde física e social do paciente. Uma psicologia que considere a compreensão orgânica da psicossomática, da psico-oncologia, os avanços da psiconeuroimunologia, as especificidades da psicologia hospitalar nos detalhamentos de sua intervenção nas diferentes doenças apresentadas pelo paciente e, acima de tudo, uma psicologia que leve em conta a historicidade do paciente. É aquela psicologia que considera que a doença é, antes de tudo, uma anomalia de desequilíbrio entre o físico e o emocional e suas intercorrências com a realidade social do paciente.

Por que não dizer, uma companheira a mais na arte de guiar nossa cabeça em direção à sobremesa; na busca por uma realidade contemporânea da saúde menos fraturada; pela reedição de uma medicina integral.

Retornando ao nosso passeio pela psicossomática, é possível reconhecer que estamos, no caso da Medicina, tratando do retorno à medicina hipocrática, onde o médico, como terapeuta, é um servidor, fiel à origem do termo grego *Therapeuren*, que significa servir, prestar assistência, ou ainda cuidar, solicitude. Não temos a presença, nessa perspectiva, do médico Senhor da Vida e da Morte, que salva a qualquer custo, mas a de um cuidador.

É oportuno lembrar que a arte terapêutica da Escola de Cós (hipocrática) possuía duas faces que integravam interno e externo, doença e cura, representadas pelas figuras mitológicas de Higeia e Panaceia. Sayd (1995) explica:

Higeia é a saúde e a força intrínsecas à natureza, presente em todos os seres vivos e a Panaceia é o poder curativo presente nas ervas, em sua multiplicidade e variedade (p. 5).

Em outras palavras, temos em Higeia a personificação das dimensões internas do paciente, seu potencial para recuperação e cura, bem como para o adoecimento, enquanto Panaceia representa os recursos externos medicamentosos ou tecnológicos.

Diante do exposto, o caminho da Medicina Psicossomática promove o encontro dessas dimensões. Sua concepção de doença e prática médica não admite a divisão

entre mente e corpo, nem reconhece a apreensão do conhecimento a partir da ruptura sujeito-objeto.

A medicina psicossomática, dentre suas teorias, possibilita ferramentas no processo de cuidar através do olhar e da escuta para além do sintoma físico, possibilitando o despertar do sujeito para um estado de mudança e transformação de seu sofrimento (Duval e Oliveira, 2010).

Riechelmann (2011) é enfático ao alertar que as tentações do reducionismo, biologismo, dualismo e psicologismo podem nos afastar do grande objetivo da medicina psicossomática: compreender e intervir de forma global e integrada na relação com os pacientes. Em suas palavras:

A abordagem psicossomática hoje se baseia na visão de pessoa como um verdadeiro monobloco psicossomático reagindo a relações, ou, dito de outro modo, a unidade dinâmica corpo-mente-ambiente. É preciso ressaltar o adjetivo dinâmica, que enfatiza a permanente modificação das proporções entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais que compõem o quadro atual da pessoa doente (p. 258).

O mesmo autor explica que tal abordagem tem implicações importantes para o diagnóstico. Este pressupõe necessariamente uma anamnese biológica, que significa estabelecer um diálogo não diretivo, interrogatório; dirigir a atenção para perceber a demanda por trás da queixa (verdade feminina); e o terceiro elemento, do qual depende o sucesso dos outros dois – a postura profissional que favoreça a formação do vínculo interpessoal. Ele afirma:

Trata-se de uma relação de confiança, sinceridade, cumplicidade, respeito, afeto e, principalmente, interesse no que o outro tem a dizer. A principal habilidade do médico para uma abordagem psicossomática correta é estar disponível e atento para ouvir bem (2000, p. 47).

Destaca: “A medicina psicossomática é uma possibilidade séria de resgatar aquele médico que se perdeu entre fios, dígitos e parafusos” (Riechelmann, 2011, p. 274).

Vasconcelos (2011) advoga que exercitemos o paradigma da integração “praticado pela psiconeuroimunologia brasileira” (p. 135). Convida-nos a sonhar com a efetiva asunção do paradigma interciências: biopsicossocioespírito-ecológico, intersistêmico.

Tudo isso para dizer que, rejuntando os elos perdidos, recuperamos a arte da terapêutica; ampliando nosso olhar e nossa intervenção, resignificamos o lugar do paciente, do terapeuta, e a importância do vínculo interpessoal.

Vasconcelos (2000) brilhantemente sintetiza meu desassossego e a minha aposta quando diz:

Não podemos falar de emoções, sem considerar o sistema cognitivo; de fenômenos físicos, sem reações químicas; de processos políticos,

sem influências econômicas; de fé, sem um corpo que a abrigue; de melodia de um instrumento, sem o ar que a difunde; de flores, sem estação; de cultura, sem expressão; de sociedade, sem inconsciente coletivo; de medo, sem instinto de sobrevivência; de razão, sem paixão, de revolução, sem amor (p. 40).

Acrescento da doença sem vontade de saúde; da dor sem o riso; de continuar esse exorcismo de ideias e sentimentos sem a UPI! Ainda assim, as muitas verdades entre o céu e a terra continuarão a existir. Este foi um dos grandes ensinamentos de Shakespeare, cuja função parece ter sido dar vida à nossa mente, permitindo que nos tornemos conscientes do que jamais descobrimos sem ele.

A UPI!: UM ENCONTRO ENTRE O RISO, A SOLENIDADE DA DOENÇA E A VONTADE DE POTÊNCIA

Conta-nos a lenda:

Deméter, deusa da fertilidade, tem uma filha que se chama Perséfone a quem ama muito. Hades, deus do reino dos infernos, rapta sua filha. A deusa sai à procura da filha, mas não conseguiu encontrá-la, fecha-se em sua própria dor e para de rir. Devido à dor da deusa da fertilidade, interrompe-se na terra o crescimento das ervas e dos cereais. A serva Jamba faz um gesto obsceno e a deusa ri. Com o riso da deusa a natureza volta a viver e sobre a terra retorna a primavera.

O trabalho realizado pela Unidade de Palhaçada Intensiva (UPI!) traduz a tentativa de acrescentar ao diálogo com a racionalidade médica ocidental as imagens reais e fictícias do início do texto, imagens de vida presente na dor e no riso dos pequenos pacientes atendidos pelos doutores da UPI! Imagens que nos dizem muito sobre como acolher o convite em direção a uma racionalidade comunicativa, humana. Cada pensamento arriscado, cada história contada, cada argumento gerado espelha essa intenção.

Apenas um ano de existência tinha a UPI! quando do início dessas linhas. Pouco tempo... (um parto talvez prematuro, mas parte das dores das parturientes se deve à incerteza de como o mundo acolherá seu rebento)... Um tempo repleto de histórias, de dores, de cores, de vidas que, olhando para a dor, continuam celebrando o prazer.

Um tempo capaz de iluminar o que ocorre quando o riso se faz presente diante da solenidade da doença; a transgressão que ele pode representar na nossa racionalidade científica, mas também de como ele pode fertilizar novas relações no contexto da doença, novos caminhos na ciência, restaurando a vontade de potência, de saúde, vontade de parir outra realidade.

O riso da deusa restaura a vida em si e fertiliza a vida à sua volta. O riso dos nossos pacientes, o riso presente nos corredores e enfermarias dos hospitais fertiliza a dimensão da vida neles e em todos nós. Foi o motivo de existência da UPI!, mais do que entretenimento, mudança.

Caros leitores, com vocês a **UPI!**

EQUIPE:

DIREÇÃO DE ATORES:

Fernando Yamamoto

COORDENADORES DO PROJETO:

Geórgia Sibeles Nogueira da Silva

Gustavo Wanderley

ASSESSORIA PSICOLÓGICA:

Geórgia Sibeles Nogueira da Silva

ASSESSORIA MÉDICA:

Diana Dantas

ATORES:

Gustavo Wanderley: **Dr. CEM**

Henrique Fontes: **Dr. LABRÔ**

Maria de Jesus: **Dra. DA LUZ**

Renata Kaiser: **Dra. BIELA**

Marco França: **Dr. AMADO**

Fernando Yamamoto: **Dr. SUSHI**

A UPI! nasceu como um projeto do grupo de teatro Clowns de Shakespeare, em parceria com a Unimed. Esta garantia o apoio financeiro e o suporte logístico para sua realização. Os doutores eram atores profissionais, treinados no teatro Clowns, e submetidos a um trabalho semanal de assessoria técnica e psicológica.

O trabalho consistia em: estudos para a construção teórica, filosófica e técnica da UPI!, supervisão dos atendimentos/visitas hospitalares, com estudo e discussões das intervenções, e suporte emocional aos doutores da UPI!, através de um espaço de reflexão e expressão das emoções vivenciadas no trabalho.

A assessoria psicológica treinava, assistia e cuidava dos cuidadores – os doutores da UPI!. Já a assessoria médica servia de apoio aos procedimentos médicos e ao conhecimento das doenças e de suas terapêuticas.

A UPI! atuava em dois hospitais públicos da cidade de Natal-RN – HOSPED (Hospital de Pediatria da UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte) e

em um Hospital Público Infantil, em sua Unidade de Oncologia. As visitas aconteciam uma vez por semana, por uma dupla de doutores acompanhada por um membro da equipe “à paisana” (que registrava toda a visita para o estudo em grupo). Os pacientes da UPI! eram, em sua maioria, crianças portadoras de câncer.

OBJETIVOS

- Utilizar o riso como recurso terapêutico na recuperação, no cuidar das crianças hospitalizadas.
- Colocar os recursos dos *clowns* a dispor das crianças, restituindo a dimensão da alegria em suas vidas.
- Devolver à criança um pouco de controle sobre o corpo e sua vida.
- Favorecer uma atitude positiva e ativa em relação à enfermidade e ao tratamento.
- Favorecer a alteração do clima hospitalar, possibilitando inaugurar outra racionalidade.

O riso, como recurso terapêutico, vem sendo discutido nas últimas décadas. Doutores “palhaços” surgem no mundo todo e inspiraram os doutores da UPI! Não estávamos inventando a roda, mas tínhamos um objetivo claro de como girá-la, ou como girar a cabeça para o outro lado da bandeja – o desejo de contagiar a racionalidade médica ocidental com os ensinamentos dos doutores *clowns*. Os efeitos do riso nos falam de um benefício físico e emocional dos pacientes. E nos falam também de outra maneira de enxergar e praticar medicina – possibilitam a receita para uma autêntica medicina psicossomática.

A esta altura é impossível não fazer a pergunta: **como é possível?**

Antes de falar em procedimentos e resultados, é oportuno indagar: *o riso é terapêutico? Qual a relação entre a técnica do clown ou a racionalidade dos doutores da UPI!, e a racionalidade médica ocidental?* Em outras palavras, como entendemos o processo saúde-doença, como percebemos a apreensão da realidade, que tipo de verdade perseguimos, nos remete às crenças que guiam nossas ações.

O riso como recurso terapêutico

A medicina vem tentando esclarecer os efeitos do riso para a saúde. Somente mediante comprovações científicas o riso poderá ser receitado como panaceia. Esquecemos que, na realidade, ele é um recurso interno a ser despertado, faz parte da dimensão da Higeia, e a comprovação de seus benefícios apenas reforça a importância de reunirmos essas duas faces.

Dar ciência ao riso pode significar a possibilidade de um novo conceito de ciência, que mais uma vez, insisto, pode ser um resgate ao berço hipocrático.

Neste sentido, é oportuno lembrar que Asclepius, pai de Higeia e de Panaceia, possuía um santuário na cidade grega de Atenas, onde os doentes assistiam a espetáculos musicais e comédias. Deliciar-se com piadas era a prescrição. Ler e ouvir histórias engraçadas eram receitas da época. O argumento utilizado era a convicção de que o riso e a alegria aqueciam o organismo, assim como a tristeza contrariava e esfriava o corpo.

A psicossomática moderna, por sua vez, cresceu comprovando a interferência da tristeza, do sofrimento emocional causado por grandes perdas, no aparecimento de doenças. Da mesma forma, a psiconeuroimunologia comprova a dependência do sistema imunológico dos fatores emocionais.

O caminho inverso começa a ser vislumbrado também pela ciência médica, mesmo que timidamente. O resultado de várias pesquisas, dentre elas a de William Fry, vem demonstrar que um dos maiores efeitos do riso é reduzir a liberação dos hormônios associados ao *stress* – o cortisol e a adrenalina. Com menos hormônios desse tipo circulando no organismo, o sistema imunológico se fortalece. Produzidas nos gânglios linfáticos e na medula óssea, as células de defesa do organismo não só aumentam em quantidade como também se tornam mais ativas, com destaque sobretudo para os linfócitos B, responsáveis pela produção de anticorpos, e os T, que detectam vírus ou bactérias (Veja, 2001, Bartolo et al., 2006).

Segundo o filósofo iluminista Immanuel Kant (1724-1804), apenas três coisas podem realmente fortalecer o homem contra as tribulações da vida: a esperança, o sono e o riso. Na Antiguidade, Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.) já via no riso “um exercício corporal de grande valor para a saúde”. Esse reconhecimento geral existe – ainda que os cientistas admitam não saber muito bem como esses benefícios ocorrem e seja difícil comprovar a relação entre diversão e saúde. O principal empecilho para conhecer mais sobre o assunto é o fato de que as consequências mensuráveis da gargalhada, por exemplo, duram pouco mais que alguns segundos. Os efeitos agudos que se seguem ao riso assemelham-se a sua manifestação física – os músculos contraem-se, os batimentos cardíacos aceleram-se e aumentam a pressão sanguínea, a frequência respiratória e a conversão de oxigênio (disponível em: <<http://www.methodus.com.br/artigo/376/rir-e-o-melhor-remedio.html>>).

Na obra *As paixões da alma*, René Descartes (1973) investiga os sentidos das paixões, incluindo a alegria e a tristeza, considerando que há um bem presente que excita em nós a alegria, e o mal a tristeza, quando é um bem ou um mal que nos é representado como nosso.

As reflexões que Descartes realizou no século XVI não se distanciam daquelas apresentadas anteriormente sobre os benefícios do riso e da alegria no corpo humano agora já no século XXI (Matraca et al., 2011).

Muitos estudiosos já aceitam que o riso fortalece o sistema imunológico, estimula as funções cardiovasculares e libera endorfinas que combatem a dor. Norman Cousins deu a largada para as contribuições das propriedades curativas do riso. Nos anos 1960, esse jornalista americano curou-se de uma doença grave através do riso. Escreveu sua

história anos depois, lançando, em 1979, *Anatomia de uma doença*, tornou-se símbolo da terapia do riso e inspirou pesquisas nessa direção.

A partir da segunda metade do século XIX e início do XX, o conceito do riso ganhou forte projeção na produção acadêmica, principalmente no campo da psicologia, com investigações voltadas para a descrição e a fisiologia do riso. No mesmo período, Henri Bérghson lança um dos mais completos estudos sobre o riso (Matraca et al., 2011).

Falar em cura pelo riso pode ser ainda uma interrogação, mas estou convencida de que esta discussão pode contribuir para reafirmar a impossibilidade da separação entre mente e corpo. A tentativa de entender e intervir no processo saúde-doença, demonstrando que a alegria pode suscitar vida; pode aliar-se ao tratamento, devolvendo a dimensão humana da alegria, apesar do momento de dor.

Se sorrimos é porque nos deixamos envolver. Resgatar essa experiência corporal e emocional em um momento de dor, em situações de constrangimento e medo, é por algum instante vivenciar outra dimensão das emoções da vida, vivenciar o prazer.

Nessa direção, Masseti (1998) nos ajuda a entender a recuperação física de nossos pacientes ao pontuar aspectos psicológicos do sorriso. A referida autora afirma que o sorriso pode ser um lugar de ação. Explica que um aspecto importante na recuperação física do paciente está relacionado à energia despendida para lidar emocionalmente com a doença e com a hospitalização. Em tais situações, é demandado um alto grau de elaboração, devido à ansiedade e aos medos, constantemente vivenciados no hospital. O humor aparece como um recurso importante, permitindo que a criança explore fatos que, por obstáculos pessoais, não se poderia revelar de forma aberta e consciente. A energia investida no problema pode ser modificada, propiciando um bem-estar que levará a um melhor enfrentamento da situação. A alegria libera a energia represada e, dependendo dos procedimentos, mais do que liberar, permite transformar a experiência traumática.

O riso funciona como um objeto transicional, representando para a criança a transição da angústia à alegria. Os doutores da UPI! estão à disposição das crianças para exercer essa função. A teoria de Winnicott (1993) sobre espaço funcional e objetos transicionais fortalece nosso pensamento. Ele diz que o espaço funcional é a área onde o fenômeno lúdico opera, diz respeito à existência de uma região de potencialidade – universo simbólico – capaz de promover o estabelecimento das relações do sujeito com a realidade. Diz ainda que “o objeto transicional constitui uma defesa contra a ansiedade, especialmente a ansiedade do tipo depressivo” (p. 392).

Fica claro que a criança, em sua brincadeira, seja com sua boneca particular, seja em uma interação de ludoterapia, ou na interação com os doutores da UPI!, está atuando com objetos transicionais, fazendo uma catarse de seus problemas e equilibrando suas emoções.

Klein (1993), estudando o brincar, também concluiu que as crianças sentem um prazer muito intenso em suas brincadeiras, não apenas pelo prazer, “mas também porque aí encontram um meio de dominar sua angústia” (p. 86).

Rir movimentava as nossas emoções positivas. Poder trazer essa experiência corporal e emocional no momento da doença é tocar na centelha de vida que pode ficar embotada na estrutura hospitalar. E, como gritou Nietzsche (s/d): “onde encontrei um ser vivente, lá encontrei vontade de poder. E este mistério segredou-me a própria vida: ‘Veja’, disse ela, ‘eu sou aquela que tem de superar a si mesma’” (p. 147).

Do ponto de vista de Nietzsche, a vontade era o elemento fundamental em todo o universo. Mas ela não pode ser pensada como o fizera Schopenhauer, como um ímpeto cego, desprovido de finalidade. Para ele a vontade por determinar o surgimento e a transformação de todo estado de coisas possui uma qualidade fundamental: ela é vontade de poder. Que significa vontade de crescer, de vir a ser, de criar. O riso, portanto, devolve a vontade de potência, no sentido nietzscheano. Remete a criança à vida que ela tem em si; ao encontro e à possibilidade de superação. Para a criança ou adolescente, rir, mais do que efeito de um entretenimento, é fazer circular vitalidade e, para a instituição, essa vida em ação pode suscitar mudanças.

E Wuo (2000), por sua vez, especifica:

O ato de sorrir movimentava dimensões positivas, e a isso chamamos o riso de suscitador da vida. O riso nasce naturalmente fazendo parte de um ciclo. Nasce abalando as estruturas, movimentava o nosso lado errante (...) quando sentimos o movimento do riso em nosso corpo, aliviávamos uma porção de constrangimento, de contrações, e esse mover uma estrutura corpórea pode mover uma estrutura social debaixo de uma lona de circo, em teatro ou hospital (p. 67).

Para acessar a alegria, o prazer no processo saúde-doença e em nossa prática profissional, é preciso abraçarmos “o sonho da psiconeuroimunologia brasileira” (Vasconcelos, 2011): a integração de ciências duras, modernas, pós-modernas, saberes populares e espiritualistas.

“Racionalidade” do *Clown* X Racionalidade Médica Ocidental

O riso permite demonstrar o quanto nossas emoções podem mudar de lugar – da dor ao prazer, da tristeza à alegria; o quanto a seriedade pode dar lugar à descontração, o quanto é possível mudar, inverter. Ele movimentava o corpo físico, sim, mas também o social. É exatamente porque ele ilumina vulnerabilidades, através de sua lógica subversiva, e aponta outras possibilidades, que foi proibido na Idade Média.

Humberto Eco (1983), em *O nome da rosa*, retrata a problemática do riso e do cômico. O riso foi condenado na Idade Média pelo Clero; era considerado coisa do demônio, heresia; como também era proibido na literatura. Enfim, conhecer o mundo por outra lógica não era permitido. A Inquisição não permitia nada que contrariasse as regras divinas. A risada denota senso crítico, fantasia, distanciamento do fanatismo e,

assim, a possibilidade de quebrar regras. Denota um tipo de poder que o poder constituído vai temer e, conseqüentemente, reprimir.

Portanto, dar passagem ao riso no hospital é dar passagem também a alguns ruídos. Vamos entrar um pouco na lógica do *clown* para podermos apreender seus ensinamentos e entendermos como os nossos doutores da UPI! se utilizam da lógica *clown* para exercerem sua função terapêutica enquanto médicos; exatamente porque suas palhaçadas ultrapassam a função do entretenimento, do humor e, desta forma, podem gerar ruídos e até mudanças.

Clown se traduz por “palhaço”. Apesar de palavras de origem diferente, as duas confluem em essências cômicas. Ele tem suas raízes fincadas na ingenuidade e pureza, sendo, portanto, puramente humano. Conhece a sua própria fragilidade, mas acredita que pode enfrentar e mudar o mundo para melhor.

O Doutor *Clown* sente que tem empatia pela dor de seu paciente, mas sabe que sempre pode fazer algo, pode cuidar do sofrimento dele; ele se coloca à disposição deles para lidar com sua dor e resgatar sua alegria. Ele enxerga sempre a essência de uma criança, que é a sua alegria e não a doença, o seu prognóstico. Já em seu diagnóstico, está preocupado em como tocar nessa dimensão da criança. Como acender sua Higeia, seu potencial interno de saúde, vida, prazer.

Tem em comum a lógica do raciocínio não linear. Ele se relaciona com a realidade de uma forma bastante complexa, inventando sempre novas saídas. Ele quebra com a lógica do previsível, ao propor soluções novas, como, por exemplo, receitar *rizoel* para uma enfermeira, dar um *adesivo calmante* para um pai nervoso, transformar uma *meia em anestésico*, estimular a fantasia das crianças receitando o uso do *adesivo da fome*. Em outras palavras, a realidade das crianças hospitalizadas passa a incorporar novos elementos para seu enfrentamento. Através da espontaneidade, ele espelha o que está vendo, permitindo que os fatos sejam percebidos a partir de novos enfoques, ampliando nossa percepção.

Masseti (1998) pontua:

Uma das características da atuação dos *clowns* doutores é transformar qualquer acontecimento em um recurso para o seu trabalho: um enganchar de porta, um tropeço, um ‘não’, tudo é incorporado como oportunidade e é canalizado para a linguagem humorística. Essa capacidade carrega em si uma metáfora importante, em se tratando de doença e hospitalização: a de que é possível transformar a dor e o sofrimento (p. 56).

Colorir de sorrisos os hospitais é uma forma de transformar o sofrimento, de introduzir elementos de humanidade nas relações entre equipe de saúde, pacientes e familiares. É a quebra da solenidade da doença, é a troca da dor pelo sorriso. É a permissividade para as emoções, mas como timidamente comentou uma enfermeira:

“se ela continuar vai contaminar tudo”. Ela se referia à colega continuar cantando um *funk* enquanto aplicava injeção e a consequente contaminação de alegria por toda a enfermaria. O *funk* foi criado pela enfermeira M., quando auxiliava o Doutor Amado e Dr. Sushi em uma visita e foi batizado como o “*Funk da enfermeira*”.

O episódio demonstrou o quanto, no hospital, principalmente nos que tratam de doenças graves, existe uma solenidade em torno da doença, permeada por seriedade e tristeza. Nietzsche dizia que “o ensinamento da arte é encontrar prazer na existência” (1991, p. 61). Os nossos doutores da UPI! buscavam inserir e reintroduzir esse elemento na vida de todos que circulam no hospital. Trata-se de um recurso a mais, mas que sem dúvida contamina a todos.

Ele nos diz ainda sobre o caminho que impregnou a racionalidade científica ocidental:

A ciência repousa sobre o mesmo chão que o ideal ascético: um certo empobrecimento da vida é aqui como lá, o pressuposto das emoções tornadas frias, o tempo tornado lento, a seriedade impressa nos rostos e gestos (p. 101).

FRAGMENTOS DA UPI! ALGUNS PROCEDIMENTOS E RESULTADOS

Os doutores da UPI! utilizam-se de vários recursos artísticos, dentre eles a música, a mímica, a técnica *clown* à disposição dos pacientes, equipe e familiares. Eles acessam a imaginação e a fantasia das crianças, possibilitando a catarse e a elaboração de momentos difíceis, por meio da criatividade, do improviso, mas também por meio de procedimentos estudados para servirem como objetos transicionais capazes de amenizar tensões, medos e ansiedades pré-cirúrgicas, por exemplo. Neste sentido, eram realizadas cirurgias imaginárias, onde as crianças manipulam a parte doente (massa de modelar retirada de seu corpo) e são levadas a acreditar que outro “doutor” vai apenas fechar a operação já realizada.

As clássicas *cirurgias do nariz* para trazer felicidade contam sempre com outros pacientes como assistentes; a *prescrição do uso do nariz vermelho*, que se usado três vezes ao dia traz felicidade; a *fita métrica para medir a pressão* e a *meia de chulé anestésico* fazem parte de rotinas desses médicos. Bem como o *pato purific*, que purifica a região que vai ser cirurgiada, o *gorila que suga a dor*, o *adesivo que dá fome de leão*, o *adesivo calmante* para pais irritados, *brincadeiras de assistente de médico* e prescrições diversas.

Cada qual se dá conforme a demanda individual do paciente consultado, da enfermaria como um todo ou de um membro da equipe ou familiar, sendo acompanhadas muitas vezes de *músicas* criadas por um dos nossos doutores – Doutor Amado –, inspirado na realidade vivenciada pelas crianças e em nossos procedimentos. Nos casos em

que o silêncio se faz necessário, a mímica é um grande aliado. O que interessa é que para eles todos estão dentro de possibilidades terapêuticas.

O MUNDO VERMELHO

Vamos começar a transformação
 É muito divertido, não tenha medo não
 Em cima da sua boca, em baixo dos **oião**
 Colocando cor repetindo esta canção
 O mundo na ponta do nariz
 Todo mundo é vermelho
 Vermelho pra quem é feliz
 E eu quero te ver feliz
 Com o mundo na ponta do nariz
 Surge da maleta a voar voar voar
 O pato de borracha que vem purificar
 A nossa anestesia é uma meia com chulé
 Que o Doutor Palhaço tirou do pé

Refrão

É chegada a hora da consulta terminar
 E um nariz vermelho eu vou colocar
 De frente pra um espelho você vai olhar
 Três vezes por dia a tristeza passará
 UPI!

Outro aspecto importante dos procedimentos é buscarem resgatar a autonomia, a atividade e a possibilidade de escolha (até o não participar de uma brincadeira) em um espaço onde eles têm de permanecer passivos.

Cabe destacar que os doutores da UPI! eram solicitados por enfermeiros e médicos para ajudarem em procedimentos de outros médicos. Familiares remarcavam exames nos dias que os doutores da UPI! trabalhavam, para também terem seus filhos consultados por eles. A equipe solicitava que os doutores da UPI! trabalhassem mais dias. Por tudo isso, podemos também sorrir e falar em resultados para os pacientes, familiares e para a instituição hospitalar.

Assim como embaixo da lona do circo todos são envolvidos pelo riso; no hospital, os cuidadores (equipe e família) também têm seus ganhos quando o riso colore o dia a dia. Apesar de esta reflexão sobre a UPI! enfatizar em primeiro plano os pacientes, são inegáveis os ruídos e aprendizados da equipe, bem como o contágio prazeroso das mães ou pais ao verem o sorriso de seus filhos ou eles próprios experimentarem tal dimensão da vida.

Valle (2001) pontua:

As mães precisam da esperança para conseguirem viver o cotidiano de ter um filho com câncer. É a esperança que lhes dá a condição de realizarem as tarefas físicas e emocionais que sua vida pessoal e familiar requisita nesses tempos difíceis (p. 60).

Em meio a tanto sofrimento, expectativa, mobilização de esforços, incerteza que permeiam o cotidiano das famílias que têm um filho com câncer, os doutores da UPI! levam junto com o sorriso a esperança e o cuidado.

Chiattonne (1996) também nos convida a continuar seguindo essa direção quando revela:

É de fundamental importância não só para a criança, mas também para a sua família que recebam da equipe de saúde o apoio necessário para enfrentar todo o processo de doença e morte, pois o manejo de crianças terminais inclui a adaptação fisiológica e médica e a adaptação psicológica e existencial à situação traumática em si. E é nessa adaptação psicológica e existencial que entram em jogo sistemas intrapsíquicos complexos constituídos pelos subsistemas dos pacientes, familiares e também equipe de saúde (p. 135).

Pesquisas diversas (Mitre e Gomes, 2007; Savoy, 2007; Mussa e Malerbi, 2008; Oliveira, 2008; Motta e Enumo, 2010) vêm comprovando o efeito terapêutico do riso, da atividade lúdica, sobre o estado emocional e as queixas de dor de crianças hospitalizadas.

Nessa direção, vejamos alguns fragmentos de nossos resultados:

- **MELHOR ACEITAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ROTINA E EXAMES**
- **MELHOR COLABORAÇÃO COM A EQUIPE**

O clima antes era de apreensão. Com a UPI! elas [as crianças] ficam mais receptivas aos procedimentos. 'Os médicos da alegria' não só aliviam o sofrimento, como facilitam o nosso trabalho. (AMG – psicóloga do Hospital VS)

F., O MEDO E A CIRURGIA

“F nos chamou [Dr. Sushi e eu, Dr. Labrô] e disse que estava com medo da biópsia que tinha que fazer no outro dia. Então com a ajuda de P [outro paciente], fizemos a cirurgia um dia antes, tirando um pedaço da massa de modelar [que seria a parte da biópsia], de manipular, brincar e depois deixamos um adesivo no local para o médico substituir pelo ponto. F ficou bem tranquilo e soubemos pelas enfermeiras na outra visita que ele foi bastante calmo e confiante para a biópsia.”

DR. LABRÔ

O relato de Dr. Labrô ressalta que intervenções dessa natureza amenizam a ansiedade e o *stress* do paciente, e favorecem o bom andamento do exame. Além do fato de que toda caricatura cômica feita para a realização da “tal cirurgia” rende muitos sorrisos.

➤ INAUGURA EXPECTATIVAS POSITIVAS, ALEGRES NA ROTINA DO HOSPITAL

As crianças hoje já amanheceram animadas dizendo que os doutores palhaços vinham. Eles cooperam mais. (*Enfermeira do Hosped*)

Dr. Sushi, eu vim agradecer e elogiar o trabalho de vocês, pois o paciente J só deixou eu fazer o exame quando eu disse que vocês iam chegar e queriam ver o resultado. (*Médica residente*)

➤ DIMINUIÇÃO DO STRESS DAS CRIANÇAS E DOS CUIDADORES (PAIS/EQUIPE)

É muito bom saber que hoje vocês trabalham. (*Mãe*)

O clima fica muito descontraído, a gente pode sorrir. (*técnico de enfermagem*)

➤ POSSIBILIDADE DE AUTONOMIA E ATIVIDADE NO COMPORTAMENTO DOS PACIENTES

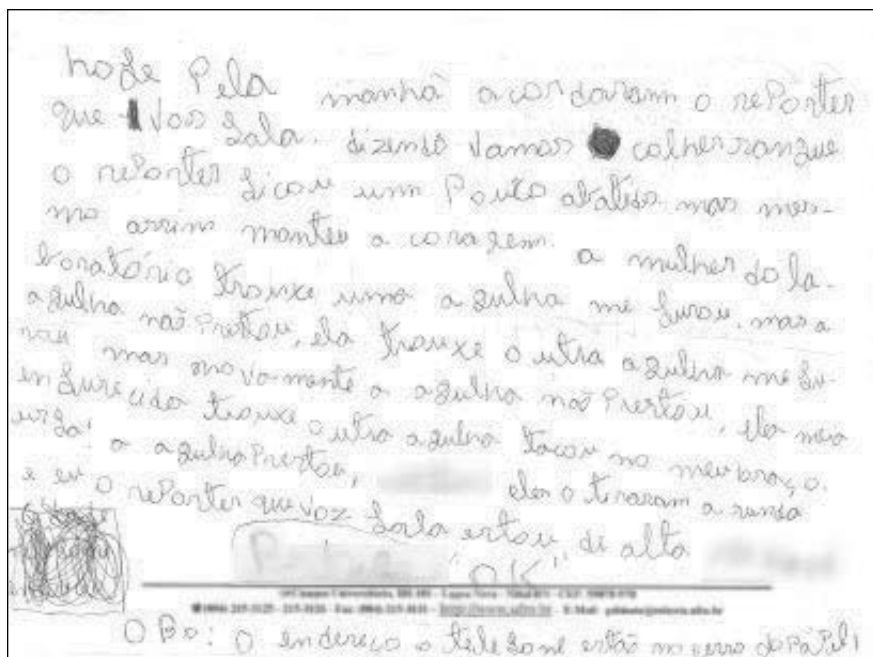
OS ZÉS, OS MÉDICOS E OS RUIDOS

"(...) O fato de termos três 'Zés' na enfermaria nos fez batizar a 'enfermaria dos Zés'. Começamos, já que eram crianças um pouco mais velhas, a conversar sobre o cotidiano do hospital, e por acaso acabou surgindo a questão do comportamento dos médicos. Começamos a interagir com eles, simulando como um médico deveria ou não cuidar de seus pacientes, desde a entrada nas salas, o cumprimento, a abordagem às crianças, enfim, eles iam nos dizendo como fazer, e nós íamos reproduzindo. Algumas vezes eles faziam, e acabavam fazendo como os médicos fazem ao falar com eles. Muitas vezes chegando sem cumprimentar e já perguntando: E aí? Fez cocô hoje? Fez xixi? E nós, ao perguntarmos se eles [as crianças] não cumprimentavam os médicos, muitos deles disseram que sim e eles nem respondem. Foi muito boa a intervenção, todos se divertiram muito e se expressaram à vontade – um completava o outro ou tomava a vez. Disseram uma série de sensações e desejos que têm, de como gostariam que fossem, como gostariam de ser tratados... Exageramos as falas, levamos as atitudes dos médicos ao extremo e encenamos com eles bem alto (tipo: o médico chega e não cumprimenta, as crianças, sob nossa orientação diziam: 'Bom dia, doutor!', ele não respondia se virava e perguntava: E aí? Cagou hoje? Mijou?), e as crianças se deleitavam com isso! Em alguns momentos as crianças devolviam a pergunta: E o senhor cagou? O deleite era maior, maior. Haja catarse!"

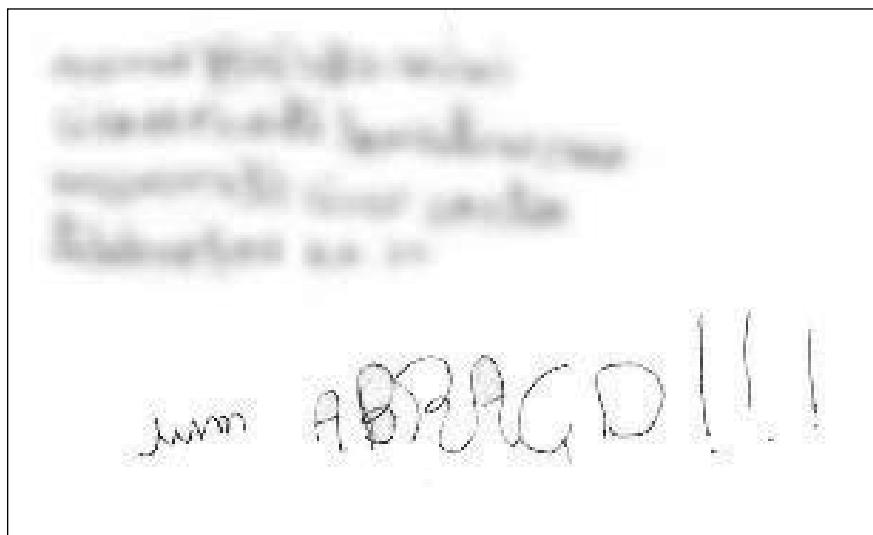
DR. AMADO

Nesse relato fica evidente que a presença dos doutores da UPI também espelha ruídos, que podem servir de luz para outros caminhos, para outras formas de relação terapeuta-paciente, se puderem ser comunicados.

É indiscutível também o efeito terapêutico da catarse realizada, bem como a vivência ativa dos pacientes.



VERSO:



* Hoje pela manhã acordaram o repórter que vos fala dizendo ‘Vamos colhar sangue’. O repórter ficou um pouco abatido, mas mesmo assim manteve a coragem. A mulher do laboratório trouxe uma agulha, me furou, mas a agulha não prestou; ela trouxe outra agulha, me furou, mas novamente a agulha não prestou. Ela meio enfurecida trouxe outra agulha, tacou no meu braço (...) A agulha prestou (...) eles o tiraram a (...) e eu o repórter que vos fala estou de alta.

O repórter em questão é paciente do Dr. Labrô. Recebeu a prescrição para relatar os acontecimentos após consulta, pois ele gosta muito de escrever e como estava com ‘tristite’, animou-se com tal prescrição.

O garoto de forma prazerosa torna-se ativo no contexto do seu tratamento e denuncia sua percepção em torno da interação a sua volta. Mais uma vez temos a possibilidade de refletirmos sobre nossas atitudes enquanto profissionais de saúde.

➤ **RESSIGNIFICAÇÃO DE ALGUMAS PRÁTICAS HOSPITALARES NO APRENDIZADO COM OS DOUTORES DA UPI!**

M, O VIDRO E O CARTÃO TRAVESSEIRO

Chegando à oncologia, qual foi a minha surpresa, mesmo tendo tido uma ‘meia informação’ a respeito de M, ao ver a mãe – e o pai, que eu nunca tinha visto antes – estava na antesala, lavando as mãos, antes de entrar no espaço em si. Ela estava no isolamento, junto ao P, outra criança muito especial para mim, cujo tumor se desenvolve na área de um dos olhos, e que não reconheci de cara, por estar deitado para o outro lado. Enfim, voltando a M, pude ver uma emoção muito grande nos olhos da mãe, também velha conhecida, e do pai, com quem nunca havia encontrado (mas esse brilho denunciou que ele já havia ouvido falar do Dr. Labrô e do Dr. Cem), uma alegria em nos ver por lá: foi muito forte! Ao ver M pela janela, numa enfermaria cujo acesso nos foi naquele momento negado, me surpreendeu o seu estado debilitado, muito magra, mais frágil ainda do que o normal, mas o seu sorriso – revelado depois pelos pais que não acontecia há um certo tempo – e o esforço descomunal para levantar seu braço e nos dar tchau, foi algo muito especial, confirmou uma relação muito forte, apesar de ter sido construída devagar, com dificuldades. Como não podíamos entrar, eu fazia mímica, tentava comunicar com o olhar, então resolvemos mandar um cartão com uma dedicatória muito carinhosa, verdadeira e do fundo do coração para ela. Avisamos que voltaríamos à janela mais tarde, após passarmos pelas outras enfermarias, quando o fizemos, já no final da visita, pude ver a cena maravilhosa de M, dormindo ao lado do cartão, quase que um travesseiro, me pareceu ter sido muito especial para ela. Pra mim com certeza foi... Poderia ser a última vez que estaria a vendo assim de longe, sem poder tocá-la, trocar uma palavra com ela.

DR. SUSHI

No relato desse ator ao descrever a visita do doutor da UPI! vemos uma pessoa humana por trás do doutor, vivenciando os sentimentos provocados pela eminência

da morte do outro, enfrentando esse sentimento com atitudes de carinho, afeto, possibilidades terapêuticas pouco usadas, mas eficientes no cuidar daquele que sofre. No silêncio e na distância física, a presença humana de nossos Drs. Sushi e Amado.

A ENFERMEIRA DO FUNK E A SOLENIDADE HOSPITALAR

“Um episódio foi especial. Com F, quando ele estava com medo de tomar a injeção. Pedimos que ele nos dissesse uma música que gostava, e ele atacou de funk. A enfermeira que acredito é a legítima enfermeira do funk nos acompanhou, cantou, dançou. Fizemos uma coreografia que virou hit no hospital, e o melhor – enquanto M aplicava o remédio o pequeno F dava gargalhadas, sem nem sentir a picada ou o líquido.”

A versão criada pela enfermeira começava assim: “Só uma injeçãozinha não dói, uma injeçãozinha não dói”. “Todos os pacientes só querem receber injeção acompanhada por música e show coreografado.”

DR. LABRÔ

Apesar dos insistentes pedidos das crianças e dos doutores da UPI!, a enfermeira do funk não cantou e dançou mais como “naquele dia”. Em uma outra ocasião em que a UPI! pedia, ela timidamente cantava, mas com o cuidado para não contaminar o ambiente. Como já relatou outra enfermeira (fato já descrito anteriormente): “não pode, se não contamina o ambiente”. Retratando o culto à tristeza e à solenidade da doença na instituição hospitalar e a consequente não permissividade ao riso.

Inspirado pelos constantes sofrimentos de nossos pequenos pacientes, diante da dificuldade de a equipe de enfermagem ‘pegar’ suas veias, Dr. Amado cria a música VEIA BAILARINA.

VEIA BAILARINA

Corre, salta, pula, pega a veia bailarina
 Levaça menina querendo brincar
 Pega, tica, esconde, cara de careta
 Veia bailarina você vai dançar
 Venha, me ajuda, leva no corpo um pouco da vida
 Que falta pra esse amiguinho brincar

Você hoje tá sapeca e voa como uma peteca
 Mas onde você for menina eu vou

Refrão

Vamos fazer diferente quem se esconder agora perde
 É o bobo, quem aparecer é o rei
 Nessa brincadeira ganha quem gosta de ser companheiro
 E dar as mãos na roda pra dançar

Refrão

MARCO FRANÇA E CLEUDO

F, DENTRO OU FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Estávamos no final do plantão, eu e Dra. Biela Balela, quando pedimos permissão para entrar no quarto de F, que estava, com a ajuda da mãe, terminando de comer seu jantar. Havíamos sido avisados deste paciente quando entramos no hospital no começo do plantão, ele estava em estado terminal e teve de ser colocado no isolamento para evitar o sofrimento de outras crianças (estranho, eu pensei, e o quanto isso não afetaria ele nesse finzinho de sua breve vida?), mas não lembramos desse detalhe quando entramos na enfermaria. F não conseguia controlar muito bem os movimentos dos braços, nem tinha forças físicas para ficar em pé ou sentado, mas sua vontade de viver saltava pelos seus olhos e dançava pelo quarto inteiro.

Dra. Biela notou que ele gostava de ler histórias em quadrinhos e conseguiu um canal de comunicação pelos heróis das histórias, eu aproveitei para conversar com a mãe que, acabei descobrindo, era do mesmo interior que eu havia visitado recentemente e conhecia o mesmo senhor em cuja casa eu havia me hospedado. Pronto, depois de 5 minutos éramos velhos conhecidos e já combinávamos um café da tarde, quando Dra. Biela chamou minha atenção para o suco que havia sido deixado intacto na bandeja. F logo disse que não gostava de suco de acerola mas que havia gostado muito do peixe servido no jantar, era uma pena não haver mais. Na mesma hora nos olhamos e tomamos uma decisão que não sabíamos quais as consequências, mas decidimos assumir os riscos. Iríamos buscar mais

peixe e trocar o suco de F. Saímos da enfermaria e falamos com as enfermeiras e nutricionistas, perguntando como e se poderíamos levar o jantar, que já havia se transformado, no prato francês para o Sr. F. Depois da resposta positiva fomos à cozinha e eu fiz questão de repassar a homenagem ao cozinheiro que ficou muito feliz por seu peixe ter sido bem aceito. Conseguimos trocar o suco de acerola por um de goiaba e colocamos junto ao peixe em uma bandeja coberta, formando o prato especial levado pelos doutores – garçons franceses. Quando chegamos na enfermaria preparamos um ambiente digno do jantar Francês do Sr. F e quando a bandeja foi descoberta, os olhos do nosso senhor de 12 anos ficaram mais azuis e no meio de um sorriso ainda inédito na visita, ele disse: “Agora vai ficar bom”. E sua mãe reforçou: “É meu filho, coma que você logo vai ficar bom”.

DR. LABRÔ

Ele não ficou bom, mas alimentou-se na véspera de sua morte com um apetite e felicidade como nos tempos de saúde. Houve intervenção terapêutica, porque os doutores da UPI! acreditam que sempre é possível cuidar.

Naquele instante ele foi feliz, o TUM TUM do tambor da vida bateu mais forte, e mais uma vez inspirou Dr. Amado a criar mais uma música para nossa UPI!.

TAMBOR DA VIDA

Hoje em silêncio eu ouvi um TUM TUM
 Que surpresa tão boa amigo
 É o som vivo do meu coração
 O TUM TUM do tambor da vida
 Em nosso peito ele mora
 Bater é sua missão
 Ponha a mão no peito e sinta
 A festa do coração
 TUM TUM TUM TUM faz o meu coração
 Bate feliz todo dia
 É o tambor forte da canção
 Canção da minha alegria

Dentro de nós ele toca
 A vida com alegria
 Vamos entrar meu amigo
 Na festa do coração

Marco França e Cleudo

K, E A SUPERAÇÃO DO DOUTOR

K me assusta de primeiro, não consigo ver, não consigo me aproximar, me dirijo a outros. Insisto. Olhá-lo me dói. Dirijo-me a outros. Decidi vê-lo, chegar mais perto. Lembrei dele nos tempos mais agitados. Era ele que não deixava a minha maleta quieta. Adora os meus sons (lógico não podia ver com os olhos). Eram sons e táto.

Peguei na maleta, me aproximei, mas ele não respondia, estava encolhido, parado, frágil como nunca o tinha visto. A mãe o segurava carinhosamente, proteção. “Etã, que menino lindo, olha meu filho o doutor palhaço, lembra como você gostava de mexer na mala dele?”.

Não respondia, peguei a maleta, barulho. “Pega meu filho, olha o chocalho, balança. Fica curioso. Pega o chocalho, balança, larga, pega a tartaruga. Começo a fazer sons, o da tartaruga, o do binóculo, o do puma, o do veado. Como era o som do veado? Penso... Sei lá, fiz um cavalo! O chocalho era barulho, mas vinha com uma música produzida por mim. Várias crianças começam a se aproximar, tento dividir-me. Encolheu, parado, frágil. Perdeu os gestos de vida que me fizeram lembrá-lo. Começou a chorar, retraído. Não quis brincar mais. Fechei a mala preferi não dar mais atenção às outras, me dirigi a ele.

Resolvi, mesmo, me fechar aos outros. De relance, pensamento: o chocalho deveria ser dele:

- Tenho um presente pra você! (era o chocalho) – ele chorava.
- Olha meu filho, o chocalho que ele quer dar a você! – fala a mãe.
- Oh! Eu quero muito que você receba este meu presente.

Coloquei perto dele, comecei a cantar aquele barulho do chocalho.

- Ah, tã mais chato agora. Este chocalho da alegria, mas eu não consigo escutar o chocalho agora. Ficaria tão mais gostoso se você tocasse.

Canto novamente. O chocalho começa a balançar, aos poucos, mas com vida. Canto com alegria, mais vivo (ele balançava o chocalho, ele cantava através do chocalho).

Prescrevo à mãe a música do acompanhamento do chocalho. Ela canta comigo, vejo como é interessante esta mãe. Era ainda mais vivo. O chocalho acompanhava freneticamente a minha canção.

Ele leva o chocalho. Fico feliz com a intervenção, mas sinto que haverá pouco tempo.

Ele precisa ir.

DR. CEM

Dr. Cem realiza essa intervenção na sala de espera de exames na Oncologia do Hospital Varela Santiago. Lida com sua dificuldade inicial, entra em contato com ela e a transcende, pois, para ele (*Clown*), a essência da criança é a possibilidade do brincar e sua função é resgatar essa energia.

Por trás do *Clown* está um ator que é tocado pela dor de seu paciente, por sua aparência forte (ele não possuía os dois glóbulos oculares), mas esse doutor é trabalhado para esse enfrentamento em sua supervisão, ele também é cuidado.

O fragmento a seguir mais uma vez revela a busca pela condição de enfrentamento de realidade dolorosas por esses doutores, mediante o trabalho de supervisão. Cabe lembrar a ausência de trabalho nessa direção para os nossos médicos não *clowns*. Trabalhos que remetam ao fato de sermos tocados pela dor de nossos pacientes.

DR. CLOWN, A DOR E A SUPERVISÃO

“O tumor realmente tinha um aspecto muito assustador, era uma deformidade. Sequer chegou a aparecer para os olhos do Dr. Sushi! Sequer consegui enxergar outra coisa que não fosse uma criança expressando sua alegria, sua vontade de brincar. Saí dali realizado, não acreditando como a deformidade estava, mas não estava ali. Como só conseguia ver a criança que estava feliz com os doutores da UPI! Naquele momento vi que a teoria e as técnicas que trabalhamos transformaram-se em prática no hospital.”

DR. SUSHI

Ambos os relatos enfocam a necessidade de cuidarmos dos cuidadores e reafirmam que é possível aprender com a UPI!, que as nossas dores, ou como os pacientes nos tocam, encontrarão sempre uma forma de expressão, que pode não ser o distanciamento.

(IN) CONCLUSÃO

Não me venha com conclusão
A única conclusão é morrer.

FERNANDO PESSOA

“Vamos começar a transformação. É muito divertido, não tenha medo não.” É o que diz a primeira canção da UPI! É o convite lançado por seus doutores, diante de uma sociedade marcada pela negação da morte, que não reconhece o prazer como fonte de saúde, que vive sob o signo da poderosa medicina tecnológica, onde qualquer ruído é atacado de forma que a ordem seja estabelecida.

É em meio à solenidade da doença, à seriedade e tristeza inculcadas no ambiente hospitalar, à busca pela imortalidade e a expulsão dos afetos, elementos vitais para a sobrevivência da racionalidade médica ocidental, que os doutores da UPI! aliam-se ao tratamento, espelham nossas práticas, nos apontam uma medicina psicossomática, nos seduzem à assertiva de que, somente reinserindo a dimensão da morte (dor) e do riso podemos reinventar a realidade hospitalar e descobrir o que a racionalidade tradicional teima em ocultar.

Para isso, precisamos de cientistas “contrabandistas de saberes”, capazes, como diria Morin (1996), de promover uma *reforma do pensamento*. É preciso fazer dialogar as áreas e disciplinas fragmentadas pela ciência e pelo pensamento simplificador/disjuntor. *É preciso religar homem e mundo, sujeito e objeto, natureza e cultura, mito e logos, objetividade e subjetividade, ciência e arte* (grifo meu).

Neste momento gostaria de me despedir do texto buscando mais uma vez oxigênio para meu desassossego. As metáforas realizam esse feito.

Abrem o caminho Deleuze e Guattari (1992), os quais propõem a imagem do Homem, sob um guarda-sol, no qual pintou o firmamento. E, ao olhar para cima, confunde o firmamento com a pintura no guarda-sol. Ele faz isso porque quando olha para o Universo depara-se com a sua limitação de compreender o que vê. Mas é justamente nesse momento que os referidos autores propõem que filosofia, ciência e arte rasguem o guarda-sol, e o homem se aventure a olhar sem tal proteção, para fazer passar um pouco de caos livre e tempestuoso.

Eles nos ensinam que o caos existente no interior de nossos sentimentos, que o enfrentamento da morte, da dor e do delírio prazeroso, além de não nos destruir, é a trilha possível para perceber a realidade. Um conhecer que junta as três filhas do caos – arte, filosofia e ciência.

Penso que esse caminho só pode ser trilhado se o nosso pensamento praticar o *abraço*, como nos seduz Almeida (1998). Saber praticar o abraço é promover a dialógica entre a universalidade e a singularidade, é exercitar uma estrutura mental aberta ao acolhimento e à hospitalidade, mas também às ruínas e à desordem. “O abraço é a aptidão para empreender a partilha, o consolo, a solidariedade, o afeto. Abraçar é prover, pela relação dos corpos, a dialógica dos espíritos” (p. 6).

Aquele paciente de HIV positivo faleceu grávido de um abraço de seu médico; enquanto o personagem Johnny sentiu sua alma abraçada nos gestos silenciosos da enfermeira. E as cenas reais vivenciadas pelos pequenos pacientes dos doutores da UPI! nos ensinam a reencontrar o que há de mais humano em nós. Primeiro passo para rasgar o guarda-sol e inventarmos outras verdades, inventarmos uma **racionalidade humana, demasiadamente humana**.

A cena póstuma da UPI! fala por si sobre as possibilidades de reinvenção da racionalidade médica, do enfrentamento da morte, da saúde, de novos sujeitos, da vida.

CENA PÓSTUMA DA UPI!

Estávamos eu, a mãe de J., e ele, quando o Dr. Hermes entrou. J. está com um câncer linfático muito avançado, controlamos suas dores. Ele é muito esparto e aguenta bem, mas não tem muito tempo. Nesse dia ele estava muito triste, sem se comunicar, o que não era comum apesar de tudo. Vi no semblante do Dr. Hermes que ele se surpreendeu. Inclusive depois de examiná-lo puxou muita conversa (o que ele fazia raramente, ele é um ótimo médico! É que corre muito e o tempo é curto, né?). De repente já na porta Dr. Hermes diz: ‘J. diga uma coisa que lhe deixaria feliz?’ No mesmo instante o garoto se ajeita na cama e responde: ‘eu queria ir para o recreio no meu colégio, queria morrer lá’ (disse baixinho esse final). Acho que todos escutamos embora fingimos não escutar. O garoto insiste: ‘eu não vou ver mais meus amigos?’. Dr. Hermes, depois de ficar em silêncio mexendo no prontuário, pede a J. que por favor não fique triste que ele vai ver, e sai pedindo que eu o acompanhe. Ele estava visivelmente aflito, disse que o garoto precisava ser ajudado, que a febre era emocional e que estava com o peito doendo com aquela cena. Pedi que eu chamasse a Psicóloga urgente para ver J. Depois perguntou pela UPI!. Eu disse que a UPI! não trabalhava mais, e comentei vários episódios a que assisti e ele foi melhorando. Daí eu disse que achava que os doutores palhaços organizariam um recreio com toda a equipe, e ele falou: mas e os amiguinhos? Em poucos segundos ele volta a enfermaria e diz: J. você vai ter um recreio

com seus amigos aqui, topa? O garoto explodiu de felicidade com os olhos e balançava a cabeça sem parar. Vocês acreditam que ele mesmo falou como os pais, a professora e os amiguinhos vieram? Eu quase não acreditei, foi uma farrá. Foi lindo!!! Ah! E ele lá, superfeliz me disse: Higeia, estou tão feliz que parece que salvei essa criança, você entende? J. ficou conosco mais três dias sem febre, com a dor controlada, e morreu com seus familiares e as fotos do recreio do lado. Dr. Hermes demorava com ele todos os dias. Antes parecia que ele tinha medo de o paciente morrer quando ele estava lá. Esse medo muitos de nós temos.

Enfermeira Higeia (quase dois anos depois do trabalho da UPI! ter sido suspenso).

“Não quero ter a terrível limitação de quem vive apenas do que é passível de fazer sentido. Eu não: quero é uma verdade inventada”.

CLARICE LISPECTOR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. *Complexidade e ética como estética de vida*. Palestra conferida no Congresso Internacional pelo Pensamento Complexo. Rio de Janeiro, 1998.
- ANGERAMI, V. A. (org.). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira, 2011.
- BARTOLO et al. *Humor comprehension and appreciation: an MRI study*. In: Journal of Cognitive Neuroscience 18, 2006, n. p. 1789-1798.
- BLANK, N. *O raciocínio clínico e os equipamentos médicos*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1985 (dissertação de mestrado).
- CAMARGO JR., K. *(Ir)racionalidade médica – paradoxos da Clínica*. In: PHYSIS, *Revista de Saúde Coletiva*, vol. 2, n. 1. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1992.
- CAMUS, A. *A peste*. Rio de Janeiro: Record, 1989.
- CHIATTONE, M. B. C. *A criança e a morte*. In: ANGERAMI, V. A. E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira, 1996.
- COUSINS, N. *A Força curadora da mente*. São Paulo: Saraiva, 1993.
- DAMÁSIO, A. R. *O erro de Descartes – emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- DESCARTES, R. *As paixões da alma*. São Paulo: Abril Cultural, 1973.
- DELEUZE & GUATARRI, F. *O que é filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DUVAL, M.R.; OLIVEIRA, S. L. *Medicina psicossomática e a política de humanização do SUS: desconforto na contemporaneidade*. São Paulo: O Mundo da Saúde, 2010.
- ECO, H. *O nome da rosa*. Rio de Janeiro: Record, 1983.
- FELLINI, F. *Felline por Felline*. 3ª ed. Trad. José Antônio Pinheiro Machado, Paulo Hecker Filho e Zilá Bernd. Porto Alegre: L&PM, 1986.

- GIACOIA, O. JR. *Nietzsche*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- KLEIN, M. In: ROZA, E. S. *Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância*. Rio de Janeiro: Relume, 1993.
- LUZ, M.T. *Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica*. (mimeo), s.d.
- . *Natural, racional, social, razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MARTINS, J. C. *A morte e os mortos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- MASSETI, M. *Soluções de palhaços – transformações na realidade hospitalar*. São Paulo: Polos Athenas, 1998.
- MASUR, J. *O frio pode ser quente?* 16ª ed. São Paulo: Ática, 1999.
- MATRACA et al. *Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria*. *Ciência e Saúde Coletiva* 16(10), p. 4127-4138, 2011
- MELLO FILHO, J. *Psicossomática boje*. Porto Alegre: Artes Médica Sul, 1992.
- MITRE, R. M. A.; GOMES, R. *A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do Saúde Coletiva* 2007; 12(5): 1277-1284.
- MUSSA, C.; MALERBI, F. K. *O impacto da atividade lúdica sobre o bem-estar de crianças hospitalizadas*. *Psicol. teor. prat.* [online]. 2008, vol. 10, n. 2, pp. 83-93.
- MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. *Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer*. *Psicologia: Teoria e Pesq.*, 2010.
- NIETZSCHE, F. *Assim falava Zaratustra*. São Paulo: Edioro, s.d.
- . *Obras incompletas/ Friedrich Nietzsche*, Seleção de textos de Gerard Lebrum, tradução e notas de Rubem Rodrigues Torres Filho, posfácio de Antônio Cândido – 5ª ed. vol. 1 e vol. 2. São Paulo: Nova Cultural, 1991 (Os Pensadores).
- NOGUEIRA DA SILVA, G. S.; AYRES, J. R. C. M. O médico e os desafios do cuidar diante da morte. In: Santos, Franklin (org.) *A arte de morrer: visões plurais*, vol. 3. Editora Comenius, 2010.
- OLIVEIRA, V. B. *O brincar no hospital e a aderência ao tratamento*. *Temas de desenv.* 2008; 16(93):150-152.
- RIEHELMMANN, J. C. Medicina psicossomática e psicologia da saúde: veredas interdisciplinares em busca do ‘elo perdido’. In: ANGERAMI, V. A. (org.). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira, 2011.
- . Medicina psicossomática e psicologia da saúde: veredas interdisciplinares em busca do ‘elo perdido’. In: ANGERAMI, V. A. (org.). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira, 2011.
- SACKS, O. *O homem que confundiu sua mulher com o chapéu – e outras histórias clínicas*, tradução Laura Teixeira Mota. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- SAVOY, G. V. C. *Brincar no hospital: necessário como remédio!* *Temas sobre desenvolvimento* 2007; 15(89-90):96-101.
- SAYD, J. D. *Terapêutica e mito*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995. 23p. (Estudos em Saúde Coletiva; 129).
- SEBASTIANI, R. W. *Mecanismos de defesa do ego*. A eleição do órgão de choque. In: ZUGAID, M.T. Descoj Quail, J. (Orgs.) *Obstetrícia e Psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997. Cap. 3 (p. 15-39).

- SILVA, G. S. N. *A construção do 'ser médico' e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado* [tese] São Paulo, USP, 2006.
- SILVA, G. S. N.; AYRES, J. R. C. M. *A construção do 'ser médico' e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado*. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araújo de Mattos. (Orgs.). *Ateliês do VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.
- VALLE, E. R. M. *Dor psíquica: significado do cuidar de um filho com câncer*. In: ANGERAMI, V. A. *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.
- VASCONCELOS, E. *Psiconeuroimunologia. Uma história para o futuro*. In.: ANGERAMI, V. A. (org.). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira, 2000.
- . *Psiconeuroimunologia. Uma história para o futuro*. In.: ANGERAMI, V. A. (org.). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. 2ª ed., rev. e ampl. São Paulo: Pioneira, 2011.
- VEJA. *O bom humor evita doenças*. Edição 1708. Editora Abril, ano 34, n. 27, 11 de julho de 2001 (p. 98-101).
- WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu e Vane de Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.
- . *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 4ª ed. São Paulo: Francisco Alves, 1993.
- WUO, A. E. *Caderno diário de anotações do clown*. Mar 2000.
- ZAIDHAFT, S. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

Da dor e do desespero

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

*Talvez fosse necessário viver a paixão de que fala Kierkgaard
para viver a empreitada que afirmamos em nossos escritos sobre a realidade hospitalar;
ou então viver a condição humana descrita por Dostoiévski
para apreendermos a verdadeira essência do sofrimento existente nos corredores hospitalares.*

*E ainda possuir os atrativos e encantos falados por Balzac
para descrever a mulher de trinta anos, para então possuir os atributos
necessários para absorver a dor presente nos leitos de enfermarias;
ou a doçura mostrada por Tolstói
em alguns de seus personagens para entender a crueza da condição humana diante da morte;
ou a perspicácia narrada por George Sand
em seus livros para alcançar o enfeixamento dos relacionamentos da instituição hospitalar.*

*Ou então o desprendimento sugerido por Cristo aos seus discípulos
para que abandonassem tudo e simplesmente o seguissem,
para que, desrevestidos de conceitos apriorísticos,
se pudesse esboçar uma nova compreensão do hospital
e de suas nuances ou, então,
a tenacidade de que fala Nietzsche para se buscar a verdadeira transformação do hospital numa
instituição humana;
ou a riqueza poética de Rilker para se alcançar a própria beleza do apoio psicológico ao desesperado;
ou a religiosidade das obras de Aleijadinho,
para se enxergar a mística da morte nos olhos do paciente hospitalizado.*

*A irreverência dos textos de Foucault,
para se perceber as contradições entre o vivido e o teorizado;
o ateísmo da obra de Sartre, para se ter o ceticismo necessário
para o discernimento da verdadeira essência dos fatos.
É ver o ser carnal como ser das profundidades em várias camadas
ou de várias faces, ser de latência e apresentação de certa ausência,
um protótipo do ser; de que nosso corpo,
o sensível sentimento, é uma variante extraordinária.*

Serra da Cantareira, numa manhã de primavera.

O corpo não objetivo e seu encontro no desespero

ANDRÉ ROBERTO RIBEIRO TORRES

INTRODUÇÃO

Há muito se discute e ainda há muito a se discutir acerca do objeto de estudo da psicologia. O panorama que se mostra é de uma diversidade de objetos que varia de acordo com a área de atuação ou de acordo com a abordagem teórica norteadora desta aplicação científica.

Haveria, porém, nessas tantas possibilidades, algum apontamento comum? Alguma característica da psicologia que tenda à unidade? Intuitivamente se pode afirmar que sim, visto que a psicologia se consolidou como ciência independente. No entanto, elege palavras que consigam de fato expressar essa unidade mostra-se uma tarefa mais difícil.

Uma característica dessa ciência, porém, parece auxiliar tal questão ao expor o campo no qual se delimita seu pensamento e execução: o corpo. Seja qual for a área de atuação ou o pensamento teórico seguido, a psicologia se ocupará de pessoas. Seja no sentido da subjetividade, seja focando a relação entre elas.

Dessa óbvia constatação, destaca-se o foco da psicologia, que está sempre entre o corpo das ciências da saúde, ou seja, o corpo objeto da medicina e da fisiologia, e o corpo das ciências humanas, isto é, o corpo que integra e concretiza alguém que reflete, faz história, pensa.

A psicologia ocupa o espaço entre esses dois pontos de vista: este algo invisível entre o físico e o insubstancial, sua unidade, enfim. O objeto da psicologia seria o *invisível que atua com o corpo*, não importando se ele se manifesta fisicamente ou não, o que envolve tanto questões intrapsíquicas como comportamentais. Este *entre* significa que, embora as questões da psicologia possam constar no campo desses polos, não se limita a eles. Se qualquer uma das abordagens da psicologia concorda com a necessidade de autonomia dessa ciência é porque há clara ou intuitivamente uma convicção da transcendência do físico e da concretização de uma abstração. A definição e caracterização desse *entre* cabe à psicologia.

É comum a presença de visões polarizadas do objeto da psicologia. No caso do corpo, a polarização óbvia é entre o corpo das ciências da saúde, já citado, e outra possível instância que os discursos insistem em afirmar serem ambos um “todo”, mas continuam a separar em polos, como corpo e mente ou, num sentido teológico, corpo e alma. Essa predominante visão demonstra a evidência óbvia do corpo físico formando conjunto com um invisível mítico compreendido como objeto inatingível pela ciência, tornando-se domínio de diversas áreas alternativas ao conhecimento.

Assim, vemos uma série de autores consagrados, principalmente na fenomenologia existencial aplicada à psiquiatria e à psicologia, tendo sua formação acadêmica em medicina e filosofia. Outros autores, em formação menos filosófica, tendem a um olhar místico-religioso deste invisível.

No senso comum, é facilmente perceptível a busca de auxílio da medicina e suas especialidades. Porém, assim que sua ajuda não se mostra suficiente, seja pela fuga explicativa do diagnóstico, seja pela oneração proposta pelo tratamento, as pessoas passam a procurar imediatamente o auxílio de forças religiosas e espirituais em detrimento do apoio psicológico.

Tal posição demonstra coerência diante de uma compreensão polarizada do corpo: “não havendo solução física, ela é certamente teológica”, ou seja, não há uma compreensão desse espaço da psicologia ao qual nos referimos (rarissimamente procurada de forma espontânea como auxílio) entre um polo e outro de uma visão não unificada, embora seja este o discurso padrão.

A própria palavra *psicossomática*, embora afirme a busca de uma unidade, demonstra sua origem cindida ao expor os dois polos de sua compreensão inicial. Esse ocorrido se dá como herança da adaptação dos métodos naturais às ciências humanas, mais próximas às tendências filosóficas. Como já disse anteriormente, esse espaço *entre* psiquê e soma parece tratar justamente da localização do objeto da psicologia em geral, quando entendida de forma não polarizada. Afirmo essa polêmica porque a psiquê tende a ser transformada numa instância alienada e independente enquanto objeto.

Assim, levar o corpo em consideração ao se falar em contexto psicológico, não se resume em buscar causalidades e influências fisiológicas nos fenômenos psicológicos. Trata-se de olhar para o corpo humano do ponto de vista psicológico, isto é, entre a fisiologia e a transcendência. Este é o corpo como objeto de interesse da psicologia, como fenômeno psicológico. Perder o foco da psicologia é deixá-la ser absorvida pela fisiologia ou medicina e pela filosofia ou pensamentos transcendentais diversos, geralmente místico-religiosos.

O objetivo deste texto, portanto, é buscar elementos básicos para a consolidação desse espaço caracterizado como objeto da psicologia. Com relação à sua técnica ou à proposta terapêutica, por exemplo, a psicologia não se ocupa em salvar ou manter vidas, mas conversar sobre querer ou não estar vivo, o que foge muitas vezes aos objetivos expressados por profissionais da medicina.

Pender para o lado puramente imaterial é cair na reflexão pela reflexão sem necessidade de relação com a realidade, contexto ou justificativa social, lembrando o personagem Castanho, de Érico Veríssimo, em *Olhai os lírios do campo* (2005), que demonstra um conhecimento intelectual invejável mas que jamais ultrapassa os limites da demonstração, gabando-se de sua erudição durante toda a vida sem jamais concretizar qualquer ação com este conhecimento. Inspirar ações concretas e resolutivas para outras áreas e profissionais caracteriza a ocupação da filosofia, teologia e arte em geral.

A psicologia precisa se encontrar constantemente entre a polarização dessas distintas áreas do conhecimento.

A PROBLEMÁTICA TÉCNICA

Conhecido crítico do afastamento do ser proporcionado pela priorização da técnica na cultura ocidental, visto que ela se ocupa exclusivamente dos entes, Heidegger expressa essa posição com clareza e atualidade neste trecho original de 1935:

(...) Rússia e América, consideradas metafisicamente, são ambas a mesma coisa: a mesma fúria sem consolo da técnica desenfreada e da organização sem fundamento do homem normal. Quando o mais afastado rincão do globo tiver sido conquistado tecnicamente e explorado economicamente; quando qualquer acontecimento em qualquer lugar e a qualquer tempo se tiver tornado acessível com qualquer rapidez: quando um atentado a um Rei na França e um concerto sinfônico em Tóquio puder ser 'vívido' simultaneamente; quando tempo significar apenas rapidez, instantaneidade e simultaneidade e o tempo, como História, houver desaparecido da existência de todos os povos; quando o pugilista valer, como o grande homem de um povo; quando as cifras em milhões dos comícios de massa forem um triunfo, então, justamente então continua ainda a atravessar toda essa assombração, como um fantasma, a pergunta: para quê? Para onde? E o que agora?

A decadência espiritual da terra já foi tão longe que os povos se veem ameaçados de perder a última força de espírito capaz de os fazerem simplesmente ver e avaliar, como tal, a decadência (entendida em sua relação com o destino do Ser). Essa simples constatação não tem nada a ver com pessimismo cultural nem tão pouco, como é óbvio, com um otimismo. Com efeito, o obscurecimento do mundo, a fuga dos deuses, a destruição da terra, a massificação do homem, a suspeita odiosa contra tudo que é criador e livre, já atingiu em todo o orbe dimensões tais, que categorias tão pueris, como pessimismo e otimismo, de há muito se tornaram ridículas (Heidegger, 1999/1953, p. 64-65).

No contexto aqui desenvolvido, é possível identificar o corpo humano – em seu funcionamento fisiológico – como o ente em questão, a superficialidade do fenômeno vulnerável a possíveis distorções.

Portanto, as ciências que se dedicam ao desenvolvimento de conhecimento e técnica sobre o corpo focam o ente e não o ser esse corpo. Aprofundar esse “ser” implica entendê-lo no movimento constante que é a existência.

Heidegger questiona esse limite da ciência, assim como os vícios da filosofia tradicional aliada ao mesmo pensamento presente na origem da ciência mecanicista ocidental. Em palestra posterior, proferida em 1953, Heidegger reafirma e aprofunda sua crítica ao falar sobre *O perigo da técnica* e da possibilidade de destruição do mundo proporcionada pela tecnologia (Heidegger, 2007/1959).

CORPO NÃO OBJETIVO

O pensamento de Heidegger possibilita a construção de uma forma de compreensão não mecanicista sobre o corpo. Ao buscarmos localizar a região do campo psicológico no corpo, notamos a ocorrência de relatos de sintomas físicos que ultrapassam as explicações fisiológicas, saindo da unilateralidade das explicações (seja de origem somática, seja de origem psicológica).

Merleau-Ponty, que tanto desenvolveu esse tipo de questionamento com relação ao corpo e à existência, argumenta exaustivamente os limites das explicações causais com relação ao corpo oferecidas pelas ciências naturais, principalmente nos trabalhos *A estrutura do comportamento* (Merleau-Ponty, 2006/1942) e *Fenomenologia da percepção* (Merleau-Ponty, 1999/1945).

Paulo Sérgio do Carmo, comentador de Merleau-Ponty, para explicar a compreensão do corpo de forma não objetiva, expõe dois relatos de casos de “meninos-lobo”, como eram chamadas as crianças encontradas na selva e que tinham o cuidado exclusivo de lobos desde bebês. Todas as características de seus movimentos, hábitos alimentares e comportamento (uivar para a Lua, por exemplo) eram típicos de lobos, chegando a falecer no que pode ser considerado um tempo de vida próximo do de um lobo (oito anos). Esses corpos não podem ser tratados de forma puramente objetiva e fisiológica, visto que a cultura vivida por essas crianças em seu desenvolvimento mudou toda a sua constituição corpórea (Carmo, 2002, p. 91-92).

Notamos que a intencionalidade da consciência tem uma ação com o corpo de maneira tão integrada e indissolúvel que a sociedade e a cultura vividas estão presentes na própria constituição e funcionamento do corpo. Em termos existenciais, podemos chamar isso de relação com o mundo, ou seja, o ser-no-mundo no contexto da corporeidade. Em *A estrutura do comportamento*, Merleau-Ponty argumenta sobre o quanto um objeto externo provoca alterações fisiológicas – ou seja, reações internas – em quem o percebe, questionando a ideia clássica e definida da separação entre sujeito e objeto (Merleau-Ponty, 2006/1942).

As características observáveis do corpo acompanham a intencionalidade da consciência, pois, como já afirmou Sartre, na mesma linha de pensamento que Merleau-Ponty, corpo é consciência (Sartre, 1997/1943).

Dessa forma, quando vestimos uma roupa volumosa, a noção espacial se adapta, levando-nos a desviar de objetos de acordo com o espaço que ocupamos intencional e

fisicamente. Quando pensamos em determinado alimento quando temos fome, somos capazes de sentir seu cheiro e seu sabor.

IMPLICAÇÕES DE UMA MUDANÇA DE PERSPECTIVA

Nas aplicações baseadas no pensamento tradicional, visando à intervenção mecanicista, essa análise trata-se de uma elucubração desnecessária que em nada ou pouco interfere no momento empírico. No momento de uma intervenção cirúrgica, praticamente nada muda, e – considerando o sucesso técnico-operacional da área – nada deve mudar nesse sentido.

No entanto, muitas vezes, o grande problema não é a ocorrência de uma prática específica ou um determinado ponto de vista. O problema se dá com a exclusividade de um ponto de vista em detrimento de outro. Como o próprio Heidegger sugere em um dos textos já citados, não é porque uma teoria tenha sido superada que a anterior deve ser completamente descartada (Heidegger, 1999/1953). Numa comparação atual, não é porque temos computadores que as máquinas de escrever devem ser consideradas uma perda de tempo enquanto eram amplamente utilizadas. Na psicoterapia, as mudanças nesse sentido são bastante significativas. O ápice desta problemática caracteriza-se por um fenômeno tradicionalmente desafiador à prática clínica em geral: o suicídio.

O suicídio é um grande exemplo do que caracteriza o conhecimento e a atuação da psicologia. No polo da saúde, quando envolto em valores do profissional, ele se torna uma ofensa, pois, se o médico consegue, com esforço, restabelecer a saúde de alguém, considera incompreensível ou até ofensiva a constatação de que alguém planeja e executa uma forma de tirar a própria vida. Isso ocorre porque, retirado o valor primordial do profissional da medicina (a vida), o que lhe cabe é apenas um trabalho técnico desperdiçado e o julgamento sobre a liberdade alheia. O máximo que se poderá afirmar sobre o suicídio a partir da medicina em sua forma mais tradicional é considerá-lo um transtorno mental a ser tratado, principalmente, com antidepressivos. Hoje se considera a importância da psicoterapia diante de constatações empíricas e pesquisas dirigidas realizadas por psicólogos da abordagem comportamental-cognitiva. Os médicos, porém, parecem manter a confiança exclusivamente nessa abordagem, que é a forma de psicologia que mais se aproxima da linguagem médica e do pensamento técnico-determinista.

No polo insubstancial, oposto ao fisiológico, o suicídio também é recheado de julgamentos, principalmente quando no ponto de vista religioso-espiritual. Quando de natureza filosófico-científica, ainda assim predomina um julgamento moral de fundo religioso. Quando o rigor no pensamento se torna maior, tende a algum determinismo social ou psicológico. É claro que há exceções, como é o caso da abordagem existencial (embora negada) de Albert Camus sobre o tema (Camus, 2004/1942), onde

o autor afirma o tema como uma prioridade incompreendida da filosofia e inicia seu desenvolvimento. Porém, como já dito, trata-se de uma exceção.

Sendo uma ação dirigida ao corpo sem necessidade de qualquer interpretação para que isso seja constatado, o suicídio envolve diretamente os valores dos profissionais que trabalham a partir do ponto de vista fisiológico. Tal posição, porém, escapa ao objeto da psicologia por se tratar do ponto de vista do ser humano como determinado e não como ativo participante de sua própria construção existencial. AmatuZZi, baseando-se em Merleau-Ponty, costuma diferenciar dois paradigmas científicos presentes na psicologia: o do Homem determinado – isto é, aquele em que o Homem é tido como fruto de determinismos ambientais ou intrapsíquicos – e o do Homem desafiado – que é caracterizado pelo entendimento do Homem como construtor de si, criativo quando colocado em situações diversas (AmatuZZi, 2001; Merleau-Ponty, 1999/1945).

É possível afirmar, portanto, que a noção fisiológica se encontra no primeiro paradigma: o Homem como fruto de reações químicas intracorpóreas e microscópicas. O suicídio confronta tal postura, pois é impensável que a vida busque a morte se há harmonização fisiológica no organismo. Por isso, o fenômeno envolve necessariamente valores e julgamentos. Conforme já dito anteriormente, o máximo a que se chegará com esse pensamento, será um diagnóstico que consiga explicar a atitude de forma determinada.

No sentido insubstancial, o suicídio também costuma se manter no nível dos determinismos espirituais, sócio-históricos ou intrapsíquicos, envolvendo também valores e julgamentos que apontam o suicida como determinado por alguma influência fora do seu controle e, muitas vezes, passível de castigo devido ao ato.

Entender o suicídio como um ato livre e criativo envolve claramente um conflito de valores, o que vem a provocar convicções profundas de muitas pessoas. Por isso, há poucos trabalhos nesse sentido, como, por exemplo, vários momentos da obra de Angerami (1995; 1997a; 1997b; 2004).

Sob esse ponto de vista, portanto, só é possível localizar o objeto da psicologia desvencilhando-se tanto do determinismo biológico quanto do insubstancial. Esse é o contexto em que se apresentam os temas dessa ciência: emoções, sentimentos, crenças, atitudes, convicções, dúvidas, vazio, cansaço, sofrimento, angústia e tantos outros elementos humanos.

DESESPERO

Ninguém aguenta tanta verdade.

F. NIETZSCHE

Através de um determinado fenômeno, é possível abordar o corpo como objeto da psicologia. Pode-se eleger, por exemplo, o desespero como uma perspectiva para compreen-

der um fenômeno abrangente e que nos dá a devida dimensão da localização do objeto da psicologia ao manifestar simultaneamente expressões corpóreas e insubstanciais.

Basicamente, o desespero é o momento em que a pessoa se dá conta da condição humana, de forma geral, e, especificamente, da sua condição atual na realidade humana. Perceber-se não apenas diante, mas engajado na condição humana, exige uma atitude da que está em situação. Uma atitude que será construída a partir do momento atual e dos elementos e referências acessíveis nesse momento. É por isso que o pensamento psicológico combina tanto com a noção heraclitana de uma existência que flui (Schüler, 2001).

Como será essa atitude? Muitas vezes, o que traz informações mais importantes à psicologia e à psicoterapia não é qual a atitude tomada, mas como foi tomada essa atitude. Uma questão subjetiva e qualitativa. Retoma-se aqui a colocação de Amatuzzi (2001) que remete a Merleau-Ponty (1999/1945), da diferença entre dois paradigmas possíveis na compreensão humana: o do Homem determinado e o do Homem desafiado. Isso significa que essa atitude pode ser tomada de uma forma esperada, não surpreendente, previsível, quando o sujeito cede ou concorda com o que é vigente nas referências sociais e relacionais. Essas atitudes esperadas são o alvo do pensamento generalizante que, através da classificação das características emocionais, cognitivas e sociorrelacionais, pretende prever e controlar as atitudes consideradas patológicas ou nocivas. Porém, é possível que essa situação forneça elementos e referências transformados pelo sujeito e expressos em uma atitude completamente inesperada. Foi apontada anteriormente a qualidade dessa tomada de atitude, visando justamente essa diferenciação, que nunca é clara e absoluta. O ato pode ser o mesmo, mas revela tanto características determinadas como originais.

Um suicídio, por exemplo, pode ter todas as características evolutivas que indicassem o ato, mas também pode ser algo completamente inesperado e repentino sem que qualquer pessoa, por mais próxima que fosse do sujeito, desconfiasse dessa possibilidade.

O ato pode ser um desdobramento de um quadro depressivo grave ou uma forma encontrada pelo sujeito de expressar a raiva à sociedade que insiste em padronizar aquele que quer viver livre e até acidamente, o que não corrobora com as referências socialmente idealizadas.

Voltando ao tema, o senso comum costuma caracterizar o desespero como aflição, pânico, situação em que se diz popularmente “de arrancar os cabelos”. A origem da palavra *desespero*, porém, indica o significado de *não esperar*. *Esperar*, por sua vez, está relacionado à palavra *sperantia*, que vem a derivar, no português, *esperança*. Dessa forma, aquele que se encontra em situação de desespero é quem não tem esperança, ou seja, não espera por nada (Bueno, 1968).

Contrariamente ao senso comum, isso nos remete à compreensão da esperança como um elemento disparador da ansiedade, pois a vontade de que o tempo futuro chegue rapidamente só se manifesta quando se espera por algo. A esperança, portanto, pode ser nociva quando entendida nesse sentido.

Desespero, portanto, conforme já dito anteriormente, torna-se a condição de não esperar. Psicologicamente, encontramos a situação de desespero como o conhecido aqui-agora proferido nas abordagens fenomenológicas, existenciais e humanistas da psicologia. Pode-se afirmar que o aqui-agora seria o instrumento localizador do objeto das psicoterapias baseadas nesse tipo de pensamento. Ocorre essa afirmação porque um dos objetivos dessa ação terapêutica é justamente possibilitar ao cliente a mudança do paradigma do determinismo para o da atividade e criatividade, resgatando-lhe a liberdade e, conseqüentemente, a responsabilidade sobre sua própria vida. Para isso, é fundamental o “dar-se conta” da situação atual, ou seja, o desespero.

Esse é o momento em que a situação se desvela ao sujeito de forma abrangente com relação aos campos de sua existência. O sujeito se vê, então, como um ser-em-situação (Carmo, 2002; Merleau-Ponty, 1999/1945). Tornam-se acessíveis as percepções sobre seu corpo, seus sentimentos, emoções, pensamentos, convicções, conclusões, ideias, enfim. Todo aquele arcabouço anteriormente levantado e caracterizado como “humano”, ou seja, próprio da existência sob o ponto de vista psicológico.

Visando a busca desse momento de autoconsciência, há uma série de técnicas corporais milenares, como o yoga e o tai chi, assim como práticas ocidentais mais recentes, como o relaxamento e a Técnica Alexander (Alexander, 1992/1939; Gelb, 1987).

E quais serão as reações advindas desse momento de desespero? É sobre essa questão que recai a constatação da imprevisibilidade humana. Não é possível afirmar como será a reação de qualquer pessoa quando em situação de desespero, pois ela é livre de obrigações e distrações. As respostas podem ser originais ou determinadas, patológicas ou reflexivas, agressivas ou carinhosas, racionais ou emotivas, controladoras ou desprendidas... Assim, as mais diversas combinações entre essas características podem se revelar.

Num olhar clínico técnico, dependendo da forma como se der a reação ao desespero, esse é o momento de retomar o polo biológico da psicologia e cogitar um auxílio psiquiátrico, seja a medicação ou um serviço de plantão que possa acolher esse sujeito quando isso se mostrar necessário. Ao psicoterapeuta, penso que seja o momento de manter um canal de comunicação ativo com o cliente para o caso de uma implicação que demande a sua intervenção imediata, seja de acolhimento, seja de orientação a ele ou a seus familiares. Costumo, nesses momentos, manter o telefone celular ligado mesmo durante a noite e avisar ao meu cliente que estou disponível em caso de necessidade. Na grande maioria das vezes, as ligações não são realizadas, pois, aparentemente, a oferta do suporte já tem uma ação terapêutica capaz de aliviar essa necessidade.

Ressalta-se que, muitas vezes, não se faz da medicação e do suporte psiquiátrico uma necessidade absoluta e obrigatória, mas algo para o qual o psicoterapeuta deve estar preparado e atento. Os caminhos encontrados pelo cliente para lidar com o desespero, como dito anteriormente, podem se dar de diversas formas, ainda que inusitadas para o profissional da saúde, como, por exemplo, engajamentos religiosos, filosóficos,

políticos, culturais e artísticos, ou uma grande decisão de mudança em sua vida, como no trabalho ou na vida afetiva, por exemplo.

O acompanhamento psicológico, nesse caso, visa monitorar a forma como é feita e está sendo executada essa ação por parte do sujeito, a fim de perceber características que, independentemente de serem concordantes com os valores das ciências e de seus profissionais, esteja próxima da autenticidade, não sendo, portanto, patológica. Essa é uma maneira de se buscar a saúde existencial a partir do desespero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não se tenha percorrido neste capítulo um caminho totalmente linear, o elo entre os principais temas abordados ficam delineados de forma peculiar. As principais propostas sugeridas aos psicólogos e demais profissionais da saúde desenvolvidas e estimuladas para futuros estudos e reflexões são:

- a compreensão do corpo humano de forma não exclusivamente objetiva;
- a localização contínua do campo da psicologia entre o físico e o absolutamente insubstancial nos fenômenos com que depara;
- a constante necessidade de relativização dos valores nem sempre claros na atuação profissional;
- a imprevisibilidade humana diante de situações adversas;
- a possibilidade de aplicação prática dessas reflexões;
- o desespero e seus desdobramentos como possibilidade de saúde existencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F. M. *O uso de si mesmo*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- AMATUZZI, M. M. *Por uma psicologia humana*. Campinas: Alínea, 2001.
- ANGERAMI, V. A. *Histórias Psi: a ótica existencial em psicoterapia*. São Paulo: Pioneira, 1995.
- . *Suicídio: fragmentos de psicoterapia existencial*. São Paulo: Pioneira, 1997a.
- . (Org.) *A ética na saúde*. São Paulo: Pioneira, 1997b.
- . (Org.) *O atendimento infantil na ótica fenomenológico-existencial*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- BUENO, F.S. *Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa*. São Paulo: Saraiva, 1968.
- CAMUS, A. *O mito de Sísifo*. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- CARMO, P. S. *Merleau-Ponty: uma introdução*. São Paulo: EDUC, 2002.
- GELB, M. *O aprendizado do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- HEIDEGGER, M. *Introdução à metafísica*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1999.
- . A questão da técnica. *Scienti studia*, 5, 3. 375-398.
- MERLEAU-PONTY, M. A. *Estrutura do comportamento*. São Paulo: Martins Fontes, 2006 (Original publicado em 1942).

- _____. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- SARTRE, J. P. *O ser e o nada*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- SCHÜLER, D. *Heráclito e seu (dis)curso*. Porto Alegre: L&PM, 2001.
- VERÍSSIMO, E. *Olhai os lírios do campo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

Importância do atendimento psicológico ao paciente renal crônico em hemodiálise

SILVANA CARNEIRO MACIEL

INTRODUÇÃO

A todas as pessoas que têm interesse pelo tema da hemodiálise, como forma de auxiliar no tratamento e no resgate da vida do paciente, em termos não apenas dos aspectos físicos, mas, sobretudo, do âmbito psicossocial.

A exemplo do que acontece com o coração e os pulmões, os rins desempenham um papel vital no organismo, sendo responsáveis pela filtragem e eliminação de substâncias tóxicas. A falta de funcionamento desses órgãos origina um quadro patológico denominado **uremia**, que pode levar o indivíduo a uma extrema debilidade física, constituindo assim a chamada **insuficiência renal crônica** (IRC), podendo chegar à morte.

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença conceituada como a perda definitiva das funções renais, devendo o paciente seguir um rigoroso tratamento, constituído por dieta específica, constante controle médico e, em geral, tratamento dialítico. O tratamento impõe intensas restrições ao paciente, evidenciando, em consequência, várias manifestações psíquicas e comportamentais. Em sua maioria, essas manifestações são negativas, estando vinculadas ao caráter ambíguo da máquina de hemodiálise. Com efeito, ao mesmo tempo que aponta a possibilidade de manutenção da vida, a máquina de hemodiálise associa essa possibilidade a restrições, dependências, frustrações e temores difusos, incluindo o temor da morte, gerando estados estressantes, tanto a nível físico como psíquico.

Diante desta problemática, enfrentada pelo paciente renal crônico em hemodiálise, e da minha prática em um hospital público da cidade de João Pessoa (Paraíba), no setor de hemodiálise, busquei abordar, neste capítulo, o paciente em hemodiálise, enfocando a relação paciente-máquina-doença. O objetivo principal é proporcionar uma melhor compreensão desse tipo de paciente e de seu tratamento, deslindando as questões que envolvem seus familiares e o processo de hospitalização, incluindo as cirurgias e a convivência com a cronicidade da doença. Além disso, tenho a pretensão de contribuir, por meio deste estudo, para a aquisição de uma nova percepção da realidade do paciente renal crônico em hemodiálise, pautada na prática de atendimento de Psicologia Hospitalar, que desempenhei, com base na Psicoterapia Breve de Base Analítica. Tal prática compreende as questões emocionais como passíveis de transformações, sem perder os parâmetros de suas limitações, mas vislumbrando a atenuação de problemas psíquicos e a melhor qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

Sendo assim, minha intenção é não só mostrar quem são esses pacientes e quais são suas problemáticas, mas também propor uma forma de ajuda que ocorra

paralelamente e em conjunto com a terapêutica médica. Como diz Meleti (2003, p. 120), deve-se buscar, “[...] na impossibilidade de restituir a qualidade de vida anterior à doença, alcançar e melhorar a qualidade de vida atual, para que sua nova existência não seja um simples fardo degradante para o paciente nem para a família”.

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: CONCEITUAÇÃO E QUADRO CLÍNICO

*Se quiser desejar um mal para alguém,
basta que lhe deseje uma doença nos rins (paciente de hemodiálise).*

Antes de conceituar a insuficiência renal crônica, faz-se necessário caracterizar o que se entende por doença crônica. Zozaya (1985, p. 118) define a doença crônica como:

[...] qualquer estado patológico que apresente uma ou mais das seguintes características: que seja permanente, que deixe incapacidade residual, que produza alterações patológicas não reversíveis, que requeira reabilitação ou que necessite períodos longos de observação, controle e cuidados. [Tais estados] são produzidos por processos mórbidos de variada etiologia, que, por sua relativa frequência e severidade, revestem-se de singular importância médica, social e econômica para a sociedade.

Elsen, Marcon e Silva (2002) destacam que as condições crônicas podem ser definidas como aquelas condições médicas ou problemas de saúde com sintomas e incapacidades associadas que exigem controle por longo prazo (três meses ou mais). Elas afetam pessoas de todos os grupos etários, socioeconômicos, étnicos, culturais e raciais. Nem sempre são incapacitantes, mas são suficientes para provocar limitações de atividades.

Nesse contexto, a insuficiência renal crônica deve ser ressaltada, em virtude do papel essencial que os rins exercem no organismo. Além de filtrarem o sangue, os rins também são importantes na manutenção das dimensões e da composição físico-química do organismo, mantendo constante o volume extracelular, a concentração de eletrólitos, a acidez e a pressão osmótica do meio interno e a pressão arterial (Zatz, 2003).

De acordo com Silva, Guedes, Moreira e Souza (2002), os rins são órgãos fundamentais, pois filtram e regulam o volume de líquidos do organismo, efetuando a excreção de substâncias tóxicas por meio da urina. Se esse processo não estiver sendo desenvolvido com eficácia, pode-se considerar algum tipo de distúrbio, como a insuficiência renal crônica.

A insuficiência renal crônica (IRC) está inserida no conceito de doença crônica e pode ser definida mais especificamente como uma síndrome provocada por uma grande variedade de nefropatias. Em virtude de sua evolução progressiva, essas

nefropatias determinam, de modo gradativo e irreversível, uma redução global das múltiplas funções renais. Em consequência, os rins tornam-se paulatinamente incapazes de desempenhar suas múltiplas e essenciais atividades homeostáticas, para a adaptação funcional. Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente (Marcondes, 1999).

Para Romão Júnior (2004), a doença renal crônica consiste em lesão renal e deterioração progressiva e irreversível da função renal. Está dividida em seis estágios funcionais, de acordo com o grau de função renal, indo desde o estágio zero, em que se encontram os grupos de risco com ausência de lesão renal, até o estágio mais avançado, denominado doença renal crônica terminal. Nessa fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático e suas opções terapêuticas são os métodos de terapia renal substitutiva ou o transplante renal. Como adverte Bennet-Jones (2000), um dos principais problemas no controle da IRC se dá em virtude de que, na maioria das vezes, o diagnóstico ocorre em estágios avançados da doença, já que a perda da função renal pode se dar de forma insidiosa e assintomática.

De acordo com Romão Júnior (2004, p. 1), as seis fases da doença renal crônica podem ser caracterizadas da seguinte maneira:

1. **Fase de função renal normal sem lesão renal** – importante do ponto de vista epidemiológico, pois inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica (hipertensos; diabéticos; parentes de hipertensos, diabéticos e portadores de DRC), que ainda não desenvolveram lesão renal.
2. **Fase de lesão com função renal normal** – corresponde às fases iniciais da lesão renal, com filtração glomerular preservada, ou seja, o ritmo de filtração glomerular está acima de 90 ml/min/1,73m².
3. **Fase de insuficiência renal funcional ou leve** – ocorre no início da perda de função dos rins. Nesta fase, os níveis plasmáticos de ureia e creatinina ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes de insuficiência renal e somente métodos acurados de avaliação da função dos rins poderão detectar anormalidades. Os rins conseguem manter um razoável controle do meio interno, abrangendo um ritmo de filtração glomerular entre 60 e 89 ml/min/1,73m².
4. **Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada** – nesta fase, embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta somente sinais e sintomas ligados à causa básica (lúpus, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, infecções urinárias). Quase sempre, a avaliação laboratorial simples já mostra níveis plasmáticos elevados de ureia e de creatinina. Esta fase corresponde a uma faixa de ritmo de filtração glomerular compreendido entre 30 e 59 ml/min/1,73m².

5. **Fase de insuficiência renal clínica ou severa** – o paciente já se ressentido de disfunção renal. Apresenta sinais e sintomas marcados de uremia. Entre estes, a anemia, a hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal-estar e os sintomas digestivos são os mais precoces e comuns. Esta fase corresponde à faixa de ritmo de filtração glomerular entre 15 a 29 ml/min/1,73m².
6. **Fase terminal de insuficiência renal crônica** – corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, que se torna bastante alterado e passa a ser incompatível com a vida. O paciente encontra-se intensamente sintomático e suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal. Compreende um ritmo de filtração glomerular inferior a 15 ml/min/1,73m². Nesta fase ocorre a **uremia franca**, que traduz não apenas um maior aumento dos níveis sanguíneos de ureia e creatinina, mas também os **desvios** e os **sinais e sintomas decorrentes da falência renal**. A **anemia** torna-se mais intensa, além da **hipertensão arterial**, com suas repercussões vasculares, e de um conjunto de **manifestações cutâneas, gastrointestinais, cardiopulmonares e neuromusculares**, que vão compor o quadro da uremia terminal.

Smeltzer e Bare (2002) citam alguns sinais e sintomas da IRC: **neurológicos** (fraqueza, fadiga, confusão, incapacidade de concentrar-se, desorientação, tremores, convulsões, inquietação das pernas); **tegumentares** (coloração cinza-acastanhado na pele, pele seca e escamosa, prurido, equimoses, púrpura, unhas finas e quebradiças, cabelos finos e ásperos); **cardiovasculares** (hipertensão, edema, pericardite, derrame pericárdico); **pulmonares** (escarro espesso, falta de ar, taquipneia, pulmão urêmico); **gastrointestinais** (ulcerações e sangramento bucal, anorexia, náuseas e vômitos, soluços, constipação ou diarreia, sangramento no trato gastrointestinal); **hematológicos** (anemia); **reprodutivos** (amenorreia, atrofia testicular, infertilidade, libido diminuída); **musculoesqueléticos** (câimbras musculares, perda de força muscular, dor óssea, fraturas ósseas). Como podemos observar, o quadro clínico da insuficiência renal crônica é extremamente complexo, levando a um total falecimento corporal e acarretando, em consequência, problemas psíquicos acentuados. Em tal situação, ambos os estratos, o físico e o psíquico, necessitam de intervenções efetivas e adequadas.

TRATAMENTO CLÍNICO DO DOENTE RENAL

*Esta máquina é uma faca de dois gumes,
tanto coloca quanto tira (paciente de hemodiálise).*

De acordo com Lima, Mendonça e Diniz (1994), a perda progressiva da função renal é multifatorial e complexa em sua etiopatogênese, representando um acometimento potencialmente grave que compromete, paulatinamente, o metabolismo e a vida celular

de todos os órgãos do corpo humano. Adicionam-se aí as repercussões psicossociais da enfermidade, que acarretam uma longa e dolorosa evolução, com a necessidade de constantes procedimentos propedêuticos e terapêuticos e, não raro, cirúrgicos.

As medidas terapêuticas comumente empregadas no tratamento da insuficiência renal crônica são de três ordens: o **tratamento dietético**, o **tratamento medicamentoso** e o **tratamento por métodos especiais**, que são os substitutos da função renal (**diálise e transplante renal**). Essas medidas assumem importância gradualmente maior à medida que a insuficiência renal se acentua, sendo que os métodos especiais são reservados para a fase de falência renal. Segundo Martins e Cesarino (2005), tais tratamentos aliviam os sintomas da doença e preservam a vida do paciente, porém nenhum deles é curativo. A diálise é um processo utilizado para remover as toxinas e os excessos de líquidos, restituindo a composição do organismo temporariamente.

Um paciente com insuficiência renal crônica deve observar uma **dieta alimentar** adequada para que o procedimento atinja seu objetivo – a manutenção da vida do paciente. A ingestão de líquidos é geralmente limitada para permitir um ganho de peso não mais que 0,5 kg por dia, evitando assim os edemas. A hipertensão deve ser tratada por medicação e controlada com auxílio de restrição de água e sal. Geralmente, são prescritos suplementos vitamínicos e dieta alimentar com controle proteico adequado. Este procedimento gera ansiedade e irritação nos pacientes: “[...] depois que fiquei doente, fiquei sem paciência, fico irritado com tudo, é muito difícil ficar sem tomar água” (paciente de hemodiálise).

De acordo com Meleti (2003), os outros dois métodos de ajuda ao paciente – a hemodiálise/diálise e o transplante renal – surgiram na década de 1960, trazendo maiores esperanças no tratamento. A **diálise** pode ser de dois tipos: **peritoneal** e **extracorpórea**.

A **diálise peritoneal (DP)**, também chamada **CAPD**, consiste na eliminação de substâncias tóxicas do organismo, pela permuta entre o sangue e uma solução dialisadora, por meio de uma membrana semipermeável natural. Esse tipo de diálise não requer o uso de salas ou máquinas especiais, podendo o paciente realizá-la em sua própria residência, desde que mantenha condições adequadas de higiene, para evitar processos infecciosos.

Fermi (2003) descreve que a diálise peritoneal (DP) se realiza com a introdução, por gravidade, de 1 a 3 litros de uma solução salina, que contém dextrose, na cavidade peritoneal (membrana que reveste o abdome) por meio de um cateter. A diálise peritoneal é planejada segundo as necessidades do paciente, tendo em vista a situação da insuficiência renal terminal. Pode ser realizada no domicílio do paciente, onde ele mesmo introduz a solução na cavidade abdominal, fazendo três trocas diárias, com duração média de uma hora a cada troca. Bennet-Jones (2000) destaca que esse tipo de diálise permite realizar as atividades do dia a dia com mais flexibilidade, contudo, não dispensa as visitas periódicas ao médico.

Embora seja menos desgastante para o paciente, em termos físicos e psíquicos, esse tipo de diálise não deixa de provocar reações negativas nos que se submetem a ela, como fica claro na fala de uma paciente com CAPD:

Eu não posso fazer mais nada porque tenho sempre de voltar para casa no horário marcado, nem ir para o cinema e depois tomar um lanche com os meus amigos eu não posso. O que eu queria mesmo era a minha liberdade de volta que eu perdi. E se for para viver assim, eu prefiro mesmo morrer.

No caso da **hemodiálise extracorpórea**, ou “rim artificial”, há necessidade de acesso ao sistema vascular, que se dá por meio de uma derivação (cateter) ou de uma fístula obtida por meios cirúrgicos, como relata Fermi (2003). São geralmente utilizadas a artéria radial e a veia cefálica. A colocação da **derivação** é um procedimento cirúrgico rápido, com duração média de 30 minutos. O cateter deve ser mantido seco e limpo, mas o curativo não necessita ser feito diariamente. A vida média da derivação é de 8 a 17 meses para o lado arterial e de 7 a 10 meses para o lado venoso. As complicações incluem hemorragia, eliminação, infecção e coagulação.

As dificuldades com as derivações (cateteres) conduziram ao desenvolvimento e à utilização da fístula arteriovenosa interna, que consiste em uma anastomose de 5 mm entre a artéria radial e a veia cefálica. Este processo cirúrgico é mais delicado que o outro e demora aproximadamente 2 horas. As veias tornam-se arterializadas e, após poucas semanas, ficam distendidas e são facilmente pulsionadas, podendo ser acopladas à máquina para o processo de hemodiálise. Com o uso da fístula, o paciente fica livre de carregar tubos no braço ou no pescoço e as complicações são menos frequentes. Em caso de urgência, opta-se pelo uso do cateter, que pode ser implantado e permitir, logo em seguida, o processo da hemodiálise. Nesse caso, somente depois se lança mão da fístula, que necessita de um tempo maior para sua utilização, aproximadamente 10 a 15 dias.

Uma vez realizado o procedimento cirúrgico adequado, o paciente inicia o processo de hemodiálise extracorpórea, que exige seu deslocamento para o local de tratamento, pois necessita do uso de aparelhos especiais. Na hemodiálise, utiliza-se uma máquina computadorizada, um sistema de tratamento de água e um filtro que faz as trocas entre a solução de diálise e o sangue do paciente. Um dialisador faz circular o sangue retirado de uma artéria, purificado, para logo em seguida retornar a uma veia. O dialisador é imerso em um líquido de concentração eletrolítica semelhante ao plasma, e uma bomba é usada para impulsionar o sangue. A partir daí, o indivíduo fica exposto a um severo regime terapêutico, devendo ir ao hospital cerca de duas a três vezes por semana, ficando “ligado” à máquina por um período aproximado de quatro horas, assistindo seu sangue fluir continuamente para fora de seu corpo, por meio de um complicado sistema de tubos, até chegar à máquina, para depois retornar a seu corpo (Meleti, 2003).

Durante o procedimento, o paciente permanece em uma sala, junto com outros pacientes em tratamento semelhante, presenciando toda e qualquer emergência. As emergências e mortes são constantes na hemodiálise, uma vez que o tratamento é delicado e estressante, estando o paciente sujeito a complicações técnicas e clínicas. As complicações técnicas compreendem a ruptura da membrana, a coagulação nas alças da hélice, o líquido dialisador inadequado e a água contaminada, entre outras. As complicações clínicas abrangem, entre outras, a hipotensão, a hipertensão, o mal-estar, as câimbras, a cefaleia, os vômitos, as convulsões e os acidentes vasculares cerebrais.

Quaisquer problemas no sangue ou na máquina acionam os sistemas de alarme, que assinalam as emergências, percebidas pelos pacientes e pelos profissionais que permanecem de plantão na sala de hemodiálise, prestando toda a assistência necessária para um bom processo de hemodiálise. Com efeito, existe todo um preparo e cuidado do local, da máquina e do treinamento do pessoal médico e de enfermagem, visando garantir o bom andamento do processo e atender a qualquer urgência. Apesar disso, os pacientes sabem que uma simples desconexão de tubos, durante o processo de filtração, pode resultar sua morte em um curto período de tempo e que uma alteração na água utilizada pode causar não só sua morte, mas também a de seus companheiros.

Desta forma, em cada sessão de hemodiálise o paciente renal está em confronto direto com a morte, e isto pode ser notado no seguinte depoimento: “[...] durante o processo de hemodiálise eu não durmo, fico só de olho, com medo que algum fio desces saia de meu corpo e eu morra sem nem sentir” (paciente de hemodiálise).

Tudo isto gera no paciente uma grande apreensão e uma representação de afetos ambivalentes no que se refere à máquina, pois ela tem o poder de dar, mas também de tirar a vida. Esta situação pode ser exemplificada pela fala de um dos pacientes: “[...] esta máquina é uma faca de dois gumes, tanto coloca quanto tira. Se fizer muitas sessões fica ruim porque ela suga o sujeito”. O paciente faz referência às alterações ocasionadas pela IRC e pela hemodiálise, uma vez que esse tratamento não é curativo e, por melhor que seja, não consegue realizar o trabalho de um rim em pleno funcionamento. Ou seja, não consegue filtrar todas as impurezas do sangue, deixando sempre algum resíduo, o que acumula e provoca todas as alterações anteriormente descritas.

A hemodiálise é o método de diálise mais comum empregado para a falência renal, oferecendo uma alteração mais rápida na composição plasmática e na remoção do excesso de líquido corporal. Segundo Thomas e Alchieri (2005), deve ser utilizada por pacientes que estão agudamente doentes e necessitam de diálise por curto período, bem como pelos que necessitam de um tratamento em longo prazo ou permanentemente. Como lembram Smeltzer e Bare (2002), apesar de poder prolongar a vida do paciente, a hemodiálise não altera a evolução natural da doença renal subjacente, nem substitui por completo a função renal. O transplante renal constitui a única possibilidade de o portador de IRC recuperar sua função renal e livrar-se da hemodiálise.

O **transplante renal** consiste no implante cirúrgico de um rim funcional de uma pessoa doadora no corpo do paciente cujo rim cessou de funcionar. Geralmente é realizado por familiares, por causa da necessidade de compatibilidade, condição necessária para boa aceitação do novo órgão, diminuindo as chances de rejeição. Esse cuidado é necessário, visto que as complicações cirúrgicas do transplante renal são muitas e incluem: infecção da ferida cirúrgica, hemorragia, trombose do enxerto, estenose de artéria renal, perda urinária e obstrução uretral.

Os avanços tecnológicos e terapêuticos na área da diálise contribuem para o aumento da sobrevida das pessoas portadoras de insuficiência renal crônica (IRC), mas não impedem que elas permaneçam expostas, diariamente, a diversos agentes estressores intrínsecos ao próprio tratamento, além de conviverem com inúmeras limitações. Além das transformações orgânicas, da autoimagem e da rotina diária, o paciente enfrenta perdas no campo profissional, relacional e social, sendo frequentes reações vivenciais, como crises de ansiedade e depressão. Sá (2009) destaca que são esses fatores complicadores que comprometem a adesão ao tratamento e o estado geral de saúde do paciente.

Podemos concluir que as questões que permeiam o acometimento e o tratamento de um portador de insuficiência renal crônica são muitas, abrangendo alterações não somente físicas, mas psicossociais, o que justifica uma ação psicológica, associada a um tratamento multiprofissional. Tanto o paciente de hemodiálise quanto a sua família necessitam de suporte psicológico ou de psicoterapia, como possibilidade de minimizar o sofrimento psíquico e o impacto da doença na estruturação pessoal e sociofamiliar.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Uma visão integradora do processo do adoecer envolve a formulação de um modelo técnico-explicativo a respeito das interações entre os fenômenos biológicos, psicológicos e sociais (Giannotti, 1995).

O paciente renal vê-se imerso em uma parafernália de máquinas, intervenções cirúrgicas, medicamentos e dietas que não podem assegurar-lhe a cura e o retorno de sua saúde. Na realidade, o desenvolvimento da doença o transforma em um paciente crônico, que, a partir de então, possui uma série de perdas, conduzindo a um esfacelamento total de sua vida física, orgânica e social. Inaugura-se assim uma situação traumática que altera, de forma brusca, a relação do paciente com seu corpo e sua vida.

De acordo com Queiroz, Dantas, Ramos e Jorge (2008), os indivíduos com IRC sofrem graves alterações nas dimensões psicológicas e em suas vidas e, por causa do tratamento, acabam tendo de sobreviver e se adaptar a sua nova condição física. Seu corpo passa a exibir cicatrizes geradas pelas fístulas, cateteres, exames e cirurgias; a

pele fica pálida e seca, repleta de manchas hemorrágicas e múltiplas; o corpo fica edemaciado, pelo acúmulo de líquidos, diferenciando, assim, os portadores de IRC e alterando sua imagem corporal, como lembram Quintana e Muller (2006).

O paciente renal crônico perde suas funções físicas, como o vigor e a resistência para atividades da vida diária, como o lazer, o trabalho e a atividade sexual. A doença renal crônica traz consequências negativas para o indivíduo, em função das restrições que a doença e o tratamento acarretam. Essas restrições acabam afetando a autoimagem, a autopercepção, a autoestima e o autoconceito de forma negativa, interferindo nas relações afetivas e acarretando sentimentos de fraqueza e inutilidade.

Há também perda da independência e da liberdade, em função do tratamento e das intercorrências, que muitas vezes confinam os pacientes em casa ou no hospital, com esfacelamento total de seus prazeres e sua vida:

Antes eu ia muito a festas, à praia; depois que adoeci não faço mais nada disso. Não tenho mais disposição, minha pele coça e sangra, não posso pegar sol. As pessoas me olham diferente nos lugares onde eu vou e acham que não posso fazer nada. (Paciente de hemodiálise)

Mas as perdas não se limitam ao físico e ao psíquico e se estendem para o social, atingindo atividades escolares, domésticas e profissionais. Os pacientes perdem o trabalho e passam a depender da previdência social do governo. Também dependem da máquina, da família e da sorte, o que acaba gerando desgaste, estresse emocional e insegurança permanente em sua vida: “[...] Eu perdi tudo, tinha carro, casa, dinheiro, botei tudo fora por causa do tratamento e não posso trabalhar, não tenho mais nada, nem saúde”. (Paciente de hemodiálise)

As consequências da IRC solicitam do indivíduo novas formas de adaptação e de configuração de seu estilo de vida, a fim de que possa se organizar diante da própria fase de desenvolvimento da doença. Rudnicki (2006) destaca que os pacientes renais têm suas atividades físicas diminuídas e aumentam suas necessidades de repouso, por causa do tratamento, percebido como fonte de estresse.

Por causa destas questões e especificidades, Freitas (2005) adverte que, quando falamos do paciente com IRC, devemos analisar não apenas sua patologia, mas todas as mudanças, adaptações e sensações pelas quais está passando. De maneira análoga, Dyniewicz, Zanella e Kobus (2004) lembram que, se o fato de ser portador de uma enfermidade já é um desafio, quando a doença é crônica há ainda uma agravante. O paciente deve saber lidar com o imperativo das mudanças de hábito, relacionadas a dietas e/ou atividades físicas, com o uso contínuo de medicações e com a dependência de aparelhos e de pessoas, a fim de que possa desempenhar a contento as novas condições de vida.

Em virtude desta complexidade de alterações físicas, psicológicas e sociais na vida do paciente com IRC, Castro (2005) recomenda que o acompanhamento do

desenvolvimento da doença deve ser realizado não apenas pela equipe médica, mas também por profissionais de várias áreas, principalmente por psicólogos. Nesse trabalho multiprofissional, o auxílio terapêutico de um psicólogo torna-se importante, tendo em vista o impacto das transformações causadas pela IRC na dimensão psicológica do paciente. Como lembram Lima, Mendonça e Diniz (1994, p. 83), essa dimensão psicológica deve ser entendida para além dos aspectos ligados à personalidade do ser humano, de modo que abranja os aspectos psicossociais:

Discorrer sobre o emocional do paciente renal crônico é antes de tudo reconstruir uma trajetória de perdas que vai muito mais além da função renal. Desde o momento do diagnóstico, até a possível realização do transplante (única expectativa real de “cura”), o caminho do paciente renal é atravessado por uma série de problemas, afetando o indivíduo e sua família.

Para Dias, Araújo e Barroso (2002), o atendimento psicológico é importante porque auxilia o paciente com IRC na aceitação de sua nova condição. O atendimento deve ser integral, com o psicólogo sempre ouvindo, prestando atenção ao paciente e às suas queixas. Geralmente, o trabalho do psicólogo inicia pelos aspectos psicológicos que encontramos em todos os seres humanos, que fazem parte de cada indivíduo, enquanto ser vivo. A partir daí, o foco se desloca para os fatores psicossociais específicos, envolvidos em cada caso, com o psicólogo incentivando o paciente para que desenvolva suas capacidades, levando-o a ver sua doença de outra perspectiva. O objetivo maior deve ser a obtenção, por parte do paciente, de uma melhor compreensão e aceitação de sua nova condição, visando agregar uma melhor qualidade de vida.

Diante deste quadro, Lima, Mendonça e Diniz (1994, p. 90) indagam, justamente, sobre o que causa mais dor, a doença ou o tratamento. Seja qual for a resposta a essa pergunta, a ação psicológica se justifica. Tanto em relação à dor provocada pela IRC, quanto àquela provocada pelo tratamento, o psicólogo deve atuar com o intuito de minimizar o impacto da doença no paciente e na família. Deve tentar impedir os efeitos iatrogênicos da doença, a fim de que o atendimento prestado pela equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistente social e pessoal de apoio) seja bem-sucedido, no sentido de obter a adesão do paciente ao tratamento e à consequente manutenção da vida.

Portanto, assim como acontece com outras patologias crônicas, o trabalho do psicólogo na hemodiálise se diferencia porque não atua apenas na reestruturação psíquica do paciente. Ele visa também à manutenção do tratamento, com o fortalecimento do tripé composto por dieta, controle médico-medicamentoso e diálise. Como afirmam Lima, Mendonça e Diniz (1994, p. 88),

[...] pensar em uma ação psicológica quando o indivíduo em questão é portador de uma doença orgânica (e crônica), é antes de tudo

pensar na direção do possível tratamento, direção esta que se faz sentir para além de tentar trabalhar os efeitos psíquicos que tangenciam a moléstia, mas também uma ação psíquica que se “coloque” como “mantenedora” do tratamento orgânico.

De acordo com Resende, Santos, Souza e Marques (2007), são muitas as reações advindas do paciente, logo após a descoberta do diagnóstico e o começo do tratamento. Por isso, o tratamento psicológico deve acontecer desde o início, trabalhando as alterações psicológicas que, neste momento, acometem o paciente e seus familiares, bem como as que ainda estão por vir.

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO HOSPITALAR AO PACIENTE EM HEMODIÁLISE

A morte significa um afastamento como tantos outros que sofremos na vida e, sem sombra de dúvidas, deixa saudades.

(Kovacks, 1992)

O trabalho psicológico com o paciente renal crônico em hemodiálise se diferencia e se acentua em função da cronicidade e da evolução do quadro da doença. Quando se trata desse tipo de paciente, muitas questões e perdas surgem e vão se estendendo e se entrelaçando, atingindo dimensões sociais, econômicas, orgânicas, psicológicas, culturais e éticas. Além da abrangência dessas questões, trazidas pelo paciente em tratamento de hemodiálise, devemos levar em conta que o trabalho do psicólogo hospitalar não se dá de forma tão linear e sem turbulências como normalmente ocorre no consultório particular do psicólogo clínico.

O *setting* hospitalar é adverso à atividade psicoterapêutica, exigindo do profissional uma postura flexível, com o objetivo de contornar as dificuldades. Como adverte Mello Filho (2009), espera-se que o terapeuta reconheça o fato que seu trabalho sofrerá interrupções, adiamentos e cancelamentos, fora de sua esfera de controle, e independentemente da vontade do paciente. A prioridade das ações médicas tem de ser respeitada a partir da compreensão da complexidade das interações e das ações realizadas com o paciente. E a noção exata da hierarquia das ações tem uma função dupla: saber quando ceder a vez e interromper uma consulta e quando não ceder. Nesse sentido, o trabalho no hospital amplia a capacidade e a necessidade de moldar a situação que envolve terceiros, ensinando-nos a trabalhar em equipe de maneira ética e profissional.

A frequência e a duração das sessões também sofrem a ação de vetores fora dos padrões usuais de outras formas de psicoterapia. Devem-se levar em conta o estado de saúde do paciente e sua capacidade de manter-se engajado em um trabalho mental; este tempo deve variar aproximadamente entre 10 e 50 minutos. A prioridade, a

frequência e a duração das sessões só devem ser estabelecidas sob a forma de intenção. No atendimento em hemodiálise é comum que os pacientes apresentem problemas clínicos reais, como enxaqueca, fraqueza muscular, câimbras, prurido, diarreia, vômitos e outras alterações orgânicas. Esses problemas exigem do terapeuta prudência e capacidade de aceitar a frustração de um atendimento adiado ou interrompido. Dessa forma, o trabalho no hospital ensina ao terapeuta, entre outras coisas, a ter mais paciência e saber esperar o tempo do paciente, quer este tempo seja demarcado pelo orgânico ou pelo psíquico.

Outra especificidade do atendimento hospitalar é que quase sempre o paciente é atendido no leito, o que dificulta a privacidade, principalmente quando ele está na enfermaria, junto de outros que desconhece. Entretanto, embora exista essa dificuldade de privacidade, é possível para o paciente estabelecer vínculo de confiança com o terapeuta, permitindo a colocação de emoções e de problemas pessoais, até então escondidos de todos, de forma consciente ou inconsciente. Isso é facilitado pela abordagem utilizada no hospital, a Psicoterapia Breve de Apoio e/ou de Esclarecimento, que tem como característica principal a flexibilidade e a postura terapêutica. Como esclarece Fiorine (2004, p. 46),

[...] o terapeuta adota uma postura ativa e de diálogo, assumindo um vínculo terapêutico encorajador, protetor e orientador, com intervenção do tipo sugestivo-diretivo. Eventualmente, o terapeuta, dependendo de alguns fatores como capacidade de *insight* do paciente, estruturação lógica, poderá recorrer a interpretações orientadas no sentido de esclarecer motivações e condutas, instalando no paciente compreensão do significado de seus distúrbios (neste caso, a Psicoterapia de Esclarecimento).

Braier (2008) assinala que o sucesso desse tipo de psicoterapia se encontra na superação dos sintomas e dos problemas atuais da realidade do paciente. Isto implica, antes de tudo, o propósito de que o paciente possa enfrentar adequadamente as situações conflitivas e recuperar sua capacidade de autodesenvolvimento, de modo que, na prática, se ache em condições de adotar certas determinações quando isto se revele necessário. Além dessas metas, existem também a de recuperação da autoestima, a de aquisição da consciência da enfermidade e a de elaboração de projetos futuros. Para alcançar tudo isto, o terapeuta deve estar atento tanto às mensagens “latentes” quanto às manifestas e intencionais do paciente.

Com base nessas considerações, podemos resumir os objetivos do nosso trabalho psicológico com o paciente de hemodiálise nos seguintes pontos:

1. Atenuação ou supressão da ansiedade

A ansiedade faz parte de toda doença e, no caso do paciente renal, surge em virtude de dois fortes fatores, a cronicidade e o tratamento, ambos permeados por diversas

consequências físicas, psicológicas e sociais. A ansiedade surge tanto em relação às perdas efetivas quanto às possibilidades de sua ocorrência. Portanto, é necessário que o psicólogo atue visando a atenuação ou a supressão da ansiedade e dos sintomas clínicos dela advindos. Tais sintomas aparecem desde a notícia do diagnóstico e são acentuados pela hospitalização e início do tratamento.

No primeiro momento, quando ocorre a hospitalização, o paciente necessita de apoio e orientação sobre o período de internação e do tratamento propriamente dito. O objetivo dessa orientação é a diminuição de temores e ansiedades, visando melhor adaptação à hospitalização e maior cooperação do paciente nos procedimentos cirúrgicos e no tratamento posterior (diálise). Para poder iniciar o tratamento, o paciente precisa submeter-se a cirurgias de cateter e fístula. Nestas ocasiões, o terapeuta deve realizar um trabalho, em conjunto com a equipe interdisciplinar e com os familiares, de informação ao paciente sobre os procedimentos cirúrgicos e de escuta de seus medos e ansiedades. O intuito desse trabalho de informação é justamente diminuir os medos e ansiedades, facilitando o elo paciente-equipe-hospital, de modo que proporcione maior segurança ao paciente e aos familiares e desencadeando maior adesão ao tratamento e à hospitalização.

2. Adaptação do paciente à doença crônica e às novas limitações

Uma vez que se trata de doença crônica, o psicólogo deve trabalhar a aquisição da consciência de enfermidade, com a adaptação do paciente a suas novas condições e imposições físicas e orgânicas. Como esclarecem Santos e Sebastiani (1996, p. 168),

[...] nas enfermidades que não têm a perspectiva de recuperação, cabe à pessoa acometida por estas enfermidades o esforço para se adaptar à vida com a doença, ou seja, a se reestruturar quase por completo para poder assim viver, na medida do possível, com qualidade apesar das limitações e perdas impostas pela enfermidade.

Compete ao psicólogo trabalhar as possibilidades atuais e futuras do paciente em hemodiálise, facilitando a elaboração de projetos promissores pela estimulação de comportamentos novos e adaptativos. A fim de conseguir esses objetivos, deve adotar procedimentos que proporcionem ao paciente a reestruturação cognitiva e emocional sobre seu lazer, seu trabalho, sua sexualidade e seu papel sociofamiliar.

3. Adaptação do paciente ao tratamento

Além de ser estressante e desgastante, o tratamento do doente renal caracteriza-se principalmente pelo fato de não gerar a possibilidade de cura. Frequentemente, a conscientização desta fatalidade leva muitos pacientes a questionar se vale a pena

tanto sofrimento, se, ao final, vão morrer mesmo. Esta questão gera desmotivação, ocasionando muitos casos de abandono do tratamento. Entretanto, o tratamento é necessário para a manutenção da vida do paciente e melhora de sua qualidade. Em função disso, o grande desafio para a equipe multidisciplinar é favorecer a adaptação do paciente às novas condições a que deve se submeter, principalmente no que concerne à conexão paciente-máquina e ao relacionamento com os profissionais.

Essa adaptação só se torna possível com a conscientização do paciente sobre sua doença e a necessidade de tratamento permanente, com modificações na alimentação e nos comportamentos. Para tanto, o paciente necessita de apoio psicológico e de um clima favorável para falar sobre seus medos, referentes à possibilidade de morte, tanto sua quanto a de seus companheiros, de suas perdas físicas e sociais e de seu futuro. A tranquilidade e o bom estado emocional do paciente aparecem, então, como condições essenciais, não só para a manutenção de seu tratamento, mas também para o prolongamento de sua existência, ampliando as possibilidades de melhora da sua qualidade de vida.

4. Melhora da autoestima

Segundo Henriques (2000), a autoestima tem um componente afetivo, sendo considerada como o resultado da avaliação global das qualidades do sujeito. Na autoestima positiva, o sujeito atribui valores positivos a si mesmo, demonstrando confiança na sua capacidade e competência. Vista dessa maneira, a autoestima positiva é uma necessidade humana básica, que influencia os comportamentos, sentimentos, motivações e relações interpessoais dos indivíduos, tornando-se vital para o seu bem-estar psicológico.

A autoestima é formada basicamente pelas nossas interações sociais, abrangendo a forma como os outros nos percebem, como eu percebo que os outros me percebem e, conseqüentemente, como eu me percebo. Para Angerami-Camon (1996), a identidade constrói-se de um corpo íntegro e completo, sendo esta condição colocada em risco pela instalação de uma doença. É por esta razão que o psicólogo deve atuar no sentido de melhorar e recuperar a autoestima do portador de IRC. Sua tarefa, facilitada pelo estabelecimento de um vínculo terapêutico encorajador, protetor e orientador, deve se pautar pela elaboração das perdas e pela readaptação à nova vida e à nova imagem corporal. Deve visar, sobretudo, a melhora da imagem corporal, a atração pessoal e o desenvolvimento da autoconfiança.

5. Apoio e orientação à família

A família é um sistema com regras e estruturas próprias e definidas. Uma modificação em qualquer de seus membros necessita de imediata reestruturação e redefinição dos papéis, a fim de integrar a novidade. Portanto, o psicólogo deve atuar junto com a família do portador de IRC, fornecendo-lhe apoio e orientação, uma vez que também necessita de auxílio, porque sofre com as tensões e as incertezas sobre o futuro

do paciente e sobre o seu próprio futuro. A presença da nova doença, que se tornará crônica, muitas vezes modifica toda a dinâmica familiar, até mesmo no que diz respeito à manutenção do lar e à orientação dos filhos, principalmente quando o portador da insuficiência renal é o responsável direto por tais obrigações.

Tanto quanto o paciente, a família necessita de um suporte, porque ela também sofre diante da doença e do tratamento. E sua reação diante dessa situação influi diretamente na aceitação e na adesão do paciente ao tratamento. Na realidade, a família tem um papel extremamente importante na relação do paciente com a doença e com o tratamento. Por isso, ela deve ser inserida no tratamento, a fim de facilitar a compreensão da doença e a redefinição dos papéis, de maneira que não exclua o membro acometido pela IRC. A família também é peça-chave para fornecer apoio ao paciente nos momentos de suas dores e angústias. Para tanto, a família deve estar preparada para compreender todas as fases orgânicas e psicológicas pelas quais o paciente está passando ou irá passar.

6. Trabalho em equipe

Outro ponto a destacar no trabalho do psicólogo hospitalar é o trabalho em equipe. A equipe multidisciplinar que atua no ambiente hospitalar é constituída por médicos, psicólogos, enfermeiras, nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais necessários para a melhora do paciente. Além dos benefícios concretos que traz para o lado orgânico do paciente, esta multiplicidade de profissionais também ajuda a maximizar seus vínculos afetivos, facilitando a expressão de seus sentimentos por meio das relações transferenciais com toda a equipe. Desperta também no paciente a sensação de apoio e maior segurança, por estar sendo assistido por uma gama de profissionais com um objetivo em comum: a promoção de sua saúde. O psicólogo deve ser um membro efetivo desses vínculos, devendo detectar os focos de conflito e facilitar a comunicação e a rápida interação entre as partes.

Todo este trabalho do psicólogo deve ser realizado sob um clima de auxílio mútuo, com troca de informações necessárias para uma melhor compreensão e auxílio ao paciente. Por essas razões, Penna (2009, p. 364) considera essa questão como extremamente criteriosa:

Saber o que, daquilo que nos é confiado, deve ser transmitido ao médico, em benefício do enfermo, requer reflexão. Existem circunstâncias em que os fatores emocionais do paciente precisam ser comunicados em grupos de discussão de casos ou para vários médicos, com o intuito de facilitar a comunicação e o tratamento do paciente. O que será ou não divulgado terá de ser cuidadosamente pesado, para que não se exponha desnecessariamente a intimidade confiada.

Isso também é válido para as anotações na papeleta do paciente. Uma vez que pode ser acessada por um número imprevisível de profissionais, a papeleta deve portar

avaliações mais genéricas sobre o estado emocional do paciente, a fim de não o expor demasiadamente. Guiando-se por critérios éticos, a equipe utilizará as informações necessárias para o auxílio ao paciente sem destruir o respeito à privacidade e a confiança necessária para a manutenção e o avanço da relação terapêutica.

7. Trabalhando a morte: realidade x fantasias

Um ponto extremamente importante para o psicólogo hospitalar é saber lidar com a morte. Nos hospitais, a morte é uma presença constante e todos, pacientes e profissionais, compartilham o temor a ela. No que concerne aos profissionais de saúde, basta lembrar que, no âmbito acadêmico, se preparam duramente para curar e salvar vidas. De repente, no ambiente hospitalar, a doença crônica coloca-os diante de uma dura realidade, a certeza de que não têm o controle da vida e que estão diante de uma enfermidade para a qual dificilmente obterão a cura. Isto significa a quebra efetiva da fantasia de onipotência, que não permite pensar na morte do outro para que também não se pense na possibilidade de sua própria morte.

Na hemodiálise, a morte e o temor da morte estão presentes a cada minuto, a cada hora. Estão presentes na água, na articulação da veia com a máquina, nas questões orgânicas do paciente (cardíacas, respiratórias), permeando as sessões de hemodiálise do início até o fim, quando, literalmente, ocorre o término de uma vida. Os pacientes sabem disso, como se pode constatar por um de seus relatos: “[...] quem faz hemodiálise não tem futuro. Pode morrer a qualquer dia, qualquer hora”. Esta situação acaba gerando no paciente um quadro de ansiedade, insegurança e certo “desapego” à vida, melhor traduzido como medo de lutar pela vida e ser traído pela morte.

Apesar de a hemodiálise representar um avanço e acenar com o prolongamento da vida, o tratamento não propicia ao paciente um estado de saúde tal qual ele tinha antes de ser urêmico, nem mesmo lhe proporciona a certeza de continuar vivendo. Paralelamente ao prolongamento da vida, vai ocorrendo um decréscimo na qualidade de vida, com dependência real e total da máquina e alterações no estado de saúde, com distúrbios somáticos, doenças secundárias e restrições as mais variadas.

Meleti (2003, p. 122) analisa essa questão, dizendo que:

[...] em muitas instâncias, a hemodiálise dá oportunidade aos pacientes de continuarem vivendo, quase que os ressuscitando de uma morte próxima, mas mantendo-os também intermitentemente azotêmicos, severa e cronicamente anêmicos e sujeitos a inúmeras complicações que ocorrem pela persistente parada renal e pelo tratamento em si.

Como destaca Oliveira Neto (1990), o curso da morte envolve a perda progressiva do controle sobre a própria vida. Nesse sentido, os pacientes terminais costumam temer a morte, mas temem mais as coisas que lhes poderão acontecer enquanto vivos,

como o sofrimento físico, a dependência física, os sentimentos de impotência e de perdas, as limitações da vida, o abandono e o isolamento.

Isso nos permite tentar compreender por que alguns pacientes da hemodiálise desistem do tratamento (sofrimento) e se entregam à morte. Apesar de todos os esforços da equipe, esses pacientes encontram meios de burlar os procedimentos médicos de manutenção de sua vida, pela ingestão de água, uso de alimentos “proibidos”, falta constante às sessões e não uso dos medicamentos prescritos. Na realidade, o que estão querendo dizer com essas ações transparece em alguns dos seus relatos verbais: “[...] de que adianta viver se eu já não tenho mais vida?” (paciente de hemodiálise); “[...] meus problemas só vão acabar quando eu morrer” (paciente de hemodiálise).

O terapeuta deverá saber o momento de aceitar esta posição do paciente, de não mais lutar contra a doença. Mas deverá saber também o momento em que poderá auxiliá-lo a retomar o prazer pela vida, sobretudo estando consciente e adaptado às novas e irreversíveis limitações. Podemos exemplificar esta questão relatando o caso de um jovem paciente de hemodiálise que tinha sérias dificuldades de adaptação ao tratamento e, conseqüentemente, um péssimo relacionamento com a equipe. Esse paciente vivia inchado, cansado e com anemia, não se cuidava e não tinha adesão ao tratamento. Permanecia ingerindo água e sal, como sua esposa contou durante o trabalho de apoio: “[...] Ele é impaciente, irritado, briga comigo e não aceita o que eu digo. Bebe água demais e disse que se eu não colocasse sal na comida ele jogava na minha cara” (esposa).

Durante os atendimentos psicoterápicos, pude observar que a não adesão ao tratamento estava ancorada na falta de perspectiva de um futuro sem a doença. Isto fica claro nas falas do paciente, em resposta às intervenções que fiz, como terapeuta:

Eu não sei se quero continuar a viver (paciente de hemodiálise);

Daí você bebe água porque sabe que “morre” um pouco cada vez que faz isto (intervenção psicoterápica);

É isto mesmo, eu sei que não posso beber água, mas de que adianta viver assim, não vejo e não posso fazer tudo do que mais gostava; [...]

Eu sei que morro um pouco quando bebo água, mas não me importa; para mim, tanto faz viver ou morrer, assim é que eu não quero ficar. (Paciente de hemodiálise)

Esse paciente foi trabalhado com o intuito de resgatar seu desejo pela vida, pelo prazer, com elaboração de suas carências afetivas e suas perdas. No decorrer do processo, ele conseguiu apresentar maior adesão ao tratamento, como pode ser visto no seguinte relato: “[...] doutora, estou conseguindo ficar sem me internar, não estou mais bebendo tanta água, eu coloquei cadeado na geladeira”. Pouco tempo depois, disse que se sentia melhor e que havia até passeado no final de semana, coisa que não

costumava fazer após a doença renal. Posteriormente, esse paciente se afastou das sessões terapêuticas e teve notícia de que havia solicitado transferência para outro centro de hemodiálise de João Pessoa. Acredito que essa transferência significou um bom passo em sua caminhada, pois este era um desejo antigo seu, visando a melhora de seu tratamento e a facilitação de um possível transplante. Talvez tenha significado o início do processo de voltar a lutar pela vida.

Lidar com a morte é uma tarefa de grande dificuldade para nós, terapeutas, uma vez que a situação terminal assume várias formas e muitos significados, englobando realidades e fantasias tanto do paciente quanto do psicólogo. Como diz Kovacks (1992, p. 32),

[...] a morte significa um afastamento como tantos outros que nós sofremos na vida, e, sem sombra de dúvidas, deixa saudades. A morte do outro se configura como a vivência da morte em vida. É a possibilidade de experiência da morte do outro, que não é a própria, mas é vivida como se uma parte nossa morresse, uma parte ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos.

Como terapeutas hospitalares, vivenciamos frequentemente a morte em vida, ao ver o paciente definhar a cada dia. Para nós, assistir o paciente ser retalhado, ter seus membros amputados e ver a vida se esvaindo a cada minuto é algo extremamente doloroso. Para nós, psicólogos, tais situações constituem o ponto máximo do reconhecimento da nossa impotência, por não podermos resgatar a vida e proporcionar a felicidade, que são os objetivos almejados em todos os atendimentos. É nessas ocasiões que, sobretudo humanos, apesar de terapeutas, não podemos evitar indagar sobre o que fazer diante da morte que vem a galope, como algo desejado pelo próprio paciente e até por seus familiares.

Anteriormente, acreditava que a resposta a essa pergunta só poderia ser uma: não aceitar a morte e lutar a favor da vida. Mas o trabalho no hospital com pacientes de hemodiálise me ensinou que a morte pode não ser algo tão ruim e desastroso na vida do indivíduo. A morte pode ser um recurso, uma defesa do próprio paciente, para amenizar o sofrimento, as dores e as ansiedades da doença e do tratamento. Pensando assim, em alguns casos, a aceitação da morte se dá de forma mais tranquila. Pode parecer frieza profissional, mas, com base em alguns casos atendidos na hemodiálise, prefiro encarar esta atitude como reveladora de humanidade profissional.

Assim aconteceu com o paciente X da hemodiálise, que acompanhei por quatro meses. Esse período foi extremamente doloroso para ele, para a família e para a equipe multidisciplinar da qual eu fazia parte. Embora o empenho de todos fosse alto, no sentido de resgatar a vida, víamos que ela se afastava a cada dia do paciente, com piora gradativa de sua saúde física e psíquica. Sendo também diabético, ele chegou a se submeter à amputação dos pés, dos dedos da mão e do pênis, além de necessitar colocar um dreno no pulmão, em decorrência de água na pleura. Além disso, apresentava dificuldade para comer, dormir, andar e falar.

Podemos dizer que o paciente já havia cumprido o seu papel de pai, esposo e filho, ajudando financeiramente a todos e dando, literalmente, a vida por eles. Ele trabalhou desde os 13 anos e sempre sustentou a família. Seus negócios fracassaram e com eles sua vida, pois, quando não deu mais para gerenciar suas atividades, sua existência também se esvaiu. As falências renal, corporal e financeira chegaram juntas e demarcaram o fim de sua vida. O paciente não tinha mais por que viver ou sobreviver e chorou durante o relato que prestou na sessão terapêutica:

Como é que eu vou sobreviver com apenas um salário mínimo, da aposentadoria! Eu nunca deixei faltar nada em casa; [...] Enquanto eu puder, vou lutando até morrer, porque quando eu morrer aí eles (referindo-se às pessoas a quem ele devia) não vão mais cobrar (paciente de hemodiálise).

Com o passar dos dias e com a perda acentuada de sua saúde, o paciente reconheceu a sua impotência e desejou a morte. E assim aconteceu, ele não conseguiu o resgate de suas dívidas, nem da sua saúde e faleceu, sendo o trabalho psicológico concluído com o apoio à família. Em tal circunstância, podemos dizer que o paciente descansou do seu sofrimento, pois não possuía mais qualidade de vida, nem possibilidade de resgatá-la. No último atendimento, quando ainda estava consciente e conseguia verbalizar, ele chegou a falar sobre isso: “Eu não aguento mais tanto sofrimento. Eu estou todo cortado, prefiro morrer, pois assim vou descansar”. Não restou nada a fazer, a não ser aceitar o seu “descanso” desejado e tranquilizá-lo no seu desejo. Já que a vida se tornou impossível para os parâmetros humanos, limitamo-nos a escutar os seus medos e receios. O que essa experiência nos mostrou, afinal, é que, quando se trata de um paciente terminal, devemos seguir a recomendação de Penna (2009). Para ele, cabe ao terapeuta abrir um canal de comunicação que amenize o isolamento do paciente, permitindo que fale sobre seus temores, preocupações e fantasias.

A SUBJETIVIDADE DO ADOECER

Um dia descobriu-se que os sintomas têm (um) sentido.

FREUD

Embora este capítulo não verse sobre representação ou simbologia da doença renal, não podemos esquecer que o corpo e a mente do paciente estão em perfeita articulação. A esse respeito, Groddeck (apud D’Epinay, 1988) não estabelece diferença entre doença física e doença psíquica. Para ele, toda doença física é igualmente psíquica e toda doença psíquica é igualmente física. De modo que, quando o corpo sofre, a mente também sofre, sendo o inverso também verdadeiro.

Sobre os pacientes atendidos na hemodiálise, a questão da articulação entre corpo e mente nos remete a duas implicações fundamentais: a relação com o outro (pai, mãe,

esposa, filhos) e a relação com o trabalho e a manutenção do lar. A falência corporal vem junto da falência afetiva e, algumas vezes, da falência financeira. No caso da doença renal, Dethlefsen e Dahlke (1983) afirmam que os rins são órgãos da parceria, da relação que envolve a pessoa e o outro, o indivíduo e a família, os amigos e o trabalho. Na realidade, o funcionamento desses órgãos assume uma importância vital, pois de seu trabalho depende todo o organismo. Eles também filtram as impurezas, o “mal” que vem de fora.

Souza (1992) fornece a “fórmula” para compreendermos a relação corpo-mente, quando diz que “O doente é um texto” e, como todo texto que se preze, deve ser lido naquilo que nos sinaliza tanto nas “linhas” quanto nas “entrelinhas”, naquilo que nos apresenta tanto objetiva quanto subjetivamente. O corpo fala por meio dos sintomas que não surgem por acaso, mas são construídos pela história do sujeito, tendo significado singular na vida do paciente. Portanto, necessitamos compreender os sintomas em sua essência, sua simbologia e sua função na vida do paciente. Quanto a isto, Santos e Sebastiani (1996, p. 175) sublinham que:

Muitas vezes, parece que se esquece o significado do adoecer, cuidando-se apenas do órgão prejudicado, dividindo-se o indivíduo entre o corpo e a mente, esquecendo-se da história pregressa pessoal, familiar e social. Deve-se entender que o ser é único, singular e que seu modo de existir, assim como o seu adoecer, tem suas características próprias, de maneira original e individual.

Os sintomas fazem sofrer e, ao mesmo tempo, consolam. Constituem os ganhos secundários obtidos com a doença. Segundo Santos e Sebastiani (1996, p. 176), o indivíduo desenvolve inconscientemente um mecanismo de ganho secundário da doença, passando a se comunicar com o mundo por meio dela e a buscar benefícios (manipulando, chantageando, esquivando-se de responsabilidades, justificando-se). A doença se incorpora à vida do indivíduo de forma mórbida, a ponto de não querer ficar bom, para não perder as atenções do tratamento que lhe é dado pelos amigos e parentes, nem os privilégios que compensam e causam sensação de satisfação. Isto ficou claro em um dos atendimentos que prestei no setor de hemodiálise, quando o paciente justificou a sua não adaptação às restrições alimentares, os frequentes ganhos de peso e a piora do quadro orgânico, da seguinte maneira: “O pessoal da hemodiálise só me nota quando eu estou inchado. E a minha esposa, quando estou de cama, até que ela faz um carinho em mim”.

De alguma forma, esse paciente conseguia tirar “proveito” do seu sintoma, corroborando a afirmativa de Freud (1976) de que o sintoma possui duas vertentes: o gozo e o sofrimento. Embora já tivesse um doador de rins, ele sabia que marcar a cirurgia dependia, entre outras questões, de sua condição orgânica, mas também sabia que, uma vez realizado, o transplante poderia lhe trazer consequências indesejáveis. Isto pode ser notado no diálogo que manteve comigo, durante uma das sessões terapêuticas:

Quando eu fizer transplante tudo vai mudar na minha vida (paciente);
E você acha que seus problemas serão resolvidos com o transplante?
(intervenção terapêutica);

Não, talvez tudo fique mais confuso (paciente);

Confuso? (intervenção terapêutica);

Sim, minha esposa disse que, quando eu ficar bom, ela vai me deixar,
só está comigo porque eu estou doente (paciente).

As intervenções terapêuticas foram feitas no sentido de esclarecer sobre a relação ambivalente que o paciente mantinha com o transplante, ao mesmo tempo querendo-o e, inconscientemente, não o desejando. O transplante acenava com a possibilidade de viver, mas, ao mesmo tempo, essa possibilidade vinha carregada com futuras limitações e perdas. As limitações abrangiam o uso constante de medicação e os cuidados com a saúde. As perdas incluíam o afastamento da esposa e das pessoas da equipe de hemodiálise, com as quais podia se relacionar, mesmo que esse relacionamento não fosse dos melhores. Assim, esse paciente permaneceu doente e teve mesmo um agravamento do quadro (decorrente do não seguimento da conduta médica), a fim de receber atenção das pessoas da hemodiálise e de sua esposa.

Santos e Sebastiani (1996) afirmam que existem aspectos tanto positivos quanto negativos na estruturação do mecanismo de ganho secundário. Cabe ao psicólogo identificar as formas dessa dinâmica, reforçando as positivas e procurando pontuar as negativas, de modo que despertem, no paciente, a consciência da perniciosidade desse mecanismo e da necessidade de buscar maneiras adaptativas de lidar com a doença.

Uma explicação para esse tipo de comportamento pode ser encontrada nos estudos sobre histeria realizados por Freud (1976), que põem em evidência a dupla função do sintoma. Para Freud, no sintoma se encontram, ao mesmo tempo, as realizações simbólicas de um desejo, frequentemente inconsciente e em geral proibido, e a punição pela satisfação obtida, por meio do sofrimento ocasionado pelo sintoma. Em função disto, Groddeck (apud D'Epina, 1988) chama a atenção para o cuidado que se deve ter ao tratar de um sintoma, para que não se corra o risco de simplesmente retirá-lo e desestruturar o sujeito, o qual, muitas vezes, necessita dele para obter a homeostase. Como diz o próprio autor, “[...] a questão que se propõe é saber se se pode suportar ser lúcido: muitas vezes é melhor esconder-se de si mesmo” (p. 43). Ao abordar esta questão, ele retém essencialmente o valor simbólico, em torno do qual foi organizado o sintoma e por meio do qual poderá ser desconstruído.

No que se refere a isto, Freud (1976) esclarece que:

Para os leigos, os sintomas constituem a essência de uma doença, e a cura consiste na remoção dos sintomas [...]. Os médicos atribuem importância à distinção entre sintomas e doença. A única coisa tangível que resta da doença, depois de eliminados os sintomas, é a capacidade de formar novos sintomas.

O terapeuta deve saber que não todos, mas alguns sintomas são estruturantes e estruturais para o sujeito, não podendo nem devendo retirá-los. Como diz Groddeck (apud D'Epina, 1988, p. 45), “Querer curar a todo preço os seres humanos é violentá-los. O ideal, cuidando do doente, é ajudá-lo a mudar sua visão da doença, ou seja, integrá-lo à sua existência em lugar de procurar desembaraçar-se dela”.

Não podemos esquecer que o corpo é percebido como uma figura simbólica, como a encarnação de um sofrimento da alma, e é por meio da palavra, da manipulação psíquica, que a “cura” é obtida. No sentido orgânico da palavra, a cura não se dá no paciente da hemodiálise nem em outras patologias crônicas, mas poderá ocorrer o alívio e a diminuição da ansiedade e de determinados sintomas físicos agravados pelo psíquico. Como conclui Groddeck (apud D'Epina, 1988, p. 46), a doença é muitas vezes um mal necessário; contudo, se traz solução para certos problemas, ela cria outros. É um compromisso, uma armadilha na qual cai aquele que a ela recorre. Pode levar à morte quando sobrevém como tentativa de escapar a um perigo. Portanto, o terapeuta deve estar sempre alerta a esta ambiguidade da doença, devendo sempre buscar conhecer a história do sintoma na vida de cada sujeito, articulando sua função orgânica com a parte psíquica, para que possa atuar sem danificar ainda mais o elo psicossomático do já tão fragilizado paciente renal crônico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Espreitamos a angústia, a alegria, e depressão, a ausência, o encontro...
vivemos a finitude, a eternidade... a turbulência, a quietude... assistimos
ao desmoronamento do sistema de saúde e ao avanço da Medicina, rumo
a novas conquistas no enfrentamento das mais diferentes epidemias...
(Parêntesis da Ilusão, Angerami, 1996).*

De acordo com Mello Filho (1986; 2009), as vivências das vicissitudes de uma doença e de uma hospitalização evocam, além de medos, ansiedades e depressão, certos conflitos emocionais reprimidos, ligados ao *self* e às relações objetais. Portanto, é necessário compreender a doença e a hospitalização na significação particular e específica que têm para cada um. Dessa configuração particular fazem parte os fatores genéticos, os aspectos psicodinâmicos, as experiências pregressas com o adoecer e o contexto do sintoma no qual o indivíduo está inserido.

Giannotti (1995) chama nossa atenção para o fato de que, para a prática psicoterápica na instituição hospitalar, não basta o simples reconhecimento de que há determinantes psicológicos que interferem na recuperação de um paciente: é necessário saber como operar esses determinantes. De minha parte, acredito que o terapeuta só consegue isso na sua articulação teórico-prática-pessoal, aprendendo a ouvir o outro e a si mesmo, a reconhecer o outro e a si mesmo.

Por fim, a conclusão deste capítulo deve forçosamente coincidir com a finalização do acompanhamento psicoterápico que realizei no setor de hemodiálise, em decorrên-

cia de minha saída do hospital para outra instituição. Por ocasião da saída, o fato de romper a relação estabelecida com os “pacientes”, com a equipe, com o hospital e com meu próprio desejo de permanência, remeteu-me à afirmação de Kovacks (1992) a respeito da morte que simbolicamente ocorre na ruptura de um vínculo: “[...] a morte significa um afastamento como tantos outros que nós sofremos na vida, e, sem sombra de dúvidas, deixa saudades”.

O sentimento de perda, afastamento e morte (simbolicamente falando) também se fez presente nesse momento, não só para mim, mas também para os pacientes. Esse sentimento foi verbalizado por um dos pacientes que acompanhava no dia do fechamento da terapia e da apresentação de outra psicóloga, que iria dar continuidade ao tratamento. A certa altura, o paciente foi para a máquina e fez alusões aborrecidas à hemodiálise, mas simbolicamente referindo-se à minha saída do hospital e à entrada da nova psicóloga:

Doutora, a senhora só veio de passagem, mas devia ficar e vir todos os dias. Eu vou sentir muito a sua falta, eu queria que a senhora trabalhasse mais uns 30 anos aqui na hemodiálise. (paciente)

Doutora, não existe um meio de não colocarem estas agulhas na gente, não? De não furarem mais a gente, não? Porque dói para entrar e dói para sair. (paciente)

É, seu Y, dói de fato esta entrada e saída, não só da agulha, mas também das pessoas daqui, da Hemodiálise. Dói quando entra, porque o senhor tem que acostumar-se, adaptar-se a elas e dói também quando elas saem, se afastam. (terapeuta)

É doutora, dói muito ver pessoas que eu gosto se afastando, mas é isto mesmo, fazer o quê? (paciente)

Certamente, esse paciente necessitou de um trabalho de acompanhamento especialmente orientado para lidar com as questões referentes ao abandono, afastamento e perdas. Um trabalho referente a mais uma perda de uma pessoa próxima, entre outras tantas que lhe deixaram saudades e exigiram uma reelaboração, a fim de se readaptar à vida sem elas.

Gostaria de concluir dizendo que aprendi muitas coisas no setor de hemodiálise, entre as quais podem ser destacadas: trabalhar em equipe; ouvir as queixas dos pacientes, dos familiares e até mesmo de membros da equipe; ajudar o paciente no retorno “à vida”; respeitar o momento e a dor do outro. Enfim, aprendi a viver e a conviver com a doença, com as perdas, com a dor e até mesmo com a morte, não perdendo de vista o princípio básico do trabalho psicológico, que é a relação terapêutica e seu objetivo maior: o homem e seu bem-estar.

Tudo isto leva-nos a questionar a razão de haver, no Brasil, tanta escassez bibliográfica referente ao trabalho do psicólogo com o paciente renal. Certamente, como procuramos mostrar ao longo do presente estudo, o motivo dessa escassez não é a ausência da necessidade de atendimento psicológico para o paciente de hemodiálise e sua família. Infelizmente, este descaso não se refere apenas ao paciente renal crônico. Embora contenha grande contingente de pacientes crônicos, o Brasil ainda tem uma prática de assistência mais voltada ao tratamento curativo, dando pouca atenção à prevenção e ao tratamento de reabilitação e cuidados paliativos (doença crônica). Como resultado disso, todos esses pacientes crônicos são relegados à própria sorte.

A questão é muito séria e chega a assustar qualquer profissional de saúde brasileiro. Em um país com grande parte da população carente economicamente e onde vemos diariamente o sistema de saúde pública enfraquecer e se esfacelar cada vez mais, não podemos evitar a sensação de que a saúde no Brasil anda com os dias contados. No que tange aos pacientes renais, parece que os governantes consideram que não vale a pena investir tempo e dinheiro no emocional dessas pessoas, para lhes garantir uma melhora na qualidade de vida (enquanto possuem vida), pelo simples fato de serem crônicos e terminais. Pode ser também que o medo da morte afaste todos nós, brasileiros, desses pacientes, tal como ocorre em relação aos portadores de AIDS e de câncer. Mesmo quando os programas recomendam chamar esses pacientes de portadores da AIDS e pacientes oncológicos, respectivamente, a simples mudança terminológica não surte efeito, uma vez que os preconceitos arraigados não foram modificados.

Quaisquer que sejam as respostas a essas indagações, algumas certezas podem ser extraídas em relação ao tratamento de pacientes portadores de IRC. Uma delas é a de que o trabalho do psicólogo no hospital e no setor de hemodiálise é possível e necessário. Outra certeza é que todo indivíduo merece atenção e respeito e a chance de ser assistido mesmo no momento da morte, e por que não dizer, principalmente no momento da morte. Finalmente, assim como acontece com o término de uma terapia, resta a certeza de que estas considerações relativas ao presente estudo só são finais temporariamente. Parafraseando Schultz (1989), não existe saber acabado, nem conhecimento esgotado, eles são construídos constantemente, a cada dia. Esperamos que este trabalho possa ser lido e criticado, para servir de embasamento a outros estudos na área da hemodiálise, pois, como escreve o citado autor, “[...] assim é o progresso consciente de qualquer ciência: uma construção evolutiva, em permanente busca de níveis cada vez mais altos de desenvolvimento; não uma culminância final, mas um contínuo crescimento” (p. 63).

Desejamos que a ciência e a tecnologia possam desenvolver-se constantemente, trazendo novos meios de tratamento, menos dolorosos e com possibilidade de melhora da qualidade de vida e, quem sabe, até de cura dos pacientes renais, auxiliando-os verdadeiramente no retorno à vida. Enquanto esse desejo não se torna realidade, devemos fazer a nossa parte da melhor forma possível, para ajudar os pacientes renais e seus familiares a enfrentar a doença e a vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI, V. A. O imaginário e o adoecer. Um esboço de pequenas grandes dúvidas. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). *E a psicologia entrou no hospital...* São Paulo: Pioneira, 1996. p. 181-213.
- BENNET-JONES, D. Insuficiência Renal: prevenção e tratamento. *Update: Revista de Educação Permanente em Clínico Geral*, Lisboa, v. 11, n. 135, p. 44-6, 2000.
- BRAIER, E. *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- CASTRO, A. K. O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais. *Revista da SBPH*, v. 8, n. 1, p. 1-14, jun, 2005.
- D'ÉPINAY, M. L. *Groddeck: a doença como linguagem*. Trad. Graciema Pires Therezo. Campinas: Papyrus, 1988.
- DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. *A doença como caminho*. São Paulo: Cultrix, 1983.
- DIAS, M. S.; ARAUJO, T. L.; BARROSO, M. G. T. Desenvolvendo o cuidado proposto por Leininger com uma pessoa em terapia dialítica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 354-60, 2002.
- DYNIWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 199-212, 2004.
- ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá (PR): Ed. Universidade Estadual de Maringá, 2002.
- FERMI, M. R. V. *Manual de diálise para enfermagem*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- FIORINI, H. *Teoria e técnica de psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- FREITAS, K. C. L. *Hemodiálise: relação paciente x máquina*. Araras, SP, 2005. Monografia de especialização. Centro Universitário Hermínio Ometto – UNIARARAS.
- FREUD, S. *Conferências XXIII. Obras Completas (Vol. III)*. Rio de Janeiro: Delta, 1976.
- GIANNOTTI, A. Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. In: OLIVEIRA, M.; ISMAEL, S. (Orgs.). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. São Paulo: Papyrus, 1995. p. 21-38.
- HENRIQUES, E. *Padrão desenvolvimental da motivação intrínseca/extrínseca em estudantes do 6º ao 9º ano de escolaridade: relação com o autoconceito*. Lisboa, 2000. Monografia de Licenciatura em Educação. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- KOVÁCS, M. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- LIMA, A. M.; MENDONÇA FILHO, J. B.; DINIZ, J. S. Insuficiência renal crônica: a trajetória de uma prática. In: ROMANO, B. (Org.). *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1994. p. 77-92.
- MARCONDES, E. *Pediatria básica*. 8. ed., v. 2. São Paulo: Savier, 1999.
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 670-6, set./out. 2005.
- MELETI, M. R. O paciente em hemodiálise. In: ANGERAMI, V. A. (Org). *A psicologia no hospital*. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. p. 115-26.
- MELLO FILHO, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1986.
- _____, J. *Psicossomática hoje*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.
- OLIVEIRA NETO, M. O paciente homossexual HIV positivo (AIDS) e a morte. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 39, n. 5, p. 244-9, 1990.

- PENNA, T. Psicoterapias breves em hospitais gerais. In: MELLO FILHO, J. (Org). *Psicossomática hoje*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009. p. 362-70.
- QUEIROZ, M. V. O.; DANTAS, M. C. Q.; RAMOS, I. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto contexto – Enferm.* [online], v. 17, n. 1, p. 55-63, 2008.
- QUINTANA, A. M.; MULLER, A. C. Da saúde à doença: representações sociais sobre a insuficiência renal crônica e o transplante renal. *Psicologia argumento*, Curitiba, v. 24, n. 44, p. 73-80, jan/mar. 2006.
- RESENDE, M. C.; SANTOS, F. A.; SOUZA, M. M.; MARQUES, T. P. Atendimento psicológico ao paciente com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 87-99, 2007.
- ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *Journal Brasileiro de Nefrologia*, v. XXVI, n. 3 (Supl. 1), p. 1-9, 2004.
- RUDNICKI, T. Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Diversitas*, v. 2, n. 2, p. 279-88, dez. 2006.
- SÁ, H. A. *Escutando o sujeito com insuficiência renal crônica*. Governador Valadares, MG, 2009. Monografia de Especialização em Psicanálise – Teoria, Interfaces e Aplicações. Universidade Vale do Rio Doce.
- SANTOS, C.; SEBASTIANI, R. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMON (Org.). *E a Psicologia entrou no hospital...* São Paulo: Pioneira, 1996. p. 147-18.
- SCHULTZ, D. *História da psicologia moderna*. São Paulo: Cultrix, 1989.
- SILVA, L. F.; GUEDES M. V. C. G; MOREIRA, R. P; SOUZA, A. C. C. Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paul Enferm.* v. 15, n. 1, p. 40-7, 2002.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- SOUZA, R. R. *Os sentidos do sintoma: psicanálise e gastroenterologia*. São Paulo: Papyrus, 1992.
- THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Avaliação psicológica*, v. 4, n. 1, p. 57-64, jun. 2005.
- ZATZ, R. Insuficiência Renal Crônica. In: RIELLA, M. C. *Princípios de nefrologia e equilíbrio hidroeletrólítico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 649-60.
- ZOZAYA, J. L. G. El medico y el paciente en el contexto de la enfermedad cronica. *Revista Centro Policlín Valência*, v. 3, n. 1, p. 117-9, ene.-jun. 1985.

Da ansiedade
intrínseca à existência
à psicopatologia da
ansiedade.

Considerações sobre a
ansiedade embasadas na
prática clínica

DENIS EDUARDO BATISTA ROSOLEN

INTRODUÇÃO

Falar da ansiedade, assim como qualquer discurso acerca de algo, não nos diz muito se for feito sem considerar o seu contexto, sem um “a partir de onde” se diz. A ansiedade pode ser enfocada sob muitos aspectos: pode ser compreendida por um viés físico, sociológico, psicológico, espiritual, enfim, nada que a medicina ou a psicologia digam em tom de definição sobre a ansiedade pode ser considerado como verdade absoluta, porque sendo a ansiedade inerente ao ser de um homem indefinível e imprevisível, qualquer coisa que se diga sobre ela não será a palavra final nem possibilitará predições generalizantes.

Encontra-se exemplo desta conduta quando se aplica o êxito obtido em um caso em todos os outros casos aparentemente similares ou, pelo contrário, não mais trilhando um caminho que não resultou em êxito certa vez, em uma ou em algumas vivências específicas do passado. Não é porque naquele contexto específico resultou em negatividade que sempre será assim; tanto em um caso como no outro, quando assim se compreende, não raro o profissional da saúde tenta chegar a uma verdade absoluta, algo que se generaliza para todos os casos e, portanto, se afasta do acontecimento subjetivo e único; busca-se chegar em uma palavra final sobre algo que por ser tão humano oferece abertura para outras palavras, outros pontos, outros saberes.

Cada contexto traz em si não verdades congeladas, mas uma abertura para possibilidades que podem ser assumidas por uma pessoa ou não. Seja como for, podemos assumir por um tempo uma possibilidade, mas, tal qual as verdades “eternas”, isso dura por um tempo, pois tudo acaba, tem uma duração, uma vigência.

Estar ansioso é ora lembrar-se e outras ser lembrado dos movimentos de nadificação que de um momento para outro podem nos retirar a preciosa certeza/pessoa/status que tanto norteava nossa existência, lançando-nos em uma desesperada busca de algo que no fundo se sabe ser impossível. Não podemos controlar aquilo que não está dado a ser controlado: o futuro, o corpo, o outro, o tempo, o advento de um pensamento, de uma emoção etc., mas também não conseguimos suportar o descontrole.

Descontrole transformou-se para muitos em sinônimo de vida sem cuidado. Em muitos momentos abordarei o descontrole a partir do vir-a-ser, ou seja, falarei do descontrole como não sendo apenas um problema pontual e sim uma condição existencial de um ente lançado a construir-se; em outros momentos o problema do controle/descontrole evidentes na ansiedade será compreendido como a falta de fé, a dificuldade em dar o chamado “salto no escuro” que Kierkegaard (2007) dizia fundamental no modo de ser religioso, dificuldade que Paul Tillich (1976) vai chamar de falta de coragem de afirmar-se apesar das negatividades.

Em um primeiro momento abordarei a ansiedade a partir de fragmentos clínicos oriundos de atendimentos psicoterápicos realizados. Dar-se-á um enfoque inicialmente à ansiedade enquanto inerente à existência, independentemente de seus graus elevados, onde encontramos a ansiedade patologizada. Em um segundo momento, sim, a ansiedade será abordada a partir de suas manifestações extremadas, portanto, será discutida a psicopatologia da ansiedade; para tal discussão utilizarei fragmentos de diálogos terapêuticos de pessoas que procuraram tratamento psicoterápico com diagnóstico e tratamento psiquiátrico precedente à procura.

A ANSIEDADE É CONSTITUTIVA DA EXISTÊNCIA

Considerar a ansiedade como ontológica é tirá-la do generalizável a partir de uma classificação psicopatológica e passar a referir-se a ela como inerente à existência. Para transpor o ôntico para o ontológico é importante dar uma espécie de salto, por exemplo, perguntas como: que questões humanas estão em jogo quando se fala em ansiedade? E não simplesmente o que acontece com o corpo com ansiedade, ou ainda qual o comportamento esperado de uma pessoa com ansiedade, o seu nível de ansiedade etc.

A pessoa ansiosa, quando entendida dentro de um modelo cientificista, deixa de ser pessoa e passa a ter um mal/doença chamado ansiedade, que por ser compreendido como um mal torna-se algo a ser corrigido e não um modo de ser-no-mundo a ser assumido com responsabilidade e esforço em integrar este modo de ser ansioso com outras exigências que se colocam para a existência nas contingências que lhes são próprias.

Na tentativa de conhecer mais sobre aquilo que faz sofrer e acreditando que saber é necessariamente resolver e, por último, resolver é fazer o bem, cada vez mais aumentam as divisões classificatórias da ansiedade, porém a lógica de tais classificações é, na maioria das vezes, a semelhança dos sintomas; por exemplo, as pessoas com síndrome do pânico têm este ou aquele sintoma específico daquele quadro, de forma que quando outra pessoa apresentar sintomas semelhantes a compreensão se enviesará para a síndrome do pânico, mas sintomas são aparências e aparências são modificadas com o tempo de convivência e com a proximidade que estamos da coisa em si, sintomas têm corpo, história e situação e por mais que tenham semelhanças entre si, quando fazemos um mergulho nas entranhas da experiência subjetiva da pessoa que “quer que o tempo corra rápido” ou que “nunca chegue o momento” – lutas tão comuns na experiência íntima do ansioso –, encontramos um motivo diferente e uma historicidade doadora de sentidos particulares em cada uma delas.

Porém, aquilo que uma pessoa vive em sua singularidade traz temas concernentes a toda a humanidade, todo mundo à sua maneira vivencia ou já vivenciou as experiências de querer que o tempo corra ou, ao contrário, que ele paralise. O modo apressado de ser almeja o futuro, liga-se de uma forma tensa com o tempo e com os elementos cotidianos da vida: o que do futuro se mira, o efeito da percepção do tempo curto, o efeito da percepção do tempo vagaroso; tudo isso faz parte daquilo que Heidegger

(1986) chamou de afinação ou disposição, o apressado se afina com o mundo à sua maneira. Vivencia a pressa com seu modo particular de ser apressado.

A ansiedade, portanto, diz respeito a todos nós em maior ou menor grau, estar ansioso é estar na abertura para tornar-se cômico da indeterminação da vida ante o desejo de não deixar de ser, de vir-a-ser-imortal. Tanto querer reter a si algo que quer partir ou mesmo que já morreu quanto o desejo de concretização de sonhos e metas que estão lá adiante das nossas reais possibilidades são produtores de ansiedade.

Portanto, não conseguimos fugir da ansiedade principalmente porque sabemos que vamos morrer e isso pode implicar deixar de ser. Acontece que a ideia de deixar de ser é incômoda de se ter e fica pior ainda ao retê-la. O efeito dessa consciência é a angústia de se perceber suspenso em um nada onde a escolha e a responsabilidade por cada ato são as condições. Mesmo sem saber os efeitos de nossas escolhas somos constantemente convocados a assumir posições; mesmo sem saber o que há do lado de lá do agora podemos assumir a vida e levá-la às últimas consequências quando fizer sentido.

Acontece que temer a morte é temer aquilo de que não possuímos nenhuma vivência, nenhuma significação calcada naquilo que Merleau-Ponty chamou de fé perceptiva (Carmo, 2000). Assim, quando a pessoa não enfrenta a questão da morte aos moldes do “salto no escuro/absurdo” kierkegaardiano, ela se encontra em desespero porque não consegue parar de esperar, desejar, ansiar mesmo quando a linha anuncia o fim (Kierkegaard, 2007).

Para fugir da consciência visceral do desespero, rapidamente se põe uma vestimenta nessa ausência de significações e, assim, o medo da morte pode transformar-se em medo de ter um descontrole, medo do que vão falar, pensar, sentir, de não ter para onde fugir, medo de vai dar tempo, ou seja, não mais de algo inefável – morte –, mas de um temor dizível, uma solicitação a alguém, algo que dê contorno ao nada e, portanto, se possa evitar. Como dito, a ansiedade pode ser vivida como um tentar evitar que se chegue o temido ou o apressar para que chegue logo de uma vez. Mas, como ainda não chegou, na ansiedade há um mundo de “imagem em ação” nos modos de subjetivação do ansioso.

Sendo lançado a construir-me, a inscrever minha existência na comunidade com outros seres, condenado a escolher agora e colher depois, sem nunca saber com que cara a obra vai ficar, pois ela termina na morte, e, morto eu não saberei o formato final da obra, sou então um ser dado a não saber, dado a viver em um mundo onde quem vai dizer quem fui não sou eu, quem vê minha face frequentemente é o outro, e aquela que eu vejo no espelho já é influenciada pela maneira como efetivamente eu sei que o outro me vê ou me viu no passado e pelo que imagino que o outro acha ou achou de mim. Sou, portanto, um ser dado a não saber de muita coisa e doído por saber de tudo, descobrir, controlar – mesmo que através do imaginário. Às vezes me vem a impressão de que saber e viver são palavras que assumiram no ligeiro mundo contemporâneo uma proximidade de sentidos perigosa; é como se os vazios de significação ou

a confrontação com a impossibilidade de saber acerca do amanhã fossem vivenciados com a mesma angústia que uma pessoa diante da morte não raro busca saber a verdade final sobre um fato, ou saber como ocorrerá algo com o mesmo ímpeto de quem luta pela vida. O ansioso busca controlar-se e controlar como se ali estivesse em jogo uma questão vital. E está, diria Kierkegaard, a questão de não poder morrer, de não poder entregar-se ao desconhecido.

Portanto, a ansiedade não é algo que se possui como quem possui um carro, não é uma questão de tê-la ou não tê-la, mas de assumi-la e contê-la dentro de si ou transbordar-se e afogar-se nela. É bem verdade que em um grau elevado ela passa a ser um possível objeto da psicopatologia, mas a ansiedade não se restringe a suas formações patológicas, nem tampouco ela é apenas negativa. É preciso, por exemplo, ansiedade para excitar-se sexualmente, é de ansiedade antecipatória que estamos falando quando estamos esperando que alguém muito querido chegue de viagem, sem ansiedade a vida seria inconsequente e caótica, pois não haveria previsões nem precauções.

A ansiedade tem relação com as tramas da imaginação, com crenças pessoais acerca de si, do outro ou da vida; frequentemente este incremento de uma imaginação rica aumenta as percepções de riscos e modifica a compreensão que o ansioso tem de uma dada situação, mas, não nos esqueçamos, a existência ansiosa está sintonizada em tais riscos, por isso os percebe com maior frequência e dá valor a eles. Frequentemente um receio faz todo sentido para uma pessoa mesmo que as demais o qualifiquem de exagero, portanto, faz parte de um cuidado importante para aquela pessoa. A ansiedade traz em si os temas da responsabilidade, do cuidado, da angústia, das escolhas, da capacidade de entregar-se, da confiança no outro, da confiança na vida, a confiança em si mesmo.

A consciência em um ansioso, por estar permeado pelo imaginário, é frequentemente rebaixada e a pessoa não se mantém cônica de que o temido é um possível e não um fato. E, ainda falando sobre as formas com que a imaginação do ansioso se apresenta à consciência, muitas vezes a ansiedade ou se apresenta como algo vivido como estreito, sem possibilidade de escapar e com risco de ser agarrado, ou como o aberto, infinito e sem forma, onde não se encontra nada para amparar, segurar, conter (Tillich, 1976).

Portanto, na ansiedade encontramos o medo de cair em uma espécie de prisão, ou seja, em uma situação que não tem escapatória, da falta de possibilidades, da restrição à liberdade; e o medo de cair em um modo de ser aos moldes de um deserto, refiro-me aqui ao medo frente à amplitude de possibilidades, de ir sem vislumbre do chegar, do amplo vazio que engole, da solidão, dos extremos. Tanto o deserto quanto a prisão são lugares que sintetizam aspectos da existência que são ao mesmo tempo desejadas e temidas, o amplo e o estreito vão estar presentes nas preocupações e fantasias ansiosas.

Agora façamos uma breve síntese acerca das manifestações de ansiedade em outras épocas para ilustrar o já citado caráter humano da ansiedade antes de entrarmos nas especificidades da ansiedade inerente ao homem e na sua patologização.

A ANSIEDADE ATRAVÉS DOS TEMPOS

A ansiedade enquanto conceito não está desvinculada nem do homem e nem do mundo que o circunda, mas a forma como ela se mostra e é entendida hoje não é a mesma de outros tempos. Os temas humanos perpetuam-se com outras vestimentas através dos tempos, porém as questões são as mesmas, elas são compreendidas e vividas dentro de um prisma que é único e inerente a cada historicidade. Mas ter a minha história e minha escolha acerca do que virá não retira o fato de que vivo um momento na história universal que permite a construção da minha história individual.

Nas civilizações antigas era predominante a ansiedade sobre aquilo que advém à morte. Era uma época em que as pessoas vivenciavam o declínio da democracia grega, a conquista do Ocidente e do Oriente por Roma, a conquista do Oriente por Alexandre, o Grande, o império romano e a tirania dos imperadores; enfim estes e outros fatores contribuíram para que a vida nesta época fosse vivenciada como algo que não estava nas mãos do indivíduo, pertencia a poderes naturais e políticos, e, portanto, sem controle ou previsibilidade. Com as liberdades restringidas, com a estima rebaixada, enfim, sem perspectivas nesta vida, a morte passou a ser um tema existencial que caracterizava a ansiedade no homem da antiguidade.

A valorização estoica do suicídio como ato de coragem e libertação, a exaltação ao desapego das coisas e valores mundanos, os espetáculos públicos onde leões comiam pessoas para divertimento público são alguns exemplos desta ansiedade em uma perspectiva histórica, a morte enquanto um fim idealizado era uma ideia mais confortante do que a morte vista ali ao lado, do que a perda da liberdade (Tillich, 1976).

Já na Idade Média, a ansiedade vivenciada pelas pessoas era de ser culpado, desobediente a Deus e, portanto, ser condenado. O culpado na época da Reforma era alguém que havia poluído sua alma por poderes demoníacos ou pelo reino material, havia o medo do inferno e do purgatório. Foi uma época em que, se vivia o medo do julgamento de Deus. O medo da morte não era o principal motivo de ansiedade, e sim o da condenação; para alcançar o paraíso era necessário seguir aos preceitos da Sagrada Escritura; na verdade nem a obediência garantia quem seriam os escolhidos para ocupar tal lugar; a questão mobilizadora da existência ansiosa nesta época era: como se livrar do pecado?

Segundo Szasz (1976), aquilo que na Idade Média era o pior dos males não era o não pecar, uma vez que nas escrituras sagradas está claro que o homem vive em pecado, o pior dos males era o não arrependimento. Já nos dias atuais o pior dos males é o doente que ou não se vê enquanto doente quando outras pessoas veem, ou afirma o mal em si e seu desprezo pela cura, ou seja, nos dias atuais temos que nos confessar possuidores de uma doença, seja física ou psíquica, assim como outrora se tinha que confessar arrependimento de um pecado; doentio hoje é não aceitar a doença ou tratamento.

Com o declínio da Idade Média, a queda do absolutismo, o progresso do liberalismo, da democracia, com a ascensão de uma civilização técnica, começou a ser

cada vez mais importante que os indivíduos participassem e se sentissem participantes deste sistema –, não que em sendo participante o indivíduo estivesse livre de suas ansiedades, mas até estas eram mais fáceis de lidar do que a ansiedade de se sentir um pária, alguém sem sentido nem significado para uma coletividade significativa na vida de uma pessoa. Pode-se dizer que este é o tipo de ansiedade mais comum em nossa época (Tillich, 1976).

Porém, as questões da morte, do sentido da vida, da dignidade humana não são nem específicas de hoje nem de ontem. Enquanto predominância, elas podem ser lidas neste parâmetro histórico-cultural, mas são questões bem vivas em nós a qualquer tempo quando damos atenção e ofertamos um tempo para ocuparmo-nos com isso.

Quando se concentra em tais questões e em suas articulações com a vida vivida, geralmente se preocupa mais com isso e, assim sendo, abre-se a possibilidade de cuidar destas questões. Cuidar a que me refiro não é no sentido unívoco de solucionar. Cuidar é acima de tudo estar ao lado dessas questões, acompanhando-as e sendo acompanhado pela luz que a consciência da finitude emite sobre as escolhas inerentes ao caminhar.

Paul Tillich (1976), no livro *A coragem de ser*, coloca que existem três tipos de ansiedade, de natureza ontológica: a ansiedade ante a morte; a ansiedade de perder a participação, de não ter nenhum significado em uma coletividade; e por último a ansiedade ante a culpa e a condenação. A seguir será falado de cada uma delas ancorando a discussão dos tipos propostos por Tillich em fragmentos de diálogo de pessoas em processo psicoterápico.

ANSIEDADE DA MORTE

Eu que sempre trabalhei com médicos, medicamentos, chego ao médico para saber o resultado dos exames e pergunto: Doutor, meu caso é grave?

Você acredita que ele me olhou no fundo dos olhos e disse: Grave não é fatal, não há nada que a medicina possa fazer a não ser o controle da dor. Eu saí de lá desorientado, o pior é que eu sei bem o que vai acontecer comigo, eu já vi o sofrimento de pessoas que passaram por problemas iguais e isso me assusta, chego a acordar à noite com taquicardia sonhando ou pensando, não sei ao certo, com isso...

E o pior é que sempre fui ateu, já tentei acreditar, até recebi a semana passada um grupo para rezar em casa, me senti bem... Durante o dia eu faço piada com a minha condição, mas quando deito minha cabeça no travesseiro é difícil.

(J., 45 anos, enfermeiro)

A morte é a única certeza que nós temos, diz o ditado popular, porém este é o tipo de certeza da qual nada se sabe, e, portanto, não seria errado dizer que a morte é um

saber impossível, uma incerteza permanente quanto ao que a sucederá, uma apreensão quanto à circunstância, quando e como ocorrerá, porém impossível de se ter hoje e um mistério quanto a se algum dia saberemos mais sobre.

Outro dito popular é que tudo tem um fim. Esta frase pode ser entendida de duas formas: na primeira compreensão tudo é finito, acaba; também podemos entendê-la como dizendo que tudo tem um propósito, uma finalidade; parece que são sentidos diferentes mas mesmo a busca pela concretização de uma meta, de um sonho, de uma etapa já é um exemplo de como na vida vivida já vivemos para o fim.

Mas se viver para o fim é algo tão corriqueiro, por que não é frequente o desespero nem a tristeza quando realizamos um sonho, mesmo sabendo que tal efetivação é a morte dele? E por outro lado é tão sofrido perder alguém querido ou saber da proximidade do fim da nossa existência ôntica. Talvez seja porque temos a experiência de ter sonhos satisfeitos/mortos e estamos conscientes quando presenciarmos o nascimento de um novo é mais fácil acreditar quando já se viveu o renascimento. Mas, alguém pode objetar, não é porque você já viu sonhos morrerem e nascerem ou renascerem no passado que haverá outro sonho após a realização deste, nada garante nada. E eis que tudo se torna mais apertado no meu peit o.

É só pensar nas vezes em que nos sentimos possuídos pelo outro em uma afetação apaixonada, sem pedir, calcular ou prever, sem controle nem resistência. De repente, em outro momento do percurso da existência, aquele por quem suspirava de amor começa inexplicavelmente a sufocar, entediar. De repente, a fala acaba deixando o objetivo a ser dito e nada há a ser feito a não ser contornar a situação. Ao olhar para minha sombra no chão perco o horizonte celeste, as nuvens, a luz do sol, porque fiz a escolha de olhar para baixo. O fim está em tudo porque a todo momento algo promete, se insinua a começar em uma possibilidade aberta, e, não sendo oniscientes, onipresentes e onipotentes, o que nos resta é escolher dentre as possibilidades a que mais faça sentido cuidarmos em uma dada situação.

Saber que com grande possibilidade vamos chegar ao fim sem querer, ou melhor, que vamos chegar ao fim querendo, inacabados ante o desejo pulsátil de chegar em algum outro lugar, alguma outra coisa ter, ser ou fazer, assusta, pois no fundo sabemos que o máximo possível que podemos fazer é tomar cuidado. Isso já implica que viver é ansiar, é estar cômico da possibilidade e do perigo, e, assim sendo, poder assumir uma posição ante isso, pois, se a morte é certa, a vida certamente é incerta.

No fundo sabemos todos desta incerteza, mas são graus diferenciados de consciência sobre isso. Quanto mais se luta contra a conscientização disso, ou, em outras palavras, quanto mais se tenta fugir da angústia, mais vivemos em uma tensa tranquilidade, pois é tranquilidade com um fundo de tensão, quase um dever imperativo de ficar tranquilo, um não quero me ver com isso sob um fundo de pavor disso.

O ansioso é aquele que tenta a todo custo, quer seja buscando fora, em um mestre que o ensine ou salve, quer ainda construindo a partir de si em um rígido sistema de controles, chegar a uma zona de segurança, isso porque ele não consegue ser tão alheio a ponto de não querer se ver com a questão da vida edificada sob o nada, mas ao

mesmo tempo tenta acreditar que, com esforço, revendo variáveis, prevendo possibilidades e riscos estará em chão firme de novo. Mas, fato é que o ato de prever, controlar, não raro faz com que a pessoa comece a imaginar o risco que ainda não está presente em sua vigência para se proteger das consequências catastróficas que imagina acerca do fim presumido; sente-se, não raro, ao agir assim, seguro ou inseguro demais, em uma segurança/insegurança que é importante ressaltar ser da ordem do imaginário pois, na busca de autojustificação, é comum a pessoa se dizer precavida e sob o escudo da precaução dar continuidade a uma existência estreita; na verdade ela precisa sustentar esta meia-verdade para si para não enfrentar seja lá o quê. A ansiedade tem íntima relação com a dificuldade em enfrentar, porém muitas vezes evita-se o confronto, mas não a ansiedade que o antecede. Em um mundo percebido como confrontador e perigoso, faz todo sentido ser precavido, mas a questão cara e rara para o ansioso é: será que o mundo é só isso?

Certamente que não, mas diante da morte há pouco que fazer. Como disse Kubler-Ross (1989), não podemos nos ater muito a este tema, assim como nosso olho não pode ater-se por muito tempo ao sol sem ferir as estruturas do olho; é como se para continuar existindo precisássemos esquecer em algum grau disso, uma vez que a morte não conta daquilo que é e tudo o que podemos fazer é com aquilo que está aí. A morte nesta perspectiva é como um sol que ilumina o horizonte do ser humano, mas ilumina para que possamos construir algo e não para olharmos para sua fonte.

Em muitos momentos encontramos-nos distraídos e relaxados, sem lembranças nem perspectivas que envolvam a possibilidade da morte. Nestas horas conseguimos descansar, nos divertir, empreender. É o estado em que vivemos grande parte do tempo, pode durar muito, mas até ele acaba, e, quando percebemos o acabar acabando, como que batendo em nossas “janelas” perceptivas, passamos a nos ver na vida que tivemos outrora, na que temos agora, e na que podemos vir a ter no futuro. Vivemos em graus diferentes de conscientização sobre a morte, geralmente mantendo-nos afastados desta perspectiva, mas nunca conseguindo sair definitivamente de sua órbita.

A experiência de J. é única e inapreensível, eu aceitei tentar ajudá-lo cuidando da escuta de sua dor, estando o máximo possível aberto para recebê-lo e compreendê-lo, mesmo sabendo que a dor de J. é só ele que passa. Adiante segue sua caracterização, modificada em alguns pontos para preservar o seu anonimato.

J. acostumou-se a ser reconhecido como aquele que trabalhava no hospital, que reunia os amigos em sua casa nas folgas, enfim, aquele que acreditava, antes da doença, que seria aquele que estava sendo naquele momento para sempre. Até que começou a passar mal e descobriu que estava com câncer no pâncreas e teria pouco tempo de vida, segundo a medicina. Naquele momento, quando o veredicto foi dado, toda a perspectiva, planos, enfim, toda a estrutura que sustentava sua existência foi abalada. O horizonte adiante de si, que quase sempre foi incerto, agora parecia realmente incerto como nunca deixou de ser, e a busca por uma certeza daquilo que aconteceria

me parecia uma maneira de lançar um raio de luz à escuridão; mesmo que aquilo iluminado fosse algo terrível, era ao menos (pre)visível – esta é uma questão a meu ver importante para a compreensão do ansioso.

Porém não podemos nos esquecer de que ter vivenciado mortes por causas similares não dá a certeza que sua morte será como o antevisto, nem tampouco que aquilo que presenciou da morte de outros tenha tido na vivência íntima destes os sentidos presumidos.

Podemos ver alguém com dor, mas o sofrimento daquela pessoa é inatingível; podemos imaginar, e tal imaginação parece ser o certo, a verdade dos fatos, eu posso ter a mesma expressão corporal que outra pessoa ao expressar a mesma emoção, mas isso não dá garantia nenhuma de que a lágrima que eu choro é derramada pelos mesmos motivos de um outro, como disse certa vez Camon em uma aula ministrada no curso de formação.

Viver acreditando que sabemos o que será induz a perceber apenas dados da realidade que confirmam aquilo que já se tinha certeza que iríamos encontrar. É diferente de estar aberto para receber aquilo que vem da maneira que vem. J. se espantava com seu repentino senso de humor, não característico antes da doença; ele fazia frequentemente piada de sua condição.

O humor em J. era como um remédio, podia ser salvador se usado adequadamente ou um veneno se utilizado de maneira inadequada, rir de si era, neste caso – e em outros também –, distanciar-se de um determinado aspecto de si, assumir uma outra posição/visão/entendimento perante aquilo pelo que se ri e, com isso, dar um novo significado ao fato, pelo menos no tempo em que a risada durar.

Rir de si em muitos casos é ao mesmo tempo aceitar que se está sendo de determinada maneira e um já transcender-se. No instante da risada abre-se também uma possibilidade de estar aberto para novos modos de ser, mesmo após a risada. Muitas vezes, rir de si é não estar mais tão identificado com uma parte ou aspecto do ser que causava repugnância, dor, tristeza, medo, vergonha, culpa, raiva. Quanto mais identificado estamos com uma parte, mais difícil projetar-se em novas possibilidades compreensivas e discursivas. Rir de si é, de certo modo, aceitar-se naquilo que é evidente. Porém, a risada que ora eu sentia e entendia como uma transcendência de J. revelava-se em outro momento um passatempo infrutífero ante a angustiante espera; ela (a risada) ficava pálida e difícil de sair, diante da solitária escuridão da noite que se aproximava.

A taquicardia noturna revelava a J. o outro lado da risada; ela que ora iluminava, ora escondia a condição em que ele se encontrava, mas, apesar da nebulosa perspectiva futura, a taquicardia era uma abertura para perceber que havia um coração e que ainda batia forte no seu peito, revelando a vida pulsante e assim convidando-o a colocar coragem em ações, coragem para ir além. É que se o coração batia e ele se apercebia disso com angústia é porque obviamente estava vivo; essa obviedade é o que se perde nos momentos de extrema dor. Enquanto estivermos conscientes sempre existirá um além, uma escolha. Apesar da nebulosa perspectiva da doença de J., nada garantia que ele morreria primeiro do que eu, a diferença estava na suposta mensurabilidade mé-

dica em um caso que dava a J. a crença na continuidade por supostamente não estar doente no outro.

Mas, é importante salientar, já fazendo uma digressão das especificidades do caso, J. tinha a peculiaridade de confrontar-se ansiosamente com a perspectiva da perda da existência ôntica, que não é só a morte enquanto transcendência do corpo que nos deixa ansiosos, há inúmeros desfechos que fazem parte da vida de qualquer pessoa: fim de um relacionamento, amputação de órgão, formatura; envelhecimento enquanto fim do aspecto juvenil do corpo; tudo acaba, e quando algo se fecha outra possibilidade se abre, muito embora seja difícil disso se lembrar, perceber ou crer enquanto se vive o luto, enquanto não se aceita.

A possibilidade de aparição do novo depende da abertura que damos para perceber nas coisas algo a mais que o costume permite. Nos dias de hoje, torna-se cada vez mais difícil se desapegar da ilusão de controle; imaginamos controlar a vida porque nos acostumamos que fazendo de determinada forma costuma resultar em êxito, e, em um processo de generalização, passa-se a vida repetindo velhos padrões de ação, pensamentos, sentimentos e ressentimentos, enfim, nossa percepção do mundo é alterada pelo medo do porvir, e, acreditando que tudo está em nossas mãos, nos mantemos momentânea e relativamente distantes do desespero consciente de não saber o que virá. O que perdemos com tal postura é o deixar fluir das coisas, do tempo, das verdades. Para morrer é preciso se deixar ir. Para viver é possível se deixar ir em direção aos projetos existenciais (Michelazzo, 1999).

Nós criamos o mundo e a nós mesmos através das nossas percepções, que em um momento posterior se transformarão não raro em explicações, que iluminarão algo e as coisas iluminadas por elas poderão ser vislumbradas, analisadas, adoradas, causar uma gama enorme de afetações e irem-se. Aquilo que fazia todo sentido no passado pode causar vergonha de ter pensado assim em um momento presente. As explicações também são finitas, fazem todo sentido em um contexto e chegam a ser ridículas em outros.

Na verdade deixamos há alguns milênios de perceber que do nada brota aquilo que para o nada vai – concepção pré-socrática da natureza – e, ante o caráter incontrollável da existência, nos resta trabalhar no sentido de substituir a postura básica de controle sobre o ser, que em outras palavras é uma petrificação de verdades para o cuidado com o ser. Acolher, cuidar enquanto dura a estadia e fazer uma despedida digna para acolher um novo que costuma aparecer demandando cuidados para vingar (Michelazzo, 1999).

Perceber e comover-se, por exemplo, com a semente insinuando-se enquanto potência de ser e com as mãos sujas de terra plantá-la, cuidar do seu crescimento e da sua manutenção ante as adversidades do clima, para que um dia nela eu e todos que por ela passarmos possamos ser acolhidos por sua sombra, entender que de cuidado e espera depende nossa boa relação com a natureza e com a vida é algo muito importante para quem tem a morte no centro de suas pré-ocupações ansiosas.

A morte é um ponto final no texto/processo da vida, é o acabamento da obra. A imagem metafórica do crescimento de uma árvore conta da aceitação da finitude e da participação direta que temos na construção daquilo que julgamos importante, só que sem pressa, com respeito ao ritmo misterioso do tempo, que dá e tira sem maiores explicações. Conta também de um processo de entregar-se sem desespero a algo que não podemos controlar; diz, portanto, de um modo de ser que se distancia da crença na necessidade de controle que predomina na civilização ocidental e particularmente no sofrimento do ansioso.

É comum que, quando olhamos para o passado já dado, e evidenciamos que foi assim também diante de outras perdas, ou seja, um sentido se foi e no transcórre do tempo um novo sentido à existência se fez visível, começamos a restituir a crença de que o mundo não acaba ali se ali não permanecer, fé necessária para sair daquilo que a mística cristã chama de “a noite escura da alma”. Quando lá do fundo uma voz sussurra um “posso” e este poder mágico – que só é mágico se for possível – põe em marcha novamente o precioso esperar, a vida, enquanto pulsação que nos leva adiante, é restabelecida (Kierkegaard, 2007).

O terapeuta, em sua abertura para a escuta, pode perceber possibilidades invisíveis ao paciente, talvez devolver a esperança ao compartilhar suas percepções acerca de algo ainda não considerado.

A morte gera uma inquietação esperançosa – como definiu Jaspers (1958): duvidamos, questionamos, e na dúvida por vezes encontramos uma resposta qualquer. E tal resposta, no momento em que é proferida, pode dizer respeito a uma face de algo; ela pode ser inocente, defensiva, precipitada, pode aliviar ou gerar outros modos de ansiedade, mas seja como for, é uma maneira de manter acesa a esperança, um não se deixar morrer, uma forma de continuar caminhando julgando que é possível prever o caminho uma vez que se imagina controlar os passos dados.

Acredito ser importante frente a um paciente que sofre, por exemplo, com a busca de explicações rápidas, objetivas, conclusivas, que pede a “receita pronta”, o passo a passo, um constante asseguramento da vida na terapia, não considerar tais demandas como uma defesa, pois não se trata de resistir à verdade ou à cura, ao enfrentamento da finitude etc. Antes de tudo, é a expressão de um modo de ser, de significar o mundo, e, portanto, algo a ser respeitosamente conhecido, compreendido naquilo que deu certo até então neste modo de ser e na patologização – quando for o caso. Conduzir o paciente nas trilhas de sua angústia até o ponto de mutação quando isso fizer sentido para ele.

O modo de ser ansioso traz em si a evitação da finitude, traz nos músculos tensão, na respiração hiperventilação, no geral hipercontrole e esta pessoa não raro, ao longo do tempo, muitas vezes entra em crise, e em crise que ela demanda ajuda, como se fosse portadora de um mal que ela busca que o outro (psicoterapeuta) ampute. Mas quem garante que isso que hoje parece um veneno nefasto a ser extirpado não é algo que também em um outro nível ou em outro lugar não pode ser a base sustentadora de seu ser em um outro momento da sua história?

Dizer que o ansioso nunca vai atingir seu secreto intento de controlar plenamente seu futuro, nem evitar as várias faces e motivos do descontrole, nem tampouco fugir da morte e da finitude não quer dizer que o modo de ser ansioso não tenha aptidões, potenciais que podem ser atualizados como a já citada precaução, por exemplo. Ser precavido não é uma negatividade, é sempre um “depende”. Depende de onde, de com quem, como, com que finalidade, enfim, no remédio há uma abertura para que seja também um potencial veneno, como já dizia Hipócrates; depende do contexto e do modo como usarei a substância e, em se tratando dos propósitos desvinculados da lógica das ciências naturais – que faria a afirmativa a seguir um tanto absurda – e, reafirmando que o meu dizer é feito a partir de uma reflexão sobre a existência ansiosa, é bem verdade que o veneno também pode ser um remédio eficaz, pois o veneno do ansioso traz escrito em sua embalagem a advertência: cuidado. Experimentar o perigo pode ser um remédio para quem vive dele fugindo. Experimentar ousar é uma atitude interessante para uma vida sintonizada com cuidados e perigos.

Diante da ansiedade da morte temos também a possibilidade de, por detrás, sob um olhar que a transpassa, celebrar a vida, falar sobre a vida, mudar coisas nela, entregar-se à morte em vida e pôr vida na morte. Diante de um paciente terminal, nossa própria finitude salta em detalhes à nossa consciência.

Como lido com a minha finitude? Esta pergunta deve ecoar dentro do psicoterapeuta incansavelmente, pois cada vivência traz uma resposta específica acerca deste tema, e principalmente porque questões referentes direta ou indiretamente à finitude estão na essência de muitas demandas de atendimento.

ANSIEDADE DA FALTA DE SENTIDO

Eu não paro de pensar nisso, acho que vou enlouquecer, explodir, já fucei em tudo o que você puder imaginar na internet para entender a minha doença e principalmente a área do cérebro que irão retirar o tumor para ver que tipo de sequela eu vou ficar, se é que vou viver... (choro). [...]

Eu estudei, trabalhei como um louco fui promovido a gerente o ano passado e agora eu sei que está tudo perdido, se eu sobreviver dificilmente eu vou continuar sendo aquele que sou agora... Isso me apavora sabe, eu que ultimamente até me achava importante, respeitado no trabalho, agora estou aqui, esperando para ver se perco os movimentos de um lado, ou se perco a fala, a consciência, você me entende? Não, ninguém pode me entender, só podem me consolar, mas entender não (diz em soluços). [...]

(fragmento de uma sessão psicoterápica com R., de 39 anos, duas semanas antes de uma cirurgia para retirada de um tumor no cérebro.)

Até agora eu achava que estava tudo certo na minha vida, sempre tive o sonho de casar, ter filhos, estas coisas, depois que conheci V, achei que tinha encontrado a mulher ideal para realizar estes sonhos, só que tenho notado há tempos que ela está distante, fria, acho que ela está triste. Ontem ela me ligou e disse que quer ter uma conversa comigo esta noite, ela tinha um tom sério na voz, desde então estou sem dormir, estou como uma pilha, parece que vou explodir, estou com falta de ar e um aperto no peito, sei que ela vai pedir um tempo ou até terminar comigo, eu sinto isso... estou desesperado (diz com os olhos em lágrimas) não sei se vou saber viver sem ela... eu me afastei dos amigos, parei de ver graça nas coisas que antes faziam todo sentido para mim e agora estou aqui nem sei porque falando isso com você.

(A., 26 anos)

Além do medo oriundo da sombra da morte na nossa existência, a ansiedade se dá também quando diante da perspectiva de perder o sentido da vida, de constatar que aquilo que preenchia a existência de significados pode deixar de ser; é um medo de cair na vacuidade da existência (Tillich, 1976).

Enquanto vivemos, nos afirmamos perante o outro, nos rendemos a ele e nos tornamos quem somos muito através do seu olhar. Quando toda uma sociedade valorizava o sacrifício da vida à pátria, tribo ou império, não faltaram combatentes dispostos a sacrificá-la por este ideal. Quando – como nos tempos modernos – se valoriza o sucesso, não faltam pessoas sacrificando a própria saúde e vida para serem validadas pelo outro como alguém que pertence a determinado grupo – o dos vencedores.

Nós não nascemos sozinhos; ao redor, mãe, médicos, enfermeiras, parteiras, sempre pessoas circundando-nos, lá no momento inaugural ou aqui escrevendo este texto, o outro permeando, fazendo nascer, constituindo o ser. Não podemos nos comunicar com o outro a não ser por signos preestabelecidos; e não fomos nós que nos nomeamos nem tampouco às coisas ao nosso redor, somos na linguagem. Mas não criamos a linguagem, é ela que nos abriga enquanto habitantes de um mundo coabitado; com a língua falamos com o outro das convivências sociais cotidianas e também entramos em contato com o outro em nós nas falas internas, sempre seguindo uma convenção de significantes ligados a um significado.

Cada pessoa ou grupo dá maior significado a alguns eventos e menor importância a outros. Podemos estar mais sintônicos ou mais divergentes de alguns desses códigos valorativos, porém nunca completamente fora, pois, como dito anteriormente, não pulamos fora da história, é possível transcendermos a ela a partir do instante em que estamos.

As palavras que mais usamos e principalmente as que são mais valorizadas socialmente demonstram algo importante da sociedade que as usa. Algumas palavras são pouco ouvidas e outras quase veneradas são perseguidas; como exemplo, cito a palavra sucesso. Quantas vezes se ouve esta palavra, quantas vezes ela aparece em nossa frente

em letrados, jornais, revistas, quantas vezes ela é o termômetro que mede nossa dignidade e talvez com que meçamos também a dos outros?

Comportamentos coerentes ou divergentes do conceito usual de sucesso podem ser objetos de admiração ou de repulsa/insignificação em uma sociedade que tem naquilo que o representa, uma meta a ser alcançada pelos “bons”. O sucesso a que me refiro não é pura e simplesmente um fazer bem-feito, nem um estado de bem-estar alcançado após uma jornada, pois não adianta ao homem moderno fazer bem-feito, é preciso que os outros validem, e este aspecto de publicidade e reconhecimento passa a ser não raro mais importante do que tudo. Sucesso, assim, passa pelo aparecer, ser visto e reconhecido pela singularidade daquilo que faz. Diferenciar-se da massa amorfa para sentir que a vida vale/valeu a pena, é diferenciar-se para sentir-se.

Não há efetividade alguma em ter um autoconceito positivo se ao redor, na historicidade, no intuito que se tem ao fazer determinada coisa, não há o carimbo do outro nem atos que validem tal positividade, ou seja, ser é fazer, e, concretizada, a obra é transcendida a cada vez que outra pessoa a olha e julga, compreende ou se afeta de determinada forma.

Quando se estiver rechaçando o outro da consciência para melhor assentar-se na autoconsideração positiva sem o incômodo da culpa, da constatação da insuficiência e do fracasso que o olhar do outro pode constatar, estar-se-á alienando do mundo vivido e compartilhado, não raro se desresponsabilizando pelas ações. Só que esta ilusão dura pouco, as falhas e pontos cegos, quando não percebidos e cuidados, são apontados e julgados de maneira muitas vezes implacável pelo outro e fica cada vez mais difícil se alienar do fato de que ser com-o-outro é inerente à existência.

Não basta o projeto enquanto um ponto no amanhã, precisamos ser alguém entre os demais hoje, comprometidos tanto com a coletividade como com o projeto, ser reconhecidos pelo que somos para fortalecer nosso autoconceito. Tillich (1976) chama de ansiedade da insignificação e da vacuidade; segundo o autor, esse tipo de ansiedade pode levar-nos a um desespero catalisador de atos suicidas ou defesas radicais de verdades tidas como absolutas.

Para as outras pessoas podemos ser amigos, cônjuges, vizinhos, desconhecidos, filhos, parentes, chatos, competentes, sedutores, lunáticos, dedicados, enfim, no decorrer de nossa vida vamos nos acostumando a ouvir alguns desses atributos/adjetivos e a não ouvir outros; a querer lembrar mais de alguns e esquecer de outros, alguns destes irão compor o autoconceito e daí não será mais necessário ouvi-lo de fora, nós mesmos nos repetimos e conceituamos assim, nos apreendendo como um dia fomos chamados. O “você é” transforma-se em “eu sou”.

No caso de R., a perspectiva de não continuidade das funções corporais e conseqüentemente laborais o lança à ansiedade da insignificação, o medo de perder o seu valor enquanto humano. Claro que estou falando de uma construção subjetiva de R., daquilo que a seu ver faz de alguém humano.

É importante frisar que, neste caso, apenas após a possibilidade de perder elementos e possibilidades costumeiros do seu cotidiano é que estes começam a ser percebidos por R. em seu significado mais profundo.

A ansiedade muitas vezes emerge na consciência como possibilidade da perda daquilo que está à mão, que já se acredita dominado, possuído, certo. A cirurgia trazia tanto o temor da morte como da perda de significados pessoais, o medo da dependência, da insuficiência. O poder humano é finito e, ante a impotência, o tempo. Para enfrentar isso? Faça o que fizer fará em um tempo, a cirurgia tem hora e o desfecho não é tão imediato quanto se anseia; o pós-cirúrgico e o que vem após, possivelmente virão, e, melhor será que R. compreenda que quanto mais brigar com o tempo mais ele demorará a passar; quanto mais utilizar do cultivo das fantasias acerca do terrível que pode lhe acometer, mais tenso, insone, triste ficará, prejudicando sua saúde. E que tal compreensão possa servir-lhe de alento na medida em que lhe abrir novas perspectivas.

Este é um caso que tem tanto elementos da ansiedade de morrer quanto de perder os significados básicos da existência. Conta de uma pessoa que vive a expectativa de deixar de corresponder às expectativas de pessoas queridas ou às próprias perante estas mesmas. Quando R. fala da ansiedade referente a comprometer-se laborais, a questão é mais complexa do que encontrar um trabalho adaptado às possíveis dificuldades, ele está falando do medo da possível modificação de elementos do mundo, importante na sua constituição de identidade; perder quem se é corresponde ao encontro com o nada. Tremer diante desta expectativa é próprio da vida.

No segundo relato, A. efetivou seu projeto existencial: encontrar a mulher ideal, casar e ter filhos. O problema é que ele idealizou desde cedo como seria esta mulher, como seria esta vida familiar, ele não permaneceu aberto para deixar seu projeto ser modificado pelo tempo e suas vicissitudes, não deu atenção a outras necessidades, outros desejos que, concomitantes a este, dariam mais estabilidade à existência caso um desses projetos falhasse.

A. passou boa parte do tempo precedente a esta crise tratando tudo que ainda não tinha sido como uma certeza, algo já dado e, perante o telefonema da namorada, ele se viu sem saber o que ela queria e com dificuldades em conseguir conter-se até a hora da conversa. Nesse ínterim, ele começou a ver ligação entre o comportamento prévio da namorada e o assunto da conversa; atribuiu ao tom de voz um sentido possível e aterrorizante – o final do relacionamento –, em outras palavras, distraiu-se da vida participativa e compartilhada com tentativas de adivinhações enquanto o momento da conversa não chegava, retroalimentando sua ansiedade ao fazer isso.

Ele dizia saber que ela ia terminar o namoro sabendo em seu íntimo não ser possível ter essa certeza, mas o fazia para preparar-se para o pior, como se pensando antes o sofrimento fosse diminuir caso o temido ocorresse. De qualquer forma, percebeu em A. uma busca de exatidão, de certeza, de algo para dar conta do tempo que não passa, e a queda em uma crise de ansiedade quando os ideais que não poderiam ruir ruíram. Foi curioso também notar que aquilo que estava aparentemente bem e sem

problemas transformou-se com o telefonema; ele começou automaticamente a fazer associações entre fatos a uma velocidade tão grande que no fundo eu sentia como se fossem elementos já percebidos, porém afastados não tanto da consciência como da responsabilização por aquilo que lhe chegava.

É preciso estar preparado para deixar de ser seja lá o que for para seguir a vida quando isso se mostra necessário; é preciso fé no advento do novo para receber o novo ser que se apresenta enquanto possibilidade de ser cuidado para um dia vir-a-ser.

Vivemos, e viver é provisório; tudo o que conhecemos, quer tenha vida, seja inanimado, palpável ou imaginário, passa pela ação do tempo, mas, boa parte do tempo, negligenciamos o seu passar e apegamo-nos a verdades congeladas, tidas no momento como eternas.

O meu ser psicólogo, por exemplo, não é função exclusiva do término de um curso universitário, ele está modificando-se conforme aquilo que encontro ou desencontro; ele depende da minha possibilidade de compreender o outro, de a minha audição e fala estarem preservadas, da minha vontade de continuar a sê-lo, de ser legitimado enquanto tal, pois sem isso eu seria psicólogo só no papel e não alguém assumindo tal papel. Em outras palavras, eu me abri para algumas possibilidades do mundo para assumir isso, mas o mundo também se abriu para mim, e, mesmo que eu aqui esteja enquanto tal escrevendo sobre assunto da área, posso não estar depois respondendo a tal chamado quando eu optar por não mais fazê-lo ou quando outra solicitação me colocar ante a possibilidade de assumir um ser diferente – ser marido, ser professor, ser filho, ser amigo...

Mas vamos supor que todo o meu senso de eu esteja ancorado neste papel de psicólogo e que do dia para a noite um acontecimento me tire a possibilidade de continuar exercendo minha profissão. Eu provavelmente serei lançado naquilo a que me referi anteriormente como vacuidade. Um horizonte se fecha me lançando em uma abertura para outro horizonte, que no momento não raro é vivenciado como nada, se eu não perceber como um possível. Não se escolhe estas no horizonte ao qual me refiro, e sim como nele estar ou dele sair.

Exemplos disso existem inúmeros: uma paixão que se vai, as verdades que faziam todo sentido na adolescência e deixaram de fazer com a marcha da vida, algumas decepções com o ser do outro, outras decepções com o próprio modo de ser-no-mundo. Buscamos sentidos, mas eles se vão apesar de nossa insistência para que fiquem. O vislumbre imaginário do funeral da morte de uma verdade fundante ao meu espírito é a ansiedade da insignificação.

É notória a maneira desesperada com que se busca colocar ordem no caos, ou seja, dar sentido e significado às coisas. Aquilo que na Idade Média era encontrado nas palavras das Escrituras, atualmente é buscado nas fórmulas e preceitos científicos, porém tanto aqui quanto lá é a mesma busca de significar aquilo que em um dado momento não tem sentido.

No caso de R., não há abertura para conclusões acerca de seu estado de saúde nem tampouco de como será o transcurso da sua cirurgia nas buscas feitas na internet, mas

existe abertura para assegurar-se das possibilidades, probabilidades, algo que ao menos imaginariamente desse conta das incertezas do seu futuro.

Quando se diz para o paciente simplesmente para ficar longe de potenciais fontes de ansiedade, pode-se estar desconsiderando que o mesmo computador que pode colocar R. em uma fixação que o força a pensar sempre acerca dos mesmos temas quando se procura obcecadamente saber mais também é aquele que pode oferecer o alento momentâneo, o preparar-se desde já a partir de si para o que pode vir. Em outras palavras, a busca da resposta toma o sentido de evitar passar pela angústia – mesmo nela já estando –; em outro momento a busca de explicações torna-se uma busca de esperança, o laçar de um sentido – mesmo que qualquer um – que ofereça um horizonte para continuar sendo-no-mundo.

É bom lembrar que a positividade do comportamento de procurar a resposta é diferente da arrogância de proclamar a verdade, muito embora se observe que quando se acha a resposta e se acredita nela com muita seriedade e de uma forma fechada e isolada, passa-se frequentemente a proclamá-la como verdade aos sete cantos, muitas vezes para que, ouvida pelo outro, a pessoa acredite mesmo em tal verdade e passe a gostar mais de si ou da vida por isso. Outras vezes se cria uma verdade para segui-la e diminuir as inseguranças do existir, outras tantas nem se cria, segue-se o já posto para não ter trabalho nem angústia.

Não podemos esquecer que o ansioso, a rigor, não quer a verdade quando ansiosamente a busca com tanto ímpeto, ele a quer na medida em que acredita que ela lhe aliviará o medo e a tensão, pragmática e não desinteressadamente, como um meio e não um fim em si.

Mas, paradoxalmente, o ansioso também busca o medo, pois, como já dito, o medo tem um foco, assim já se tem do que correr: medo de perder a namorada, medo de ser despedido e desmoralizado perante colegas, medo de estar enganado naquilo que sustenta até então o seu ser, até os medos de R. de perder a fala, a marcha, o trabalho, por mais graves e limitantes que sejam já são algo para o que se preparar, formar imagens, ter expectativas.

Perder um sentido é perder uma perspectiva; ver impossibilitada a realização de uma vontade é perder a segurança e sentir que o passado já não socorre no que tange a trazer de volta aquilo que se foi. Perder um sonho e não ter outro para ocupar o seu lugar é ser açambarcado por um real estéril que torna tudo o que dava significado à existência um “nada a dizer” até então.

ANSIEDADE DA CULPA

Eu não consigo mais sair na rua, sei que se eu sair vou encontrar com mulheres e, eu sei que quando eu passar por elas meu olho vai me trair, se desviar e olhar para seus seios. Isso é o demônio me tentando; sair de casa é cair em tentação, é ser desviado do caminho que eu fui colocado, por isso quando tenho que sair eu fico orando e olhando para cima quando passo por uma mulher.

(E, 23 anos, sexo masculino. Fala proferida em um momento de extrema ansiedade em uma sessão psicoterápica, dias antes de uma dissociação psicótica. Apresentava ideações persecutórias acerca dos elementos da realidade nesta sessão específica.)

Eu não vou ficar em paz enquanto N não estiver trabalhando. Eu sei que seus problemas com drogas têm muito a minha culpa, primeiro eu não queria ter ele, só passei a me envolver com a gravidez após o quinto mês, depois eu me sinto responsável pela separação, após a separação ele começou a ficar quieto, a semana passada eu encontrei crack no fundo da sua gaveta, acho que não fui uma boa mãe para ele neste período...

Acho que nunca fui uma boa mãe. Agora eu não durmo enquanto ele não chegar, cada cheiro estranho eu penso que é droga, ele anda violento comigo, me bateu a semana passada por nada, acho que eu sou muito implicante mesmo, mas ele está diferente. Semana passada sumiu um bracelete de ouro meu; percebo que eu tenho mais vontade que ele vá ao psicólogo do que ele, eu me esqueci de mim de tanto me preocupar com ele...

Há dois meses estou frequentando uma igreja que uma amiga me recomendou, sabe, acho que está me fazendo bem, mas não paro de me preocupar com o futuro dele, não quero que ele se torne um bandido. Chego a ter pesadelos vendo ele morto em um caixão, toca o telefone eu penso que é polícia ou do hospital, não quero que nada de ruim aconteça.

(M., 45 anos)

Já foi dito da especificidade da ansiedade perante a morte. Agora cabe explicar outro tipo de ansiedade, da culpa e condenação.

Sentir-se culpado é passar por um sentimento de ser devedor de algo a alguém, mesmo que seja a si mesmo. A culpa existe em uma consciência sensível aos preceitos morais que prescrevem o aceitável e o inaceitável, o bom e o mau, o bonito e o feio, o certo e o errado, o normal e o patológico. A culpa existe dentro de um sentido de compromisso para com. É a não aceitação de um ato cometido ou imaginado que supostamente lesou algo ou alguém significativo em um contexto específico. A ansiedade da culpa pode dar-se em um antecipar-se para não se sentir culpado ou em uma atitude de pressa em fazer a reparação do suposto mal cometido para não se ver em ansiedade nem em culpa.

No plano comportamental, pode expressar-se em um evitar a todo custo ofender, magoar, falhar em uma determinada tarefa, de cair em tentação, de pecar, de trair, de mudar e provocar sofrimentos em quem já se habituou ao antigo ou, ainda, evitar a culpa de se sentir traindo a si próprio, pois façamos uma breve reflexão: quem nunca se sentiu traidor de seus princípios éticos ou de valores norteadores da existência ante um acontecimento inesperado ou mesmo esperado? Quem nunca se sentiu com medo

de trair a princípios ao se colocar em situação de ir de encontro ao proibido? A ansiedade da culpa nasce da existência, mesmo que negada, do desejo de transgredir; é a consequência do “não pode” oriundo da própria consciência ou do mundo e o medo da consequência disso.

No âmbito dos sentimentos, a culpa evoca a autoconsideração negativa, a vergonha daquele que se julga abaixo do esperado. Ressoa um “não tenho o direito, já que...”. Para viver é preciso se sentir no direito de viver e autorizar-se a isso, é preciso ir além do risco apesar dos pesares, sejam estes reais ou imaginários. Para não estarem em débito com alguém, muitas pessoas adotam como estilo de ser em algumas relações interpessoais só manter o crédito sempre dar mais do que receber. Isso nas relações interpessoais acaba descambando em submissão, dificuldade em falar não. A ansiedade da culpa passa pelo medo de magoar, decepcionar, lesar; passa também por um controlar-se a fim de não sentir culpa depois.

A civilização ocidental é fortemente influenciada pela cultura Cristã. Em tal perspectiva a culpa é intimamente ligada ao pecado e o pecado à ideia de castigo ou condenação. A pessoa que tem uma consciência culpada pode não acreditar em divindades ou professar alguma religião, mas comporta-se ante aquilo que acha que falhou, danificou, violou, tal qual nas culpas de cunho religioso, ou seja, buscando penitências, absolvições, temendo broncas, julgamentos e expectativas.

O pecado a que me refiro em conformidade ao pensamento de Kierkegaard (1997) agora, aludindo à influência do Cristianismo em nossa subjetivação, é uma condição humana; um estar em débito com algo que nem sempre é definível, e em se sentindo em débito ter medo da cobrança ou da punição frente ao não pagamento.

Porém, quer este medo tenha raiz religiosa, no caso do castigo divino, origem no medo de ser preso, no caso do castigo dos homens, quer volte-se para si mesmo acusando-se e penitenciando-se, a culpa mostra suas várias faces exigindo reparação. Reparar é prestar atenção em; reparar é parar novamente diante de a fim de alcançar outras significações do fenômeno, não é uma busca desesperada de fazer com que o supostamente lesado esqueça ou supere e tudo volte a ser como era.

Portanto, ante a necessidade incontida de reparação, considero prudente parar a ação compulsiva de culpar-se ou desculpar-se só para fazer de conta que tudo voltará a ser o que era, ou, ainda, só para depois que nada voltou a ser o que era dizer que já sofreu o suficiente e, portanto, anulou o mal cometido. Não que não possamos, e muitas vezes devemos consertar algo que lesamos, ou mesmo que outros lesaram – quando possível –, mas não como um ritual para rapidamente esquecermo-nos do feito. A superação da culpa é uma viagem aos recônditos da nossa existência, um ficar na intensidade concentrada que o feito culposo traz e assim poder refletir valores, propósitos, sonhos, passado, presente e futuro e não simplesmente uma sequência irrefletida de atuações com o objetivo pragmático de resolver a questão. Há questões abertas a serem resolvidas via reparação e outras que exigirão superação, modificação na conduta, na maneira de pensar, de sentir.

No caso anterior, M. vivencia uma constante apreensão quanto aos comportamentos do seu filho dentro de casa e não consegue parar de imaginar cenários catastróficos quando seu filho está fora de casa: acidentes, envolvimento com bandidos, overdose, sequestro, prisão, morte etc. Essa constante tensão no seu dizer é originada pelo medo de que ele tenha um destino cruel, o que é comum desejarmos a quem temos consideração e com quem temos laços afetivos.

Só que sua preocupação não abarcava apenas o futuro bem-estar do filho; ela temia também constatar, através do infortúnio do filho, a sua falência enquanto boa mãe. Ali certamente não havia, ao menos de maneira expressa, um medo de morrer, nem tampouco o de não pertencer ao grupo das “boas mães”, ela não estava se comparando com ninguém, ela lutava para salvar a vida do filho pelo amor que sente por ele e para não se defrontar com uma culpa lá na frente maior do que as habituais culpas que carrega. E isso dava sentido àquela existência.

Esta mulher foi abandonada pelo namorado assim que soube da gravidez de seu filho, foi acusada de ter planejado dar um golpe parando de tomar anticoncepcional para engravidar, havia praticamente extinguido seus contatos sociais fora os do trabalho, mesmo assim relacionava-se superficialmente durante o expediente, sua vida estava alicerçada na educação do seu filho.

Além disso, não conseguia sustentar sua opinião ou mesmo limites nos contatos interpessoais pela constante indagação quanto ao certo ou ao errado de suas intenções, ela temia ser má. Em uma discussão, por exemplo, no final acabava quase sempre autoconvencida do seu erro e isso freava suas ações nos embates inerentes ao estar-com-o-outro.

M. utilizava uma lógica própria para convencer-se de que era culpada, uma situação que para mim soava como motivo para revoltar-se era significado por ela como evidência de que ela era a culpada “no fundo”.

Porém, conforme as sessões foram desenrolando, comecei a perceber que aquela pessoa abandonada pelo pai de seu filho, condenada por uma família que desde o início foi contra o seu relacionamento tinha, em se sentindo culpada, restaurada uma sensação de poder que fica explícita na seguinte fala: “se sou culpada por tudo, se tudo se estragou por minha causa, está em tese em minhas mãos o poder de consertar; se tudo o que está acontecendo com meu filho for culpa minha, tenho, portanto, muito poder sobre ele; está em minhas mãos algo que temo muito estragar de vez”. Estará mesmo em suas mãos? Até quando? São as perguntas que me fiz e me faço sempre que ouço alguém com um discurso parecido, mesmo que este alguém seja eu.

Percebe-se em seu relato o predomínio de expectativas futuras impossíveis de serem confirmadas no presente, mas disso ela bem sabia; porém, toda a maneira de preocupar-se, toda sua reação ansiosa desproporcional ao que estaria acontecendo de fato, toda sua produção imaginária de ter um filho bandido, overdose, acidentes, favoreceu para que ela começasse a portar-se na vida como quem se encaminha para algo muito ruim, isso porque ela não se mostrava tão confiante de que controlaria o filho; na

verdade, lutava para que o pior não acontecesse mesmo que o muito ruim já estivesse acontecendo. Ela me disse certa vez: “eu procuro pensar no pior, daí o muito ruim fica só ruim e, se pode piorar, não está tão ruim assim, é possível ir levando”. Sim, é possível, pensei eu depois da sessão refletindo sobre o momento; às vezes com bravura e outras “com a barriga”.

Olhando para a vida de M. eu percebia um vazio de significados doadores de ânimo – ela não os buscava. Ela não demonstrava entusiasmo em suas ações cotidianas, o que me fez, em certo momento do processo psicoterápico, pensar que ela necessitava de mais movimento e comecei a me cobrar a iniciativa disso. Nesta hora, confesso que pensei em propor alternativas para viver que dessem a ela novas experiências, outros compromissos, mas ao mesmo tempo freei meu ímpeto e refleti: teria que ser a minha inquietude maior do que a dela? O meu desejo de “ensinar” o que fazer sem ela ter se angustiado e chegado por si no seu desejo seria produtor de naquele momento? E depois movimentar o que e para quê? Além, é claro, de perceber com espanto que com outros pacientes com outras solicitações não tinha tais ímpetos de fazer rápido, não costumava ficar inquieto e querendo propor respostas. Creio que era mesmo hora de frear-me e compreender que algo estava me afetando para, a partir dessa compreensão, poder me tirar da efetivação de uma ação irrefletida. Irrefletida, porém solicitada – ao menos por mim sentida como solicitação – nas entrelinhas da relação.

A falta de movimento era real, e exatamente por isso na minha compreensão o que ela precisava naquele momento era debruçar-se sobre o seu imobilismo e dele tirar o aperto necessário para poder querer movimentar-se por si através da angústia que brotava e pedia mudanças. Julgar que sabe o que supostamente será bom para o paciente é mais fácil – embora igualmente enganoso – do que saber do que ele efetivamente precisa. E tal saber, na maioria das vezes, não vem claro nas sílabas das palavras proferidas em uma sessão; ele está na maioria das vezes invisível, acessível apenas à intuição, oriunda da situação.

Portanto, conforme o tempo passou ficou cada vez mais claro que ela buscava se sentir digna de existir. Eu neste momento pensava que havia outras maneiras de se obter dignidade, mas as minhas crenças não eram importantes no momento, ela não pedia solução, pedia inicialmente um ouvido; conscientizei-me de que ela podia não estar apresentando os movimentos que eu esperava que tivesse exatamente por eu estar entendendo vida que precisa de movimento como sinônimo de vida que precisa da aceitação do novo, e, da maneira como eu idealizava, ela não se mostrava aberta naquele momento a se fazer ser nem eu a perceber naquilo que dela emanava à compreensão um sentido, logo, hoje posso dizer que não a validava naquilo que eu percebia, eu não a percebia.

Perdido em meu ideal de cura, fiquei algum tempo sem perceber que, naquela tensão às vezes focada, outras difusa, naquela autoculpabilização tensa e contínua, existia movimento; tampouco atinei que ali, na tentativa de salvar seu filho do pior imaginado, havia o combustível que colocava o motor de sua existência em marcha.

Esta mulher tinha um sentido de vida, sim, eu é que não havia percebido inicialmente por não validar na luta dela a vida dela, só porque na atribuição de riscos havia algo que eu considerava exagero.

Construímos crenças que acabam por se transformar em um “deveria”; este pode invalidar um momento, um desejo, uma vida. O deveria sai não raro com uma obviedade tão espantosa das bocas que sabem o que dizem que chegam até a camuflar o jogo de poderes implícitos nisso; que comunicam o que deve ser e o que não deve ser pautado em uma verdade que uma pessoa chegou por si e impôs às outras, por exemplo: você deve buscar libertar-se ou, ainda, você tem que ter responsabilidade nas escolhas que faz. Deve o quê, para quem e como pagar? Eis a questão prévia e realmente digna de ser pensada antes de proferir um deve.

Encontramo-nos dentro desse paradigma quando tratamos a ansiedade como algo que pode ser extirpada. Não se tira a ansiedade como se tira um apêndice porque a ansiedade não é uma coisa, ela é uma pessoa com uma maneira peculiar de lidar com o mundo e consigo mesma que se convencionou dar a este conjunto de características ou sintomas o nome de ansiedade.

A pessoa ansiosa não é só ansiedade nem a ansiedade algo ruim ou bom em si, vai depender do contexto. Como dizer para uma mulher que tenta completar seu destino constatando que foi uma boa mãe que ela não precisa se preocupar mais com isso, que o filho já atingiu a maioridade ou consolos afins? Seria negligenciar que ali há uma subjetividade com sua historicidade; que neste lugar onde muitos rótulos poderiam ser encaixados há uma missão existencial por ela escolhida e acolhida, a saber, bem cuidar de seu filho e ser uma boa mãe, se os meios podem ser lapidados, ampliados; a finalidade última é inquestionável. Nem tudo o que está fazendo mal e é retirado significa que será benéfico; às vezes o mal é maior quando apressadamente se assassina um sentido sem que outro nem ao menos seja concebido, falando desta situação clínica específica.

A religião é dita como algo significativo que apareceu em sua vida e que a tem ajudado muito – ela relatou que consegue dormir melhor nos dias de culto. É comum que pessoas que perderam um sentido para existir enquanto indivíduo encontrem alento no terreno da religiosidade ou de algo ou alguém que coloque os certos e errados tão norteadores e fundamentais. O homem tenta transformar a ansiedade provocada pela culpa em ações morais, segundo Tillich (1976); no caso em questão, livrar o filho do mal, promover o seu bem-estar atual e futuro.

Este é um tipo de culpa ontológica porque todos nós somos impregnados por uma profunda incerteza quanto ao bem ou ao mal e a consciência desta incerteza é o sentimento de culpa (Tillich, 1976).

O que é o bem e o que é o mal? Enquanto esta pergunta não tiver uma resposta contextualizada – o que exige atenção/trabalho/sintonia constante –, barbáries e perseguições em busca da implantação da verdade imutável e única continuarão sendo travadas.

É importante ressaltar que se não fosse a culpa um elemento constitutivo do ente humano, a certeza da morte em suas variadas faces, a vivência da insignificação e da

vacuidade, poderia colocar muitas pessoas ante a decisão do suicídio; porém, tendo o horizonte da culpa e da possível condenação em perspectiva, o suicídio não é garantia de nada nem do nada, pode haver julgamento em outra vida, certamente haverá nesta vida pessoas muitas vezes queridas a julgar tal ato, a levar as marcas da brutalidade que este ato significa nos tempos atuais por toda a vida. A consciência disso no momento exato pode afrouxar os dedos de um gatilho – assim como o desespero a todo momento pode incitar a apertar.

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Ansiedade é uma palavra de origem grega e remete à ideia de constrição, aperto. No latim, *angor* e *anxietas* deram origem aos termos angústia e ansiedade (Gentil e Lotufo-Neto, 1996), sempre atreladas à ideia de opressão precordial e inquietação; a palavra angina deriva de *angor*. A literatura psiquiátrica, principalmente na América Latina, coloca que a ansiedade é uma manifestação psíquica, enquanto a angústia é um sentimento acompanhado de manifestações somáticas como taquicardia, dificuldades na respiração (hiperventilação), mas isso não é consenso, pois psiquiatras anglo-saxões não as diferem, colocam ansiedade e angústia como sinônimos.

Freud identificou três tipos de ansiedade oriundos de fontes diferentes. Primeiro ele coloca que a ansiedade tem como causa ameaças do mundo exterior, depois pode ser originada por um conflito interno em relação à expressão de impulsos do iD, e, por último, pode se dar ansiedade quando se tem medo de que o superego não seja capaz de frear os impulsos do iD. Para Freud, os conflitos geradores de ansiedade ocorrem na dimensão do inconsciente (Holmes, 2006).

O psiquiatra Aubrey Lewis (1967 apud Gentil e Lotufo-Neto, 1996) coloca que:

A ansiedade pode ser conceituada como um estado emocional vivenciado com a qualidade subjetiva do medo ou de emoção a ela relacionada [...] desagradável [...] dirigida para o futuro [...] desproporcional a uma ameaça reconhecível [...] com desconforto somático subjetivo [...] e alterações somáticas manifestas.

Em um estudo realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, Almeida Filo e cols. (1992 in Gentil e Lotufo-Neto, 1996) encontraram os transtornos ansiosos em primeiro lugar entre os mais prevalentes diagnósticos psiquiátricos.

As classificações atuais acerca da psicopatologia da ansiedade dividem-na em transtornos ansiosos, considerando o quadro nosológico manifesto. Desta forma, os transtornos de ansiedade podem ser divididos em: transtornos de pânico, transtornos de ansiedade generalizada (TAG), transtornos fóbicos ansiosos (fobias específicas, agorafobia, fobias sociais), transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno misto ansioso e depressivo (Gentil e Lotufo-Neto, 1996).

A seguir apresentarei trechos de relatos de duas pessoas que atendi em psicoterapia individual. A primeira, que aqui será chamada de N, veio em busca de terapia e fazia uso de medicamentos para tratar uma fobia social; depois discorrerei sobre R., que na primeira crise de pânico foi levado à internação e após isso teve sucessivas crises, seu caso foi diagnosticado como transtorno do pânico e encaminhado à psicoterapia como parte do tratamento.

FOBIA SOCIAL

Nas fobias, a ansiedade tem algo para mirar. Quer seja um medo de baratas ou o medo de passar vergonha ante alguém, a ansiedade se encontra focada em algo que se pode evitar. Em situações normais é mais fácil e objetivo evitar baratas do que não passar vergonha, mas ambas botam a pessoa a controlar-se e controlar o ambiente de forma a manter-se afastada do temível. No caso do transtorno de pânico, o perigo “vem do nada” e o sentimento de desamparo é o que predomina, as evitações passam a ser: não estar no lugar errado (agorafobia) nem junto a pessoas erradas (fobia social) quando o ataque vier novamente.

É importante neste momento fazer uma distinção entre ansiedade e angústia. A ansiedade consta de uma inquietude ante um obstáculo na vida; já a angústia revela algo mais profundo do ser humano. Como a angústia não tem objeto, o não conhecimento daquilo que se teme nos coloca em um contínuo estado de tensão (Giovanetti, in Angerami, 2000). No âmago da ansiedade e suas preocupações ônticas há a angústia.

Às vezes me parece que a pessoa em ansiedade sabe que aquilo não vai resolver, mas é melhor do que não fazer nada; já ouvi diversas vezes. Mesmo andar de um lado para o outro parece ser melhor do que ficar com o nada.

O perigo que a angústia representa não é este ou aquele, e sim toda a existência. O medo é uma evitação tanto do objeto/situação temida quanto da nossa condição original, uma alternativa à angústia.

Na fobia social encontramos a evitação de grupos. Isso ocorre porque a pessoa acredita que será julgada negativamente pelo outro, por exemplo, manifestando o medo de falar em público, a dificuldade para autoafirmação, dificuldade em ser assertivo etc.

Observa-se intensa ansiedade com manifestações autonômicas ao se defrontar ou permanecer na situação e uma tentativa de evitá-la a todo custo; frequentemente há o reconhecimento de que o medo é irracional. As situações que comumente despertam insegurança em um fóbico social são: apresentação pessoal, posicionar-se perante uma autoridade, receber visitas em casa, ser observado durante uma atividade (comer, beber, preencher fichas ou cheques, usar o telefone, falar etc.), ser objeto de brincadeiras ou gozação, suar, tremer, vomitar em situações sociais.

Em geral, as dificuldades do fóbico social são específicas a uma ou algumas situações, conseguindo ter relacionamentos relativamente normais nas outras (Gentil e Lotufo-Neto, 1996).

A fobia social pode estar presente como um sintoma secundário em alguns casos, por exemplo: no transtorno de pânico, o medo de ter uma crise em um local público e passar vergonha; em muitos casos de alcoolistas é frequente a sua incidência. Em casos de dismorfofobia – termo cunhado para designar pessoas que têm uma percepção de seu corpo discrepante em relação à percepção que as demais pessoas têm – pode ser cheiro, pintas, cicatrizes, pelos, barriga, enfim, por perceber-se defeituosa ou pré-julgar um incômodo, elas retiram-se do contato social e passam a ter ansiedade ante estas situações ou na iminência delas.

A ansiedade social pode estar alicerçada em um delírio em casos de psicose. Uma pessoa com transtorno obsessivo-compulsivo pode evitar os contatos sociais pela imprevisibilidade inerente a eles, o que pode causar obsessões ou compulsões.

A fobia social também pode ser confundida com a agorafobia, ou seja, o medo de estar em lugares públicos nos quais poderia ser difícil escapar caso de uma hora para outra a pessoa fosse acometida por grande ansiedade; na verdade, é um medo de ter medo, que faz com que não raro busquem estar com alguém para apoiá-las. É interessante aqui frisar que não cabe usar o nome fobia social à aparente falta de interesse na sociabilidade que algumas pessoas classificadas pela psiquiatria clássica como esquizoides apresentam. Digo aparente porque ter outros modos de estar-com que não os validados socialmente não quer dizer não querer nem gostar de estar-com. O esquisito é o que se desvia do normal, mas e o normal não se mostra um tanto esquisito nas vezes em que nos debruçamos de um modo reflexivo sobre alguns de seus aspectos?

Um elemento frequente na fobia social é o medo de passar uma vergonha maior do que aquela que a pessoa naturalmente já passa secretamente nas sucessivas comparações que faz entre si e o mundo, sempre enviesado para um olhar negativo a seu respeito quando em contraposição/comparação com o outro. Onde existe um sentimento de inadequação existe uma comparação pautada em um código valorativo que se supõe existir no outro entre o que é bom e o que é mau naquela circunstância, a preocupação está mais voltada para o fazer ou parecer fazer bem-feito do que para o aprimoramento enquanto pessoa (Torres, in Angerami, 2011).

Comparar-se é uma atitude humana e como tal é compartilhada por todos em muitos momentos da vida, pois fazer comparações é fundamental para orientarmos-nos em relação a uma dada situação. Porém, a comparação a que me refiro aqui não é aquela que se cria deliberadamente, mas sim a que acontece sem que percebamos, a que conduz nosso entendimento de nós e do outro na medida em que nos lançamos a tal esquema perceptivo que faz sobressair o vazio presente no eu e a presença deste algo que supostamente preenche esse vazio na existência do outro; o que causa uma inquietação tanto com esta falta em si quanto com aquela presença no terreno do vizinho. Quem se compara colocando-se como modelo e exemplo positivo geralmente se vê com aquilo que os gregos chamavam de *hibris*, o orgulho. A estes é prudente precaverem-se do tombo. Quem se compara e se considera menos do que o outro e se vê no lodo do pântano da inveja, deve tomar cuidado para não roubar as rosas do

alheio esquecendo-se da flor de lótus que brota das profundezas da lama revelando rara e solitária beleza. Quem se compara inferiorizando-se tal qual o invejoso, mas não desejando ter o que é do outro, mas sim parecer igual ao outro para sentir-se aceito em uma coletividade, quando não consegue efetivar tal teatro ou teme falhar durante a tentativa vive algo muito próximo das emoções comuns na fobia social, um intenso medo de ver comprovado para si através do olhar do outro o nada que temia ser.

Comparar-se pode ser um modo de orientar-se, mas pode também ser aquilo que faz o ser perder-se de si. Mas se não escolhermos a situação, certamente nos é dado escolher a postura tomada frente a ela (Giovanetti, in Angerami, 2000).

É a postura frente à inadequação que é importante no enfrentamento da fobia social, o desejo de lutar deve ser estimulado e sobressair-se ao desejo de proteger-se. A inadequação pode de um lado positivo levar a pessoa a ter faro fino para perceber aquilo que é adequado, aquilo que é consenso em uma dada circunstância.

Pensando assim, o inadequado imagina ser internamente o contraponto daquele que ele elege como sendo modelo de adequação, o seu modelo de vir-a-ser já sendo ao modo do parecer e, assim, se faz tão perceptivo às regras implícitas e explícitas no convívio social que ele acaba muitas vezes sendo bem adequado mesmo sem se perceber assim ou mesmo quando exposto em um sintoma que revela a tensão de manter um simulacro, noto que as pessoas conscientes da inadequação conhecem as regras do outro e têm uma abertura maior para o controlar-se do que, por exemplo, as síndromes do pânico que serão discutidas adiante.

A inadequação a que Torres (2011) se refere não é considerada aqui em seu caráter patológico, e sim ontológico. O dasein quando se dá conta que é já foi lançado em um mundo que lhe é estranho e que lhe cabe decidir o que fazer ou não fazer dentro do possível em uma situação dada.

Não escolhemos a situação; o que equivale a dizer que adaptar-se, contrapor-se, tentar modificar, reconfigurar a situação são escolhas que constantemente somos colocados a fazer, e que colocam, portanto, a inadequação/adequação como uma consequência de sermos lançados em um mundo compartilhado preexistente, já pronto, com suas regras, cobranças e expectativas.

Caso clínico

Adiante iniciarei uma sucessão de falas de N. ocorridas durante psicoterapia. A lógica da escolha desses fragmentos foi tentar uma síntese, um resumo das questões que afligem esta mulher usando para isso seus próprios dizeres. Antes disso, farei uma breve apresentação daquilo que eu julgo relevante para que o leitor possa imaginar melhor o contexto mediante a apresentação de dados gerais que adquire através da experiência de contatá-la em psicoterapia.

N. cursava o primeiro ano de um curso universitário quando começou a se sentir mal durante as aulas: taquicardia, dificuldades na respiração, suores excessivos e um

intenso medo de ficar ruborizada, o que a faria ser percebida em sua vergonha e possivelmente virar alvo de chacotas.

Ela tinha um corpo franzino, uma maneira delicada e cuidadosa de falar de si, frequentemente freava sua fala na procura da palavra certa, porém não era uma precisão em dar à palavra certa uma verdade subjetiva, mas sim um cuidado em não cometer erros na fala – no sentido das convenções gramaticais vigentes.

Sempre vestida de uma maneira discreta, ela ocupava pouco espaço no ambiente. Com sua voz baixa e postura contraída, ela ocupava pouco espaço na poltrona da sala de atendimento, e quase robotizada, mudava pouco de posição durante a sessão. Seu aperto de mão era na verdade a entrega de sua mão ao aperto daquela que vem ao seu encontro cumprimentar; não era um aperto recíproco.

Ficava constantemente pedindo desculpas antes mesmo de refletir sobre o que estava acontecendo. Ela se queixava de que não conseguia dançar nas raras vezes em que saía com suas amigas porque nesses momentos “se sentia o centro das atenções”, como se todo mundo estivesse percebendo seus erros e inadequações.

Eu estava apresentando um seminário na faculdade, comecei a falar e de repente era como se os sentidos sumissem. Eu continuei falando, mas nem sabia direito o quê; minha mão tremia muito e eu me sentia extremamente ruborizada, neste momento eu achei que fosse desmaiar, que minha pressão havia caído, sei lá, queria sair correndo dali, mas seria muito pior, aí que eu seria a ridícula mesmo [...]

Eu trabalho há três anos e dou injeções. No início eu tremia e não conseguia, foi depois de um tempão que eu consegui aplicar uma injeção, mas eu superei, me acostumei e comecei até a aplicar bem, só que na faculdade, quando o professor está olhando, é como antigamente, só que pior, eu não consigo disfarçar, meu corpo me trai... trai-me com a vermelhidão que eu fico no rosto... trai-me com os tremores... com os suores em horas inadequadas [...]

Eu não me sinto no direito de falar não. Na última vez que namorei eu sabia que ele estava me traindo, mas eu não me sentia com coragem de terminar; eu ensaiava, mas na hora me dava um branco e aí eu desistia e fingia que nada estava acontecendo, eu ficava pensando na família dele, seria uma decepção, eles até hoje são muito legais comigo... acho que muitas pessoas me acham burra ou idiota e com razão, cada vez está mais difícil encarar as pessoas, só lá em casa e ainda assim no meu quarto me sinto eu mesma...

Sabe... algumas vezes eu já pensei até em me matar, mas não sai do pensamento porque depois, o que vai adiantar? Vai que existe juízo final mesmo, e depois outra, meus pais não merecem isso [...]

Sabe, eu sou meio esquisita. Quando eu era criança eu não chamava ninguém para brincar em casa porque eu tinha vergonha que meus amigos vissem a maneira superprotetora da minha mãe e, por outro lado, também ficava com vergonha que minha mãe visse como eu era

divertida com as meninas, era como se fossem duas N, a de dentro de casa era mal-humorada, crítica, a N com amigos era brincalhona, sossegada... bons tempos aqueles.

Ao vivenciar qualquer emoção, o fazemos através do corpo. Sentir os efeitos da ansiedade não é só sentir-se apreensivo ante o futuro, é também ao mesmo tempo contrair os músculos, ter palpitações, ter dificuldades na respiração, mudança na coloração da pele, tremores, sudorese etc. No caso, N. ficava extremamente tensa e apresentava perturbações em sua capacidade de avaliar, raciocinar e decidir quando em exposição ao olhar do outro; nesses momentos ela relata que se dividia entre aquilo que tinha que ser feito corretamente para não se envergonhar e uma ideia vaga embora avassaladoramente penetrante de que estariam percebendo nela “coisas ruins”.

Em uma sessão ela se referiu a essas “coisas ruins” como segredos que ela não gostaria que fossem revelados. Na verdade, tinha vergonha de ser percebida pelo outro como alguém envergonhada; ela começava a imaginar o que o outro pensava a seu respeito e seu corpo respondia com sintomas de ansiedade. N. então ficava dividida entre o imaginário acerca das apreciações que supostamente os outros faziam dela e uma atenção constante dirigida para os seus processos corporais. Em algumas ocasiões percebi que ela tratava seu corpo como se trata um traidor com quem temos que conviver.

Ela percebia sinais de alterações no corpo e, ao aperceber-se disso, concentrava-se tanto nessas modificações – que no início eram sutis – que as sensações aumentavam, e quanto mais aumentava mais N. se sentia exposta e desprotegida perante a situação; ela começava a perceber alterações corporais como o suor, a gagueira na palavra pronunciada, a vermelhidão na face e quanto mais se dava conta desses acontecimentos mais buscava controlar-se, e mais a ansiedade crescia.

O controle contra os acontecimentos corporais de N. era ao mesmo tempo um comportamento e também um modo de estar afinada com o mundo, com os perigos morais no que tange à sua relação com os outros e corporais no que diz respeito à citada relação de desconfiança em relação ao seu corpo, delator dos seus segredos inconfessos. Quando digo afinado estou dizendo da disposição com que se efetua algo, do estado de humor com que alguém está diante de algo que se mostra presente à sua consciência; um estar disposto a olhar para isso e não para aquilo em um dado contexto que oferece outras possibilidades de ligação.

Porém, é válido ressaltar que mesmo percebendo perigos para sua moral de uma maneira obsessiva e distorcida em relação à realidade, ou relacionando-se consigo como se em si estivesse uma sabotadora, ela não problematizava isso; o que ela não queria era ser vista como inadequada pelos outros e se para evitar isso ela tivesse que permanecer atenta o tempo todo, fugir de situações, seria preferível à vergonha que uma distração reveladora daquilo que ela queria calar poderia trazer.

N. almejava continuar como estava, ou seja, protegida e protegendo-se do outro. Em uma consciência atormentada pelo pior possível, continuar imutável é uma vitória – ao mesmo tempo em que também é uma utopia inalcançável.

Em um nível de compreensão, o seu medo era passar pelo descontrole do corpo, o que na sua imaginação a levaria ao vexame ante a plateia. O vexame a que me refiro não é simplesmente a pré-suposição do julgamento do outro, que ela imaginava negativo, mas acrescido a isso existe o fato de que, no momento em que ela se encontrava perante o olhar do outro, a experiência vivida era de (con) fusão total; ela perdia a clareza daquilo que estava tencionando expressar, começava a duvidar de sua capacidade de corresponder ao desempenho esperado naquilo que a situação chamava a responsabilizar-se.

Tudo isso acontecia muito rapidamente em N. Quando diante de vários estímulos diferentes concorrendo pela sua atenção, ela hierarquizava o que era mais importante em um dado momento e deixava as outras possibilidades para trás. Pois bem, isso é o que ocorre frequentemente na vida de todos nós, mas, imaginemos que todas essas possibilidades concorrentes pela nossa atenção/escolha fossem vivenciadas aqui-agora como igualmente vitais para a preservação da vida ou da moral de uma pessoa? Como fica decidir aquilo que se deixa de prestar atenção? Querer dar conta de tudo, ou seja, manter uma indiferenciação entre a constatação do desejo e/ou da responsabilidade e a escolha do mais e do menos importante em uma dada situação, levou N a estados de confusão, paralisia e alterações psicossomáticas associadas; nesses estados, N frequentemente apresentava comportamentos defletidos escapistas.

Querer sair dali – de onde o novo se anuncia – correndo demonstra que aquele espaço como um todo, não só os espectadores eram aversivos, e, nesses momentos, o destino imaginado era o familiar, sua casa, sua cama, a coberta jogada por cima, soterrando a lágrima que escorria dos olhos pela face.

Heidegger coloca que a saída da situação familiar gera angústia, pois no espaço familiar nos conhecemos, nos reconhecemos e nos sentimos reconhecidos; ao sair ou ser jogado para fora desse “útero”, defrontamo-nos com o novo, onde tudo é estranho, a insegurança ronda e fixa-se pelo tempo necessário para iniciar alguma familiaridade, há desafios, superações, tensão; isso dura um tempo. Até que o estranho começa a ser familiar e o ciclo continua desde que nos permitamos passar pela angústia que principia isso. Esse movimento natural da vida, N. a alto custo evitava através de tentativas infrutíferas de controlar tudo antes de se lançar e perceber aquilo que é por si, através de sua vivência e não da imaginação. De maneira geral, N. deixava de ver as coisas como poderiam ser, e passava a ver nelas aquilo que supostamente seriam caso ela seguisse os passos preestabelecidos corretamente (Michelazzo, 1999).

Só que quando se tenta controlar algo do presente com receitas já prontas ou previstas, corre-se o risco de cair em uma desconsideração pelo contexto. Homem e mundo estão intimamente ligados de modo que aquilo que dá a diretriz do certo ou do errado é uma configuração de fatores dados em um presente que nada revela ou garante o futuro. O tentar saber do futuro que se dá na ansiedade não é uma previsão, e sim uma adivinhação, uma imaginação pautada ou não em dados reais, mas sempre algo que ainda não é, e que por estar em aberto pode se dar diferente.

Existe uma dificuldade em estabelecer sintonia entre si e o mundo quando quer seja o passado ou o futuro ofuscam aquilo que está sendo. Quanto mais sintonizados estamos, melhor a relação entre o eu e o mundo, por exemplo: para dançar é preciso sintonia entre o par; para uma relação sexual orgástica satisfatória também; é pré-condição para ter um sentimento oceânico, uma experiência religiosa; para entendermos uma tirada espirituosa, para escrever uma poesia, enfim, estamos sempre sintonizados com algo do mundo e fora do ar em relação a outros aspectos da mesma realidade circundante.

No caso da fobia social, a dificuldade é de desconsiderar ou resignificar as ideias carregadas de negatividade ao seu respeito e/ou a respeito da pressuposição do julgamento negativo do outro sobre si, tais pressuposições, vivenciadas sob o estatuto de certeza, retiram da pessoa o sentimento de sentir-se digno de estabelecer uma relação sendo quem é. Frequentemente ela não consegue estabelecer relações baseadas na situação vivida, mas apenas na fantasia imaginada; não se sintoniza com o agora e sim com a velha ideia já pronta. Não olha, mas imagina o olhar.

Heidegger dava a isso o estatuto de categoria existencial e chamava de afinação ou estado de humor. N. tinha grande dificuldade em estabelecer sintonia entre si e as demais pessoas, e estas sentiam-se constantemente “de fora”; ela já se dirigia para a apresentação do seminário percebendo tudo de uma maneira coerente com seu medo, chegava no dia percebendo em si e no ambiente inconvenientes e falhas indicativas de fracasso.

N. se criticava e se corrigia. Mesmo não querendo mais namorar, ela não se permitia terminar a relação, pois isso decepcionaria tanto os seus pais quanto os dele, o que enfraquecia sua disposição de colocar um ponto final na relação. Torres (2011) coloca que uma postura que muito comumente se encontra presente frente ao sentimento de inadequação é o chamado aplainamento de subjetividade, uma desconsideração por sentimentos, preferências, desejos pessoais em detrimento de expressar ou fazer apenas aquilo que em um nível imaginário a pessoa acredita ser o certo.

Esta postura de aparar as arestas que serviriam de diferencial entre aquela que ela era e as outras pessoas permite-nos compreender o sentido do fato de que em muitas de suas aparições sociais, N. parece ser aquilo que não era por ter medo que fosse descoberta. A saber, queria ser vista como bem resolvida afetivamente por suas amigas, o que era mentira e ela bem sabia.

Só que quanto mais N. se aprofundava nesta mentira, mais aumentava a sua preocupação em ser desmascarada e também sua autovigilância para não ser contraditória. Ela chegava a não se encontrar com as poucas amigas que tinha nos dias em que brigava com seu namorado; ela temia “entregar de bandeja a elas (amigas) que estava triste” (sic), também evitava ao máximo deixar que sua família percebesse seus problemas.

A relação de N. com o mundo, como já dito, era permeada por elementos imaginários tomados como reais. Ela se imaginava – com vivacidade e loquacidade – em um momento onde ela estaria tendo os descontroles em público e os detalhes de sua impotência ou não habilidade em lidar com isso adequadamente na situação.

Na fobia social de N., o medo dela era passar pela experiência da vergonha, que nascia nela da comparação com o outro, aliado à não aceitação daquilo que ela era, de seus desejos, de seu jeito de ser. Assim, N. se perdia em imagens autorreferentes cada vez mais distantes das representações que as outras pessoas pareciam ter dela. Ela lutava para que as pessoas conhecessem o simulacro e pensassem que ela era o que não era – fazia isso porque acreditava que a N. real seria rejeitada. Julgava esconder-se dos outros, mas sabia que não era a sua essência aquilo que os outros viam. Mas se viam é porque existiam ações, comportamentos dados a serem observados e, considerando que somos aquilo que fazemos e não aquilo que achamos; considerando também que a existência se dá no agora, então N. frequentemente era/atuava no mundo aquilo que acreditava não ser no seu íntimo. Ser ao modo de um simulacro não é obviamente um não ser, é estar sendo simulacro para que talvez o outro a aceitasse e incluísse nesse modo de apresentar-se. Estar sendo, todavia, implica ser capaz de ser assim. Mas ela dizia a si mesma que aquilo que se mostrava no seu ser-com-o-outro não tinha consistência, era vivenciado como a prova do não ser daquilo que idealizava, a saber, sentir-se de maneira diferente enquanto atuava no mundo, ter que se controlar menos para fazer o que ela já fazia, ter menos medo de ser vista errando e sentir seu erro no fundo da alma quando o via refletido no olho de quem a viu.

A fobia social é um desdobramento do fato de sermos, uns como os outros, lançados na existência indeterminada e indeterminável. De sermos pelos outros e paradoxalmente de não sermos quem somos também pelos outros. Ela é tecida no moralismo que coloca o ditame do certo e do errado acima de tudo em algumas existências, das autoexigências perfeccionistas oriundas de um modo específico de ser-com-o-outro, um desesperar-se por não querer ser aquele que é. Por não se sentir à vontade consigo.

TRANSTORNO DO PÂNICO

O transtorno do pânico pode acometer até 4% da população geral. Em um estudo realizado com 30 pacientes com transtorno de pânico não tratados, verificou-se que 16 não estavam trabalhando; 25 relataram queda no seu desempenho pessoal devido ao quadro de pânico. De acordo com um estudo canadense, 56% das pessoas identificadas como doentes em 1952 continuavam apresentando sintomas em uma reavaliação feita em 1968.

O transtorno do pânico, ao contrário das fobias, não tem um foco, tem início abrupto, sem causas aparentes, pode acontecer em qualquer local e hora. Pode acontecer em qualquer idade, mas sua incidência maior é em mulheres, da puberdade aos 35 anos. Atualmente isso se explica devido às flutuações das concentrações de estrógeno e progesterona, mais frequentes na fase pré-menstrual e no puerpério. Às vezes as crises deflagram estados dissociativos semelhantes à epilepsia, sugestibilidade exacerbada e insegurança, com pedidos desesperados de ajuda.

Tudo acontece em segundos: a crise dura em média 20 a 40 minutos, a pessoa frequentemente relata sentir as pernas bambas, como se tivesse realizado um esforço físico intenso, geralmente as crises melhoram depois de chorar, descansar ou dormir um pouco. É muito comum a sensação de “aperto no peito”, o que faz frequentes os casos de busca por ajuda médica em pronto-socorros, muitas vezes confundindo o diagnóstico com problemas cardíacos devido aos sintomas apresentados (Gentil e Lotufo-Neto, 1996).

Klein (1996 apud Gentil e Lotufo-Neto, 1996) propõe que existem dois tipos clínicos diferentes de ataques de pânico, com ou sem dispneia e sensação de sufocação:

O primeiro é mais encontrado nos ataques espontâneos, precipitado seletivamente por lactato, CO_2 , isoproterenol e bicarbonato e seria devido a um falso alarme de um sistema de defesa contra asfixia e sufocação, o segundo seria devido ao medo e aos outros estados ansiosos” (Gentil e Lotufo-Neto, 1996).

De qualquer forma, uma crise de pânico é uma experiência aterradora que leva, muitas vezes, ao desenvolvimento de sintomas esquivos e à chamada ansiedade antecipatória, ligada à expectativa de passar mal novamente. Neste momento, aumenta a intensidade de suas manifestações autonômicas acompanhadas de reações psíquicas e somáticas. Não é incomum encontrar também sintomas depressivos, obsessivos, e fóbicos em uma pessoa com transtorno de pânico (Gentil e Lotufo-Neto, 1996).

Há estudos que propõem que os ataques de pânico são decorrentes de interpretações catastróficas e errôneas das sensações corporais, uma preocupação exagerada com funções corporais e alterações, na verdade se constituindo uma tendência a direcionar a atenção aos sintomas corporais ou para os sintomas da ansiedade (Clark, 1986, in Gentil e Lotufo-Neto, 1996).

Caso clínico

Z. me procurou no intuito de iniciar uma psicoterapia após indicação de um psiquiatra que o tratava de transtorno do pânico. Ele estava com 39 anos de idade quando, após uma visita à casa dos pais, foi acometido por um ataque de pânico que o levou à internação hospitalar devido a uma paralisia acompanhada de anestesia das sensações nos membros inferiores, mutismo e fortes sensações de aperto no peito; tudo começou com uma insensibilidade nas extremidades dos membros inferiores, depois se sucedeu uma dificuldade em respirar, sensação de peito apertado; em seu dizer, as paredes pareciam se fechar sobre ele, foi acometido por um sentimento de morte iminente. Tudo de repente, no curto espaço entre o seu carro e o recinto onde acontecia uma festa familiar, em um corredor de mais ou menos 20 metros que dava passagem ao salão; suas percepções de próprio corpo, de espaço e de tempo foram drasticamente alteradas de uma hora para outra.

O fato de acontecer de repente uma série de sensações e alterações no seu corpo acompanhadas de desespero, aliado ao fato de sentir como se tudo aquilo estivesse vindo do nada deu a Z. a impressão de estar vivenciando o momento de sua morte, e, nesta hora, ele me relatava minuciosamente toda uma série de recordações acerca das sensações corporais daquele evento. Não se lembrava da sucessão de ações das pessoas ao socorrê-lo, o ato de levá-lo ao hospital, nem tampouco dos procedimentos médicos etc.

Esses fragmentos mnemônicos da experiência vivida chegavam à sua consciência em partes fragmentadas e dissociadas, a boca seca, a catalepsia, a desarticulação entre o pensar e o dizer, a dificuldade em respirar eram lembrados e ressentidos, porém nem sempre de uma maneira integrada. Segundo o que os expectadores do ataque de pânico de Z. o contaram, durante a crise ele parecia inconsciente, embora seu relato vívido das suas lembranças mostre que ele se mantinha consciente, porém sem ação no mundo naquele instante.

Isso fez a equipe médica em um primeiro momento investigar uma possível gênese neurológica em seus sintomas. Porém, após ser examinado em minúcias foi constatado que Z. não tinha nenhum comprometimento neurológico. Nesse ínterim, Z. teve outras duas crises, só que sem comprometer sua marcha nem comunicação, esses fatos fizeram com que seu quadro fosse “fechado” como transtorno do pânico pela equipe médica.

Porém, com o passar do tempo, houve mudanças; ele passou a lembrar-se com tanta vivacidade do desespero e impotência que vivenciou em sua primeira crise que passou a ter uma preocupação constante em entendê-la, em tentar adivinhar quando estava vindo. Ele buscava sinais no seu corpo e também buscava interligar o contato que tivera com lugares e/ou pessoas com o advento da crise na tentativa de obter alguma compreensão sobre suas crises – o que levaria a algum controle sobre a situação.

Foi assim que eu o conheci, imaginando ligações entre fatos, interpretando eventos do passado na busca do fator etiológico, procurando incansavelmente literatura sobre sua “doença”, com muito medo de estar enlouquecendo. A sensação de perda de controle sobre si e, conseqüentemente, sobre a vida, produziu nele uma angústia existencial.

Ele começou a sentir o peso das responsabilidades de sua vida, começou a tornar-se crítico de posturas que até então se obrigava a engolir. O medo do pânico incontável o fez imaginar cenários terríveis onde ora ele dependia das pessoas, em outras elas o abandonavam em um manicômio. Tal vislumbre imaginário de sua impotência perante a vida era acompanhado de reflexões sobre sua grande importância para sua esposa e filha, ele nitidamente também resignificava a importância delas na vida dele e sua disposição para envolver-se na relação era outra.

Após um ano e meio tendo as crises, Z. começou a dar menos importância para o “fazer perfeito” que caracterizava seu envolvimento com o trabalho. Tornou-se menos crítico do sistema e resolveu não se importar mais com isso e ser feliz aproveitando o possível outras dimensões de sua vida; percebeu que “estava dando murro em ponta de faca” (sic), visto que se achava muito pequeno para mudar o que ele achava que estava errado.

As constantes buscas de explicações que, diga-se de passagem, no início do processo lhe foram úteis no enfrentamento de suas crises, foram, todavia, quase sempre frustradas, visto que mesmo quando presumivelmente as explicações eram plausíveis, elas se mostravam ineficazes para reduzir os sintomas. Porém, tais frustrações abriram a possibilidade de ele refletir sobre outras questões, há muito esquecidas. Ao voltar para o passado procurando causas ele não encontrou nenhuma que fizesse sentido, mas encontrou-se consigo ao rememorar dificuldades, momentos difíceis, medos e desejos antigos até então esquecidos ou desvinculados da vivência atual.

Outro horizonte compreensivo acerca de sua problemática se apresentava no âmbito da terapia, Z. passou a deixar em segundo plano a objetividade das crises e sua remissão para preocupar-se com questões que até então nunca haviam lhe feito parar nelas. Era ora angustiante, ora excitante pensar nessas outras “coisas novas”, mas a ansiedade de outrora não era mais o foco de suas preocupações.

Neste ponto, é importante distinguir entre ansiedade e angústia, já que são termos que frequentemente causam confusão. Em alemão, *angst* significa tanto ansiedade quanto angústia, porém tanto o francês quanto o inglês usam dois termos diferentes, que são respectivamente *angoisse* e *ansieté* e *anguish* e *anxiety* (Giovanetti, in Angerami, 2000).

A angústia tem uma ligação com alterações sentidas no corpo, enquanto a ansiedade se desenvolve em uma dimensão puramente psicológica. A angústia revela algo mais profundo do ser humano, enquanto a ansiedade pode indicar dificuldades em enfrentar determinados obstáculos (*idem*).

Enquanto a angústia é a insidiosa visita do nada que nos bota reflexivos sobre o sentido de nossos atos, sentimentos, história de vida, a ansiedade é a tentativa de resolver uma situação específica. Muitas vezes, ter problemas intermináveis ou manter uma vida estressante são formas de não se ver com o nada. Enquanto a angústia pergunta sobre o sentido da existência, a ansiedade se preocupa com fórmulas para continuar existindo, para que aquilo que é continue sendo. Mesmo quando aquilo que se acha que ainda é já há tempos se foi, ou, ainda, quando aquilo de que se foge já está presente a cada passo justamente por de tanto fugir. De qualquer forma, ambas são maneiras diferentes de se ver com o tempo.

E, falando em tempo, muitas vezes o trabalho psicoterápico com a ansiedade me colocou ante a necessidade de sintonizar-me com o tempo próprio que cada caso abria porque era o tempo próprio que cada pessoa vivia. A pressa em encontrar respostas por parte do paciente muitas vezes me exigiu uma volta com o paciente aos acordos e esclarecimentos que fizemos no contrato terapêutico, onde eu julgo ter deixado claro meu não compromisso e nem simpatia pelas respostas prontas e servidas pelo terapeuta como remédio.

O que quero dizer é que, com pacientes ansiosos, não raro me percebo sendo didático, explicando, por exemplo, que a angústia enquanto um ficar com o vazio faz parte do processo psicoterápico e da vida em geral ou outras explicações sobre as especificidades do tratamento. Percebi que a demanda desesperada de alguns pacientes

por algo que dê conta do vazio não raro faz com que eu paradoxalmente explique a eles sobre a provável ineficácia das minhas explicações supostamente científicas no exato momento em que estiver diante do seu medo, no momento solitário onde se abre a possibilidade de escolher ficar ou ousar ir além.

Não estou contando de uma estratégia, e sim de algo que acontece com frequência em atendimento de pessoas com um nível de ansiedade alto; elas sabem que não encontrarão resposta para certas questões, mas mesmo assim perguntam sobre. Isso pode ser lido apressadamente como um comportamento regressivo de dependência, mas pode ser entendido também como a busca de esperança para não desesperar, revela um modo de ser quando em dúvida que procura junto ao suposto saber/poder do outro o alívio da responsabilidade de decidir no escuro, mas o procura sem muita esperança de encontrar, logo aquilo que aliviou no momento é novamente colocado em dúvida para que a busca possa continuar, pois a dúvida é interminável. O não ser ameaça o ser de todos nós, mas em ansiedade tentamos fazer o não ser jamais advir. Isso é antívida porque é paralisia, engessamento, cronificação, ao passo que vida é movimento, fluidez, mudança.

É que às vezes o ansioso tem dificuldades em acreditar que se relaxar o mundo pode continuar girando e as coisas acontecendo independentemente de algum programa prévio, perceber que nem tudo está em suas mãos e que por mais que este fato traga uma dose de angústia, pode ser também libertador; é importante esta vivência para que a pessoa possa fluir com a vida. Quando digo fluir quero dizer entregar-se acreditando em si e na sua potencialidade em lidar com situações novas que emergem da própria situação vivida.

Para bem lidar com o agora, é importante estarmos atentos e abertos para perceber o que está aí, uma atitude oposta a esta é sair procurando por algo específico, o que resulta em uma atenção enviesada, que pode ser muito importante em inúmeras ocasiões, mas diante dos momentos onde nada há a ser feito o deixar-se fluir junto aos acontecimentos e aparecimentos que nos convidam a deixar acontecer e influir menos é uma atitude que, acredito, tenha repercussões no modo ansioso de ser e consequentemente ajude muitas pessoas ansiosas.

O problema que o ansioso enfrenta é reconhecer para si que nada há a ser feito, porque esta atitude pode levar à desesperança e, no desespero, a pessoa pode facilmente continuar tentando, estressando-se, e provavelmente piorando com tais comportamentos o quadro da ansiedade.

Outro problema é a frequente dúvida acerca do potencial em enfrentar o que vem sem aviso prévio, o medo de não estar preparado. Para perceber o potencial próprio é preciso prestar atenção ao corpo, pois é lá que está o potencial, seja em que forma for: força física, resiliência, atratividade sexual, saber fazer contas, dirigir veículos, sempre são habilidades ou conquistas que no fundo são o corpo que temos que torna possíveis. Aqui, é bom sublinhar que o corpo não é nossa posse, embora essa interpretação seja muito comum em uma sociedade que busca se apropriar de tudo; paradoxalmente, ao mesmo tempo ele nos tem enquanto algo indissociável de cada um de nós, o si próprio

implica ser corpo. Portanto, prestando atenção ao corpo, o ansioso está mais próximo de uma autoconscientização dos seus limites e poderes.

Mas não basta prestar atenção, é preciso prestar atenção enquanto se vive: testar-se, ousar, transgredir-se enfim. Quando se pratica isso deixamos de ser ausentes daquilo que esta acontecendo e adquirimos possibilidades outras de enfrentamento ou cuidado, além de estar desenvolvendo potenciais, fazendo crescer poderes e possibilidades na vida. Portanto, para desenvolver-se seja lá em que sentido for, é preciso partir de onde estamos rumo a um amanhã ou a um propósito, e, para estar onde estamos é preciso que nos afinemos com os nossos sentidos e com aquilo que percebemos, e, em última instância, nos é dado acreditar ou duvidar disso. O que estou dizendo aproxima-se muito da fé perceptiva de Merleau-Ponty (Carmo, 2000).

Percebi inúmeras vezes pessoas em ansiedade botando em questionamento as suas percepções primárias balizadoras de uma atitude menos refletida diante da vida. Por exemplo: quando começamos a nos atentar ao processo da respiração, podemos relaxar e dormir ou mesmo meditar; ou podemos acelerar bastante o ritmo respiratório caso venha uma grande preocupação com o esquecer-se de respirar, ou uma ideia de falta de ar; ou seja, existem coisas que funcionam melhor sem a reflexão. A cabeça parar de pensar, programar, calcular para o corpo agir.

Anteriormente me referi ao trabalho em psicoterapia com pessoas ansiosas como algo que frequentemente me soa didático nas minhas reflexões após a sessão. Eu disse antes que caio nisso com frequência, mais caio não tanto como quem é enganado, mas no sentido de às vezes entregar-me ao chamamento deliberadamente, já que o imaginário atormentado por dúvidas, predições, evitações, a meu ver, necessita de um chão para apoiar-se e, mesmo que provisória, uma resposta ou uma explicação pode ser de suma importância em alguns momentos em uma sessão de psicoterapia. Mas não é a resposta que é válida enquanto tal, é ela enquanto sinalizadora de algum caminho outro na vida de quem sofre pela ansiedade; ela não deve ser proferida em tom de verdade, e sim de possibilidade.

Em outras palavras, sinto que na aparente demanda por resposta asseguradora, o importante a ser considerado é a necessidade de assegurar-se e não a veracidade da resposta dada. A asseguaração muitas vezes é importante em casos em que a pessoa sente-se no mundo em desamparo. O psicoterapeuta estabelecer-se como um ser presente na situação pode ser muito importante para que a pessoa comece a situar-se mais no mundo compartilhado do ser-com-os-outros, afastando-se do ditame das fantasias construídas. O outro lado da questão também é importante ser ressaltado; muitas outras vezes a ausência da resposta, o vazio, deve plantar raízes em uma sessão, gerando as flores da angústia com seu cheiro nauseante para que a resposta brote por parte do paciente ou, mesmo se não brotar, que o acostume através de um vivido em sessão com a esterilidade das sementes que, apesar de plantadas e cuidadas, não brotam.

Muitas vezes, principalmente no início do processo, a demanda de Z. era: “como resolver o problema?”. Mas, com o transcorrer do tempo, isso se modificou para: “como conviver com o problema?”.

É claro que o terapeuta pode ajudar bastante, por exemplo: ensinando o paciente a respirar corretamente, evitando os sintomas da hiperventilação e a usar a respiração para controlar-se ante uma crise, minimizar os efeitos e a intensidade de pensamentos intrusivos (preocupação, obsessões, previsões...) através de uma ação motora (andar, ginástica, falar-com, rir-com), pode ainda, simplesmente se colocando a ouvir sem julgamentos o dizer do paciente, diminuir a ansiedade, enfim, existem muitos caminhos.

Porém a questão que me refiro aqui não é a eficácia do método. É claro que é desejável que a pessoa diminua os sintomas exagerados de ansiedade, mas, além desse objetivo, não podemos esquecer que os tais sintomas estão aí, visíveis para quem está de fora, sofridos para quem os vivencia, e, percebo que quando a dupla terapeuta-paciente não transpõe a busca da cura enquanto eliminação de sintomas pura e simplesmente, dificilmente a sessão psicoterápica oferece abertura para que seja colocada a questão da coragem para enfrentar o que vem, e, quando falo em coragem, tangencio isso com o assumir responsabilidades.

A questão que muitas vezes nos chega em forma de um pedido ôntico de socorro ante um sofrimento específico, quando amadurecida, atentada, destrinchada, ressignificada, reintegrada com a vida vivida da pessoa, ou seja, quando a busca de alívio ou explicação transforma-se em interesse ou espanto ante a especificidade daquele existir, o enfrentamento solitário – que não é uma opção e sim uma condição – toma o lugar da vitimização, da projeção e de outros modos de má-fé.

E digo isso porque a questão crucial na vida do ansioso não é acabar com a ansiedade, mas sim enfrentá-la – acabar é da ordem do ideal. Quando se fica apenas no passado buscando chegar à causa primeira – como se por vir primeiro fosse em si indubitável explicação para o que vem depois –, além de cair em um preconceito que a própria cultura cientificista nos induz a ter como verdade apodíctica, pode levar-nos à estagnação do processo de ajuda, uma vez que a vida se dá em um confrontar-se solitário com aquilo que vem ao nosso encontro ou com o que vamos encontrar (Boss, 1981).

Na busca de causas e explicações que efetuem remissões de sintomas imediatos, o ansioso encontra muitos bodes expiatórios, pois cada explicação ou causa achada no passado remoto ou recente é apenas um ponto na história vivida daquela pessoa, que ao ser entendido como a causa passa a assumir um caráter central na problemática considerada. Este ponto, agora ressignificado e, portanto, transformado em um borrão de aparência bem mais incisiva que outros acontecimentos no passado, é isolado e elevado ao *status* de origem do mal.

Tudo muito articulado, lógico, mas como afirmar que aquele evento lembrado é explicação para alguma coisa? Quem afirma isso e baseado em quê? Como negar a influência dos pontos esquecidos, não vistos ou considerados tanto pelo terapeuta quanto pelo paciente? Por que tentar explicar tudo recorrendo apenas ao passado? E o futuro? Evitar pensar nas relações internas entre aquilo que projeto para o meu futuro e meu problema atual é perder a perspectiva das possibilidades a serem assumidas. Sem esse horizonte do adiante não existe responsabilidade possível.

Não podemos prometer nem fazer expectativas quanto à remissão dos sintomas – qualquer promessa nesse sentido perpassa ao embuste, pois, conforme já dito, como certificar-se daquilo que ainda não é? Como certificar-se que aquilo que agora me parece ser realmente o é? Como esperar curar-se da ansiedade para daí então começar a atender as solicitações da vida se a ansiedade ou vem sem avisar, ou fica sem respeitar as ordens de expulsão? Quanto mais se foge de algo, mais este algo investido pelo medo se torna poderoso limitador na vida; quando se diz coragem não é no sentido de não ter medo, mas sim de ir quando fizer sentido, apesar da ansiedade. Fazer aquilo que for possível ser feito quando o feito for de grande significado.

O que me refiro é semelhante à postura de um combatente em uma batalha, olhar de frente o inimigo tenha ele forma ou não, em um espaço onde é impossível retroceder, pois estamos falando da vida e na vida não se volta no tempo fora da memória; os sintomas são um fato, o obstáculo, um desafio, só que nesta metáfora a vitória é a conquista de uma vida mais livre, um assumir a responsabilidade sem assentar-se na vitimização paralisante que busca culpados e razões para ficar ou partir.

No caso de Z., o primeiro passo rumo a tal conscientização seria buscar a compreensão daquela angústia através do relato pormenorizado do que acontecia com ele durante suas crises. Percebi que, através da descrição esmiuçada, um horizonte novo se abria. Ele começou a perceber-se em momentos precedentes à eclosão de uma crise e também notou a existência de uma espécie de aura antecedendo o descontrole, uma ideia intrusiva de impotência lhe ocorria nesses momentos. Ele se atentava para algo que começava a se alterar em seu corpo (respiração, sudorese etc.), um pavor de que aquilo iria piorar ou de que a crise estaria vindo o apavorava. Se havia algum momento em que ele poderia exercer algum controle sobre a situação era antes de chegar nesse ponto. Esta conscientização do início do processo de eclosão de uma crise possibilitou que em algumas ocasiões fosse possível não entrar em pânico ou evitar ser percebido em uma crise de menor intensidade.

No que tange a atitudes de coragem frente à ansiedade, Z. tentava controlar-se ante a crise com os exercícios de respiração, restabelecendo o fluxo respiratório alterado pelo medo. Ele disse que normalmente tudo transcorre igual em seu cotidiano, ou seja, ele está não perceptivo ao seu problema por estar ocupado com algum afazer quando repentinamente algo em seu corpo chama atenção: pode ser a sua respiração, a sua visão, enfim, o que é importante é que sucedido a esta percepção corporal ele passa a ser acometido por uma série de alterações na sua maneira de perceber o mundo e o seu corpo; desse ponto em diante ele normalmente perde o controle. Este processo pode durar segundos ou pode ser retardado, pois Z. começou a perceber que se sua atenção naquele instante que precede a crise fosse desviada para outra coisa, se ele saísse do lugar onde estava, olhasse ao seu redor e percebesse o contexto, se restabelecesse o fluxo respiratório, se estivesse com o remédio que o psiquiatra receitou para tomar em casos de emergência no bolso, se saísse correndo, quando possível, as crises tendiam a não vir ou a aparecerem em menor intensidade. Era o início de um sentimento de estar apto ao enfrentamento.

Neste momento do processo psicoterápico, Z. já não se assustava tanto com quando a crise viria novamente. Ele começava a perceber outras evitações e questões presentes em sua vida referentes a “outras coisas que vêm de repente que não o pânico”: o medo de estar despreparado quando o susto ocorrer, seu sentimento de fragilidade enquanto corpo, a insatisfação com o lugar que habita, o desejo de retomar a intimidade na relação com seus pais.

As crises de pânico haviam diminuído; não havia cessado a ansiedade acerca do amanhã, mas existia ali alguém mais descontraído, que achava graça em alguns sintomas ou comportamentos seus que antes não eram aceitos. Existia alguém concretizando planos para o futuro. Ele me parecia estar modificado, mais interessado no autoconhecimento, mais paciente ante as coisas que não dependia dele agilizar. As crises às vezes vinham apesar de tudo, mas até onde pude acompanhá-lo ele também prosseguia sem nelas parar por mais tempo do que elas pediam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI, V. A. (Org.). *Psicoterapia e brasilidade*. São Paulo: Cortez, 2011.
- BOSS, M. *Angústia, culpa e libertação*: ensaios de psicanálise existencial. Trad. Barbara Spanoudis. São Paulo: Duas Cidades, 1981.
- CARMO, P. S. *Merleau-Ponty*: uma introdução. São Paulo: EDUC, 2000.
- GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F. (Orgs.). *Pânico, fobia e obsessões*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.
- GIOVANETTI, J. P. Angústia existencial nos tempos atuais. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). *Angústia e psicoterapia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- HOLMES, D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- JASPERS, K. *Psicopatologia geral*. 8. ed. São Paulo: Editora Atheneu, vol. 1, 1958.
- KIERKEGAARD, S. *O desespero humano*. São Paulo: Martin Claret.
- KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- MICHELAZZO, J. C. *Um como princípio ao dois como unidade*: Heidegger e a reconstrução ontológica do real. São Paulo: FAPESP, 1999.
- SZASZ, T. S. *Dor e prazer*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.
- TILLICH, P. A *Coragem de ser*. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- TORRES, R. R. T. Sentimento de inadequação, prática psicológica e contemporaneidade. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). *Psicoterapia e brasilidade*. São Paulo: Cortez, 2011.

Poema sem hora

ANDRÉ ROBERTO RIBEIRO TORRES

Para Amora

*Não há hora pra agora você chegar,
Assim como nunca houve
Para entrar em minha vida
Com nossos, meus e seus relógios desajustados*

*É incrível como mostramos que a exatidão não é lá muita coisa...
Pena é Dalí não ter derretido todos os relógios,
Deixando o tempo flexível à vontade para nós dois
Para podermos mostrar que Sol e Lua podem se beijar*

Sem hora marcada, como num poema sem hora e sem nada

*Poema que surge de um atraso
Só para dizer (lá do fundo)
Que atraso não existe.
Que existe, sim, é abraço.*

*Abraço sem pressa nenhuma pra se desatar
Ah... braços... presos pela própria vontade,
Exprimindo a extrema liberdade de se poderem largar*

A qualquer momento!

*Mas decidem pelos dedos tumultuados lado a lado...
Vinte em cada mão...*

*Se não esperamos chegada, não há pressa pra sair.
Qual o motivo de estarmos atentos ao apito do trem
Se não é nosso o desejo de partir?
Que o ouçam os eternos errantes do amor e desamor!
Servirá para sabermos quem parte e quem fica
Divertindo-nos ou chorando na estação junto aos presentes.*

*Meu futuro veio de presente dos trilhos lá de trás,
Aqueles que nem ao menos me conheceram...
Assim como os relógios nunca batem juntos
(Nem junto do apito do trem),
Maquinista nenhum conhece
O que dos outros quilômetros vem.*

*Quilômetros que não correm,
Não se apressam pelo ar,
Quilômetros sem nenhum momento,
Sem hora pra chegar...*

O papel da espiritualidade na prática clínica

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

INTRODUÇÃO

Escrever sobre a espiritualidade e a sua inserção no universo da prática clínica certamente é um tema que, além de polêmico, se reveste de fascínio pelo próprio desdobramento que suscita. No entanto, sempre estamos direcionados para a busca da elevação de nossa condição humana, embora, muitas vezes, até neguemos a discussão sobre questões que envolvem a temática da espiritualidade.

O campo da saúde envolve muitos aspectos, filigranas mesmo, dos determinantes que incidem sobre a prática clínica e o modo como o paciente busca o seu equilíbrio, e, por assim dizer, os caminhos que o conduzem à sua condição humana. Sim, na verdade, o que se busca quando se procura por um tratamento psicoterápico, independentemente da vertente teórica que possa norteá-lo, é a melhora de nossa condição humana, a melhora de nossa condição como pessoa. Uma pessoa, por exemplo – e citando um problema bastante aflitivo e extremado –, que procura pela psicoterapia por apresentar ejaculação precoce certamente, ao conseguir a superação desse problema, estará igualmente melhorando sua condição como pessoa, como ser humano que estava encarquilhado por um sofrimento contundente. Assim ocorre com outros níveis de sofrimento que, ao serem superados, fazem que a pessoa sinta novamente a sua configuração humana.

Nesse sentido, abordar a temática da espiritualidade é ir ao encontro de caminhos que possam conduzir o processo psicoterápico em níveis nos quais a busca da transcendência seja igualmente a de superação de nossos limites pessoais. E, de outra parte, superação dos limites que nos agrilhoam e nos impedem de ter uma vida mais plena e repleta de prazeres.

Dessa maneira, estaremos enveredando pelos caminhos da espiritualidade, buscando, igualmente, questionamentos que nos levem ao encontro de postulados teóricos e filosóficos que nos sirvam de paradigmas para a construção de um novo modelo clínico de atuação, e nos quais a reflexão de suas escoras teóricas possa transcender os próprios limites.

EM BUSCA DE CONCEITOS

Devemos às primeiras traduções para o português das obras de Freud e de Jung as conceituações de psique inerentes apenas e tão somente aos estudos do campo psi. Não se associa a palavra psique à alma, ao contrário, falamos de psique como se não estivéssemos fazendo referência à própria alma. Assim, se psique é tema de estudo dos psis, alma, por

outro lado, é tema de estudo dos teólogos. É como se fossem temáticas e assuntos distintos que não pertencessem à mesma realidade. No entanto, psique literalmente quer dizer alma, e quando nos referimos à psique humana, igualmente estamos nos referindo à alma humana. Essa separação que fazemos entre psique e alma, tornando-as essências de naturezas distintas, nada mais é que uma mera tentativa de negar a presença de questões que envolvem aspectos da espiritualidade na prática de reflexões e estudos psíquicos. Por assim dizer, uma tentativa de negar a presença da espiritualidade nessas reflexões, pois tanto Freud como Jung se referiam à alma humana sem nenhum constrangimento ou receio de que tal derivação pudesse denegrir a grandiosidade de suas obras.

As primeiras traduções de suas obras, bem como as publicações posteriores, não cuidaram de corrigir tais distorções e determinam essa separação, que nada mais é, na verdade, do que uma simples tentativa de escamotear a presença da palavra alma no campo das discussões filosóficas, fato que por si só já traria uma conotação bastante diferenciada ao ambiente das discussões clínicas.

O que se percebe, principalmente no meio acadêmico, é o incômodo que tais asserções provocam, pois, geralmente, nossa maneira de agir e refletir gera um distanciamento de questões que envolvam a presença de assuntos como a espiritualidade e que são comumente colocadas na seara dos temas místico-religiosos. E, no entanto, por mais que tentemos negar tais premissas, elas sempre permeiam nossa busca de transcendência espiritual, como foi colocado na introdução deste livro. Boainaim Jr.,¹ citando Hart, critica a visão científica que expulsou do campo das possibilidades aceitáveis as vivências espirituais e a dimensão “transnatural” da realidade e aponta esse fator como um dos responsáveis pela crise da falta de sentido na cultura atual, indicando como um dos mais importantes desafios para o futuro – especialmente para a psicologia do futuro – a aproximação ciência-religião, que se daria pela soma das contribuições da visão místico-religiosa oriental e da científico-experimental do Ocidente.

Especialmente no campo da psicologia, já era tempo de ultrapassarmos uma visão científica estreita que não havia deixado para a dimensão espiritual e religiosa do homem outra consideração que não a de retratá-la como uma forma de neurose ou de alienação social.² Certamente, apesar dos muitos avanços efetivados nesse campo, ainda assistimos ao enquadre de práticas espiritualistas e religiosas como algo que o meio acadêmico não considera como “sério” e que, portanto, não tem validade.

Boainaim Jr.³ coloca ainda que o reconhecimento da existência e da importância das potencialidades humanas relacionadas à espiritualidade, à autotranscendência e à ampliação da consciência, assim como o interesse em seu desenvolvimento, é imemorial nas culturas e nas sociedades humanas. Embora esse interesse, é Boainaim Jr.⁴ quem nos ensina ainda,

¹ Boainaim Jr., E. *Psicologia transpessoal*. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

² Idem, op. cit.

³ Idem, op. cit.

⁴ Idem, op. cit.

assim como a visão de homem e de universo a ele associada, seja com justiça habitualmente relacionado ao campo da religião ou da filosofia, é igualmente justo e apropriado, sob uma ótica mais atual, considerar grande parte da produção cultural desenvolvida nessa área como pertencente ao campo que hoje chamamos psicologia.⁵

Embora tais colocações mostrem uma tendência atual, o fato é que, apesar de distante dos escritos ditos científicos, a espiritualidade ainda assim se fazia presente na vida dos cientistas.

Portanto, sempre foi comum que determinados cientistas, embora tivessem práticas acadêmicas e científicas dentro de um rigor científico absoluto, em suas vidas guardassem suas crenças místico-religiosas.

Dessa forma, criavam uma incongruência entre aquilo que viviam em suas vidas privadas e o que produziam nas lides acadêmicas. Até mesmo dentro do campo específico da psicologia vamos encontrar tais distorções, com alguns profissionais, inclusive, negando publicamente suas crenças e convicções pessoais com receio de não serem aceitos pela comunidade científica. É como se não fosse possível possuir crenças e convicções religiosas e ao mesmo tempo ser cientista com respaldo acadêmico-universitário.

Ao trazer a questão da espiritualidade para o paradigma dos pressupostos da prática clínica da psicoterapia, estamos, na realidade, acabando com essa incongruência. Estamos abrindo a possibilidade para que um determinado profissional não tenha de negar suas convicções pessoais para o desenvolvimento pleno de suas atividades clínicas. E, de outra parte, estaremos possibilitando também a ampliação dos recursos pertinentes ao exercício da prática clínica. Assim, se um determinado psicoterapeuta acreditar em sua vida pessoal que a vida espiritual é o aspecto mais importante a ser atingido na vida de uma determinada pessoa, sua prática clínica não precisará negar tal princípio, nem tampouco o levar a negar publicamente tais convicções. O que se faz necessário, no entanto, é que ele tenha um balizamento bastante claro e pertinente do quanto suas convicções precisam estar enfeixadas com as determinantes de seu instrumental teórico-clínico. E não o contrário, como ocorre muitas vezes, quando existe um confronto teórico-filosófico entre as crenças e convicções pessoais e as teorias psicoterápicas.

Quando teorizamos sobre uma determinada prática psicoterápica, estamos incidindo sobre o campo das convicções que determinam que se abrace certo corpo teórico em detrimento de outro. Assim, quando escolhemos uma determinada teoria, fazemo-lo pela identificação, em seus construtos, de elementos que se aproximem de nossas convicções sobre o mundo e sobre o homem. Estamos derivando assim a nossa prática profissional para um determinado corpo teórico que tenha harmonia com as nossas convicções pessoais. E, ainda assim, sem nos atermos a tal fato, muitas vezes

⁵ Idem, op. cit.

negamos tais convicções como se elas fossem proibitivas para o nosso desenvolvimento profissional.

Quando nos deparamos com a evidência de que estamos escolhendo uma determinada teoria de acordo com essa identificação, praticamente fica difícil entender a razão pela qual as nossas outras crenças – principalmente aquelas que nos remetem ao campo místico-religioso – precisam ser rechaçadas. Temos o receio puro e simples de que perderemos a nossa aura de seriedade se as expusermos à luz do dia. E, no entanto, é cada vez mais notório o número de pessoas que percorrem os caminhos da espiritualidade buscando igualmente uma nova condição para sua realidade existencial, que possa trazer-lhes até mesmo o chamado equilíbrio emocional.

Victor E. Frankl foi certamente um dos primeiros autores que trouxe a questão da espiritualidade de modo claro e preciso para o campo da psicoterapia. Ao lado de Jung, colocou a pertinência dessa discussão no sentido de alargar os horizontes de compreensão da prática psicoterápica. Assim, Frankl⁶ coloca que uma característica da existência humana é a sua transcendência. O homem transcende não somente o mundo ao seu redor, no sentido de mundo dos seus semelhantes, mas também no sentido de um supermundo, como também seu ser, no sentido de um dever. Onde quer que transcenda a si mesmo, o homem eleva-se sobre seu ser psicofísico, deixa o plano do somático e do psíquico e entra no espaço do humano propriamente dito, o qual é constituído pela dimensão poética e pela espiritual, pois nem o somático nem o psíquico isolados constituem o que há de propriamente humano.⁷ Ao redefinir sua concepção de psicoterapia, Frankl⁸ é enfático ao afirmar que uma psicoterapia humana, isto é, uma psicoterapia humanizada e re-humanizada exige, portanto, de nós, que consigamos, de um lado, ver a autotranscendência e, de outro, dominar o autodistanciamento.⁹ Tais exigências tornam-se impossíveis quando vemos no homem um animal. Nenhum animal se preocupa com o sentido da vida, e nem consegue sorrir. Com isso não pretendemos dizer que o homem é apenas homem e não também animal. Pois a dimensão do homem é, em comparação com a dimensão do animal, maior, e isso significa que ela inclui a dimensão inferior. A verificação de fenômenos especificamente humanos no homem e a simultânea aceitação de fenômenos subumanos nele não implicam uma contradição, pois entre o humano e o subumano não existe nenhuma relação de exclusividade, mas se me é permitido usar esta expressão, uma relação de inclusividade.¹⁰ É importante salientar ainda que Frankl dá à expressão espiritualidade a conceituação de busca da transcendência, separando-a da associação que frequentemente se faz de espiritualidade com valores místico-religiosos. Assim, o equilíbrio espiritual que ele propõe em seus postulados

⁶ Frankl, E.V. *A psicoterapia na prática*. São Paulo: E.P.U., 1975.

⁷ Idem, op. cit.

⁸ Idem, op. cit.

⁹ Idem, op. cit.

¹⁰ Idem, op. cit.

teóricos é, na verdade, essa capacidade inerentemente humana de buscar o desenvolvimento de sua subjetividade e de sua vivência interior.

Seguramente aqui reside a grande dificuldade de aceitação, nas lides acadêmicas, da inclusão da temática da espiritualidade no seio das discussões que envolvem a prática psicoterápica. O fato de a temática aproximar-se de conceitos místico-religiosos faz que outros níveis de sua abrangência sejam então desconsiderados.

De uma maneira bastante simplista, a mera citação do tema espiritualidade já traz muita resistência pelo simples fato de que essa associação – com o místico-religioso – é algo que não se tolera na quase totalidade dos centros acadêmicos. Essa resistência impede, inclusive, que possamos fazer até mesmo o enfeixamento de determinadas teorias com as concepções religiosas de seus autores.

Num simples contraponto, basta citar Kierkegaard e até mesmo Rogers, que tiveram uma formação religiosa bastante profunda – sendo que Rogers foi, inclusive, pastor num determinado período de sua vida –, para que o dimensionamento de seus escritos encontre um outro balizamento de análise e até mesmo de compreensão.

É com essa concepção de espiritualidade, trazida à tona pelas discussões propostas por Frankl num contraponto com outros autores, que iremos trabalhar.

ESPIRITUALIDADE E PSICOTERAPIA

Ao falar de espiritualidade saindo do dimensionamento místico-religioso, podemos inclusive entender que Sartre, apesar de se identificar como ateu e fazer de seus escritos manifestações bastante claras de ateísmo, ainda assim propõe um enfeixamento de padrões de conduta humana que certamente levam o homem a segui-los a um nível bastante elevado de transcendência e, por assim dizer, até mesmo de elevação espiritual. Por mais paradoxal que possa parecer, foi Sartre, em sua tentativa de negação de Deus, o filósofo que mais trouxe Deus para o campo da filosofia, dando-lhe uma configuração existencial que até mesmo os teólogos não haviam conseguido. É como se os teólogos, partindo da concepção indiscutível da existência de Deus, não precisassem apresentar fatos e dados que comprovem sua existência, e Sartre, ao contrário, em sua obstinação em provar sua inexistência, certamente fundamentou sua presença de maneira ímpar no campo da filosofia. Embora os escritos de Sartre tenham sucedido os de Nietzsche – que simplesmente afirmou que “Deus está morto”, sem preocupação maior com sua presença –, certamente é a partir dele que existe um verdadeiro posicionamento dentro do campo filosófico sobre essa concepção.

Nesse sentido, estamos no lado inverso da questão, pois, se de um lado falar de espiritualidade, como vimos anteriormente, na quase totalidade das vezes implica cair nos aspectos místico-religiosos, falar de ateísmo implica, de outra parte, uma série de “pré-conceitos” que vão desde ideias simplistas de que alguém ateu não tem níveis de autotranscendência até conceitos de que é impossível falar de ateísmo e de espiritualidade simultaneamente.

Os níveis de conceituação estabelecidos nesse sentido são sempre sistemáticos e resultantes de conceitos e divergências que se estabelecem num paradigma que coloca tais posicionamentos como excludentes e nem sequer podem apresentar pontos mínimos de convergência.

Na verdade, estamos diante de mais uma das dualidades humanas, o que significa dizer que essa condição é inerente à própria condição humana, não havendo assim tal excludência em seus princípios.

Nesse sentido, podemos buscar as colocações de Poelman,¹¹ que nos ensina que a inclinação à transcendência é algo inerente ao organismo humano; é um impulso a um estado próprio do homem. Ele não precisa ir além de sua própria humanidade para encontrar sua autorrealização. A transcendência é o ponto mais alto da própria humanidade, a forma mais alta de autorrealização humana.¹² Para melhor enfatizar suas colocações, Poelman¹³ diz ainda que a palavra transcendência é aqui tomada no sentido de viver a partir do núcleo divino que é comum ao homem, de seu verdadeiro centro que é um centro divino. Nós nos autorrealizamos à medida que realizamos nossa origem divina.¹⁴ O meu núcleo, o meu modo próprio de ser, o meu projeto fundamental não é algo que eu crio com meus próprios critérios; o meu núcleo é uma manifestação divina, o modo pelo qual Deus se manifesta em forma humana.¹⁵

Se Poelman é um autor que se posiciona do lado dos pensadores místico-religiosos com essas colocações, igualmente se coloca junto aos escritos de Sartre, nos quais a própria pessoa se responsabiliza por seus comportamentos e se reconhece em seus atos, identificando-se com eles. Ela é o seu próprio comportamento, o seu organismo enquanto se organiza. Cada um dos comportamentos de uma pessoa é uma escolha e revela seu projeto existencial, representando de maneira concreta o modo pelo qual determinado indivíduo resolveu ser pessoa. Cada desejo concreto, único é a própria pessoa.¹⁶

A autorrealização é mais que um descobrimento ou desdobramento de algo que já existe no homem, de uma natureza ou de um conjunto de possibilidades que o homem encontra dentro de si. À medida que o homem cresce, há uma nova organização; a cada fase ocorre uma autorrealização provisória, a elaboração de um plano que os indivíduos pretendem concretizar, e que é ele mesmo.¹⁷

O desenvolvimento da espiritualidade implica uma integração de forças e possibilidade de tendências e implicações, numa crescente harmonização integrada, e também na necessidade humana de ir ao encontro da superação de seus limites corpóreos e da consciência.

¹¹ Poelman, J. *O homem a caminho de si mesmo*. São Paulo: Edições Paulinas, 1993.

¹² Idem, op. cit.

¹³ Idem, op. cit.

¹⁴ Idem, op. cit.

¹⁵ Idem, op. cit.

¹⁶ Idem, op. cit.

¹⁷ Idem, op. cit.

Somos espiritualidade por mais que queiramos negar tal enredamento ou, ainda, que possamos insistir em concepções teóricas que a excluem do seio das discussões de sua abrangência. Somos seres que trazem a espiritualidade imbricada com a nossa condição, como algo é inerente de modo indissolúvel e indivisível.

Ancona-Lopes,¹⁸ de outra parte, citando Shafranske e Malony, ensina que é imprescindível considerar a religiosidade do sujeito na clínica psicológica por quatro motivos: relevância da religião na cultura; incidência do fenômeno religioso na clínica psicológica; relações entre religiosidade e saúde mental; e consideração dos valores na prática clínica. Desde os motivos citados anteriormente até os mais dispersos, passando pelos misturados e somados às trivialidades do cotidiano, o fato real é que a busca da espiritualidade faz parte das preocupações e dos direcionamentos do homem contemporâneo.

Nesse sentido vemos todo um processo de redimensionamento da prática psicoterápica no tocante a considerar as questões espirituais como parte inerente ao seu próprio desenvolvimento. Giovanetti¹⁹ ensina que assistimos, ao longo do século XX, a uma radicalização do questionamento da dimensão religiosa na vida do homem moderno. Esse fenômeno foi denominado “A morte de Deus”. Tanto as filosofias como a sociologia ocuparam-se em tentar explicar como o desenvolvimento da racionalidade científico-tecnológica moderna colocou em questão o lugar de Deus na cultura ocidental e como Deus se tornou uma hipótese não necessária para o homem.²⁰ Giovanetti, na sequência, estabelece como também a psicologia se juntou a outras formas do conhecimento e passou a contribuir, por meio de seus modelos operacionais, para a ideia de que Deus não era necessário à realização do homem. Tal realização estaria diretamente ligada à concretização e expansão de suas forças psicológicas, reforçando, dessa forma, o que se chamou de *Homo Psychologicus* e ratificando a premissa de que o homem, para ser feliz no mundo moderno, deve simplesmente realizar, com o máximo de liberdade, os seus desejos e não reprimi-los, como acontecia até pouco tempo atrás.²¹

Em que pese à ciência, em todos os níveis do saber, ser constituída por cientistas que de alguma forma praticam algum nível de religião em sua vida privada, a questão da espiritualidade não podia fazer parte das chamadas reuniões e encontros científicos. Vivia-se então uma total cisão da razão, com os ditos cientistas praticando suas crenças religiosas em sua vida particular e negando essas mesmas crenças noutra momento, quando estavam travestidos do rótulo de cientistas.

Em termos específicos da psicologia, a cisão era até mais drástica e grave, com muitos psicoterapeutas interpretando à luz de uma determinada teoria que determinadas

¹⁸ Ancona-Lopez, M. “Experiência religiosa na clínica psicológica”, in Massini, M. e Makhfoud, M. (orgs.). *Diante do mistério*. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

¹⁹ Giovanetti, J. P., “O sagrado e a experiência religiosa na psicoterapia”, in Massini, M., e Makhfoud, M. (orgs.). *Diante do mistério*. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

²⁰ Idem, op. cit.

²¹ Idem, op. cit.

práticas religiosas eram “fuga da realidade”, “alienação”, e até mesmo rótulos mais estigmatizantes como “esquizofrenias”. Giovanetti,²² nesse sentido, postula que no final do século XX, porém, assistimos – em alguns casos com perplexidade – a um ressurgimento do fenômeno religioso numa sociedade dita pós-cristã.²³ Para melhor enfatizar seu posicionamento, o mestre Giovanetti afirma que esse fenômeno expande-se e expressa-se nas mais diversas formas, como, por exemplo, no caso dos Evangélicos, das Testemunhas de Jeová, dos Adventistas do Sétimo Dia; no seio da religião católica, os Carismáticos; e, fora dos muros da Igreja Católica, os Espiritualistas (espíritas), os Esotéricos (Teosofia, Santo Daime) e os grupos de religiosidade oriental (Seicho-no-ie) etc. Assim, o fenômeno religioso ganha proporção fantástica, e podemos até denominar esses acontecimentos como o surgimento de uma onda mística no final de um milênio e início de outro.²⁴

O agrupamento desses paradoxos faz-nos crer que a espiritualidade está ocupando o seu devido espaço nas discussões contemporâneas e, certamente, sua asserção no dimensionamento das realizações psicoterápicas é uma conquista irreversível no seio dos avanços e conquistas da psicoterapia como instrumental de realização e crescimento do homem contemporâneo.

É inegável, de outra parte, que, ao avançarmos no campo das discussões que envolvem o enfeixamento das conceituações da prática psicoterápica com as questões inerentes à espiritualidade, estejamos também avançando em limites bastante tênues que separam as práticas muito bem sedimentadas em fundamentações filosóficas e doutrinárias de outras que podem ser definidas como simplesmente charlatanismo.

Nesse rol é incontável o número de pessoas que, em busca de conforto espiritual e sentido religioso para a vida, são manipuladas por líderes inescrupulosos que, aproveitando-se dessa condição, lhes exaurirão não apenas os recursos materiais, como também, muitas vezes, até a própria dignidade existencial.

Da mesma forma, é igualmente incontável o número de seitas que crescem e se multiplicam aproveitando-se da fome espiritual das pessoas mais desamparadas no tecido social das sociedades contemporâneas.

De forma similar, a psicoterapia também se vê envolvida com determinadas práticas que não apenas conspurcam sua própria conceituação, como também trazem implicações bastante comprometedoras a todos os envolvidos em suas lides acadêmico-teóricas.

É ainda Giovanetti²⁵ que nos auxiliará nesse entrelaçamento quando nos ensina que diante da necessidade premente de aceitar e compreender a dimensão religiosa do nosso cliente, vamos buscar levantar alguns elementos teóricos que possam ajudar-nos

²² Idem, op. cit.

²³ Idem, op. cit.

²⁴ Idem, op. cit.

²⁵ Idem, op. cit.

a entender os aspectos psicológicos do homem religioso que vem até nosso consultório. Em primeiro lugar, o Sagrado define-se como uma oposição ao profano, e ele quer exprimir, num significado bem amplo, uma disposição religiosa do homem contemporâneo ante algo que o transcende; o homem vai denominar de Sagrado algo que ele acolhe como diferente dele, como resposta à sua questão de finitude. É a valorização de algo absoluto, misterioso e intocável, que o transcende e que permanece como algo que às vezes merece veneração.²⁶

Por mais variados e mutantes que sejam os conceitos de Sagrado, o que nos compete como psicoterapeutas é balizar tais conceituações e configuração no universo simbólico dessa pessoa que busca na psicoterapia resposta aos seus conflitos existenciais.

Centralizar nossa atuação na conceituação de Sagrado trazida pelo paciente seguramente é a condição primeira para que o lugar da espiritualidade na prática psicoterápica seja primazia no arcabouço de nosso instrumental de atuação.

É preciso considerar as conceituações do paciente ainda que essas estejam distantes daquilo que preconizamos em nossa própria crença pessoal e por mais antagônicas que sejam aos nossos próprios conceitos; somente assim poderemos enfeixar a prática da psicoterapia como algo decididamente libertário.

Ancona-Lopez,²⁷ refletindo sobre as dificuldades da inclusão da religiosidade na prática clínica, ensina que essa inclusão exige meios para pesquisar a religiosidade e manejar o tema no atendimento clínico. Essa dificuldade pode ser facilmente ultrapassada. O psicólogo competente desenvolve meios, estratégias para lidar com os vários assuntos que surgem no decorrer dos atendimentos; e a inclusão da religiosidade, do ponto de vista técnico, traz problemas semelhantes a outros que já enfrentou no exercício de sua profissão.²⁸

Nesse sentido, é importante ainda salientar que, assim como a temática da religiosidade, outros assuntos são igualmente revestidos de muita controvérsia e polêmica quando de seu surgimento e, quando emergem, trazem à tona não apenas os limites individuais do psicoterapeuta, como também a necessidade de um espectro bastante amplo de discussão dos temas presentes na realidade do homem contemporâneo.

Nesse rol podemos incluir temas como o suicídio, o tédio existencial, a solidão, a depressão e outras tantas manifestações que fazem que o psicoterapeuta tenha de ser alguém afinado com as questões de sua contemporaneidade, pois tais temáticas surgirão de acordo com a realidade existencial do paciente e com a sua própria necessidade diante dos destinos que a vida possa circunstanciar. Assim também ocorre com a religiosidade, que surgirá no desenrolar do processo psicoterápico com a mesma desenvoltura de outras temáticas e seguindo sempre a necessidade do paciente em tratar de determinados aspectos que envolvem a própria vida.

²⁶ Giovanetti, J.P., op. cit.

²⁷ Ancona-Lopez, M., op. cit.

²⁸ Idem, op. cit.

Ainda na reflexão sobre as dificuldades da inclusão da religiosidade na prática clínica, Ancona-Lopez²⁹ coloca que toda a reflexão sobre o que dizem os clientes a respeito das religiões, ou da religiosidade, envolve, por parte do psicólogo, algum raciocínio avaliativo. Em seus exames clínicos, formais e informais, o profissional considera os aspectos sadios e patológicos, o modo de expressar esses conteúdos, o sentido que assumem, os conflitos e as tensões relacionados a ele, o amadurecimento psicológico na forma de lidar com estes, seus reflexos na rede de relações do sujeito etc.³⁰ Buscando ainda uma ênfase maior em suas colocações, Ancona-Lopez³¹ afirmará que as considerações implícitas ou explícitas, de cunho avaliativo, são desenvolvidas à luz das teorias de escolha e de referência do profissional. Na medida em que essas não contemplam a questão da religiosidade, o psicólogo encontra-se muitas vezes perdido e vai buscar referências em outras disciplinas ou em sua própria experiência.³²

É, por assim dizer, que faltam referenciais teóricos que façam a inserção da religiosidade no campo da psicoterapia, e, de uma maneira mais ampla, que possam considerá-la como algo inerente à realidade contemporânea. Uma maneira de abordar questões de religiosidade como algo que muitas vezes é coadjuvante no processo libertário que a psicoterapia se propõe a ser. Algo que, muitas vezes, embora não seja explicitado, determina maneiras peculiares de relacionamento interpessoal e até mesmo códigos de conduta nos dimensionamentos dos próprios valores em que a realidade existencial está sedimentada. É até mesmo desnecessária a afirmação do número de pessoas que encontram na religiosidade o bálsamo capaz de cicatrizar-lhes as dores provocadas pelos desatinos da existência.

Lepargneur,³³ de outro lado, conceitua a espiritualidade não religiosa ensinando que o ser espiritual é simplesmente estar onde se está e realizar “o passo a mais” (o que intuímos devemos fazer). Sem dúvida, se muitas pessoas exercem explicitamente sua religiosidade – mediante orações, sacramentos –, na sombra da morte, encontramos muitas outras que não têm religião, ou que têm uma relação difícil, cheia de cólera ou culpa, com a religião de infância.³⁴ É preciso dizer que a questão da espiritualidade não está necessariamente vinculada a uma determinada prática religiosa, tampouco que não é possível encontrar um determinado nível de espiritualidade enfeixado apenas nas realizações de autocrescimento empreitadas por uma determinada pessoa.

Lepargneur,³⁵ citando Leloup, vai além dessas definições e coloca inclusive que falar em acompanhamento espiritual não é pedir a alguém para ter esta ou aquela

²⁹ Ancona-Lopez, M., op. cit.

³⁰ Idem, op. cit.

³¹ Idem, op. cit.

³² Idem, op. cit.

³³ Lepargneur, H. “Da religiosidade à religião em contexto secular”, in: *Atualização* nº 237, Belo Horizonte: Editora O Lutador, 1998.

³⁴ Lepargneur, H., op. cit.

³⁵ Idem, op. cit.

atitude religiosa; tampouco ter uma experiência transcendental. É acompanhar a pessoa com respeito e confiança.³⁶

Nesse sentido, podemos afirmar que a grande contribuição trazida por Lepargneur para a compreensão do sentido da espiritualidade é levar-nos ao encontro de uma reflexão que mostra que o conceito de espiritualidade é por si só muito mais amplo do que as tentativas que se propõem a enquadrá-la em uma determinada prática religiosa. E como na filosofia há uma procura incessante por respostas, que ela cuida de recusar, em geral, quando oferecidas pelas religiões (o casamento medieval da filosofia e da teologia, à luz da fé, não serve mais de paradigma), a espiritualidade não religiosa parece uma procura daquilo que a ciência não atinge, e a falta de fé não permite atingir.³⁷

Dessa maneira, podemos articular a nossa prática de psicoterapeutas alicerçada num processo de escuta, na qual a realidade do paciente é colocada de maneira irrestrita como sendo um momento em que, segundo o que foi antes citado, estamos efetivando um acompanhamento espiritual desse paciente. Mesmo levando-o aos níveis de introspecção em que até sua realidade material será circunscrita a esse determinante espiritual.

É importante ainda que se deixe distante dessas reflexões o paradigma, muitas vezes direcionado, sobre as reflexões de espiritualidade, quando a definição de espiritualidade estava imbricada de modo indissolúvel com a própria definição de religiosidade, sendo que até mesmo sua utilização fora desse contexto era considerada indevida e como algo estruturalmente falso e sem fundamentação filosófica.

A ideia de religiosidade, sim, implica ater-se a princípios de uma determinada religião ou mesmo de determinados rituais místicos. A espiritualidade, por outro lado, implica uma conceituação mais ampla e que possa abarcar os determinantes que estejam levando certa pessoa a evoluir em sua condição humana.

O que talvez ocorra com muita frequência é a estereotipia preconceituosa que se desarvora quando o termo espiritualidade é trazido à tona nas discussões contemporâneas. Segundo Cipullo,³⁸ seria impossível não ter pré-concepções a respeito de um processo psicoterápico, já que cada linha prega, em algum nível, o que seria um sujeito “saudável”. Não ter pré-concepções já seria, em si, um tipo de concepção. Contudo, quando se recebe um paciente no consultório e se decide atendê-lo, é porque se confia na própria capacidade profissional e no poder das “técnicas psi”.³⁹ Da mesma forma, a espiritualidade surge envolta nessas citações preconceituosas que cercam a prática da psicoterapia na atualidade. A controvérsia e as celeumas que se apresentam no bojo de suas discussões são o indício maior de que é uma temática que está procurando sua inserção na realidade clínica de um modo mais transparente do que ocorre na atualidade.

³⁶ Lepargneur, H., op. cit.

³⁷ Idem, op. cit.

³⁸ Cipullo, M.T.A. *Falando do corpo*. São Paulo: Summus, 2000.

³⁹ Idem, op. cit.

Durante o V Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, realizado em São Paulo, no período de 9 a 12 de outubro de 2000, participei de uma mesa-redonda intitulada “A questão da espiritualidade na realidade hospitalar”. Dessa mesa igualmente participaram o pe. Léo Pessini, abordando “A presença do sagrado no hospital”; a Dra. Ana Catarina Araújo Elias, falando de “Imagens de transcendência em pacientes terminais”, e o Dr. Franklin Antonio Ribeiro, abordando “A espiritualidade na prática médica”; e minha fala abordou a “Convergência do ateísmo com a espiritualidade”.

Uma mesa-redonda com tais temáticas seguramente seria impensável alguns anos atrás. Sua presença hoje, num congresso de porte nacional que congrega as mais diferentes tendências do pensamento contemporâneo em psicologia, nada mais é que a resultante da necessidade de trazer para o centro das discussões acadêmicas e científicas questões inerentes à espiritualidade.

De uma forma bastante generalizada, podemos afirmar que tal tendência nada mais é que o próprio enfeixamento da prática clínica com a crença pessoal do profissional da saúde.

Isso, ao contrário de desmerecer sua prática clínica, irá engrandecê-la, pois trará para a sua atividade profissional elementos que fazem parte de sua estrutura emocional e que até bem pouco tempo tinham de ser abandonados sob o risco da perda de credibilidade nesse profissional.

A espiritualidade, quando analisada de modo abrangente, mostra que o profissional que não abandona seus postulados diante da prática clínica tem um acréscimo em sua performance, conseguindo níveis de desenvoltura que certamente não seriam atingidos sem a sua presença.

Voltando à mesa-redonda “A questão da espiritualidade na realidade hospitalar”, vamos encontrar inicialmente uma análise que possa embasar este nosso trabalho, a apresentação do pe. Léo Pessini.

O pe. Léo Pessini, do alto de sua experiência como capelão de alguns dos principais hospitais da cidade de São Paulo, colocou de maneira magnífica sua experiência de evangelizador dentro da realidade hospitalar. Essa experiência, ao contrário do que possa inicialmente parecer, harmoniza-se perfeitamente com a prática clínica em psicologia, pois pode abranger a necessidade de o paciente ser acolhido em sua carência espiritual num contraponto de complementaridade com o atendimento psicológico. Foi colocado ainda que o paciente, ao ser atendido pelo psicólogo e pelo capelão, está sendo dimensionado na amplitude de suas necessidades emocionais e espirituais, fortalecendo-se no sentido de ter uma desenvoltura mais adequada no enfrentamento da própria patologia que o acomete. A espiritualidade, assim, ainda segundo o pe. Léo Pessini, é uma necessidade do ser humano da mesma maneira que ele tem outras necessidades, fisiológicas e emocionais. Não há como discordar da sabedoria e da profundidade de tais afirmações.

A razão que tenta negar a espiritualidade é como uma névoa que pode acobertar o Sol por alguns momentos, mas que certamente não tem como impedi-lo de brilhar

fulgurante. A espiritualidade é algo que faz parte da realidade do profissional de saúde de maneira indissolúvel e, embora muitas vezes negada, ainda assim consegue manter-se fulgurante. É do pe. Léo Pessini, ainda, a colocação de que a busca de Deus pelo homem é algo que a ciência não tem como alterar e que, no momento em que se consegue aceitar tal necessidade, certamente estaremos contribuindo não apenas para o desenvolvimento da própria ciência, como também, e principalmente, para o crescimento desse homem em sua plenitude existencial.

Na sequência dessa mesa-redonda tivemos a participação da Dra. Ana Catarina Araújo Elias, expondo o resultado de sua pesquisa com pacientes terminais. Ela vem desenvolvendo há anos um trabalho nessa área e tem observado a necessidade desses pacientes de buscar caminhos de transcendência, não apenas para aferir sentido ao próprio sofrimento, como também na tentativa de alcançar os caminhos que trilharão até a morte e depois dela. Assim, a pesquisadora amealhou relatos de pacientes que foram induzidos a descrever imagens de sua realidade e de suas perspectivas de desenvolvimento. Os dados que a Dra. Ana Catarina tem obtido em seu trabalho, seguramente, em breve merecerão uma publicação mais ampla, para que um número maior de pessoas tenha acesso aos dados obtidos em sua trajetória profissional.

Esses dados são apenas mais uma das inúmeras evidências da busca humana de tentar compreender as necessidades de sua alma e de sua transcendência ao longo da vida. O próprio interesse despertado pelo trabalho da Dra. Ana Catarina, cada vez mais presente em encontros científicos e acadêmicos, nos quais são discutidos os atalhos e veredas do trabalho clínico, é igualmente outra evidência da conquista desse espaço pelas questões que envolvem a espiritualidade.

Em seguida, o Dr. Franklin Antonio Ribeiro explanou de modo brilhante o atendimento médico pontuado pela espiritualidade, no qual o paciente é concebido como alguém que, buscando atendimento médico, busca alívio não apenas para suas sintomatologias orgânicas, como também sentido para a sua própria vida. É que o enfeixamento dessas questões, embora muitas vezes não esteja claro para esse paciente, passa necessariamente pela própria busca de caminhos espirituais. O próprio Dr. Franklin Antonio Ribeiro é um desses profissionais que sempre procuram trazer para o campo das discussões acadêmicas aspectos que envolvem a temática da espiritualidade e sua presença cada vez mais frequente nas lides acadêmicas, abraçando tais questões – evidência maior de que esse enfeixamento da espiritualidade com a prática clínica é irreversível. O Dr. Franklin apresenta ainda em sua trajetória a preocupação de estudar os aspectos da espiritualidade em suas diferentes manifestações, fazendo um contraponto muito rico com a sua prática clínica. Trata-se, sem dúvida, de um profissional que, com o arrojo de sua atitude, engrandece não apenas a si mesmo, como também a todos aqueles que de alguma maneira procuram trazer, para a prática clínica, questões que envolvem a espiritualidade.

E, finalmente, em nossa mesa-redonda aconteceu ainda a minha fala “A convergência do ateísmo com a espiritualidade”. É interessante salientar que o simples título da

minha apresentação já confere certo paradoxo, como se fôssemos tratar de questões que não podem estar juntas e não se harmonizam ainda que apenas tangencialmente.

De forma geral, posso afirmar, sem medo de errar, que muitas pessoas se sentiram atraídas em ouvir o conteúdo dessa apresentação pela perspectiva de que estaríamos falando algo discrepante, tanto em conceituação como no sentido de excludência das temáticas.

Frise-se que, num argumento contrário a tais afirmações, podemos citar o próprio Sartre, que, como foi dito anteriormente, sendo um dos principais arautos do existencialismo contemporâneo, foi o pensador que mais trouxe Deus para a filosofia em sua tentativa quase irascível de negação, e, hoje se sabe, por meio de levantamentos filosóficos de estudiosos, que foi o autor que mais falou de Deus nas lides de filosofia. Até mesmo os autores que preconizavam a presença de Deus em suas vidas e participavam formalmente de determinadas religiões seguramente não falaram tanto de Deus em suas obras quanto Sartre. E o próprio Freud, quando afirma que buscamos a Deus como um impulso infantil de proteção paterna, idealizando uma proteção que de fato inexistente, igualmente trouxe à mesa das discussões contemporâneas, envolvendo principalmente os apaixonados pela psicanálise, a pertinência dessas afirmações num contraponto que poderíamos colocar no próprio rol das configurações da necessidade de discussão dessa temática nas lides psicanalíticas. Se era fato que Freud se dizia igualmente ateu, é verdade que tanto ele quanto Sartre figuram na lista dos principais autores que contribuíram para a própria humanização do homem na contemporaneidade. Suas obras evidenciam a todo momento a necessidade de humanização do comportamento do homem numa completa sobreposição com as vicissitudes e desatinos contemporâneos. Assim, o conteúdo de minha fala abordou os pontos de convergência de autores identificados com o ateísmo e que, no entanto, apresentam propostas de conduta humana que certamente se harmonizam com princípios espiritualistas.

Dessa forma mostrou-se que tanto os princípios religiosos quanto os ateístas propõem aspectos libertários da condição humana, no sentido de fazer com que a plenitude do homem contemporâneo seja resgatada, em que pese o número de desatinos e de agressões sofridos por esse mesmo homem.

De outra parte, podemos identificar em nossa prática clínica um quê de samaritanismo em nossa performance, pois, ainda que os atendimentos sejam remunerados, não podemos nos distanciar do fato de que o nosso trabalho, antes de qualquer outro ponteamto, visa ajudar pessoas a se libertarem de suas agruras existenciais.

O próprio sentido de nossa escolha profissional recai ainda no fato de que, a despeito do grande leque de possibilidades existentes, optamos por uma atividade que, em última instância, é voltada para a humanização do homem e de suas potencialidades libertárias rumo a uma vida mais digna e fraterna. Ainda que tenhamos o rótulo de ateu, tais princípios por si já nos remetem ao encontro de um nível de espiritualidade que certamente converge para a busca daqueles definidos como espiritualistas.

Dessa maneira, não importa se o profissional se identifique como existencialista ou psicanalista, e que, portanto, seja identificado com o ateísmo de seus principais arautos, a questão principal que deve ser colocada em relevo é que tanto os psicanalistas como os existencialistas estão a desenvolver uma prática que visa tornar a vida das pessoas mais amena e prazerosa diante das dificuldades contemporâneas.

Igualmente o que está presente numa análise mais ampla é a própria dimensão espiritual do homem em sua plenitude. Negar tais premissas é negar que podemos atingir diferentes níveis de consciência e de evolução transcendental independentemente da maneira como conceituamos tais fenômenos.

É dizer que buscamos a nossa própria transcendência, embora muitas vezes não tenhamos uma reflexão sistematizada sobre tal fato nem tampouco uma conceituação filosófica que possa abarcá-la.

Buscamos a espiritualidade sem defini-la e mesmo sem buscar o contraponto com a sua presença em nosso cotidiano com as coisas que cercam a nossa realidade existencial. Vivemos a espiritualidade ainda que estejamos conceituando-a como ateísmo. É importante ressaltar nesse ponto que muitas vezes definimos como ateísmo um determinado posicionamento como se tal conceituação fosse a própria negação da condição humana.

Nada mais falso, pois ateísmo é exatamente a descrença na abstração arbitrariamente imaginada e que foi denominada Deus.

A busca da espiritualidade e da transcendência não passa necessariamente pela busca de Deus. Ou, se quisermos alongar ainda mais tais conceituações, a busca da transcendência humana não depende da espiritualidade presente na busca da crença em Deus. A crença em Deus é algo que brota no coração do crente e não é de maneira alguma indispensável para a nossa elevação como condição humana. O que se faz necessário no rol dessas discussões é o enquadramento dessas conceituações para que não percamos de vista os parâmetros de nossa análise da presença da espiritualidade na prática clínica.

Os pontos apresentados pelo ateísmo, representado principalmente por Freud e Sartre, em nenhum momento traz ao seio de seus pontes colocações que impliquem algo que seja o acirramento ou incitamento do ódio presente na condição humana. Ao contrário, trata-se de analisá-lo e na sequência propor reflexões que, se efetivadas, possam torná-lo algo que se tenha sob controle para que as relações humanas se mantenham de modo satisfatório.

Ressalte-se ainda que não é criação do ateísmo nenhuma das manifestações de destrutividade presentes no homem contemporâneo, nem tampouco seus derivamentos de destruição do homem pelo próprio homem. Apenas se faz uma análise na qual tais questões são colocadas e permeadas de modo que se tenha uma compreensão muito ampla de sua abrangência e de sua interferência na própria condição humana.

Se tanto Freud quanto Sartre trouxeram tais questões para a mesa das discussões contemporâneas, certamente o fizeram tentando dar luz à própria aridez

contemporânea. Ou, ainda, nas palavras de Ferreira⁴⁰ percorrendo sobre Sartre: não há talvez, a rigor, um livro sequer do grande escritor-filósofo que não vise à possível impossibilidade da formulação de uma ética entre os limites de uma negação de valores hipostados e a necessidade de uma justa sociedade.⁴¹

Ancona-Lopez,⁴² de outra parte, refletindo sobre a experiência religiosa na psicologia clínica, afirma que o símbolo religioso, o rito, a palavra, o mito são sempre maiores do que nossa capacidade de apreensão; excedem as categorias do entendimento comum e seus vários sentidos,⁴³ dão-se a ver e retraem-se, provocando conhecimento instantâneo vivo para, em seguida, tornar-se apenas lembrança.⁴⁴ É, por assim dizer, uma colocação que mostra de maneira bastante clara e profunda não apenas questões pertinentes à espiritualidade e à transcendência, como também traz à tona das discussões valores propriamente inerentes à prática religiosa. É ainda de Ancona-Lopez⁴⁵ o ensinamento de que a inclusão da experiência religiosa na clínica psicológica exige abertura para a metáfora, para os símbolos, para o desconhecido, para o reconhecimento do instante fugaz em que um significado, restaurado, torna-se pleno de vida.⁴⁶

De outra parte, podemos ainda afirmar que a temática da espiritualidade se torna cada vez mais frequente no seio das discussões acadêmicas até mesmo pela necessidade de uma ampliação dos próprios horizontes da prática clínica.⁴⁷ Se, como vimos anteriormente, questões inerentes à espiritualidade eram parte predominante apenas das obras de Frankl e Jung, certamente a reflexão que enfeixa ateísmo e espiritualidade dá-nos um dimensionamento no qual se torna claro que a questão da espiritualidade está presente até mesmo onde alguns estudiosos não a poderiam conceber.

Estamos, dessa forma, diante de indicadores que nos mostram a presença da espiritualidade em tudo aquilo que fazemos, em todos os nossos sentidos de busca rumo a uma evolução da própria condição humana.

Contijo,⁴⁸ por outro lado, refletindo sobre a cientificidade, ensina-nos que a racionalidade científica facilmente tende a se consolidar como empresa totalitária em um mundo despido de subjetivação em que todo sentido existente se reduz à univocidade de sentido oferecida pela cientificidade.⁴⁹ Para melhor enfatizar seu posicionamento,

⁴⁰ Sartre, J. P., *O existencialismo é um humanismo*. Lisboa: Editora Presença, 1970.

Virgílio Ferreira traduziu este livro de Sartre para o português, e a citação do texto foi extraída da introdução, de sua autoria.

⁴¹ Idem, op. cit.

⁴² Ancona-Lopez, M. "Religião e psicologia clínica: quatro atitudes básicas", in Massini, M. e Makhfoud M. (orgs.). *Diante do mistério*. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

⁴³ Idem, op. cit.

⁴⁴ Idem, op. cit.

⁴⁵ Idem, op. cit.

⁴⁶ Idem, op. cit.

⁴⁷ Angerami, V.A. *Psicoterapia existencial*. 1ª ed., 2ª reimp., São Paulo: Editora Pioneira, 1998.

⁴⁸ Contijo, E.D., "Limites e alcance da leitura freudiana da religião", in Massini, M. e Makhfoud M. (orgs.). *Diante do mistério*. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

⁴⁹ Idem, op. cit.

Contijo⁵⁰ coloca ainda que, quando a ciência então se estabelece como empresa totalizante – por definição incapaz de totalidade, mas que inevitavelmente pressupõe o todo em proposição do tipo tudo é não todo –, o corpo do mundo investido pela perspectiva científica torna-se um corpo fragmentado, um mero conglomerado de jogos de linguagens díspares sem unidade e sem relações essenciais em si.⁵¹ Para melhor definir o próprio limite da ciência diante de questões que envolvem a compreensão da condição humana, Contijo⁵² afirma que basta nos formularmos uma simples e banal questão, por exemplo: pode um médico responder à pergunta “o que é o homem?”; pode um psicanalista responder à pergunta “o que é o homem?” Se não, pode então a ciência responder à pergunta “o que é o homem”? sem que sua resposta seja mero somatório de respostas?⁵³ Buscando uma melhor reflexão para tais pontamentos, Contijo⁵⁴ afirma em seguida que esboçamos até os primeiros questionamentos relativos a uma dialética dos limites e à exigência de transcendência decorrente dessa dialética, presente no coração da exigência crítica, pois compreender um limite como limite implica sempre uma transcendência do limitado como revelador de uma abertura do homem. Por exemplo, falar da finitude exige o conceito de infinito, um pensamento no homem que pensa muito mais do que ele pensa.⁵⁵

De outra parte, se é impossível achar em cada homem uma essência universal que seria a natureza humana, existe, contudo, uma universalidade humana de condição. Não é por acaso que os pensadores de hoje falam mais facilmente da condição do homem que da sua natureza. Por condição entendem mais ou menos distintamente o conjunto de limites que *a priori* esboçam a sua situação fundamental no universo. As situações históricas variam: o homem pode nascer escravo numa sociedade pagã, ou senhor feudal, ou proletário. Mas o que não varia é sua necessidade de estar no mundo, de lutar, de viver com os outros e de ser mortal.⁵⁶

Ressalte-se ainda que a noção de Deus, erroneamente, pode parecer como o determinante que faz com que as relações humanas sejam fraternas e até mesmo possíveis. Dostoiévski escreveu: se Deus não existisse, tudo seria permitido. A essa questão Sartre responde empunhando seu posicionamento ateísta: aí se situa o ponto de partida do existencialismo. Com efeito, tudo é permitido se Deus não existe e fica o homem, por conseguinte, abandonado, já que não encontra em si, nem fora de si, uma possibilidade a que se apegue. Antes de mais nada, não há desculpas para ele. Se, por outro, Deus não existe, não encontramos diante de nós valores ou imposições que nos legitimem o comportamento. Assim, não temos nem atrás de nós, nem diante de nós, no domínio luminoso dos valores, justificações ou desculpas. Estamos sós e sem

⁵⁰ Contijo, E. D. op. cit.

⁵¹ Idem, op. cit.

⁵² Idem, op. cit.

⁵³ Idem, op. cit.

⁵⁴ Idem, op. cit.

⁵⁵ Sartre, J. P. op. cit.

⁵⁶ Idem, op. cit.

desculpas.⁵⁷ Para melhor enfatizar a responsabilidade advinda de sua condição humana, Sartre apresenta aquela que, seguramente, é uma das mais belas colocações da história da filosofia, e que nos conclama para que assumamos nossa responsabilidade diante de nossos próprios atos: o homem está condenado a ser livre. Condenado, porque não se criou a si próprio; e, no entanto, livre, porque uma vez lançado ao mundo, é responsável por tudo quanto fizer.⁵⁸

Ainda esboçando a nossa responsabilidade diante dos próprios atos, Sartre conceituará um conjunto de valores que implicam uma situação que poderia ser muito bem definida como ascese espiritual no sentido pleno das definições dos mosteiros cristãos ao longo dos séculos: o existencialista não crê na força da paixão. Não pensará nunca que uma bela paixão é uma torrente devastadora que conduz fatalmente o homem a certos atos e que, por conseguinte, tal paixão é desculpa. Pensa, sim, que o homem é responsável por essa sua paixão. O existencialista não pensará também que ele pode encontrar auxílio num sinal dado sobre a terra, e que o há de orientar; porque acredita que o homem decifra, ele mesmo, esse sinal como lhe aprouver. Pensa, portanto, que o homem, sem nenhum auxílio, está condenado a inventar o homem. O homem é o futuro do homem.⁵⁹

A moral kantiana, de outra parte, afirma: não trate os outros como um meio, mas como um fim. Tais colocações nos remetem claramente ao fato de que não existe moral geral. Nenhuma moral geral pode indicar-nos o que fazer; não há sinais exteriores fixos a nos indicar que caminhos seguir ou até mesmo a nos definir e conceituar o que seja espiritualidade ou mesmo transcendência. Ou, ainda, o que significa estar com Deus, ou mesmo estar diante de Deus. Também não temos indicadores precisos sobre a presença de Deus na prática clínica, nem tampouco de sua ausência. E a partir do momento em que as possibilidades que considero não são rigorosamente determinadas pela minha ação, devo desinteressar-me por tais conceituações, porque nenhum Deus – da maneira como o definimos em nossa tradição judaico-cristã –, nenhum desígnio pode adaptar o mundo e seus possíveis à minha vontade.⁶⁰

É estabelecer algo no nível do ideal da consciência cósmica instituído pelas religiões orientais: na sua ação que será, evidentemente, limitada pela sua morte, você poderá contar com o apoio dos outros. Significa isso contar ao mesmo tempo com que os outros farão algures na China, na Rússia, para ajudá-lo e, ao mesmo tempo, com o que farão mais tarde, depois da sua morte. É de Sartre também uma das mais belas definições de amor: não há amor diferente daquele que se constrói; não há possibilidade de amor senão a que se manifesta no amor, não há gênio senão o que se exprime nas obras de arte.⁶¹ É dizer que é necessário que o homem se reencontre a si próprio e

⁵⁷ Sartre, J. P. op. cit.

⁵⁸ Idem, op. cit.

⁵⁹ Idem, op. cit.

⁶⁰ Idem, op. cit.

⁶¹ Idem, op. cit.

se persuada de que nada pode salvá-lo de si mesmo, nem mesmo uma prova válida de existência de Deus, se antes não procurar por caminhos libertários que possam redimi-lo das vicissitudes de sua condição humana.

Os caminhos libertários que o homem tem diante de si e que muitas vezes são buscados por meio da prática clínica não podem ser equacionados no simples questionamento que reduza tais fatos à simples definição de tais conceituações.

A religiosidade, presente até mesmo no seio das relações interpessoais, é algo que não pode ser negado nem mesmo pelo maior dos ceticismos por sua própria transparência; fato que, por si só, torna sem configuração toda e qualquer conceituação científica que procura negá-lo única e simplesmente por não apresentar os quesitos necessários para que algo seja definido e abarcado pelos ditames científicos.

Sampaio,⁶² refletindo o modo como Jung colocou a espiritualidade em suas reflexões sobre a prática clínica, coloca que em uma época de crítica aberta ao pensamento religioso, ele (Jung) privilegiou o estudo da religião como experiência interior, evitando mesmo a discussão dos dogmas e princípios religiosos. A religião não é apenas um fenômeno sociológico ou histórico, é uma das expressões mais antigas e universais da alma humana.⁶³ Não é casual, dessa maneira, que muitos estudiosos da conversão entre espiritualidade e a prática clínica busquem subsídios na obra de Jung, que além de contemplar inúmeras reflexões sobre tais temáticas o fez de maneira ímpar, mostrando evidências cada vez mais reconhecidas dentro do cenário acadêmico da pertinência de tal imbricamento.

É notório, no entanto, que, embora Jung mostrasse sinais bastante evidentes de sua espiritualidade, sinalizando em suas obras tal posicionamento com muita clareza, não existe a menor incongruência entre os seus posicionamentos sobre a prática clínica e a de autores marcados pelo ateísmo – principalmente Freud e Sartre; o que se permite concluir desse fato é que a espiritualidade é algo descrito de diferentes formas e com diferentes conceitos. No entanto, tanto os ditos ateístas como os espiritualistas estão buscando uma compreensão do homem, tentando fazer com que sua vida seja mais fraterna, digna e permeada pela justeza de ideais.

É cada vez mais evidente, dessa maneira, que as tentativas de negação de fatos nada mais são do que tentativas fracassadas de tornar sem efeito tais constatações. Ou então, ao contrário, de tentar dar à ciência uma ênfase e uma importância que de fato ela não possui. Não se trata de negar os avanços científicos que tantos benefícios trouxeram ao homem, mas predominantemente de reconhecer os seus limites e tentar ampliá-los numa outra configuração.

Vivemos muito tempo aprisionados pelos parâmetros impostos pela cientificidade ao nosso próprio expressionismo e, sem dúvida alguma, ao caminharmos rumo a horizontes mais amplos de compreensão do homem estaremos indo além dessas imposições.

⁶² Sampaio, J. R., “Experiência numinosa e confissões da fé”. In: Massini, M. *Diante do mistério*, op. cit.

⁶³ Idem, op. cit.

Na medida em que aceitamos até mesmo o simples fato de que a ciência é algo em constante mutação e que a cada dia contempla com uma magnitude cada vez maior os novos esboços de tentativa de compreensão da realidade humana, seguramente estaremos nos unindo aos inúmeros esforços daqueles que caminham nessa direção. Não podemos, inclusive, perder de vista que a ciência é construída pelo homem, e se, entretanto, a espiritualidade foi deixada de lado em suas reflexões, tal fato deriva simplesmente da exclusão dessa realidade pelo homem. Negou-se, assim, algo que era parte integrante e até mesmo inerente de sua existência, acreditando que era necessária apenas uma razão absoluta para a apreensão e compreensão de sua própria condição.

É necessário aceitar como verdadeiras as palavras de Contijo⁶⁴ que afirma ser a experiência religiosa não necessariamente alienadora nem privilegiada mantenedora da realidade vigente. Trata-se de elemento da condição humana e pode estar a serviço de sua saúde mental e social.⁶⁵

É dizer que a questão de análise não é a espiritualidade em si, mas o uso ideológico que se faz de seus postulados e até mesmo de sua inserção no seio das sociedades modernas.

O teor libertário, ou mesmo alienante, das religiões é determinado pelo uso que o próprio homem faz delas manipulando a necessidade de busca de espiritualidade presente na contemporaneidade. Essa manipulação, muitas vezes, é caracterizada até mesmo pela exploração mercantilista que se faz abusando-se dos mais humildes que, buscando pela espiritualidade, se deparam com os mais sórdidos níveis de exploração humana.

Há uma recíproca inserção e entrelaçamento de um no outro. Por mais que tentemos separá-los em nossa tentativa de análise, seguramente, muito teremos de abarcar para compreender esse nível de inserção. Ou mesmo a maneira pela qual as pessoas se fundem em uma religião que, em princípio, é alienadora da própria potencialidade da condição humana; até mesmo da plenitude dos próprios princípios pregados por essas mesmas religiões.

Não há como negar, de outra parte, que essas religiões, que definimos como alienadoras, estejam também trazendo respostas espirituais a seus seguidores. E que, no bojo de suas contradições, trazem também respostas às dúvidas e questionamentos desses seguidores.

O que se pode questionar na presente discussão são os verdadeiros pilares sobre os quais se constroem tais respostas e mesmo tais alívios espirituais. Mas ainda assim estaremos analisando e refletindo tais questões de acordo com nossa ótica acadêmico-intelectual, que na maioria das vezes está muito distante da realidade das pessoas seguidoras de tais religiões.

⁶⁴ Contijo, E. D. op. cit.

⁶⁵ Idem, op. cit.

Nossa ótica talvez conceitue como alienante algo que para esses seguidores, ao contrário, seja extremamente libertário. Não há como negar a evidência de que algumas pessoas, ao aderirem a tais religiões, mudam sua vida e crescem em perspectivas existenciais que talvez jamais atingissem sem o auxílio da religião. Nesse ponto, é necessário que se aceite a limitação de nossa ótica e até mesmo o modo como vamos delimitar tais conceituações de acordo mesmo como analisamos nossa própria conceituação de homem, valores e mundo.

A prática clínica, nos dias de hoje, ainda que não traga de forma explícita a presença da religiosidade do paciente em suas análises, evidentemente se abre cada vez com mais vigor para a aceitação de tal ocorrência como algo pertinente e perfeitamente inserido na realidade desse paciente. Vimos anteriormente o próprio esforço de alguns autores no sentido de fazer com que questões sobre espiritualidade não mais sejam vistas, como ocorria no passado, como meras manifestações psicopatológicas.

Embora os estudiosos de psicopatia ainda insistam em conceituar como patológicas determinadas manifestações místicas e até mesmo religiosas, é cada vez maior o número de pensadores e autores que se antagonizam com tais afirmações.

O enquadramento de determinadas manifestações místicas em entidades nosológicas é algo que está perdendo vigor seja pela própria análise de tais manifestações, seja ainda pela maneira como a própria psiquiatria está se abrindo para as novas perspectivas de espiritualidade do homem contemporâneo. Negar tais evidências é colocar-se irremediavelmente alijado das discussões contemporâneas, seja pela constatação, cada vez maior, da necessidade espiritual do homem contemporâneo, seja pela diversificação cada vez mais ampla do espectro de compreensão do comportamento humano.

É fato que a psiquiatria não pode ficar alijada da evolução do pensamento contemporâneo classificando de psicopatológicas manifestações que não considera “sádias” e “normais”. Até porque os próprios conceitos de “sadio” e “normal” serão discutidos com base na sua ótica, desconsiderando outras manifestações que insistem em ocorrer a despeito de sua própria classificação.

Se pensarmos de maneira despojada de conceitos apriorísticos, veremos que as manifestações de religiosidade presentes principalmente nas comunidades mais simples não podem ser consideradas patológicas pela ótica de autores que refletiram sobre tais ocorrências dentro das lides acadêmicas, única e simplesmente por tratar-se de fenômenos que escapam à compreensão de tais analistas.

A própria realidade existencial das pessoas que pertencem a tais comunidades já faz que suas crenças tenham a ver com uma historicidade específica e tenham em seu bojo as características de tal realidade. Não podem, portanto, ser analisadas sem se considerarem os aspectos pertinentes de tal historicidade. Se ampliarmos nosso leque de análise, veremos que até mesmo muitas manifestações folclóricas encontram-se imbricadas com manifestações religiosas e se fundem de maneira indissolúvel uma na outra, trazendo em seus caracteres aspectos da historicidade dessa realidade. Na verdade, conceituamos como anormal tudo aquilo que não se enquadra em nossa realidade

perceptiva ou mesmo que disto de nossa compreensão acadêmica. É como se tivéssemos a condição de explicar a totalidade dos fenômenos que ocorrem à nossa volta e, uma vez que deparamos com ocorrências para as quais não encontramos explicações convincentes, simplesmente as categorizamos como alguma entidade nosológica, alguma patologia que mereça tal classificação.

Tais questões tornam-se ainda mais preocupantes quando observamos que muitas vezes analisamos certas ocorrências sem levar em conta esse aspecto da historicidade, que por si só confere ao fenômeno uma característica que não pode ser deixada de lado em nosso aspecto conceitual. Ou, ainda, nas palavras de Makhfoud,⁶⁶ que, ao analisar a religiosidade das pessoas de uma pequena comunidade rural mineira, ensina que todo o conhecimento transmitido por gerações agora é tomado por algumas pessoas que voltam sua atenção para atualizá-lo no vivido presente. Do respeito às indicações, depende a eficácia tão especial dos restos que estão por cumprir.⁶⁷ É dizer que se quisermos analisar as manifestações de religiosidade presentes em uma determinada comunidade teremos de utilizar uma análise que contemple prioritariamente sua historicidade e não apenas as nossas conceituações acadêmicas que não apenas estão distantes de tais realidades como também, e principalmente, foram tecidas por intelectuais que na maioria das vezes não consideram tais características, nem mesmo as diferenças de tais manifestações.

É importante ainda ressaltar que conceitos de espiritualidade e religiosidade há muito deixaram de ser utilizados na avaliação das manifestações psicopatológicas, pela mesma razão já exposta anteriormente, da religiosidade presente no próprio observador. E isso, embora inegável, presente também no passado, é a força motriz que nos obriga a direcionar nossa compreensão de maneira mais ampla e abrangente.

As manifestações religiosas de uma dada comunidade são, antes de qualquer outra conceituação que se possa conceber, valores herdados da própria tradição dos valores que regem a vida dessas pessoas.

Enquadrá-los nas chamadas entidades nosológicas é desfigurar não apenas o sentido de sua manifestação como, e principalmente, dar-lhes uma conotação completamente distanciada dos valores perceptivos dessas pessoas. Exemplo desse distanciamento pode ser a maneira como a psiquiatria tradicional conceituava as crenças nas religiões que tinham tradições afro como rituais que evidenciavam uma total cisão de personalidade, conferindo a seus participantes um comprometimento em termos de configuração com valores existenciais e sociais.

Embora seja fato que ainda encontraremos no bojo das teorizações da psiquiatria tais conceituações, é notório que hoje começa a ser descortinada uma nova compreensão de tais manifestações e, antes do enquadramento nas ditas entidades nosológicas,

⁶⁶ Makhfoud, M. “Encomendação das almas: mistério e mundo da vida em uma tradicional comunidade rural mineira”, in *Diante do mistério*, op. cit.

⁶⁷ Ibid. op. cit.

existe primeiramente a tentativa de compreensão de sua ocorrência dentro dos aspectos de realidade dessa manifestação.

Isso nada mais é do que a constatação de que as manifestações de religiosidade, e até mesmo de espiritualidade, estão a exigir um novo prisma de compreensão que possa dar a verdadeira dimensão de sua importância não apenas em termos do imaginário popular, como também sua influência no próprio arcabouço de saúde mental da contemporaneidade. Ou ainda, nas palavras de Amatuzzi,⁶⁸ a verdadeira experiência significativa no campo religioso pode não coincidir com o encontro de alguma tradição religiosa. Trata-se de experiência, mais ou menos independente, e outra dimensão da realidade, pela qual um sentido radical torna-se manifesto (embora sempre envolto no mistério), vivido por um encontro pessoal, no qual há por parte do sujeito como que uma remoção incondicional, embora livre, a partir dos acontecimentos ordinários, vistos sob uma nova luz, ou extraordinários, quando algo inusitado é vivido como símbolo, possibilitando um salto para uma outra dimensão.⁶⁹ É dizer que a experiência peculiar de cada pessoa não pode ser categorizada por conceitos que tecem uma análise fria e distante dos fatos e que não tenham também a preocupação de abranger em seu esboço a própria realidade existencial dessa pessoa.

Num contraponto ainda mais radical, podemos afirmar, inclusive, que a experiência vivida por uma determinada pessoa em termos de espiritualidade é um fenômeno que só ela pode alcançar em seu real e verdadeiro dimensionamento.

O verdadeiro nível de transcendência que ela tenha alcançado nessa experiência seguramente só ela mesma pode conceituar na amplitude de sua ocorrência. Se não somos capazes de exprimir com palavras a emoção que se sente num beijo – algo presente no cotidiano da maioria das pessoas –, como exigir que uma experiência que implique a transcendência dos valores e limites existenciais possa ser delimitada e definida operacionalmente?!

Laing,⁷⁰ de outra parte, ensina que a realidade evolui do relativo para o absoluto. A pessoa a quem julgamos absolutamente errada precisaria ser destruída antes que destruísse a si mesma ou a nós.⁷¹ Não queremos dizer, naturalmente, que desejamos destruí-la de fato. Queremos, sim, salvá-la da terrível ilusão de que pretendemos aniquilá-la. Não percebemos que a única possibilidade é liquidar sua ilusão, a ilusão que acreditamos irá destruí-la. E se, de outro lado, temos o direito de ter ilusões que nos remetem a todo tipo de ilusionismo – horóscopo, tarô, quiromancia etc. –, deveríamos também ter a complacência, para dizer o mínimo, com aquilo que denominamos de ilusão na busca das pessoas mais simples pelos caminhos da religiosidade.

⁶⁸ Amatuzzi, M. M. “Desenvolvimento psicológico e desenvolvimento religioso: uma hipótese descritiva”, in *Diante do mistério*, op. cit.

⁶⁹ Idem, op. cit.

⁷⁰ Laing, R. D. *O eu e os outros*. Petrópolis: Editora Vozes, 1972.

⁷¹ Idem, op. cit.

É de Laing⁷² também a reflexão que nos mostra que a conceituação de doença mental, e por conseguinte de normalidade, está diretamente relacionada com a ideologia dominante em uma dada sociedade.⁷³ A pessoa pode ser colocada em uma situação insustentável compreendendo uma série de posições irreconciliáveis. É assim quando a posição, ou as posições, no sistema de fantasia social torna-se tal que não lhe permite manter nem abandonar sua própria fantasia. O que é chamado episódio psicótico numa pessoa pode ser muitas vezes uma experiência peculiar na busca das diversas experiências possíveis na vida humana.

No cotidiano empregamos, entre outras, duas noções de “verdade”. Uma nos remete ao conceito de “verdadeiro valor” de uma preposição, o sentido absoluto da relação das palavras com as coisas. Laing,⁷⁴ nesse sentido, ensina-nos que, em linguagem comum, é muitas vezes mais importante para nós avaliarmos se uma determinada pessoa está falando a verdade, se está mentindo ou enganando a si mesma etc.⁷⁵

Heidegger comparou o conceito natural científico de verdade com uma noção que encontrou em alguns pré-socráticos. Enquanto na ciência natural a verdade consiste numa correspondência entre o que se passa na estrutura intelectual e o que se passa entre a estrutura de um sistema simbólico “mental” e a estrutura dos acontecimentos “no mundo”,⁷⁶ de outra parte, no conceito dos pré-socráticos, a verdade é aquilo que não encerra segredos, o que se revela sem véus. Tal conceito tem implicações práticas interpessoais em termos de dizer a verdade, mentir, fingir, enganar por palavras ou atos: procura-se constantemente avaliar a posição da pessoa em relação às suas palavras e atos.⁷⁷ Dessa forma, e considerando-se as ações do outro à luz desta última forma de verdade ou falsidade, diz-se que o homem é verdadeiro ou “autêntico” quando se “sente” que ele quer dizer o que diz, ou diz o que quer dizer.⁷⁸

Assim, suas palavras, ou outros meios de expressão, constituem “verdadeiras” manifestações de sua experiência ou intenções “reais”. Entre essa verdade e uma mentira há lugar para as mais curiosas e sutis ambiguidades e complexidades em que cada qual se revela ou se oculta. Diz-se com segurança: “seu sorriso o revelou” ou “aquela expressão é pura afetação”, ou “isso soa verdadeiro”.⁷⁹ O mentiroso engana aos outros sem enganar a si mesmo. Não existe segurança absoluta de que seja possível qualificar corretamente a relação de alguém com suas próprias ações.⁸⁰

Dizer que quando avaliamos determinadas facetas das relações interpessoais estamos deduzindo com base em nossa própria conceituação de tais fatos e, na quase totalidade das vezes, em um distanciamento total da própria realidade em si.

⁷² Laing, R. D. op. cit.

⁷³ Idem, op. cit.

⁷⁴ Idem, op. cit.

⁷⁵ Idem, op. cit.

⁷⁶ Idem, op. cit.

⁷⁷ Idem, op. cit.

⁷⁸ Idem, op. cit.

⁷⁹ Idem, op. cit.

⁸⁰ Idem, op. cit.

Nesse sentido, ainda é importante ressaltar que a própria dificuldade da inserção da espiritualidade no campo da cientificidade deveu-se à incongruência entre determinados cientistas que, embora adeptos de práticas religiosas, insistem em negar tal ocorrência em sua vida, tornando as colocações de Laing soberanas e absolutas.

“Vou para a casa do meu Senhor”, respondia o escravo cristão ao ser interpelado pelo soldado romano. Esse sofisma é um jogo de palavras que contém a inexorável separação entre homem e homem, que amor algum, nem a mais completa experiência de união, anula completamente. Assim, quando as palavras, os gestos, os atos de um homem revelam suas verdadeiras intenções diz-se que são autênticos e não simulados, como uma moeda genuína e não falsa.⁸¹ No tocante a aspectos envolvendo conceituações de religiosidade e de espiritualidade temos, então, uma gama tão grande de tentativas de compreensão que seria praticamente impossível tentar arrolá-las num determinado esboço reflexivo.

Ao nos debruçarmos sobre a implicação que tais conceituações apresentam, e seguramente citamos várias neste trabalho, representando os mais diferentes segmentos do pensamento contemporâneo, vamos ao encontro dessa realidade: a peculiaridade dessa experiência não pode ser concebida senão única e exclusivamente no seio da emoção vivida e experienciada de modo único e inefável.

UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA

Inicialmente vamos nos direcionar para o episódio evangélico em que Cristo ao visitar Simão depara-se com uma pecadora que lhe unge os pés: “Por isso, te digo que os seus muitos pecados lhe são perdoados, porque muito amou: mas aquele a quem pouco é perdoado pouco ama. E disse a ela: os teus pecados te são perdoados. E os que estavam à mesa começaram a dizer entre si. Quem é este, que até perdoa pecados? E disse à mulher: a tua fé te salvou; vai-te em paz” (Lucas 7, 47-50).

Nesse trecho é notório que na fala de Cristo está a colocação “a tua fé te salvou”. Podemos perceber que não foi a fé de Cristo que a perdoou, e sim a fé da mulher pecadora.

Chessick⁸² ensina que o psicoterapeuta descende de uma linhagem que tem como ancestrais o curandeiro, o pajé, o médico de família e o conselheiro espiritual. É fato ainda que existam muitas variações de aconselhamento psicológico que se fundem com aspectos religiosos de forma indissolúvel.

Vale, a esse propósito, citar o trabalho da Dra. Izar Xausa, que criou em Porto Alegre um serviço de Aconselhamento Confessional, no qual, com base nos conceitos teóricos de Victor E. Frankl, estabeleceu um atendimento que unia tanto as necessidades espirituais como as psicológicas das pessoas que procuram por esse serviço.

⁸¹ *O eu dividido*, op. cit.

⁸² Chessick, D. R. *Why psychotherapists fail*. Nova York: Science House, 1971.

Também é cada vez maior o número de religiosos – pastores, freiras, padres etc. – que se formam em psicologia e tentam unir essas duas esferas da realidade humana.

Voltando, então, ao Evangelho de Lucas, deparamos com uma questão presente com muita intensidade na prática clínica. Ou seja, a situação de pacientes que procuram pelo atendimento psicoterápico com uma fé muito grande, acreditando que o simples contato com o psicoterapeuta irá aliviar-lhes as culpas e mazelas existenciais.

É fato que muito do desenvolvimento psicoterápico tem a ver principalmente com a fé que o paciente tem nesse processo. É comum, inclusive, pessoas que, ao iniciarem o processo psicoterápico, começam a sentir alívio para seus desatinos existenciais. Ou ainda pessoas que, ao simples início do processo terapêutico, começam a perceber o próprio mundo sob outra ótica, mudam assim a percepção dos fatos, para na sequência tentarem alterar também os próprios fatos.

Cristo diz à mulher pecadora sem titubeio ou devaneio: “a tua fé te salvou”, mostrando claramente que a única dialética presente nesse episódio é a força da fé da pecadora e que Ele simplesmente referendou esse perdão diante da força dessa fé.

“A tua fé te salvou” remete-nos a princípios até mesmo das chamadas doenças psicossomáticas, nas quais o processo de cura de determinadas patologias depende, na prática, única e exclusivamente da fé do paciente nesse processo. Assim, é muito comum, por exemplo, pessoas que são diagnosticadas como portadoras de câncer ou de outras doenças degenerativas e que procuram por tratamentos espiritualistas para o enfrentamento dessas patologias, na quase totalidade das vezes por não terem encontrado na medicina valores absolutos de cura.

Por mais paradoxal que possa parecer, e contrariando até mesmo os preceitos da medicina, essas pessoas encontram a cura para seus sintomas dentro dos chamados “tratamentos espiritualistas”.

Sem dúvida alguma, uma das maiores determinantes para que os “tratamentos espiritualistas” tenham eficácia é a fé do paciente nesse tratamento.

Podemos até mesmo afirmar, quase sem margem de erro, que a cura é promovida pelo próprio paciente por meio de sua fé nesses tratamentos.

É a sua fé que o cura; é a sua fé que escancara os limites da ciência e a total incompreensão da natureza dessa ocorrência.

É igualmente a fé desse paciente que transforma doenças degenerativas sem a mínima chance de cura em “nada”, obrigando a medicina a simplesmente defini-las como remissão espontânea – explicação que, ao mesmo tempo em que define o desaparecimento da doença, nada afirma sobre a natureza dessa ocorrência e sobre a cura do paciente.

O número de pacientes diagnosticados com doenças incuráveis e que apresentam sinais de cura após a procura pelos chamados tratamentos espiritualistas é incontável, e, certamente, já deveria merecer um olhar um pouco mais atento, tanto da medicina quanto de outras áreas que igualmente estudam questões pertinentes à saúde.

Ao negar tais evidências, o que os profissionais da saúde, de uma forma geral, estão conseguindo é apenas e tão somente distanciarem-se da ocorrência de um fenômeno cada vez mais buscado pelos pacientes diante da inoperância da ciência.

Se é fato que a espiritualidade consegue responder a questões de cura, sobrepondo-se inclusive à própria ciência, por que não existe uma cooperação entre tais forças no sentido de um entendimento mais amplo da questão?! Igualmente, por que a ciência despreza com tamanho vigor tais manifestações espiritualistas se nelas se consegue obter respostas às questões para as quais a cientificidade se mostra incompetente?!

Talvez fosse necessário que nos debruçássemos sobre o significado da espiritualidade na vida humana e das forças que ela tem para mobilizar as pessoas que a ela recorrem, desesperadas com o surgimento de uma determinada doença.

Nesse ponto da reflexão, é importante ressaltar que não existe diferença significativa no sentido da busca dos caminhos espiritualistas no tocante a especificidades religiosas.

Assim, uma determinada pessoa pode ser participante de uma determinada religião, mas sem nenhum constrangimento poderá recorrer a outros caminhos quando se vê acometida de determinadas doenças e tem indicação de que naqueles caminhos encontrará a tão almejada cura. É como se o quesito necessário para tais condições, e que levam esse paciente à cura, seja única e tão somente sua fé nos caminhos a serem buscados.

Isso explica facilmente por que uma determinada pessoa procura por certos caminhos acometida por doença degenerativa muito grave e encontra a cura, e outras, possuidoras de patologia menos severa, não encontram sequer um alívio mínimo. A fé determina a congruência dos caminhos percorridos e, ao contrário, até mesmo a maneira como se pode ficar distante da possibilidade de cura.

Não há como definir operacionalmente tais ocorrências com os recursos de que dispomos nos caminhos da ciência. Tampouco como abarcar as peculiaridades que se manifestam quando um determinado paciente procura por tais caminhos, deixando de lado as possibilidades oferecidas pela ciência.

Nesse aspecto, merece ainda destaque o fato de que muitos pacientes que procuram pelas alternativas espiritualistas diante do diagnóstico de doenças degenerativas muitas vezes nem sequer possuem em sua realidade existencial vivência com alguma determinada religião. Ou seja, os caminhos espiritualistas são procurados diante do diagnóstico da doença, e ainda assim a fé desse paciente pode levá-lo à cura.

Não existe nenhuma relação entre religiosidade praticante e a busca empenhada por esse paciente diante do diagnóstico da doença. Assim, vamos encontrar pacientes que eram praticantes de uma determinada religião, e outros sem a menor relação com nenhuma religião, que se empenham com o mesmo afincamento na busca de caminhos espiritualistas para tentar alcançar a cura que a ciência não consegue atingir. No entanto, o que ocorre para que esses grupos díspares de pacientes busquem pelas alternativas

espiritualistas num total distanciamento dos caminhos científicos é algo que tangencia única e tão somente a busca da tentativa de cura de modo absoluto.

O caminho inverso também é verdadeiro.

Nesse sentido vamos encontrar inúmeras pessoas que apresentam uma vida dentro dos parâmetros de normalidade sem nenhum indício de algum sobressalto orgânico que esteja a evidenciar algum tipo de patologia. Mas ao fazerem determinados exames e constatarem a presença de determinadas doenças degenerativas em seu organismo entram, então, num quadro de desestruturação de tal teor que se desesperam e muitas vezes acabam morrendo em questão de meses. Esse tipo de ocorrência evidencia a desestruturação emocional ocorrida em determinados pacientes; e é indício do mesmo fenômeno que ocorre com a força psíquica desses pacientes e sobre os quais, igualmente, a ciência ainda está a nos dever uma explicação minimamente convincente.

Não há como explicar nem o processo de cura empreitado por uns, nem tampouco a destrutividade vivida por outros. São multifaces de um fenômeno que insiste em nos mostrar a própria necessidade da ampliação de nossos horizontes de análise, para que as nossas teorizações não se percam em simples digressões que nada explicam, nem meramente tangenciem o fenômeno que circunstancia tais ocorrências na vida contemporânea.

E assim é: escorremos em teorizações sem a preocupação da amplitude dessas teorias, ou de sua abrangência no cotidiano de nossos pacientes.

A lição de Cristo, entretanto, é bastante clara: “a tua fé te salvou”. E ainda que não professemos o cristianismo como verdade em nossa vida – no próprio sentido descrito anteriormente dos ensinamentos de Laing –, é fato que devemos ter uma atitude de escuta serena diante de tais ensinamentos, pois eles estão a nos revelar que por trás de uma frase tão singela está o arcabouço que move muitos pacientes a se libertarem de determinadas patologias indo ao encontro da cura libertária.

Igualmente, é verdadeiro que nem sequer existe a necessidade de crer nos ensinamentos de Cristo, de Buda ou de Ghandi para saber que a amplitude da fé humana possui dimensões que a nossa cientificidade não pode alcançar e atestar a veracidade de seus ensinamentos.

As palavras de Cristo são ensinamentos que têm a grandeza de transcender os limites das condições nas quais foram transmitidos.

Nesse ponto, talvez seja importante uma reflexão da maneira como desprezamos o “simples” em nossa cultura ocidental, como se ele não pudesse conter a grandiosidade do saber e da profundidade da condição humana.

É como se fosse necessária tão somente a complexidade para que um determinado pensamento seja aceito em sua magnitude, quando, muitas vezes, é no “simples” que se encontra a própria sabedoria que norteia os principais momentos da condição humana.

As palavras de Cristo são simples: “a tua fé te salvou” e, no entanto, trazem em seu bojo a própria grandiosidade de tantos ensinamentos e estudos que fazemos acerca

da alma humana, tentando compreender-lhe as determinantes e até mesmo a maneira como consegue libertar-se, indo ao encontro de novas paragens existenciais.

Ghandi nos ensinou, de outra parte: “Se Deus tiver de aparecer para um faminto, ele se configurará num prato de comida”. Igualmente, podemos inferir que se Deus tiver de se mostrar para um doente portador de uma grave doença degenerativa, certamente ele se configurará na própria fé desse doente, dando-lhe as condições necessárias para que encontre a própria cura.

E, igualmente, se são verdadeiras tais informações, e tudo nos leva a crer que sim, certamente estamos diante de um novo paradigma na nossa tentativa de análise da alma humana: a necessidade de um enfeixamento teórico-filosófico que contemple não apenas os conhecimentos ditados pela cientificidade como também aqueles mostrados pela sabedoria milenar da espiritualidade.

Aceitar tais configurações é, antes de qualquer outro posicionamento, abandonar conceitos que nos aprisionam às nossas próprias teorias, como se elas fossem suficientes e soberanas para poderem abarcar a totalidade de compreensão da alma humana.

Isso seguramente é uma das mais árduas tarefas que enfrentamos no meio acadêmico, pois certamente questionar os ditames da cientificidade com afirmações advindas dos mais diferentes níveis de conhecimento humano, e que não são necessariamente aceitas pela ciência, traz em seu seio um quê de ousadia e desbravamento que apenas alguns se empenham em tentar. Também é um outro nível de desdobramento que necessitamos ter em nossas buscas teóricas, pois de um modo bastante preciso os limites teóricos precisam de uma expansão que transcenda não apenas os seus próprios limites, mas e, principalmente, a nossa capacidade de busca e esteio nesse afã de apreensão da realidade humana.

Há alguns anos me dedico, enquanto psicoterapeuta, ao atendimento de pacientes vítimas de tentativa de suicídio. Durante aulas, seminários e supervisões, quando sou questionado sobre a reincidência de tentativa de suicídio, ou mesmo de suicídio consumado nesses pacientes, diante da minha negativa, o nível de surpresa é quase unânime. No entanto, a questão é simples, e o meu modo de avaliar a análise de tais pacientes, diante dessa ocorrência de tentativa de suicídio, é bastante simples. O paciente, quando busca pela ajuda psicoterápica, já está se ajudando num nível que nem sequer podemos conceber, já está sendo curado pela sua própria fé.

O que fazemos enquanto psicoterapeutas é apenas ajudá-lo na busca de outras possibilidades para sua existência. Sua cura, na realidade, já foi determinada pela ajuda que ele mesmo se concedeu ao procurar pela psicoterapia.

Não incorreríamos em nenhum tipo de erro se, ao darmos alta a esse paciente, simplesmente disséssemos: “a tua fé te salvou; vai em paz”.

O difícil, no entanto, é aceitarmos tal enredamento que em princípio não apenas nos tira de nossa onipotência, como também nos mostra que o principal aliado no processo psicoterápico é a fé desse paciente em seu processo de cura.

Vejam com bastante clareza que estou me referindo a casos de tentativa de suicídio, casos esses que muitos profissionais, mesmo aqueles com muita experiência clínica, muitas vezes se recusam a atender. Casos que apresentam uma complexidade, sim, não resta dúvida alguma a esse respeito, mas que igualmente mostram que o determinante maior de ajuda do próprio paciente é a sua fé na psicoterapia e nas possibilidades que se abrirão em seu campo perceptivo. A fé em si mesmo, na mesma dimensão e proporção em que se acredita na psicoterapia como instrumento libertário dos seus anseios de vida.

Se adentrarmos ainda mais nas discussões sobre a verdadeira abrangência da psicoterapia na vida contemporânea e o modo como ela ajuda um número incontável de pessoas a procurarem pelos mais diferentes caminhos, seguramente, teremos que a questão da fé estará entre as variáveis que fazem um processo ser bem-sucedido, ou, ao contrário, ficar emperrado.

A psicoterapia não é um processo que possa desenvolver-se senão única e exclusivamente pela crença tanto do psicoterapeuta como do paciente nas suas vertentes libertárias.

Também pela própria configuração e até mesmo pelo arcabouço teórico que possa estar a embasar uma determinada prática clínica.

Até mesmo em um contraponto com as diversas teorias psicológicas, podemos inferir que os diversos trechos do Evangelho citados pelos apóstolos descrevendo passagens de Cristo mostram diversas situações nas quais o próprio Cristo enfatiza a questão da fé, mostrando diversos níveis de abordagem para tal quesito.

Assim é na passagem da cura de dez leprosos (Lucas 17,17-19), em que Cristo depois de curar a dez leprosos responde a um deles que voltou para glorificá-lo: “Não houve quem voltasse para dar glória a Deus, senão este estrangeiro? E disse-lhe: Levanta-te e vai; a tua fé te curou”. Ou ainda no episódio do cego de Jericó (Lucas, 18, 41-42) quando Cristo diante do cego lhe pergunta: “Que queres que te faça? E ele disse: Senhor, que eu veja. E Jesus lhe disse: Vê, a tua fé te salvou”. Insisto no ponto de que não há a menor necessidade de sermos adeptos do cristianismo para podermos alcançar a verdadeira dimensão desses ensinamentos. O que, de fato, eles estão a nos mostrar é um novo modo de compreender a maneira como podemos conceber a cura de nossos pacientes pela sua fé no tratamento e em suas próprias potencialidades.

É importante ressaltar, ainda, que a psicoterapia necessita que exista uma fé inquebrantável em seus resultados tanto do psicoterapeuta como também do paciente.

É necessária a fé do psicoterapeuta na potencialidade do paciente, como também é imprescindível que o paciente tenha fé no processo psicoterápico. O menor esmoecimento em qualquer elo dessa corrente certamente fará que o processo não tenha resultados alvissareiros. E aí, seguramente, reside muito do detalhamento de vários processos psicoterápicos que não apresentam resultados significativos e satisfatórios.

Não havendo essa fé nas estruturas libertárias da psicoterapia, essa será um simples processo sem a menor condição que justifique seus próprios princípios. E nunca

é demais frisar que não estamos declarando nada que implique afirmações teológicas para configurar-se como real. Apenas estamos enfatizando a necessidade de atentar para nuances que estão a ocorrer no processo da psicoterapia. Ademais, não se pode falar em psicoterapia sem concomitantemente falar na fé necessária para a estruturação de seus princípios e até mesmo de suas estruturas curativas e libertárias.

A psicoterapia é um processo desenvolvido por meio da palavra; é um processo que, utilizando-se da catarse emocional, alinhava determinados conceitos e construtos para o paciente; para que ele possa atingir o autoconhecimento, o autocrescimento e a cura de determinados sintomas. O simples fato de afirmar que estamos diante de um processo curativo que se utiliza apenas e tão somente da palavra como instrumental é, por si, determinante de que é necessário que se tenha fé nesses princípios para que a psicoterapia se configure como realidade. Um processo que se utiliza apenas da palavra e que, muitas vezes, prescinde até mesmo de recursos medicamentosos é algo que se funda na fé em nossa condição humana, condição essa que nos propicia a capacidade de efetivarmos a nossa própria transcendência naquilo que temos de mais humano: a palavra.

Se é fato que por meio da palavra desenvolvemos a nossa condição de transcendência – seja pela psicoterapia, seja ainda por outros métodos –, certamente configuramos dessa forma a necessidade de um aprumo bastante peculiar no sentido de estreitar-se o poder da palavra e a fé na sua potência. Potência que faz dela algo que por mais que se dimensionem ou estabeleçam paradigmas de compreensão, ainda assim, estaremos distantes de sua real e verdadeira abrangência.

A fé na condição da palavra e sua estruturação dentro do processo psicoterápico é algo que não pode ser aprisionado em simples construtos teóricos. E a própria condição que se atinge na plenitude de um processo psicoterápico, igualmente, é a peculiaridade que a própria fé configura e estabelece como real. Não há como esperar um processo psicoterápico em plenitude e ao mesmo tempo prescindir da fé em seus resultados.

Isso tudo independentemente do cabedal teórico adotado para embasar esse processo. Podemos até mesmo afirmar, sem preocupação com erro, que mesmo outros processos, como uma intervenção cirúrgica, por exemplo, dependerá da fé dos envolvidos para o restabelecimento do paciente e até para o resultado efetivo da cura. É sabido até mesmo que inúmeros processos pós-operatórios não apresentam resultados satisfatórios em virtude da condição emocional, da descrença do paciente nos resultados cirúrgicos. E dizer que essa determinante da fé estará presente até mesmo naquelas situações nas quais conceituamos determinantes consideradas como absolutas na chamada dimensão científica.

“Vai que a tua fé te curou” é antes de qualquer outro conceito uma afirmativa que dimensiona a verdadeira amplitude do potencial humano de cura, ou, então, até mesmo de procura pela cura por diferentes formas de tratamento que a fé possa atingir. Não há busca se não houver fé nessa busca. E não há resultado positivo se igualmente

não houver uma fé inquebrantável nas nuances que fazem desse processo algo realmente curativo.

Da mesma forma, não haverá como negar tais afirmativas se igualmente não se recorrer à própria fé para negá-la. Falar-se-á, então, da falta de fé em tais princípios, mas de qualquer forma estaremos com a negação buscando pontes de afirmação. É também, ainda por meio da negação, buscando transpor conceitos que ao serem contraditos trarão em seu bojo contrapontos de estruturação, que seguramente serão vinculados e discutidos antes da negação propriamente dita. E, sempre por meio da fé, também chegaremos a pontos de convergência até mesmo de fatos que consideramos divergentes. Ou ainda poderemos transitar de uma instância para outra, buscando como verdadeiro aquilo que era considerado falso, ou ao contrário, considerando falso aquilo que se tinha como verdadeiro.

De outra parte, em outro trecho do Evangelho de Cristo, temos uma situação completamente diversa: “e quando chegou perto da porta da cidade, eis que levavam um defunto, filho único de sua mãe, que era viúva, e com ela ia uma grande multidão da cidade. E, vendo-a, o Senhor moveu-se de íntima compaixão por ela, e disse-lhe: Não chores. E, chegando-se, tocou o esquife, e todos que o levavam pararam, e disse: Jovem, a ti te digo: levanta-te. E o morto assentou-se e começou a falar. E entregou-o à sua mãe.” (Lucas 7, 12-15).

Nesse episódio vemos uma situação analogicamente contrária àqueles episódios nos quais Cristo dizia textualmente: “Vai, a tua fé te curou”; aqui é a fé do próprio Cristo que opera o milagre.

Na psicoterapia, igualmente, é necessária, de um lado a fé do paciente no seu processo de cura e, de outro, a fé do próprio psicoterapeuta nas condições de superação do paciente. O menor titubeio em qualquer um desses elos certamente levará o processo psicoterápico a ser estancado, não atingindo assim seus propósitos libertários.

Insisto que não é necessário ser cristão para alcançar o dimensionamento dessas colocações, pois o contraponto dessa dialética da fé entre o psicoterapeuta e o paciente é a pilastra sobre a qual a psicoterapia se alicerça. O que é importante ressaltar, por meio dos ensinamentos de Cristo, é que a questão envolvendo a fé no processo de cura é, também, antes de qualquer outro posicionamento, o determinante maior no processo de cura promovido pela psicoterapia.

É sabido do imenso número de pessoas que, mesmo necessitando de tratamento psicoterápico, se recusam a submeter-se a esse tipo de atendimento simplesmente por não acreditarem na sua eficácia. Ou, então, de pessoas que se recusam a conceber a psicoterapia como um processo de cura com o simples argumento de que não é possível atingir a cura do que quer que seja apenas e tão somente pela palavra.

Se o psicoterapeuta não tiver uma fé inquebrantável na capacidade de autossuperação do paciente, de nada adiantará a utilização de técnicas diversas, por mais modernas e eficazes que possam ser. A dialética desse processo de fé envolvendo o

psicoterapeuta e o paciente é a determinante dos limites a serem superados e do próprio êxito da psicoterapia.

A condição de transcendência que fez do homem um ser capaz de superação, inclusive de seus limites corpóreos, tem na espiritualidade o ponto de fusão dessa condição. Somos espiritualidade tanto quanto somos humanidade. A cura por meio da palavra significa a cura pelo “escutar-se” da “reflexão por meio da fala”, e, em última instância, da cura por meio da própria condição humana.

A psicoterapia mantém-se em sua posição de vanguarda no resgate da dignidade da condição humana, em que pese o surgimento de tantas seitas religiosas que se propõem a libertar seus fiéis e que na verdade irão aliená-los, e ainda do surgimento, a cada dia, de um sem-número de medicamentos que nada mais fazem que entorpecer a consciência humana.

Assim é: somos espiritualidade, tanto quanto somos humanidade. Somos espirituais tanto quanto somos psicoterapeutas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMATUZZI, M.M. “Desenvolvimento psicológico e desenvolvimento religioso: na hipótese descritiva”, in MASSINI, M., e MAKHFOUD, M. (org.). *Diante do mistério*. São Paulo: Edições Loyola, 1999.
- ANCONA-LOPEZ, M. “Religião e psicologia clínica: quatro atitudes básicas”, in MASSINI, M., e MAKHFOUD, M. (org.). *Diante do mistério*. São Paulo: Edições Loyola, 1999.
- ANGERAMI, V.A. *Psicoterapia existencial*. 1ª ed. 2ª reimp. São Paulo: Editora Pioneira, 1998.
- BOANAIM, E. *Psicologia transpessoal*. São Paulo: Summus Editora, 1998.
- CIPULLO, M.T.A. *Falando do corpo*. São Paulo, Summus Editorial, 2000.
- , D.R. *Why psychotherapists fail*. Nova York: Science House, 1971.
- CONTIJO, E.D. “Limites e alcance da leitura freudiana da religião”, in MASSINI, M. e MAKHFOUD, M. (org.), *Diante do mistério*. São Paulo: Edições Loyola, 1999.
- FRANKL, E.V., *A psicoterapia na prática*. São Paulo: E.P.U., 1975.
- GIOVANETTI, J.P. “O sagrado e a experiência religiosa na psicoterapia”, in MASSINI, M. e MAKHFOUD, M. (org.). *Diante do mistério*. São Paulo: Edições Loyola, 1999.
- LAING, R.D. *O eu e os outros*. Petrópolis: Editora Vozes, 1982.
- LEPARGNEUR, H. “Da religiosidade à religião em contexto secular”, in *Atualização*, nº 237. Belo Horizonte: Editora o Lutaador, 1998.
- MAKHFOUD, M. “Encomendação das almas: mistério e mundo da vida em uma tradicional comunidade rural mineira”, in MASSINI, M. e MAKHFOUD, M. (org.). *Diante do mistério*. São Paulo: Edições Loyola, 1999.
- POELMAN, J. *O homem a caminho de si mesmo*. São Paulo: Edições Paulinas, 1993.
- SARTRE, J. P. *O existencialismo é um humanismo*. Lisboa: Presença, 1970.

As querelas de um vendedor de algodão-doce com Higinio: sobre as serpentes, a argila e os centauros

(Conjecturas sobre a relação de um
laringectomizado com o cuidado)

ARLINDA B. MORENO

*Quando Joana Carda riscou o chão com a vara de
negrilho, todos os cães de Cerbère começaram a ladrar,
lançando em pânico e terror os habitantes, pois desde os
tempos mais antigos se acreditava que, ladrando ali animais
caninos que sempre tinham sido mudos, estaria o mundo
universal próximo de extinguir-se.*

(JOSÉ SARAMAGO, *A Jangada de Pedra*, 1988)

INTRODUÇÃO

A psicologia tem como ferramenta imprescindível e fundamental a palavra! Será? É a palavra ou a linguagem? Se, sim, qual palavra? Qual fonema? Qual som? Qual conteúdo? Qual continente? O que se diz ou o que se expressa?

Esta exclamação inicial – que parece não ter o poder de ser uma questão considerável quando se trata do exercício da psicoterapia, uma vez que a palavra deveria ser condição *sine qua non* para a realização deste tipo de trabalho – logo de pronto me tomou de surpresa quando iniciei um trabalho com pacientes laringectomizados (a grande maioria deles, por conta de um câncer de laringe), que haviam tido suas cordas vocais extirpadas. Ou seja, deveria iniciar um trabalho cuja “ferramenta” é a palavra sem poder utilizar essa “ferramenta fundamental” em sua plenitude. A expressão vocálica de um paciente laringectomizado passa por uma reconfiguração de sua matriz linguística que exige, muitas das vezes, que palavras longas sejam substituídas por outras mais curtas, visando à inteligibilidade do que pode ser dito por meio de sussurros ou, neste caso específico, na expressão vocal por meio do uso da voz esofágica. A aquisição e utilização da voz esofágica, no contexto social do próprio paciente, era a grande pretensão do trabalho realizado entre os pacientes, a equipe de fonoaudiologia e a equipe de psicologia. O trabalho psicoterapêutico se dava, então, na intenção de espelhamento do contexto social, visando à reinserção do cliente em seu meio socioeconômico-cultural.

Assim, nestas linhas que se seguem, minha intenção é trabalhar a dimensão do cuidado na relação psicoterapêutica como um todo – baseado no caso clínico de um homem laringectomizado – e, ao mesmo tempo, discorrer sobre a psicoterapia baseada na expressão de uma linguagem extremamente corporal e minimamente vocal.

Neste intuito, procurarei, inicialmente, dissertar sobre questões afetas ao cuidado e, com base nesta ancoragem teórica, passarei a destacar trechos de encontros psicoterápicos entre mim e o mencionado cliente, a partir de agora, denominado Vad – o Vendedor de Algodão-Doce – alcunha, obviamente, fictícia, visando à manutenção do anonimato da personagem.

DAS QUATRO PERSONAGENS QUE NOS CONDUZEM PELO CUIDADO

A tentativa inicial é traçar um caminho um pouco mais reflexivo sobre a figura do curador ferido¹ – das inúmeras posições que ele tem e da dimensão que o cuidado na relação psicoterapêutica exige. Então, mais especificamente, vou primeiro realizar um recorte, tentando fazer uma reflexão sobre as personagens que utilizarei para metaforizar o que seria uma possível maneira de entender a díade cuidado-cuidador.²

Tal iniciativa se dá em face da própria instalação de uma relação psicoterápica na qual se pressupõe que o psicoterapeuta seja o cuidador e o paciente seja aquele que está recebendo o cuidado. Para organizar este meu percurso narrativo, vou me apoiar, inicialmente, em algumas personagens que, espero, sejam capazes de nos ciceronear por esta jornada. Algumas surpresas nos aguardam ao longo dessa narrativa e, no que é possível adiantar, espero que, no decorrer de sua leitura, possamos vislumbrar no texto uma alternância entre os papéis de doador e receptor do cuidado.

As personagens

Esculápio

Em primeiro lugar, gostaria de destacar Esculápio ou Asclépio, da mitologia greco-romana e, de fato, considerado o pai da medicina, da cura. Esse deus destaca-se, também, por possuir, em seu próprio nome, um paradoxo, uma vez que o significado de Asclépio pode ser, também, cortar ou, em uma licença poética, ferir. Portanto, o pai da medicina, o primeiro de nossos curadores,³ é uma personagem que carrega em si o poder de cortar, de ferir.

Esculápio, filho de Apolo, foi confiado a um centauro para receber educação, sendo, portanto, seu discípulo. Conta a lenda que, quando retornou ao lar, pelas mãos do sábio centauro, Ocíroe – a filha do sábio – profetizou a glória que por ele seria conquistada. De fato, essa personagem foi um médico extremamente famoso, sobre o qual se tem a afirmação de ter ressuscitado um morto. Por essa glória conquistada por Esculápio, Plutão, sentindo-se ameaçado, solicitou a Júpiter que o fulminasse com um raio, tendo logrado êxito.

No oráculo de Epidauro, o mais famoso dedicado a Esculápio, os enfermos procuravam respostas e cura para suas doenças, rogando a esse deus que os curasse. Nas

¹ Curador ferido será tratado aqui como uma marca indelével do Dasein.

² Utilizarei ao longo do texto a expressão “cuidado-cuidador” em vez da usual “cuidador-cuidado”, no intuito de desconstruir quaisquer ilações relativas a uma hierarquia presumida entre aquele que presta e aquele que recebe o cuidado.

³ Usarei, neste texto, indiscriminadamente a sinonímia entre curador e cuidador, tal como é usual nas traduções dos escritos heideggerianos. Por vezes, também, se observa o termo original *Sorge* traduzido como preocupação. Em todas as formas, todavia, tanto curador quanto cuidador serão, na maior parte deste texto, sujeito, não substantivo.

suas peregrinações, dormiam no templo submetendo-se a tratamentos atualmente reconhecidos como magnetismo animal ou mesmerismo. Por serem animais que, segundo a superstição da época, tinham a magia de readquirir juventude, nas sucessivas trocas de peles, as serpentes eram consagradas a esse deus (Bulfinch, 2001).

A figura de Esculápio é, quase sempre, representada por um homem de olhar sereno, barba cerrada e farta, tendo o ombro direito descoberto. Seu braço esquerdo está sempre apoiado em um cajado ou bastão que dá sentido ao símbolo da medicina moderna no qual se vislumbra, pelas razões já expostas, uma serpente. Por vezes, essa figura se confunde com o caduceu de Mercúrio, mas este, o símbolo do comércio, tem em seu cajado duas serpentes.

Cuidado

A segunda personagem é o próprio cuidado ou cura. Nesse momento, valho-me dos escritos de Heidegger, em *Ser e Tempo*, Parte I, para discorrer sobre a questão da pertinência da existência do ser-no-mundo, por meio da chamada fábula ou mito do cuidado. Essa fábula nos conta, segundo a versão utilizada no livro que aqui destaco, que:

Certa vez, atravessando um rio, “Cura” viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A Cura pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a Cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o seu nome. Enquanto Cura e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra” (*tellus*) querendo dar seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a ‘Cura’ quem primeiro o formou, ele deve pertencer à cura enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar Homo, pois foi feito de *humus* (terra). (Heidegger, 1995, p. 263-4)

Esse é o nosso segundo personagem: cuidado, aqui relatado por meio da fábula de Higino, cúmplice incontestado de Júpiter e Terra. Dessa maneira, este andarilho modelador de argila, teria, assim, dado forma e sentido ao humano. Por isso, por determinação dos deuses, o humano é propriedade do cuidado ou, de forma estritamente heideggeriana, o ser do Dasein é cuidado.

Quíron

Quíron foi uma das figuras mais nobres e inteligentes da mitologia. Surgido como um deus da medicina na mitologia tessaliana, mais tarde, na mitologia grega, tornou-se

um centauro imortal, uma vez que dessa forma seria mais bem aceito. Quíron destacava-se por não ser selvagem nem indomável, como a maioria dos centauros o eram, e por sua inteligência, sendo seu conhecimento sobre a medicina uma verdadeira lenda.

A terceira personagem, portanto, é Quíron, que será também aqui eleito como o nosso “Curador Ferido”. Este era um centauro bastante famoso! Apesar de a figura dos centauros não ser muito bem vista nas mitologias porque eram metade homem metade cavalo, Quíron era muito bem quisto e aclamado, além de voltado para as questões da sabedoria, do ensinamento, da cura; na mitologia tessaliana, ele era mesmo o deus da medicina. Além disso, agora já posso revelar, este foi o centauro mentor de Esculápio. Entre outros, foi, também, professor de Aquiles – o grande guerreiro da *Ilíada*, de Homero, herói da guerra de Troia e portador de frágil calcanhar que, ao que conta a mitologia, recebeu nele mesmo (seu calcanhar) sua morte, quando uma flecha envenenada o atingiu.

Ironicamente, Quíron, em uma dessas guerras em que os centauros não eram bem recebidos, também foi atingido por uma flecha envenenada – dessa vez pelo sangue da Hidra de Lerna (um animal monstruoso representado por um corpo de dragão e várias cabeças de serpente – entre cinco e cem que cresciam de novo caso fossem cortadas). Tal acidente resultou, para ele, em uma enorme e incurável ferida em sua coxa. Esse centauro, que por todos os seus feitos anteriores tinha alcançado a imortalidade, depois dessa impossibilidade de se ver aliviado da dor pelo ferimento que teve, submeteu-se a uma barganha: decidiu trocar a sua própria imortalidade pelo alívio da dor. E, então, na mitologia, Quíron foi transformado na constelação de sagitário, retirando-se, assim, da vida terrena. Está lá ele, até hoje, nos observando ou, pelo menos, tentando manter essa posição de cuidador, neste caso, como um observador.

Vad – o vendedor de algodão-doce

O paciente que nos guiará por esse caminho (nossa quarta personagem), com o qual desenvolvi um trabalho psicoterapêutico por 17 meses, tinha, à época do acompanhamento psicoterápico, as seguintes características: laringectomizado há 17 anos, aposentado por invalidez, 71 anos, apresentava-se forte e aparentemente saudável; era solteiro, vendedor ambulante e seu produto preferencial de venda era o algodão-doce. No primeiro encontro, revelou-se contente com a vida, negando a solidão, dizendo-a “inventada” por quem não interage com o outro. Afirmava que, apesar de saber que a grande maioria das pessoas que é laringectomizada teve câncer, sua traqueotomia ocorreu por conta de sucessivas e incessantes crises de falta de ar. Segundo ele, por conta de fumar dois maços de cigarro por dia (consumo que na ocasião da cirurgia se apresentava), em uma de suas crises, para que pudesse respirar, o médico lhe avisou que seria necessária a traqueotomia. Por isso, ele ficou com “a fala assim” (sic). Entre suas queixas, demonstrou ficar aborrecido – “muito por conta!” (sic) – quando as pessoas falavam com ele gesticulando e em tom muito alto, já que não era “surdo e nem mudo”: “eu tenho é um problema na garganta” (sic).

Mas, a despeito de sua capacidade de se fazer entender razoavelmente bem, sua voz esofágica era muito pouco treinada e ele valia-se, na maior parte do tempo, do sussurro e do sibilar para poder emitir algum som falado.

UMA OU DUAS COISAS A DIZER SOBRE O CUIDADO

O tema da preocupação, que faz parte da discussão envidada por Heidegger, quando este, em *Ser e Tempo*, dedica-se ao cuidado, traz para a cena a possibilidade de o Dasein ser cuidado e, portanto, ser impedido do cuidado-de-si, uma vez que tal proposição conforma já, nela mesma, uma impossibilidade. Ou, em outras palavras, aquilo-que-é-não-é-voltado-para-si, mas para o outro. Daí, ser lícito pensar que o cuidado é uma questão de alteridade, é algo que se dá para fora de si e não para si, uma vez que si-já-o-é. No dizer do próprio autor:

Porque, em sua essência, o ser-no-mundo é cura, pode-se compreender [...] o ser junto ao manual como *ocupação* e o ser como co-presença dos outros nos encontros dentro do mundo como *preocupação*. O ser-junto-a é ocupação porque, enquanto modo de ser-em, determina-se por sua estrutura fundamental que é a cura. A cura caracteriza não somente a existencialidade, separada da facticidade e da decadência, como também abrange a unidade dessas determinações ontológicas. A cura não indica, portanto, primordial ou exclusivamente, uma atitude isolada do eu consigo mesmo. A expressão “cura de si mesmo”, de acordo com a analogia de ocupação e preocupação, seria uma tautologia. A cura não pode significar uma atitude especial para consigo mesmo porque essa atitude já se caracteriza ontologicamente como preceder a si mesma; nessa determinação, porém, já se acham também colocados os outros dois momentos estruturais da cura, a saber, o já ser-em e o ser-junto-a. (Heidegger, 1995, p. 257)

Como anterioridade à possibilidade de o Ser-aí ser o cuidado, lanço mão das palavras de Dubois (2004) para clarificar essa intenção, na sua reflexão sobre o parágrafo 41 de *Ser e Tempo*:

Onde estamos? Aqui: “o angustiar-se é, enquanto disposição, um modo de ser-no-mundo; o diante de que da angústia é o ser-no-mundo lançado, o em-função-de-que da angústia é o poder-ser-no-mundo. Em consequência, o fenômeno pleno da angústia manifesta o Dasein como ser-no-mundo existindo facticamente. Os traços ontológicos fundamentais desse ente são a existencialidade, a facticidade e a decadência. Essas determinações existenciais não pertencem, na qualidade de

partes, a uma totalidade à qual uma dentre elas poderia às vezes fazer falta, mas nela reina uma conexão originária que constitui a totalidade procurada no todo estrutural". A esta totalidade Heidegger denomina cuidado, *Sorge*. O ser do Dasein, a princípio projetado como existência, é determinado de modo mais completo como cuidado. Ser, para o Dasein, é ser no cuidado, ser cuidadosamente, ser no cuidado do ser. O que é o cuidado? Heidegger caracteriza o cuidado como ser na antecedência de si (momento da existência como projeto, ser para um poder-ser), já em um mundo (momento da facticidade), junto ao ente intramundano (há aí uma ambiguidade: este ser-junto é às vezes caracterizado por Heidegger como decadência, é o ser junto às coisas na identificação de si no curso da preocupação; por vezes, ele não é modalizado, e, no fim das contas, o ser junto às coisas não é forçosamente impróprio. Em um caso, a modalidade da impropriedade, pertencendo sempre ao Dasein, está integrada em seu ser; no outro, o cuidado permanece não modalizado, neutro). O cuidado é, portanto, o ser do Dasein, e funciona a este título como puro *a priori*. Ele é, assim, a condição de possibilidade, a abertura necessária, o espaço de jogo para fenômenos como o querer, o desejar, a propensão, a inclinação. Heidegger efetua essas derivações no fim do parágrafo 41. (Dubois, 2004, p. 42)

Em sentido último, um historiador do existencialismo e da fenomenologia, chamado Giles (1975), diz que, quando Heidegger se refere à fábula do cuidado, ele tem a intenção de:

ilustrar o sentido da preocupação [*cuidado*], pois essa análise dispensa a ideia de imortalidade. Não há nenhuma alma para ser recebida no seio de Júpiter ou Abraão. E mais ainda: quando a terra recebe o corpo, as possibilidades que constituem a existência humana já foram canceladas, isto é, não é mais um homem e, sim, uma coisa. (Giles, 1975, p. 233)

Assim, o que a terra recebe não tem mais a animação humana – é uma “coisa” que por ela é recebida.

E é dessa forma que, para Stein (2008):

[...] O “cuidado” [...] manifesta uma forma especificamente *temporal*. Ela se manifesta na morte (§§ 46-53).

[...] Com base na “temporalidade do cuidado” podem ser distinguidos dois modos de compreender inteiramente diferentes do ser-no-mundo. Heidegger os denomina “autenticidade” e “inautenticidade” (§§ 54). As análises dos §§ 54 a 83 repetem as análises anteriores sob a perspectiva da “temporalidade”. É nestas análises que irão sendo

mostradas as estruturas reificadas que o estar-aí apresenta em sua autocompreensão e são então retrorreferidas a situações de compreensão reificada da própria temporalidade do homem. Mas esta reificação que remete à “inautenticidade” e se distingue assim da não reificação que é o estado existencial de “autenticidade” não é uma falta produzida historicamente, nem representa uma falha que possa ser preenchida. A condição de “autenticidade” e “inautenticidade” é existencial e assim constitui a estrutura do estar-aí. (Stein, 2008, p. 14)

Portanto, o cuidado, ao qual o Dasein pertence, funda as categorias de autenticidade e de inautenticidade tão caras à obra heideggeriana.

Por fim, para Ayres (2004):

O Ser é (do) cuidado, mas será (do) cuidado apenas enquanto seguir sendo. É sempre na perspectiva do fluxo do tempo, do dever da existência, que faz sentido falar de cuidado, ao mesmo tempo que o cuidado é, em si mesmo, condição de possibilidade dessa tripartição temporal e devenida da existência. (Ayres, 2003, p. 77)

É, portanto, na existencialidade, na facticidade e na decadência que nos interessam os encontros e desencontros que vivemos no cuidado psicoterapêutico em saúde, tema central deste trabalho.

O CUIDADO EM SAÚDE: PEQUENAS OBSERVAÇÕES

Muito se fala do cuidado em saúde, principalmente nas ações e relações entre profissionais de saúde e pacientes, importando, primeiramente, questões afetas à resolatividade dos casos que ocorrem à rede de serviços de saúde. No senso comum, o cuidado em saúde pode ser definido como *“um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento”* (Ayres, 2003).

Todavia, não é este o sentido que aqui nos interessa, uma vez que aquilo que é percebido, vivenciado e experienciado em uma relação psicoterapêutica, de base fenomenológico-existencial, transcende os limites da resolatividade e não pode objetivamente receber dela seus contornos. No dizer de Ayres (2003), o que importa é poder interagir como humanos que somos, tendo os saberes que se voltam para essa finalidade (a de cuidar) o papel de mediadores deste processo na construção do bem-estar e do alívio do sofrimento. Ou seja,

cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas

diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. (Ayres, 2003, p. 74)

Seguindo o que diz este mesmo autor sobre o cuidado em saúde, vale ressaltar que não se trata de afirmar que a filosofia heideggeriana tenha esculpido o sentido do cuidado voltado para uma vertente operativa do cuidado médico em saúde. Mas, em suas considerações, é possível adotar o termo cuidado como

designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (Ayres, 2004, p. 22).

Neste momento, portanto, tem-se o que chamo de paradoxo cuidado-cuidador. Se o cuidar é para fora de si e se existe em mim a impossibilidade do autocuidado, ou a impropriedade dessa terminologia do autocuidado, o que faço na minha ferida? Que lugar assumo como um cuidador de terceiros? Estabelece-se a máxima de ter de desempenhar algo, sendo completamente incapaz de experienciá-lo com minha autoação. Esta ação que desempenho é, por princípio, uma experiência que se dá no outro com uma intenção minha. Intenção esta cuja a sensação (ou o efeito) não posso experienciar (uma vez que ela já é eu-mesma) nem, portanto, emitir opiniões sobre ela, seja para imputar-lhe um aspecto positivo ou mesmo uma aura negativa. Ou, em outras palavras, a díade cuidado-cuidador conforma-se como uma incontestável interdependência de cuidado de si. Afinal, aquele que se pensa cuidador não é capaz de cuidar de si mesmo e vice-versa.

Como se não bastasse esta limitação paradoxal do cuidado em saúde, para Camargo (2004), a assimetria entre o cuidador e o cuidado impõe limites terapêuticos. O caráter de alternância de posições que ocorre quando ora se está como cuidador ora como aquele que necessita do cuidado pode ser explicitado pelo trecho:

Lembrando mais uma vez Canguilhem (1982), o ponto de partida da terapêutica, tanto historicamente quanto a cada novo episódio de demanda por cuidados, é o sofrimento. O que é considerado como sofrimento, como é percebido enquanto algo que demanda um tipo diferenciado de atenção, na qual esta é buscada, são todos os elementos contingentes, histórica e culturalmente. Aspectos técnico-institucionais, de existência e oferta de modalidades específicas de atenção, desempenham papel central na conformação dessa demanda. Tal mutabilidade, contanto, não nos deve fazer perder de vista o fato de que, num dado quadro de referência, quando um indivíduo se considera em sofrimento e demanda um tipo de cuidado que só

pode ser oferecido por terceiros, aos quais foi socialmente delegada esta função, garantir a realização do ato de cuidar é imperativo ético, social e mesmo político. Isto configura, a meu ver, o caráter inerentemente assimétrico da relação cuidador-cuidado, no qual aquele que busca o cuidado se coloca, em algum grau, sob a responsabilidade daquele que cuida. (Camargo, 2004, p. 163)

Por isso, é quase que impossível pensar em um mesmo nível de atuação de ambos os atores (cuidado-cuidador) na medida em que, pretensamente, pré-existe uma subordinação mesmo que espiralada. Ou seja, eu, que não sei me cuidar, que tenho a impropriedade do autocuidado, coloco-me à mercê daquele que vai cuidar de mim, que, por sua vez, sofre da mesma impropriedade do autocuidado e se coloca, assim, e da mesma forma, à mercê daquele que vai cuidar.

Vale notar, portanto, que, muitas das vezes, essas cirandas de ser humano (de ser propriedade do cuidado), – que por vezes são revestidas com os conceitos de bondade e maldade –, fazem que o sujeito tenha aberta uma ferida (a de sua autoincapacidade de dar conta de si mesmo por ser dependente do cuidado alheio) por conta de seu, temporariamente, grau de posicionamento hierárquico superior, já que ele é o cuidador e não quer entregar-se ao cuidado. Mas, vale lembrar, que mesmo Quíron optou por trocar sua imortalidade pelo alívio de sua dor. Ou seja, quando o cuidador perde essa noção de que está agindo como alguém que precisa estar para fora de si, ele passa a tentar dominar a situação e, nesse domínio, ele acaba por se ferir. Estou falando do cuidador que, na posição de um profissional da saúde, quer ter a onipotência de ser o curador obstinado de outro humano – aquele que recebe o cuidado –, violando, assim, as fronteiras da ética e, em sua infração, acaba por alargar sua própria ferida.

NOSSA PERSONAGEM CENTRAL: VAD E SUAS QUERELAS

Retomarei, agora, a personagem que protagonizará a centralidade do texto em relação ao (ser do) cuidado, relatando suas querelas, por meio de dimensões de sua vida, antes e depois da laringectomia, com vistas não a uma abordagem arqueológica do sujeito, mas na tentativa de romper a barreira sujeito-objeto e desvelar o que, na relação cuidado-cuidador (ou cliente-psicoterapeuta), se deu ao longo de 17 meses de acompanhamento psicoterapêutico.

Para, didaticamente, mais bem atingir as várias facetas dessa relação, utilizei-me do método fenomenológico para agrupar fragmentos das notas das sessões psicoterápicas em cinco eixos temáticos (ou dimensões) que espelham de forma significativa o modo como nossa personagem punha seus pés no mundo, quais sejam: família; crenças e valores pessoais; trabalho; dinheiro; e relação psicoterapêutica e questões clínicas. Ainda visando aspectos didáticos, as falas de Vad foram colocadas entre aspas, nesta

seção. Além disso, os trechos destacados seguem a mesma cronologia dos encontros psicoterapêuticos. Tal escolha se deve ao fato de que, dessa forma, pode-se também observar a medida na qual os assuntos/temas foram se aprofundando (ou se modificando) ao longo do acompanhamento psicoterapêutico. Portanto, tenho em mente que em alguns momentos isto poderá trazer para o leitor uma sensação de descontinuidade, mas essa é a intenção: convidá-lo a compartilhar o mesmo caminho narrativo que tive com o paciente. E isto, creio, poderá adensar nossa relação (escritor-leitor) para compreender o texto em sua totalidade.

Família

Nos primeiros contatos de seu acompanhamento, Vad revelou que se sentia bem e com a consciência tranquila, mas que, se fosse o caso de ter algum arrependimento em sua vida, ele o atribuiria ao fato de ter “abandonado sua mãe e suas irmãs”. No início, logo que saiu de casa, mandava-lhes dinheiro de seu trabalho, mas depois “a vida não permitiu mais”. Falava disso com os olhos marejados.

Depois de algumas assertivas minhas ele relatou que, à época em que trabalhou em uma multinacional, tinha uma companheira, mas esta, já que moravam em uma região rural, só queria gastar todo seu dinheiro na cidade mais próxima. Ele saiu da empresa e de casa por conta das dívidas da mulher.

Quando, em outra sessão, perguntado sobre seus irmãos, Vad disse-me que era “arrimo de família” e que tinha três irmãs, mas nenhum outro homem. Disse-me, também, que já havia trabalhado “muito nessa vida” e que “comeu o pão que o diabo amassou com os pés”. Acrescentou que, em garoto, quando conseguia juntar mil réis, seu pai pegava seu dinheiro e lhe devolvia só um troco, menos da metade. À época dos nossos encontros, ele afirmava que se preocupava em comer bem e que gostava de fartura; tudo o que ganhava era para comprar comida e disse que o plano econômico governamental vigente lhe tirou do sufoco de não saber se iria ter ou não dinheiro para ir ao supermercado. O dinheiro, como será relatado mais adiante, era uma grande preocupação sua: desde sua relação com seu pai e seus familiares até a lida do dia a dia.

Para iniciar um novo encontro, perguntei-lhe se havia recebido alguma visita em casa, ao que ele respondeu que não, “que estava largado no mundo”. Aí, aproveitando o gancho, perguntei-lhe se não havia ninguém de sua família com que pudesse contar. Ele me disse que suas irmãs e sobrinhas nunca mais lhe procuraram depois que parou de escrever e mandar dinheiro para sua terra natal. Disse-me, também, que seu pai havia morrido quando ele era ainda criança e que, por isso, se tornou arrimo de família; que saiu de sua terra natal nos anos 1950, e que, cinco anos depois, foi visitar seus parentes. Depois dessa visita, soube alguns meses mais tarde que sua mãe também havia morrido. Reafirmou que havia abandonado sua mãe e suas irmãs. Vendo sua preocupação, perguntei-lhe, também, como ele achava que isso havia acontecido. Respondeu-me dizendo que, depois que parou de escrever, nunca mais ninguém de sua família lhe

mandou seque uma linha. Coloquei, então, que, talvez, ele não fosse inteiramente culpado, afinal, ninguém lhe procurara também. Ele ficou um pouco pensativo e mudou o rumo da conversa dizendo os lugares onde já havia trabalhado.

Na semana seguinte, contou-me coisas de seus tempos de criança, relatando que o dia mais alegre de sua vida foi quando vestiu, pela primeira vez, uma calça comprida. Falou-me também que seu primeiro terno era muito bonito e que sua mãe, que era lavadeira, cuidava com carinho desse terno, para que ele se apresentasse bem.

Além disso, ao ser inquirido sobre a profissão de seu pai, disse-me que era alfaiate, mas aí, uma contradição: em outra ocasião, ele havia me dito que não se lembrava do pai porque, quando de sua morte, tinha três anos e que, assim, só o conhecia por meio de fotos. E o dinheiro que ganhava no trabalho e o pai só lhe dava um troco? Não sei. Afinal, não importa a verdade factual quando se trabalha questões fenomenológicas e relatos que claramente conduzem à mobilização afetiva da díade cuidado-cuidador.

Quando surgiu oportunidade de discorrer um pouco mais sobre sua estrutura familiar, em especial sua relação com seu pai, disse-lhe que pensava que poderia ter feito alguma confusão em relação a este. Acrescentei que havia entendido que suas irmãs eram bem mais jovens que ele e que, assim sendo, não conseguia entender direito como a morte de seu pai havia ocorrido quando ele contava apenas três anos. Ele me respondeu que “eu era muito esperta” e que o que acontecia era que ele era filho (junto com sua irmã mais velha) de um pai e, suas outras duas irmãs, eram filhas de “um outro homem com sua mãe”, “mas que ‘ele’ nunca morou na mesma casa que eles”, que ele “não teve padrasto”; que isso era “um negócio lá da minha mãe”. Acrescentou que não se viam muito, ele e o namorado de sua mãe, e que nem mesmo suas duas irmãs (as filhas desse segundo relacionamento de sua mãe) tinham muito contato com esse senhor.

Voltando certa feita a sua infância, relatou que, quando pequenino, entregava a roupa que sua mãe havia lavado e passado e que, por isso, teve de abandonar o colégio, na 2ª série do primário. Depois, estudou mais um pouco, à noite, com duas explicadoras que eram filhas do administrador de um cemitério local que gostava muito de sua mãe e os ajudava (Conjecturei: seria esse o namorado de sua mãe? Mas que largou os estudos com aproximadamente 15 anos, antes de colocar “calças compridas”).

Uma ocasião, em uma sessão, disse-me que tinha economizado algum dinheiro e que estava planejando ir à sua terra natal a fim de reencontrar as irmãs; que só sabe que uma delas (uma das mais novas meia-irmã) morava em um bairro recém-construído. “Infelizmente, tive que tirar todo o dinheiro da poupança”, afirmou em relação a uma necessidade financeira anterior, que o impedia de ter mais dinheiro neste momento. Disse-me que deseja rever a cidade onde nasceu e, quem sabe, seus parentes.

Penso que esses planos são objetos altamente saudáveis e que o motivam muito, mesmo que incluam forte dose de sentimento de reparação, na medida em que tentam reviver o que foi “abandonado” por ele.

É interessante que esse movimento do cliente seja sempre tão racionalizado. Penso que se protege muito dessas feridas não cicatrizadas. Ele me disse que, na última

vez em que assistiu a um jogo do seu time, se emocionou muito, que “sentiu uma coisa assim no coração”, que “isso me emociona muito; não é mais para mim”.

Em outra sessão, perguntei-lhe se nunca quis ter filhos. Ele ficou meio reticente em responder, dizendo que o homem nunca sabe se é pai ou não e que ele “acha que não tem nenhum filho. Mas, quem sabe?” Disse, também, que tudo pode acontecer e que ele ainda não pode afirmar que não será pai. Achei interessante sua afirmativa e percebi que ele quis dizer que ainda não se considera um “solitário solteirão” até o fim de seus dias. Percebi, também, que carrega consigo uma vontade de tentar viver o que seria uma vida, para ele, normal: um homem que constitui família.

Relembrando seus tempos de criança, certa feita, contou-me sobre seu Grupo Escolar e do quanto “a vida era mais fácil e mais farta” quando ele era garoto. Prosseguiu dizendo que acreditava que caminhar era um exercício muito saudável e, nostalgicamente, lembrou-se que sua mãe ia retirá-lo dos campos de pelada gritando: “Chocolate, volta pra casa!”. Afirmou que tinha saudades de seu tempo de infância e de sua mãe e que atualmente ninguém sabe, mas, em sua terra natal, todos o conheciam por Chocolate.

Ainda relembrando a infância, reportou-me que sempre trabalhou muito e disse, em tom de crítica: “minha mãe era sozinha e ainda arrumou duas filhas com outro homem. Meu pai morreu quando eu era muito pequeno”. Quis saber se ele se ressentia de não ter cuidado de suas mulheres, mas ele não quis falar no assunto e, como sempre, mudou a conversa. Afinal, nossas considerações nas sessões psicoterápicas são do tamanho do que podemos suportar.

Por fim, contou que imigrou porque sua irmã mais velha o chamou – ela era empregada em casa de uma família norte-americana, cujo chefe era funcionário de uma multinacional. Lá começou a trabalhar na empresa do patrão da irmã e, logo depois, “amigou” com sua primeira mulher. Lamentou que ela não queria cuidar da casa, que só ficava em casa de vizinhos e que, por isso, se ressentiu e a abandonou, indo viver na capital do estado.

Nesses acompanhamentos, pareceu-me que as facetas que ficaram desveladas referiam-se, primordialmente, às formas como esse homem, tão necessitado de cuidado paterno, tão amargurado pela saudade de sua mãe – que não viu morrer e que, portanto, não enterrou, velou, enlutou – lutava, descuidado de si, como deve ser, para alcançar a alteridade do cuidado que deveria ter sido por ele dispensado às mulheres e ao homem de sua vida (sua mãe, suas irmãs e seu pai). Este movimento de impossibilidade de atingir o cuidado para fora de si na direção de seus familiares necessitados de proteção trouxe para Vad um fardo que lhe aplacava e lhe causava as dores próprias de uma ferida aberta, impossível de ser autocuidada. Este septuagenário viveu, assim, olhando fora de si em busca de um laço forte e íntimo com outro ser humano que pudesse receber seu cuidado. Mas, quem iria querer tal cuidado? Quem o chamaria, outra vez, de Chocolate? Quem poderia mobilizar-se e compartilhar com ele a emoção que o fazia sentir “uma coisa assim no coração”, transformando essa emoção em

algo que, ao contrário do que relatou, era para si? Como tornar real seu projeto? Aliás, como prosseguir sem projeto? Quem se entrega a isto? Aliás, em quem poderia confiar e depositar seu cuidado? Qual humano? Qual ser do Dasein?

Crenças e valores pessoais

Em um de nossos encontros iniciais, discorreu sobre sua extremada fé em Deus relatando que éramos (os humanos) muito mais em espírito que em matéria. Acreditava que o fato de ter nascido no dia de uma Nossa Senhora obrigava-o a ter, também, muita fé nela. Contou-me, com ares de quem conta um milagre, sobre um acidente que houve quando trabalhava na construção de um túnel. Nesta ocasião, cinco peões haviam morrido e ele escapara porque “havia enchido o saco” do encarregado de obras para sair do lugar exato onde, no momento do acidente, uma pedra de “mais de 20 toneladas” caiu e ir trabalhar em outro canto. “Havia sobrevivido por milagre”. Então, achava que o espírito é muito mais que a matéria e que quem caça dos outros não sabe o que o espera no futuro.

Em relação ao que pensava acerca do “destino”, afirmou que somos os responsáveis pelo rumo que tomamos na vida; que o destino não existe; que, quando erramos, colocamos a culpa nele (o destino). Ilustrou sua preleção afirmando que morou em um morro (favela) e que conviveu com viciados em jogo, maconha e cocaína e que, mesmo assim, se manteve longe desse caminho.

Sobre o tema saudade, relatou que havia ficado muito mobilizado com as músicas da Velha Guarda que foram utilizadas durante um momento de relaxamento em grupo, rotina que precedia o atendimento psicoterápico. Relatou sua nostalgia em relação aos bailes e festas de sua época e disse que ficava triste quando via que atualmente só havia bailes de funkeiros – gente que mata e se droga muito. “No meu tempo, às vezes, a gente se pegava por causa de mulher, mas não era como agora”.

Em outra sessão, discorreu um pouco sobre sua juventude dizendo que tocou cabaça e pandeiro em um grupo musical que acabou porque mataram o cantor após este ter “feito mal a uma moça”. Relatou, também, que, quando menor, pedia dinheiro na fila do cinema para comprar ingresso e ver filmes de faroeste; que era pobre, mas se divertia.

Um dia, falou-me de suas tarefas como dono de casa: lavar, passar e cozinhar, ressaltando que esta última ele fazia muito bem porque já havia trabalhado, quando rapaz, em um restaurante em sua terra natal.

Quando, em uma oportunidade, discorriamos sobre humores, perguntei-lhe se era muito brigão, ao que respondeu dizendo que “não provocava brigas, mas se defendia quando ofendido”; acrescentou que não desejava mal a ninguém; que tem muita fé em Deus; e que fazia questão de ter a consciência sempre tranquila: “o que a gente faz de ruim fica com a gente, incomodando para o resto da vida”.

Num diálogo sobre questões cotidianas, tipo de conversa que era, por vezes, oportuna, na medida em que o trabalho com o laringectomizado visava, também, es-

pelhar suas relações sociais diuturnas, ele se mostrou muito preocupado com a violência, colocando que o mundo é um mistério e que só Deus tinha o poder de dar e tirar a vida do homem.

A essa altura do acompanhamento psicoterápico vinha demonstrando grandes preocupações com a morte. O alcance da longevidade era um objetivo seu. Relatou que não conseguia compreender aquele que se suicida e que um homem só mata o outro por “ignorância ou por burrice”, porque sabe que estará duas vezes condenado, “uma, pelas leis dos homens e, outra, pela providência divina”.

Disse-me, na seqüência, que havia sido ameaçado de morte quando morou em uma favela. Lá, foi assaltado por três marginais e ficou face a face com um revólver, mas entregou aos bandidos tudo o que possuía no momento e saiu-se bem.

Retomando o tema da longevidade, disse-me que aprende mais a cada dia e que quer viver muito; que já teve duas companheiras, mas que não conseguiu que seus casamentos tivessem sucesso; que a primeira companheira, dos tempos em que morava no interior, ia muito à casa de amigos e parentes e que, quando ele chegava do trabalho (nessa época era ajudante de caminhão de carga), sua casa estava “abandonada”. Complementou dizendo que, primeiro, se queixou à mãe dela, depois, “arrumou seus panos de bunda e botou o pé na estrada”; que, no segundo casamento, também fez, mais ou menos, a mesma coisa.

Uma vez que sua preocupação com a morte continuava presente, em dada sessão quis saber se defuntos eram enterrados com ou sem sapatos, pois, assim, saberia que roupas teria para ser enterrado. Disse-lhe que achava que não eram necessários sapatos, mas que ele poderia escolher e deixar por escrito, se assim o desejasse, a vestimenta com a qual gostaria de ser enterrado. Fiz isto na tentativa de mostrar-lhe que temos o poder de planejar, até mesmo, nosso enterro e, provavelmente, concretizá-lo de forma satisfatória. Acredito que gostou de não se sentir à margem de sua própria morte – ou, ao mesmo tempo, à margem de sua própria vida –, tendo, assim, a chance de se envolver mais nela e agir sobre e com ela (a vida).

Em outra ocasião, retomou à questão da solidão, afirmando que este sentimento é algo criado pelo próprio homem; que ele não se sentia sozinho, uma vez que estava sempre acompanhado por amigos e por colegas; que, em nosso grupo psicoterapêutico, por exemplo, ele se percebia acompanhado; e que estava sempre querendo conhecer novas pessoas, novas coisas, aprender, enfim.

Em continuidade, falou de seus valores: honra, honestidade etc., dizendo que já havia sido preso por conta de algumas brigas, mas que nunca tinha roubado. Fez questão de afirmar que nunca foi condenado, que já esteve preso em delegacias e que uma vez foi processado, mas jamais esteve em presídio. Contou que já bateu em um militar da Marinha porque este lhe desacatou enquanto trabalhava como vendedor de picolés e que, por isso, foi processado; que foi preso, de outra feita, porque estava “transando com uma mulher de viração” em um beco de obra, quando era peão na construção civil; e por outras brigas de rua.

Uma ocasião, no início da sessão, teceu comentários sobre a beleza do dia que apresentava um ótimo clima e me perguntou se gostava de praia. Disse-lhe que gostava, mas que preferia o campo e, daí, ele partiu para as suas memórias: disse-me que, quando menino, trabalhou no mar, ajudante de descarga nas canoas de fruta, e que depois trabalhava nos arrastões, quando já adolescente. Revelou, também, que, ainda hoje, depois de operado, por vezes vai ao mar e, dependendo da pureza da água, tampona com o dedo o seu traqueostoma e mergulha.

Depois, teceu considerações sobre sua preocupação com a morte, dizendo-se uma pessoa de muita fé, crente na reencarnação. Acrescentou que, por conta de sua fé, já havia escapado de três atropelamentos, um incêndio, um acidente de trabalho grave e dois assaltos à mão armada. Em continuidade, lembrou os lugares onde havia trabalhado e a diversidade de funções que já havia exercido.

Em uma de nossas últimas sessões, discorremos sobre as notícias de rádio que falavam de sequestros e mortes, as quais havia escutado e que pareciam ser de seu extremo interesse. Daí, derivamos para comentar um pouco os valores de vida e de morte e as questões que envolvem a longevidade.

Nesta dimensão de sua vida, a díade cuidado-cuidador via-se imersa em uma miríade incomensurável de valores pessoais próprios. Por um lado, o da cuidadora – neste caso, eu mesma –, o ateísmo, a ausência de superstições, a tentativa, por vezes inglória, mas constante e perseverante, de não aderir a preconceitos. Por outro lado, o cuidado embebido em sua religiosidade, pensamentos mágicos, fabulações e preconceitos. Mas o que prevaleceu para a conformação produtora da relação psicoterapêutica, foi, antes de tudo, a alteridade do cuidado. A ocupação e a preocupação que me orientavam em relação a esse paciente foram as principais responsáveis pela possibilidade de diálogo. Não estavam em jogo nossas crenças ou valores pessoais. A forma como a mobilização emocional se dava em Vad era o que me importava. Cuidar, observar como ele se relacionava com seus afetos. O que o movia, o angustiava, o impulsionava para vida, sendo um ser para a morte. Sua forma de temer esta última, aliás, demonstrava de maneira clara o quanto ele se debatia na impossibilidade de se autocuidar. Pena, não sabia ele que esta é uma condição humana!

Vad se mostrava na (e em) psicoterapia. Se voltava para fora de si e se revelava como um homem que deseja cuidar, que sabe que necessita de cuidado e que quer abrir-se e, ao mesmo tempo, se fechar à mobilização dos afetos, como é próprio a qualquer humano angustiado.

Trabalho

Nossa personagem foi estivador avulso no cais do porto, operário de uma multinacional de eletrônicos e carregador em frigoríficos, entre tantas outras funções, como veremos adiante.

Visando à socialização e dando certo ar de informalidade a nossa sessão, uma vez que estávamos no início de nossa relação psicoterapêutica, disse-lhe que sabia onde era

o cais do porto e que me lembrava que os estivadores ficavam expondo suas carteiras e aguardando chamada para biscate. Por isso, ele me perguntou outra vez quantos anos eu tinha, ao que respondi. Ele fez questão, então, de afirmar que eu era muito vivida e “uma simpatia de pessoa” e que, assim, ele acabava me contando toda a sua vida. Interessante a maneira como aderiu ao acompanhamento psicoterápico...

À época da psicoterapia, ele estava pensando em montar uma barraquinha de camelô em uma estação do metrô para, em vez de “fazer bico na feira”, ter seu comércio e trabalhar o dia inteiro. “Deus já me deu 70 anos, mas se ele me der 90 eu quero, pois estou sempre aprendendo”. Em seguida, disse-me de seu trabalho, a venda de algodão-doce em praias movimentadas, acrescentando que tem se sentido muito cansado. Afinal, para vender boa quantidade de seu produto tem de caminhar praticamente todo o dia.

Certo dia, pareceu-me um pouco estressado e angustiado e não conseguiu esconder sua revolta em relação às “injustiças sociais”. Falando sobre seu trabalho, afirmou que estava em dificuldades e que suas vendas estavam muito baixas, mas que há épocas em que isto ocorre mesmo e que (resignado) sua vida sempre foi muito difícil financeiramente.

Depois, reafirmou que sempre foi muito trabalhador, ratificando que já teve os mais diversos tipos de ocupação, tendo sido vendedor, ajudante de cozinha, ajudante de caminhão, peão de obra, estivador, carregador em frigorífico etc.

Um tanto nostálgico, disse-me que, há alguns anos, o feriado do dia do trabalho era um ótimo dia para quem vendia coisas na rua, mas que, atualmente, ele já sabia que ia ter de “ralar” muito para vender alguma pipoca. Ainda meio nostálgico, discorreu sobre sua impulsividade e conseqüente suscetibilidade para sair de bons empregos, lamentando, por conta de “ser cabeça quente”, ter perdido tantas oportunidades vantajosas de trabalho.

Vad era um trabalhador! Infortunadamente, um trabalhador que, agora, tendo como sina a tarefa de prosseguir como um pregoeiro laringectomizado, de parca voz esofágica, se esquivava de trazer para o encontro psicoterapêutico (e ao mesmo tempo e, por isso mesmo, trazendo) sua mistura de humilhação, alcance de vendas e de lucro porque os consumidores tinham pena dele (aqueles que tentavam ajudar o velhinho mudo) e incapacidade de se relacionar com o mundo e de cuidar dos seus por meio do próprio ofício. Acredito que sua maior dificuldade em relação ao enfrentamento da vida e, portanto, a todas as possibilidades que vislumbrava para se tornar (outra vez) um cuidador se dirigia à sua incapacidade de trabalhar, “se virar” da mesma maneira que fez por toda a sua vida, ou seja, sem nenhuma invalidez.

Dinheiro

No início de nossas sessões, informou que sempre foi pobre e que sabia que dinheiro não trazia felicidade, mas que, isso sim, a felicidade é a soma dos bons momentos que teve em sua vida. Contou-me, então, que se orgulhava muito de ter podido fazer sua vida com seus próprios braços e que, há muitos anos, depois de um dia de trabalho

em um estádio de futebol, chegou em casa e não encontrou mais nada – um incêndio havia destruído tudo. Ficou com a roupa do corpo e foi abrigar-se em uma fundação pública assistencial por, aproximadamente, três meses até refazer sua vida e que, até aquele momento, era inscrito na Prefeitura como desabrigado.

Revelando seus dotes administrativos, seu tino para os negócios, em outra sessão, disse-me que, quando faz vendas em lugares de maior poder aquisitivo, aumenta os preços do algodão-doce porque sabe que os pais dessas regiões podem pagar mais pelo produto.

Depois de algumas semanas de acompanhamento, disse-me, certa feita, que há duas noites andava “com muitas preocupações” e que, por isso, não vinha dormindo bem. Estava cansado porque seu estado insone não o deixava relaxar. Perguntei-lhe se havia algum fato que o estivesse preocupando muito e ele respondeu que não, que “são as coisas da luta”. Então, quis saber se eram problemas de dinheiro e ele me disse que o dinheiro sempre foi muito difícil para ele e que tinha de trabalhar muito com a cabeça para que pudesse chegar ao fim do mês. Na sequência, falou-me do seu cansaço em relação à venda de algodão-doce, colocando que, definitivamente, iria trabalhar somente na feira, o que iria obrigá-lo a administrar, melhor ainda, seu pouco dinheiro.

Lamentando, recordou-se que, em seu passado, havia ganhado e gastado muito dinheiro. Que sendo solteiro, namorava, bebia, fumava e gostava de se divertir, tendo, por isso, deixado de juntar algum dinheiro ao longo de sua vida. Em prosseguimento, falou que “tudo bem”, ele não ia levar mesmo nada, quando morresse.

Pareceu-me que sua relação com o dinheiro estava intrinsecamente relacionada com sua vida de pobreza e de dificuldades financeiras. Mas, para além disto, o que me mobilizava era como dinheiro e trabalho eram dimensões fortíssimas e, depois da laringectomia, ao mesmo tempo, fragilíssimas para ele. O falastrão, gastador, conquistador, esbanjador de dinheiro, que exibia sua virilidade e poder por meio de seu trabalho, era, em nossos encontros, o mesmo que necessitava de atendimento filantrópico em clínica social. Esta inversão (de conquistador a conquistado) assustava-me pela imensa assimetria que essa relação psicoterapêutica poderia ter que enfrentar caso o trabalho (meu e do grupo) resvalasse para a onipotência. Por fim, pareceu-me que isto não aconteceu, mas nunca vou saber ao certo. Afinal, não tenho como avaliar tudo o que se passou com Vad. Caso tivesse esse dom, aí sim, não me exibiria e não resistiria à onipotência.

Relação psicoterapêutica e questões clínicas

Quando de nosso primeiro encontro, disse-me que havia aprendido a falar errado, depois de laringectomizado, e que, agora, tinha de “desaprender para aprender de novo”, mas que estava gostando do acompanhamento como um todo. Esclareci que estaríamos juntos (psicoterapeutas e fonoaudiólogos) para auxiliá-lo no que fosse preciso para que se fizesse entendido quando calmo e quando nervoso, uma vez que esse último estado de ânimo, segundo ele, era seu maior empecilho para a boa consecução da fala esofágica. Aparentemente contente, disse-me que era isto o que pretendia.

Na semana seguinte, iniciamos uma sessão com sua crítica ao uso de aparelho para amplificação da fala – a denominada laringe eletrônica. Ele me disse que observou que uma de nossas pacientes estava utilizando esse tipo de equipamento e achava que isso não era bom; que ele não usaria um na medida em que deseja falar com sua própria voz; que acha que isso funcionava como um vício e que, uma vez viciado, o sujeito não conseguiria mais se livrar disso. “Acho isso um troço caro”! Lembrou-se que a primeira vez que viu alguém usando um desses equipamentos foi em uma audiência de uma ação judicial contra uma empresa de porte para a qual trabalhou, movida por um grupo de vendedores, e na qual o relator do Ministério do Trabalho era laringectomizado.

Lembrando-se de sua situação de pobreza, afirmou que foi “maltratado” no hospital público onde havia sido operado e submetido à laringectomia. Expressou dor em seu rosto quando rememorou a forma como foram bruscamente arrancadas suas sondas, cânulas do traqueostoma etc. Quando, um pouco mais sereno, me disse que tem que estudar e se mostrar bem falante, talvez quisesse me dizer que, apesar de pobre, tinha condições de se desenvolver mais ou melhor que os outros pacientes, a seu ver, “ricos”. Revoltado, afirmou: “nós somos como porcos; somos internados, engordados e, depois, nos passam a faca”, fez um gesto que indicava o corte do pescoço e acrescentou que ficou quase três meses internado no hospital apenas por conta da fila de espera para a cirurgia.

Em continuidade, disse que tem se esforçado para falar melhor. Que “fica por conta” quando dizem que ele parece o Pato Donald (um personagem de história em quadrinhos que tem uma fala extremamente confusa e uma voz comicamente singular). Lamentoso, disse-me que gostava muito de cantar, que tocava em um conjunto musical e lembrou muitos cantores da Velha Guarda, dizendo que Bob Nelson era seu predileto.

Em uma outra ocasião, disse-me que ficava feliz por saber que a grande maioria das pessoas laringectomizadas teve “princípio de câncer” e ele não. Só foi operado porque tinha muita falta de ar e só uma “dorzinha na corda vocal esquerda”. Falou-me, também, que foi tão difícil saber que tinha de operar que determinado médico chegou a mandá-lo a um centro espírita para cuidar de seu problema que, “certamente” era espiritual. Acrescentou (a meu ver de maneira fabulosa, mas, na psicoterapia fenomenológico-existencial, este aspecto é um somenos) que todo hospital tem um médico espírita para avaliar os casos que a medicina não dá conta. Mas, em contrapartida, disse-me que, por ser muito católico, não foi à “macumba”, mas, sim, a outro médico. Ressaltou que, quando criança, era congregado mariano em uma igreja de sua terra natal e que já tinha feito retiro espiritual no carnaval. Que sempre foi muito católico, mas que respeitava todas as religiões, já tendo ido à Igreja Universal do Reino de Deus e, também, a centros espíritas. Acrescentou que não consegue entender como é que certas pessoas só acreditam na matéria e disse-me que o Homem é mais que isso, é espírito também.

Em uma de nossas sessões, quando discorriamos sobre seu tratamento, falou-me de seu progresso e disse-me que tem de se cuidar mais quando fala na rua ou com pessoas amigas, porque, quase sempre, se distrai e não cuida da colocação da voz como preconiza o tratamento fonoaudiológico. Acrescentou que gosta muito de conversar com um amigo que é meio surdo e que, como tem de falar alto com ele, acaba voltando ao cochicho (uma forma de se fazer audível, quando laringectomizado, é se utilizar de sibilação). Irônica relação cuidador-cuidado, não, senhores leitores? O que pensariam vocês de um laringectomizado sendo solidário a um surdo?

Uma outra sessão foi iniciada com o tema de seu tratamento. Nesta, ele observou que sabe bem sobre as técnicas necessárias à voz esofágica, mas que tudo depende muito do emocional, acrescentando que, “até mesmo para as relações sexuais”, o homem e a mulher têm de estar bem emocionalmente. Disse-me que quando se envolve em uma conversa “esquece a técnica de voz esofágica e fala com empolgação”. Ainda não consegue conciliar ambas as questões: técnica (controle corporal) e emoção.

Em nova sessão, quando perguntado sobre sua semana, disse-me que tudo ia bem e que, atualmente, ele só conta com duas coisas: Deus e sua saúde. Depois, vem o “convívio com vocês aqui” e, acrescentou, “para dinheiro, não ligo muito, já estou acostumado com a dureza. Acho que vou estranhar o dia em que tiver dinheiro no bolso”.

Por volta da metade de nosso acompanhamento psicoterápico, ele iniciou uma sessão dizendo-me que havia telefonado para minha casa outro dia e que eu não havia atendido. Perguntou-me se estava em casa nesse dia e respondi-lhe que cheguei mais tarde, mas que o telefone tinha secretária eletrônica. Ele me complementou: “Você me deu seu telefone dizendo que eu lhe procurasse por qualquer coisa que precisasse”. Perguntei: “Do que é que você precisava?” Resposta: “Acho que você podia me dar seu endereço e, caso eu precisasse, ia logo até lá”. Continuando, insisti: “Mas o que é que você queria?” Ele fez uma expressão meio ambígua e disse: “Conversar”. Perguntei-lhe sobre o que queria conversar e, como ele não me respondeu, expliquei-lhe que não fazia atendimento em casa, que, se ele quisesse, poderia me telefonar para marcar um atendimento extra na clínica. Ele reafirmou: “Mas quando você me deu o telefone, você disse que eu podia ligar para qualquer coisa”. Parcimoniosamente, falei-lhe que havia lhe fornecido meu número telefônico porque, durante minhas férias, ele poderia precisar de atendimento emergencial. Foi um momento mágico de nossa relação: ele queria simplesmente “conversar” com alguém ao telefone. Isto não ocorria em sua vida há muitos anos, pelo menos, desde antes de sua laringectomia, conforme me relatou depois. Foi uma demonstração de ousadia, coragem e necessidade de dar concretude à fala esofágica que se adensava à medida que o tratamento progredia.

Depois desse evento, percebi que vinha já há algumas sessões fazendo comigo uma curta retrospectiva. Por saber que nosso vínculo psicoterapêutico estaria sendo desfeito, pois nosso acompanhamento psicoterápico se aproximava do fim – uma exigência da clínica – contava e recontava suas histórias para mim. No mais, penso que

caminhava um tanto mais sereno, apesar da manutenção de suas muitas (e, a meu ver, necessárias) defesas.

Em sua retrospectiva, falou-me, mais uma vez, de seu trabalho, de sua condição financeira, de seu dia a dia e comentou que agora está bem mais calmo, mas que quando saiu da operação ficou muito tempo com o “estado de nervos abalado”. Disse-me que o pós-operatório, a limpeza do orifício etc. lhe causavam muito “nervoso”. Que não tinha paciência nenhuma, mas que, atualmente, se sentia muito melhor. Disse-me, ratificando, que não tinha vergonha de falar com os outros, mas que ficava “por conta” quando algumas pessoas caçoavam de seu modo de falar.

Disse-lhe que achava que o progresso era grande, na tentativa de reforçá-lo, mas observei que, talvez, se ele falasse um pouco mais vagarosamente, ele se sentisse melhor, já que teria tempo para trabalhar mais a entrada e a saída do ar. Foi lembrada, a seguir, por ele, sua revolta diante do deboche de outras pessoas, com o seguinte acréscimo: “não são só as crianças, os adultos também caçoam de mim”, “eu fico por conta”. Disse-lhe que, em breve, com o aprimoramento de sua voz esofágica, ele poderia retrucar os deboches, em resposta a sua afirmação de que era obrigado a “engolir esses desaforos”.

Assim é que, pelo que relato neste tópico, questões mais afetas à condição clínica de Vad me fizeram perceber o quanto esse homem trazia, em sua bagagem, a angústia da mutilação e a dor da incompletude corpórea. Esse senhor era assim, em sua trajetória, alguém cujo sussurro que emitia traduzia seu próprio apagamento no percurso de vida. Quantos sonhos? Quantas pessoas para cuidar ele gostaria de ter tocado? Quantos momentos de cantoria lhe foram ceifados? Quantos xingamentos ele poderia ter proferido a plenos pulmões àqueles que o imolavam, não fora a extirpação de suas cordas vocais?

Nossa díade cuidado-cuidador ia se desfazendo, mas, por isso mesmo, nossa história ia se configurando, ganhando seus contornos. Ele, cuidado, me cuidando com sua retrospectiva; eu, cuidadora, sendo cuidada e ingressando na espiral de cura, tal como a fábula de Higino... Nossa alternância, condição de existência, já era um-aí.

MAIS UMA OU DUAS COISAS QUE EU GOSTARIA DE DIZER POR ENQUANTO

Para finalizar, eu queria dizer um pouco mais acerca das personagens retratadas e das posições de cuidado e de cuidador que motivaram essas minhas reflexões.

O primeiro aspecto que gostaria de destacar é que o curador ferido – representado pelo próprio Quíron, mas, também, por Vad – tem, em sua ferida, a necessidade do cuidado. E esse cuidado é para fora de si. A missão dele é uma missão de alteridade e, acima de tudo, quando ferido, configura-se uma impossibilidade.

Portanto, a tarefa fundamental do cuidador é o seu próprio fazer de vida. Heidegger diz que o ser do ser-aí é na cura – sendo assim, é a própria missão de vida. Nesse momento, então, o curador (se ferido) tem sua missão de vida completamente invertida, completamente virada ao avesso. Ele deixa de ser para se submeter ao outro, sendo, agora, uma missão do outro e não mais dele próprio.

Para Ayres (2003), o cuidado, sendo o que possui o ser, traz para o contexto terapêutico certo espanto:

[...]Que estranho personagem, então, é o cuidado! Ele não é o Ser, mas sem ele não há Ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito nem o espírito para a matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas o tempo deve a ele sua existência. Estas delicadas dialéticas emergem da alegoria do cuidado como uma indicação de que não podemos explicar a existência nos termos de causa e efeito com que aprendemos a nos apropriar racionalmente de certas dimensões dessa existência.

[Portanto,]

O conhecimento do mundo é já um modo de ser no mundo, e não um distanciamento do mundo. (Ayres, 2003, p. 77)

Como Quíron, que negociou sua imortalidade para livrar-se da dor, parece-me que o nosso curador ferido, Vad, o nosso vendedor de algodão-doce, também teve que negociar: barganhou com a morte e trocou sua fala por sua nova linguagem na mutilação. Vad angariou, na possibilidade de se utilizar da tecnologia médico-cirúrgica, alguns anos de vida a mais em troca de seu distanciamento da expressão potente do pregoeiro que sobrevivia de sua loquacidade, seja para realizar seu trabalho, seja para viver em sua plenitude. Nosso cuidador ferido, portanto, inverte sua posição e se transforma em dependente do cuidado.

Assim é que, à semelhança de Asclépio – que, ao cuidar e livrar os outros da morte, provoca a fúria de Plutão – Vad, na contingência de ser um cuidador, por ser esta sua condição humana, se perde na inversão de papéis e se frustra na dimensão da dependência, imerso por completo no espiralar da vivência cuidado-cuidador. Ele, assim como tal deus, por vezes, feriu e perpetrou dor. Também eu, na tentativa de cuidar, mimetizando Asclépio, penso ter sido, de vez em quando, contundente e cortante.

Mas, na estranheza que o cuidado promove, percebe-se que esse exercício do cuidado pode ser visto como um motor (a angústia) que nos impulsiona e que vai nos conduzindo ao longo de nossas próprias vidas.

Além disso, quero dizer, em relação a essa díade cuidado-cuidador, que não acredito que se possa caminhar na direção da onipotência que alimenta a assimetria, quando se pensa no conforto e acolhimento ao outro. Dispensável, portanto, dizer que não

vislumbro a assunção dessa assimetria quando se é psicoterapeuta. A relação do ser do Dasein com o ser do Dasein (daquele que pertence ao cuidado com outro também pertencente ao cuidado) tem de ser encharcada por uma relação autêntica entre uma indiferenciada e infinita dupla cuidado-cuidador-cuidado-cuidador:

Isto é, quanto mais nos percebemos em contato com o outro, não necessariamente concordando com ele, ou coincidindo com ele, mas efetivamente entendendo-nos com ele sobre algo, mais próximos estamos da verdade desse encontro. Como conseqüências, temos que: a) a verdade prática é uma experiência sempre em curso, ilimitada e aberta à resignificação; b) é quando buscamos ativamente nos colocar em contato com outro horizonte (outra pessoa, outra cultura, outra época, outro lugar, outra experiência), buscando responder a algo que enxergamos desde nosso próprio horizonte, que, então, podemos compreender ao eu e ao outro; c) o conhecimento hermenêutico se produz por meio de, e quando há, fusão de horizontes; a experiência hermenêutica será tão mais significativa quanto mais ativa e compartilhadamente promover a fusão de horizontes. (Ayres, 2009, p. 147)

Quero dizer, também, que, ao passo que tive meu percurso como psicoterapeuta brindado pela presença de Vad, presenciei a crueldade de humanos que – lembrando da epígrafe deste texto, escrita por Saramago – se encharcavam de pânico e terror quando percebiam a fala imperfeita de Vad. Mas, de fato, penso que não era a fala de Vad que assustava esses humanos. Era, isto sim, a égide do medo e do preconceito – aos quais Vad não queria se submeter, sendo, portanto, um ser angustiado e lançado ao mundo, em vez de se calar como os cães de Cerbère –, que aterrorizavam e anunciavam o fim do mundo perfeito desses seres humanos.

Enfim, quero me despedir de Asclépio e seu poder de ressuscitar os mortos, acenar com um adeus ao céu estrelado e cumprimentar Quíron brilhante em sua constelação, me reconhecer como cuidadora, mas me saber eternamente cuidada e modelada como a argila que na mão do outro dorme e é acariciada. Quero, em especial, reverenciar Vad que, em suas querelas, enfrentou, fora da mitologia, as serpentes e peçonhas da insensibilidade humana – a forma como relata seu sentimento de maus-tratos hospitalares é, para dizer o mínimo, mobilizadora. Quero transpor para a sua figura mutilada a inadequação dos centauros – nem homem, nem cavalo. Vad, ao se perceber assim, estranho-estrangeiro, tentou alcançar a alteridade por meio da tentativa do exercício do cuidado a seus familiares..., mas não teve mais tempo nem oportunidade. Quero, assim, encerrar me reconhecendo cuidadora e cuidada por esse cliente que, ao compartilhar comigo sua história de vida, cuidou de minhas reflexões acerca das possibilidades e limites do exercício psicoterapêutico. Evoé, Vad! Evoé!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.
- . O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. v. 13, n. 3, p. 16-29, set.-dez. 2004.
- . Para compreender o sentido prático das ações em saúde: contribuições da hermenêutica filosófica. In: AYRES, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.
- BULFINCH, T. *O livro de ouro da mitologia (a idade da fábula)* – Histórias de deuses e heróis. 25. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.
- CAMARGO JR. K. R. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado – as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 157-70.
- DUBOIS, C. *Heidegger: introdução a uma leitura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- GILES, T. R. *História do existencialismo e da fenomenologia*. vol. 1. São Paulo: EPU, 1989.
- SARAMAGO, J. *Jangada de pedra*. 11. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.
- STEIN, E. *Seis estudos sobre “Ser e Tempo”*. Petrópolis: Vozes, 2008.

Histeria e fenômeno psicossomático: corpo biológico × corpo simbólico nos limites da intervenção

SILVANA CARNEIRO MACIEL

LIANA MIRELA SOUZA OLIVEIRA

Como identificar se as afecções do corpo são “puramente” biológicas ou provenientes de uma estrutura histérica ou psicossomática? Qual o significado do corpo para cada estrutura? Existe, de fato, alguns tipos de doenças que suscitam uma sintomatologia histérica, como as paralisias, contraturas, “bolos esofágicos”, enjoos, náuseas etc., enquanto outras remetem aos fenômenos psicossomáticos ou psicofisiológicos, apresentando patologias como doenças cardíacas, dermatológicas, distúrbios do aparelho digestivo, entre outras. Mas qual o principal aspecto diferenciador entre esses fenômenos que se manifestam no corpo?

Na tentativa de esclarecer tais questionamentos, vislumbramos estabelecer diferenciações e aproximações entre a histeria e os fenômenos psicossomáticos, referendadas em aportes teóricos, essencialmente nas investigações psicanalíticas iniciadas com Freud, seguido de outros psicanalistas que se voltaram para pesquisas no campo psicossomático, ratificados na prática clínica. Assim, traçando paralelos entre os dois fenômenos, a prática clínica foi norteadora para entender como dois processos aparentemente tão semelhantes, que usam o corpo como via de expressão, podem ter seu tratamento, origens e fontes tão distintas. Analogamente podemos pensar na histeria e nos fenômenos psicossomáticos como uma estrada de mão dupla; usam a mesma via de acesso (o corpo), mas não na mesma direção.

DEFINIÇÃO DE HISTERIA: FENÔMENO DO CORPO SIMBÓLICO

*A histeria conta uma história.
Há uma escrita a ser decifrada por um leitor,
que privilegiado pela atenção flutuante,
surpreende o retorno do recalçado...
O corpo narra, fala e simultaneamente descarrega.
(Santos Filho, 2010, p. 153)*

Capitão e Carvalho (2006) lembram que o organismo possui três vias de respostas para a descarga das excitações: a orgânica, a ativa e a do pensamento, sendo esta última a mais evoluída delas. Diante de uma perturbação em seu funcionamento, o indivíduo pode, segundo as características de seu desenvolvimento e de seu momento de vida, ser acometido por patologias “psíquicas” ou “somáticas”. Quando a dor psíquica e o conflito psíquico decorrentes de uma fonte de estresse ultrapassam a capacidade habitual de tolerância, em vez de serem reconhecidos e elaborados, podem ser descarregados

em manifestações somáticas, remetendo a uma falha na capacidade de simbolização e de elaboração mental. Desse modo, com certas dificuldades de enfrentar tensões, o adoecer pode ser considerado uma tentativa de estabelecimento de um equilíbrio para o corpo ou uma saída para um conflito psíquico.

No século XIX, século das investigações de Freud, a existência ou não da lesão anatômica era, para a psiquiatria, um aspecto de grande relevância. A anatomia patológica permitia investigar no corpo a lesão referente aos distúrbios e aos sintomas observados, formando-se, então, dois grandes grupos de doenças: aquelas com sintomatologia regular que remetiam a lesões orgânicas, as neuroses sem lesões, e as quais não apresentavam a sintomatologia regular. Inicialmente, por não haver explicações objetivas, anatômicas, as neuroses (hoje conhecidas) foram tidas como problemas espirituais, com explicações religiosas ou como simulação.

A histeria, em particular, desafiava os conhecimentos da época, pelas alterações apresentadas no corpo (conversões), e continuava a desafiar a equipe médica nos hospitais, que buscava incessantemente uma causa orgânica, neurológica, que explicassem as paralisias, a mudez, a cegueira e os demais sintomas histéricos. Os médicos da época buscavam um correlato orgânico para as manifestações histéricas, mesmo após a morte, com as dissecações dos cadáveres. Mas todos os esforços eram em vão e o desafio permanecia, e a histeria escapava às mais penetrantes investigações anatômicas:

– Morrem histéricas! O que fazer com estes cadáveres? Como tratá-los? Podem ser tocados? Qual teria sido a causa da morte? Será que uma “força maligna” impediu a vida de prosseguir em seus corpos? Será que a lesão hereditária paralisou o funcionamento de seus cérebros?... como explicar, por meio do corpo-cadáver, as manifestações observadas no corpo-sintoma? Os médicos, senhores absolutos das necropsias, abriram esses corpos movidos por um saber enganoso, acabaram por produzir também um tipo de saber que nada informava sobre a histeria.... não consideravam na histeria seu aspecto essencial: o discurso da histérica. (Farias, 1993, p. 37)

Em 1895, Freud vai a Paris, assiste às aulas de Charcot na Salpêtrière e adere entusiasticamente ao modelo oferecido por ele para a histeria. Para Charcot a origem da histeria seria um trauma, e por meio do estado hipnótico, o paciente ficaria passível de sugestão, facilitando a irrupção do trauma, e o tratamento dos sintomas objetivados no corpo. Os aspectos mais enfatizados por Charcot e Freud, nesse período, era o fato de a histeria não ser uma simulação. Mas é Freud, com seus estudos e atendimentos, passa a ver além do corpo das histéricas; articulando os sintomas com suas histórias de vida, dando espaço para a fala e para a narrativa singular de cada paciente atendido, pois só assim, concebia Freud, o médico podia acessar o momento traumático responsável pela histeria, que se encontra na mente, no inconsciente e na subjetividade do paciente.

Farias (1993) relata que foi Freud quem se empenhou em produzir um sentido de leitura sobre a “gramática” do corpo e o sintoma na histeria; e, em uma atitude diferente da medicina da época, ele se negou a dissecar os cadáveres das histéricas, propondo estudá-las enquanto vivas por meio da palavra como modo de alterar suas subjetividades.

Tempos depois, Freud considera que as ideias geradoras do sintoma histérico seriam de conteúdo essencialmente sexual. Mas ele foi mais adiante e deu mais ênfase às narrativas que desvelavam componentes sexuais e que exerciam papel preponderante na etiologia da histeria. Estava firmada a relação entre histeria e sexualidade, relação recusada por Charcot e que se transformou em núcleo central das investigações freudianas. Outro aspecto considerado seria que a histeria atinge tanto mulheres quanto homens, desfazendo a ideia que apenas as mulheres padeciam de manifestações histéricas, como sugeria o próprio termo “histeria” que deriva do grego *hystéra*, que significa “útero”. (Garcia-Roza, 1997).

Desde o princípio, Freud atem-se à teoria que a sexualidade desempenha forte papel na irrupção da neurose, sobretudo da histeria. De acordo com a primeira teoria freudiana, a neurose histérica seria provocada pela ação patogênica real de um trauma sexual, seria então o esboço da teoria da sedução, que preconizaria a gênese da histeria e do sintoma neurótico. A sedução seria um acontecimento, uma cena cujo conteúdo era basicamente de natureza sexual. Nesse acontecimento, o sedutor exerceria papel ativo, e o seduzido, o objeto de sedução, uma posição de passividade, impondo o sedutor sua sexualidade ao seduzido.

A posição de Freud em relação a essa teorização é argumentar que a criança exerce, em favor de sua imaturidade sexual, o objeto da ação sexual de um adulto, ou seja, há na criança fator implicado na sedução, mas que não pode ser considerado como papel ativo, já que a criança é sempre passiva em relação à sedução. É de sua prática clínica que Freud retira os elementos para essa teoria, pois os relatos de suas pacientes histéricas continham sempre aspectos velados ou não de sedução. Constata-se que, pelos discursos das pacientes, Freud fora conduzido à falsabilidade dos relatos; no início de suas investigações estava convencido da teoria da sedução, mas mudaria de opinião posteriormente, fazendo-o reformular sua teoria.

Passou depois a verificar que o que existia de fato era uma representação psíquica de uma ideia não consciente e intensamente carregada de afeto, entendendo que o trauma não seria um acontecimento externo, mas um violento desarranjo interno alojado no eu; o trauma sofrido pela criança não seria uma agressão externa real, mas o vestígio psíquico deixado pela agressão; não é a natureza do impacto que importa, mas a marca que resulta dele.

A causa da histeria não é um acidente mecânico externo e datável na história do paciente, mas o vestígio superinvestido do afeto, não é o fato em si da sedução que atua, mas a representação psíquica que constitui seu traço vivo (Nasio, 1993, p. 43).

Assim, Freud postula o recalque como a base da histeria, como um processo que tem como alvo uma representação não consciente relacionada às experiências sexuais; ou seja, o recalque “como uma falha de tradução”, algo do passado que é tratado como aspecto atual, é definido como uma defesa da histeria caracterizando-se uma relação temporalmente invertida. Estabelece-se, então, a existência de uma cena não consciente que participa efetivamente no processo de formação dos sintomas.

Para explicar a gênese do sintoma histérico, Freud vale-se do fator quantitativo para mostrar a conversão como uma ação pela qual o psiquismo procura se livrar do excedente de excitação que não conseguiu lidar adequadamente. Assim, as manifestações corporais da histeria seriam consequências do processo de recalçamento, vinculadas ao complexo de Édipo. Por seu caráter intolerável para a consciência, a representação causada por uma situação conflitiva torna-se inconsciente, mas mantém-se associada a consciência por meio do sintoma histérico.

O sintoma histérico adquire uma representação recalçada, que esconde e insinua a situação conflitiva, cuja expressão se dá em uma via simbólica em oposição à via anatômica. A histeria esconde e expõe seu sintoma e de forma ambígua desafia e pede interpretação de seu sintoma (Santos Filho, 2010).

A histeria tem em seu cerne um conflito e uma ambivalência. De um lado, uma representação sobrecarregada que procura liberar seu excedente de energia e, de outro, a pressão constante do recalçamento que, isolando a representação, impede de escoar sua sobrecarga. A resolução desse conflito não é total, mas apenas soluções de compromisso, que consistem no investimento de outras representações menos perigosas que a representação intolerável. Trata-se de um deslocamento de energia, transformação da energia de um estado primário em um estado secundário. Assim, com o intuito de desarticular o recalçamento, o excesso de energia passa de seu estado primário – a sobrecarga de uma representação intolerável – para outro estado de carga constituído pelo corporal. Portanto, a carga se transforma, mas nem por isso deixa de ser um excesso de energia de feitos mórbidos. Dessa forma, o sofrer histérico é sofrer inconscientemente no corpo, conversão de um gozo inconsciente e intolerável em um sofrimento corporal (Nasio, 1993).

Pereira (2010) afirma que o corpo, para a psicanálise, é um corpo erógeno, de caráter sexual, não é um organismo, não coincide com o corpo descrito pelo campo da ciência, da medicina. O discurso freudiano construiu outra leitura sobre o psiquismo, no qual esse se fundaria sempre no corpo. Este, no entanto, não é concebido como um dado imediato da natureza, mas uma construção que está em permanente processo de produção. Em decorrência disso, pode-se enunciar que o corpo não se identifica nem com o somático nem com o organismo, ainda que possa ser dito que se construa também desses registros, de maneira indubitável.

Ávila e Terra (2010) chamam atenção para o fato que, após Freud, e com os novos manuais classificatórios, a histeria foi reclassificada na tentativa de quantificar a enfermidade por meio de critérios clínicos, e gradativamente desdenhada, como diagnóstico, pelas investigações clínicas, sendo desmembrada em um amplo conjunto

de condições médicas, às vezes com componentes orgânicos mais acentuados, que conduziram aos imprecisos quadros dos sintomas médicos inexplicados. Destacando que isso não representou um avanço em relação a histeria, uma vez que essa é uma entidade que segue parâmetros próprios, muito diversos dos buscados por uma ciência positivista, que prima, cada vez mais, por evidências demonstráveis e replicáveis, relegando para segundo plano a dinâmica do próprio homem, com valorização crescente do *neurofisiológico* em detrimento do *psicodinâmico*.

Para Pereira (2010) o corpo na psicanálise está para além do organismo-máquina devassado pela ciência. O corpo biológico não é dado desde o nascimento, mas construído nas primeiras relações com a mãe que, ao cuidar de seu filho, marca-lhe o corpo libidinalmente, à medida que o deseja e lhe atribui significados, deixando de ser um simples organismo biológico e se tornando humanizado, marcado pela energia sexual e pelo desejo, e dele o indivíduo vai se apropriando, ou não. E é desse corpo pulsional, erógeno, a psicanálise que trata, corpo marcado, em última instância, pela linguagem e pela falta, cuja satisfação é sempre incompleta, desencaixada, o que mantém o sujeito como eterno desejante. Desejo de muitas expressões, muitas roupagens, e que só finda com a morte do organismo.

A clínica psicanalítica põe em questão a participação do sujeito na doença, interrogando sobre seu lugar diante de si mesmo de acordo com a construção de possibilidades de ressignificação do adoecer orgânico na experiência do corpo erógeno; que vai além do corpo biológico doente, trabalhando pelo viés do sujeito, o acolhendo pela escuta, fazendo uma aproximação entre o corpo e o sujeito do inconsciente (Pereira, 2010).

Sabe-se que o sintoma histérico (objetivo) desvela um saber subjetivo a ser desarticulado pela palavra; e é o sintoma objetivo que se torna fonte de ledos enganos médicos, à procura de lesões ou algo que não funcione adequadamente no corpo ou na mente do histérico ou, ainda, algo faltante ou que sobre; constituindo um efeito de verdades e falseamentos que o saber médico não consegue dar conta. O sintoma histérico só cede pela subjetividade, pela palavra, e a conversão só cede a cada seção. É a verdadeira articulação do psíquico com o somático. Marcas da mente que marcam o corpo. Mas podemos dizer que a histeria é um fenômeno psicossomático? Qual a diferença entre neurose histérica e doenças psicossomáticas?

DEFINIÇÕES DA PSICOSSOMÁTICA: FENÔMENO DO CORPO BIOLÓGICO

Elael (2008) afirma que certas afecções somáticas respondem mal aos critérios exigidos pelo saber médico. Quando o caso é rebelde à etiologia, quando a lesão é inexplicável, quando desconcerta tal saber, elas são consideradas pela medicina como psicossomáticas. Sua causa é desconhecida, seus sintomas, de graduação variável, sua evolução, imprevisível, entretanto todas têm a característica de serem lesões orgânicas, existindo

sempre um dano histológico objetivável e considerável. As lesões podem se agravar, com complicações que colocam em perigo a vida do paciente, como podem, também, simplesmente desaparecer, sem nenhuma razão plausível. O desenrolar desta doença se caracteriza, mais frequentemente, pela existência de crises sucessivas e crônicas, fazendo da vida uma alternância entre o aparecimento e o desaparecimento da lesão.

Retomamos aqui uma pergunta de Freud: quais são as causas pelas quais o psíquico é afetado causando uma ação perturbadora sobre o físico? Podemos perguntar também: o que o homem faz de sua relação com o corpo nos fenômenos psicossomáticos?

A ideia de psicossomática confunde-se com as próprias origens e história da filosofia. Mas a formalização da psicossomática na prática clínica é recente e data do século XX. Em 1818 o clínico e psiquiatra Heinroth sugere o termo psicossomática para expressar “a inflamação das paixões sexuais sobre a tuberculose, epilepsia e câncer”. Assim, defendia que o conceito de psicossomática era resultante de dois aspectos – soma e psique, dois eventos distintos cuja relação é objetivo de discussões seculares, filosóficas e científicas. A medicina psicossomática inicia-se com propósitos bem delimitados, que são: observar e estudar o homem sob duplo aspecto – somático e psíquico; ou, focalizar as relações entre as emoções (psique) e as doenças orgânicas ou mais restritamente explicar a influência da psique (afetos, emoções) nas afecções orgânicas – cura dos males orgânicos pela psique (Soares, 2000).

No Brasil, um dos primeiros autores que trabalhou com a medicina psicossomática foi o médico Danilo Perestrello, na década de 1950. Para ele, a medicina psicossomática “não constitui uma especialidade, mas sim uma atitude, [...] acreditando que no futuro toda a medicina será psicossomática” (Perestrello, 1958, p. 81).

O próprio Perestrello critica a dicotomia do termo psicossomática, pois o organismo não pode ser fragmentado sem perder sua individualidade, defendendo que não se deverá falar em organismo psicossomático, ou somatopsíquico, mas simplesmente em organismo. Ressalta-se que psicossomático expressaria a soma de duas entidades; já o “psíquico” e o “somático” representam tão somente níveis de integração menos ou mais diferenciados de um fenômeno único – o fenômeno biológico.

O referido autor destaca alguns princípios gerais da psicossomática:

1. O objeto de estudo não é a doença, mas o homem.
2. Não há doenças locais. Toda enfermidade é geral e acomete o indivíduo como um todo.
3. O indivíduo isolado é uma abstração e só pode ser concebido em seu ambiente.
4. Os estados emocionais podem perturbar o funcionamento de qualquer órgão e são tão eficazes na produção de modificações somáticas quanto os estímulos físicos.
5. Os distúrbios funcionais podem, pela continuidade ou intensidade, acarretar lesões estruturais.
6. Não são preocupações reais, mas conflitos inconscientes os principais responsáveis pelos sintomas somáticos.

Contudo, Nicolau (2008) enfatiza que, apesar de mudanças que passaram a ocorrer no saber médico no século XX, quando a medicina passou cada vez mais a inserir a dimensão humana como fator decisivo para a compreensão das enfermidades, os médicos no geral continuam a associar o diagnóstico de uma doença a seu correlato orgânico. Escreve:

[...] no campo da medicina, quando não se encontra um referente orgânico da doença, o diagnóstico fica essencialmente associado aos tipos clínicos decorrentes dos sintomas apresentados, abordando o tratamento das enfermidades psicossomáticas como uma patologia que se manifesta equitativamente. Assim, diante de uma lesão de órgão ou de uma dor que não se inscreve no discurso médico, são comuns os diagnósticos de “distúrbios neuro-vegetativos”, “estresse” ou “doença psicossomática” e os pacientes já vêm com um diagnóstico previamente estabelecido. (p. 964)

A autora ainda cita que, mesmo que o paciente não chegue a ter um diagnóstico preestabelecido, já ficam rotulados pelo médico: – “Você não tem nada. Vá ao psicólogo”.

E a psicanálise, na medida em que se propõe como teoria da subjetividade, na busca das determinações dos atos e motivações inconscientes na vida do homem, diluindo algumas barreiras teóricas, apropria-se da medicina psicossomática para explicar o modo de intervenção da psique no soma. Como postulava o próprio Freud “a psicanálise não esquece jamais que o psíquico repousa sobre o orgânico”. Os fenômenos psicossomáticos, mesmo com formações diferentes dos sintomas neuróticos, não se situariam fora do âmbito das investigações psicanalíticas.

De acordo com Fadden (2000), o primeiro médico a introduzir o conceito de inconsciente no tratamento de pacientes somáticos foi George Groddeck, que entendia que toda doença física é igualmente psíquica, e toda doença psíquica é também física. Para ele, a doença seria um compromisso, uma solução para a ambivalência do ser humano diante do passional e do representável; em que a doença não seria tão ocasional, mas sinal da relação do paciente com o mundo e consigo mesmo.

Dejours (1998), diante de sua experiência clínica, acreditava que não há relação de determinação entre ordem biológica e psíquica, mas uma integração subversiva. “No fenômeno psicossomático não há nem doentes nem doenças psicossomáticas, senão sujeitos com suas ordens e desordens, sujeitos com seus corpos singulares, corpo biológico, alvo dos processos de somatização” (Dejours, 1998, p. 42).

No que se refere à causa das doenças psicossomáticas, ainda não há consenso, existindo diversas teorias explicativas como as expostas por autores como Ferraz (1997) e Fadden (2000):

1. Franz Alexander (1952) afirma que a causa das alterações orgânicas está nas emoções crônicas reprimidas associadas a conflitos inconscientes não resolvidos e a vulnerabilidade do sistema constitucional.

2. Félix Deutsch, Sidney Margolin, Marx Schur (1955) e Angel Gorma (1958) atribuem a causa a perturbações na relação mãe e filho.
3. MacDougall (1980) também atribui a causa à relação mãe e filho (fase simbiótica), interferindo no processo de separação e diferenciação, prejudicando a representação do objeto e sua autorrepresentação, favorecendo apenas a utilização de símbolos concretos.
4. Marty (1972), Sifineos (1972) e Nemiah (1978) afirmam que a causa está na forma de pensar e elaborar as emoções. Estes autores afirmam que os pacientes psicossomáticos possuem forma peculiar de pensar e de lidar com as emoções: são pacientes pré-operatórios e alexitímicos. São caracterizados como pré-operatórios por trabalharem em cima do real, concreto; com poucas elaborações. Referindo-se a Alexitimia, esta significa: *a* (ausência), *lexis* (palavra), *thymo* (emoção) = ausência de palavras para nomear emoções. Como consequência, os pacientes psicossomáticos têm inaptidão para fantasiar, pobreza associativa e de imaginação, restritos à realidade, com comunicação estéril e inexpressiva. Utilizando-se de um termo criado por Marty, a mentalização seria uma espécie de medida das dimensões do aparelho psíquico, uma boa mentalização protege o corpo das descargas das excitações, e nos pacientes que padecem de sintomatologia psicossomática, há um baixo grau de mentalização. Assim, esses pacientes têm funcionamento emocional constrito, com atividade psíquica inflexível sugerindo uma vida mecânica.

Trabalhando na perspectiva da alexitimia, Santos Filho (2010) pontua que os pacientes somáticos apresentam-se com uma atividade fantasmática reduzida, sonham pouco, e seus sonhos são realistas, “crus”. Há pouca elaboração psíquica, como se o pré-consciente funcionasse de modo insuficiente. Por esta questão, Simão (1998, p. 35) enfatiza que:

O trabalho em análise com o paciente psicossomático precisa possibilitar ao paciente criar um “espaço transacional” que não houve, para que ele prossiga seu trabalho de representação e de simbolização, onde os “objetos transacionais” percam sua materialidade e ganhem o estatuto de fantasias inconscientes, deslocando para o corpo erógeno o que está no corpo biológico. Isto implica em transformar em sintoma neurótico um sintoma físico.

Este trabalho, como bem destaca Santos Filho (2010), exige tempo e paciência e muito do analista como pessoa, pois se busca uma possível construção da capacidade elaborativa do paciente psicossomático, e esta, para se constituir, necessita de um vínculo intenso, confiável, duradouro e contínuo com o paciente.

Para Germano (2010), no adoecimento somático, o corpo passa a ser a grande referência daquele que sofre. A enfermidade que se apresenta ao analista, muitas vezes

já nomeada pelo saber médico, regula a vida e os pensamentos do paciente, revelando grande dificuldade em se desvencilhar, em dar novo sentido a seu sofrimento, estando aqui as barreiras para que esse paciente possa se analisar, pois dificilmente consegue subjetivar seu sofrimento, investindo constantemente na dimensão corporal.

Fica evidente que a direção do tratamento com pacientes psicossomáticos traz a necessidade de pensar a diferença do fenômeno em relação à histeria. Com a análise das histerias, observa-se que certas manifestações corporais admitem uma leitura, pois expressam um discurso, formam um sentido que, evidenciado ao sujeito, o liberta do sintoma que é simbólico, representativo de uma imagem/desejo recalcado. Já nas manifestações psicossomáticas, a “interpretação simbólica” não tem o efeito sutil de por à mostra um sentido oculto, desconhecido para o paciente tal como uma metáfora.

Em virtude desta questão, Germano (2010) destaca que a interpretação, tal qual a entendemos para a psicanálise de neuróticos, deve ser evitada no trabalho com psicossomáticos. Como nesses pacientes a condição se estabelece em uma fase pré-verbal, fica fácil imaginar a fragilidade pessoal com a qual lidamos para realizar a análise. Daí a compreensão de que não é de um oráculo que precisam em terapia e sim de algo que se aproxime mais de uma relação interpessoal. Assim, estas psicoterapias acabam por exigir muito mais do analista. Exigem tempo maior, paciência e uma disponibilidade interior de se colocar nesta posição, na qual os pacientes psicossomáticos se relacionam mais com as disposições verdadeiras, reais, do analista como pessoa que com as suas interpretações.

O autor ressalta que será por meio do pré-consciente do analista que se organizará a capacidade simbólica do analisando. Ao analista caberá colocar as palavras que faltam ao paciente e, por meio de suas características pessoais, ofertar uma relação de suporte e construção para o psiquismo do paciente. Enfim, um trabalho árduo, lento e cuidadoso, no qual, mais que em qualquer outro trabalho analítico, a intuição e os afetos do analista, e não sua inteligência, formam o norte para alcançar alguma transformação em um fenômeno que insiste em se manifestar em um único lugar no corpo.

Já nas primeiras entrevistas com pacientes psicossomáticos percebe-se que estes não buscam uma subjetivação, mas uma necessidade de relação humana mais próxima, que consiga minimizar a intensidade das angústias e ameaças de desintegração e acolher seus sofrimentos. Sobre isto escreve Santos Filho (2010):

O que há de singular nestas entrevistas? Inicialmente a demanda, que é fornecida por um outro e é aceita ou “aprendida” pelo paciente. Funciona como se fosse uma receita ou pedido de exame complementar. [...] Há um pedido inicial de algo concreto, objetivo, algo que possa ser aprendido, ensinado e não desvendado, descoberto. (p. 357)

Nesta mesma direção, Volich (1998), destacando a diferença entre a condução de análise de um neurótico e de um paciente psicossomático, defende uma visão ampla,

em que somente a compreensão psicológica é insuficiente. Acredita que o fenômeno exige uma abordagem multiprofissional, devendo haver interlocução de saberes:

Em função de tudo isso, a prática da psicossomática não pode se restringir a uma atividade de consultório particular. Para que estas trocas e a função de interlocução sejam possíveis, é necessário que ela seja exercida em conjunto com outros profissionais, em um contexto institucional, de saúde, de educação, e mesmo empresarial, em enquadres interdisciplinares. (p. 19)

Volich (1998) também enfatiza a importância da mentalização do pensamento e dos afetos como elemento regulador essencial para adequada condução do trabalho terapêutico, destacando que a via usada pelo paciente psicossomático é a orgânica e que a mentalização é o recurso necessário que precisa ser oferecido aos pacientes no tratamento para tentar alcançar a via de escoamento mais evoluída a psíquica, a representação mental dos conflitos e não a corporal.

Teixeira (2006) diz que pensar no adoecer orgânico não conversivo implica considerar a etiologia multifatorial das patologias e pensar no tratamento de pacientes marcados pelo adoecimento somático corresponde a refletir sobre o sofrimento fora dos esquemas de simbolização, no qual o corpo pulsa em dor, uma dor indizível e refratária às intervenções, constituindo um campo de desafios à clínica, pela não implicação do sujeito em seu sofrer, sendo este figurado pelos destinos de um corpo lesionado em sua concretude, assim como pelas prescrições médicas.

A história da patologia, os relatos, monotonamente detalhados, de tratamentos e exames preenchem o tempo e o espaço das sessões. Essas questões ressaltam olhares diversos, como afirma Teixeira (2006), que podem guiar os procedimentos terapêuticos ante os desafios endereçados pelos portadores de doenças orgânicas. As doenças reconhecidas como psicossomáticas pela medicina denunciam as limitações e impotências dos referenciais médicos e psicológicos, quando focalizados isoladamente no processo de tratamento daqueles que padecem no real do corpo. Os processos de desencadeamento, evolução, agravamento e desenlace das manifestações psicossomáticas interrogam os aspectos psicológicos e orgânicos nelas envolvidos.

A autora ressalta que o soma adoecido exige ser escutado, sendo este momento de acolhimento pelo analista necessário para que a implicação do doente em seu sofrimento possa ocorrer, abrindo campo para a mudança de posição do sujeito em relação ao que espera do analista, podendo situar as queixas iniciais na transferência. Abordar o adoecer orgânico como fenômeno psicossomático significa considerar que, juntamente de outros aspectos – genéticos, ambientais, fisiológicos, estilo de vida –, a organização psíquica e seus modos de endereçamento libidinal devem ser considerados na abordagem da lesão orgânica.

Na realidade o trabalho do psicólogo com o paciente psicossomático tem algumas especificidades a serem destacadas, pois o terapeuta deve atuar sabendo que o corpo do

paciente psicossomático de fato está afetado, existe um substrato físico-patológico real que pode culminar em internações, cirurgias e até na morte.

Em virtude do quadro orgânico do paciente psicossomático, uma das primeiras tarefas que cabe ao psicólogo é a minimização dos efeitos das manifestações somáticas, sobretudo das crônicas, atuando na reabilitação física, na reestruturação da imagem corporal (a exemplo de doenças de pele crônicas como lúpus, psoríase) e na readaptação às novas alterações e/ou limitações físicas provocadas por intervenções cirúrgicas, medicamentos e pela própria patologia.

Além desse trabalho de apoio, o psicólogo deverá fazer uso da psicoterapia breve de esclarecimento com o intuito de propiciar mudanças na forma de lidar com situações de perdas e de conflitos, permitindo, como afirma Simão (1998, p. 33) “a criação de vias de simbolização que passe a proteger o seu corpo biológico, direcionando o conflito a ser vivido no psiquismo”.

Sobre isto Caldeira (1998) diz que o paciente psicossomático gira em torno de seu sintoma e só existe como “doente”, mas, em seu tratamento, faz-se necessário que ele possa se ver como parte do sintoma, tomando consciência do uso que muitas vezes faz deste.

Para que o terapeuta alcance esses resultados, é necessário que assuma um papel ativo e não espere o sentido brotar de associações livres, pela dificuldade de elaboração e de associação dos psicossomáticos. Além disto, a terapia deve ser realizada face a face, permitindo uma relação pessoal e real com pouco uso das interpretações para que não sejam entendidas como invasão, pois, como diz Santos Filho (2010, p. 154),

o paciente psicossomático não está em Tebas, a beira do oráculo, à espera de uma decifração. Ele está em busca de uma relação humana e interpessoal, que possa ajudá-lo a constituir-se mais plenamente como sujeito e, quem sabe, um dia possa até desejar buscar um oráculo.

A busca desse oráculo no paciente psicossomático é o que todos desejam como terapeutas.

Apesar de toda esta dificuldade de elaboração do paciente psicossomático, pode-se afirmar que a via biológica admite uma história e que essa história é ligada a vivências traumáticas, cujo protótipo é a perda do objeto ou algo que imaginariamente lhe corresponda. Devemos, pois, como diz Caldeira (1998, p. 167), “reconstituir histórica e cronologicamente a vida do paciente, integrando datas, acontecimentos e eclosões somáticas”.

Concordamos com Groddeck quando nos diz que o propósito da psicossomática não deve ser o de mudar a doença, mas mudar a atitude do ser humano em relação à doença. A doença tem um sentido e um propósito; ela pode ser a solução, mesmo que momentânea para um conflito; ser uma válvula de escape para perigos reais ou imaginários, um mal necessário para a vida. Sarar, perder a doença é também perder um abrigo, é confrontar-se com o seu interior.

A doença constitui, enfim, o último refúgio da liberdade do indivíduo quando a vida se lhe tornou insuportável, o que explica por que o ser humano não renuncia a ela tão facilmente, mesmo se arrisca nela deixar sua vida e aspirar à cura (Groddeck, 1992, p. 58).

Para Groddeck, o acaso, o absurdo não existem. Toda doença, acidental ou não, inscreve-se na história do indivíduo e não é um corpo estranho do qual é preciso livrar-se. É parte integrante do doente, sendo às vezes até estruturante, e tem um significado que pede para ser compreendido. Complementando, Simão (1998, p. 31) afirma que:

A medicina lida com o corpo que temos; corpo que se movimenta, objeto de julgamento e valorização; corpo mensurável, comparável, de competição. A psicanálise lida com o corpo que somos; é o nosso vivido. Corpo carnal que não é apenas um instrumento, mas também um lugar. Lugar pelo qual o mundo atinge um mistério: aquilo que cada um de nós é. Não é um corpo que pede prótese, pede significação e sentido. Corpo que habita a linguagem, lugar do desejo e do gozo.

O psicoterapeuta que lida com psicossomática deve, pois, ouvir os desejos e dar significado a esse corpo em função da reconstrução da história de cada um e do resgate de sua subjetividade.

CORPO BIOLÓGICO × CORPO SIMBÓLICO: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Qual a diferença entre o corpo simbólico dos histéricos e o biológico dos psicossomáticos? Afinal de contas o que difere entre a histeria e os fenômenos psicossomáticos na clínica? Como saber quando se trata de um ou de outro aspecto? Como intervir, quando os pacientes procuram ajuda psicológica para os “sofrimentos” inscritos no corpo? E como distinguir os dois fenômenos na prática clínica quando os pacientes chegam em busca de ajuda psicológica, trazendo “o corpo” marcado, pelo real ou pelo simbólico? Como entender a história que carregam esses corpos? E como não ficar se questionando se tais sintomatologias não necessitariam muito mais de um acompanhamento médico do que um tratamento psicológico?

Questões como essas não são recentes, a diferenciação entre histeria e fenômenos psicossomáticos tornou-se alvo de investigação de muitos estudiosos envolvidos no assunto. Parece que a primeira distinção a fazer deva-se ao fato de que a somatização recai sobre o corpo fisiológico, carente de significação e que não permite uma estrutura que pode ser lida, ao contrário da conversão histérica, que o corpo afetado é o erógeno, o corpo simbólico passível de interpretação.

Para a Psicanálise, a histeria não seria uma doença que afeta o indivíduo, mas o estado que o compromete em suas relações. O histérico é aquele que, sem ter conhe-

cimento disso, impõe na relação afetiva com o outro a lógica doentia de sua fantasia inconsciente. Uma fantasia em que ele desempenha o papel de uma vítima infeliz e constantemente insatisfeita. O histérico é fundamentalmente um ser de medo que, para atenuar sua angústia, não achou outro recurso senão manter, incessantemente em suas fantasias e em sua vida, o doloroso estado de insatisfação.

O corpo do histérico é um corpo representado, subjetivo, as alterações não são explicadas pelo real, objetivo, orgânico. As condições orgânicas recuam, mudam, assim como um passe de mágica, ao serem interpretadas, ao fazer o caminho de volta da simbologia do órgão à cena recalçada. O corpo biológico não é afetado de fato, há uma integridade deste, o que não ocorre nas doenças psicossomáticas. As manifestações corporais que os histéricos sofrem não resultam de nenhuma causa orgânica, não obedecem a nenhuma lei da anatomia ou fisiologia. O corpo do histérico, compreendido como um corpo sexuado, passível de interpretações, remete à sexualidade infantil e ao recalçamento. Nos fenômenos psicossomáticos, a sintomatologia somática não é mediatizada pelo recalçamento e o corpo é afetado no real e não apenas no simbólico, não sendo possível o recuo da patologia diante de um interpretação.

Traçando paralelos entre histeria e fenômenos psicossomáticos, Ferraz (1997, p. 26) distingue entre somatização e conversão, afirmando que:

O ato somatizador recai sobre o soma. Ao contrário da conversão histérica, quando o corpo afetado é o corpo erógeno – portanto, corpo simbólico – na somatização o corpo é o mesmo corpo biológico; daí a existência de uma lesão orgânica, muitas vezes extremamente grave.

O traço clínico da histeria concerne ao corpo, mas compreendido como corpo sexuado e simbólico. Assim, o adoecer histérico não é o vestígio psíquico de um “trauma”, mas o afeto desse vestígio, sob a pressão do recalque, ser sobrecarregado de um excedente de afeto que em vão pretende escoar. E o conflito consiste entre uma representação com excesso de afeto, por um lado, e, por outro, de uma defesa não exitosa: o recalçamento que torna a representação ainda mais perigosa (Nasio, 1993).

Para Freud, o papel da defesa, recalque, foi preponderante na etiologia da histeria, denominada de “histeria de defesa” (histeria de recalque), e foi substituído pela expressão “histeria de conversão”. Na conversão, a carga de energia abandona a representação inconsciente para afetar o órgão do qual é reflexo dessa representação. Assim, a conversão consiste em uma constante do excesso de energia que passa de estado sexual psíquico para o estado de sofrimento somático, e persistência de uma zona do corpo que passa do estado de representação inconsciente para o estado de órgão conversivo. A conversão é uma solução insatisfatória, pois a energia muda de sistema, mas o sujeito continua a sofrer, seja no nível psíquico ou corpóreo, sofre por não conseguir escoar um excesso irreduzível.

O destino do afeto, a sua transferência ou supressão seria o ponto central das neuroses na teoria freudiana. Contudo, Freud não desenvolveu muito a respeito do desa-

parecimento do afeto, o que para a psicossomática seria preponderante. Nas neuroses o que importa é o destino dado pelo afeto, pois não há como recalcar a representação para evitar o afeto, pois não se está lidando com representações “simbólicas”, mas acontecimentos reais (Melo Filho, 1992).

O sintoma psicossomático não se constitui em retorno do recalçado (da sexualidade infantil recalçada), diferentemente das psiconeuroses, aspecto este que fora antevisto por Freud. A sintomatologia somática mantém-se como uma estrutura psíquica que diverge essencialmente da formação neurótica. A impossibilidade da elaboração psíquica permite o livre acesso da excitação não representável para o plano somático (Ferraz, 1997).

Em termos gerais, a psicossomática psicanalítica tem como principal definição que as somatizações, que podem implicar toda doença orgânica, são carentes de significados naquilo que remete à questão do recalçado, seus substitutos e suas metáforas, o que as tornam não passíveis de interpretações. O que significa dizer que o modelo teórico das neuroses não pode ser transposto para a compreensão e abordagem psicoterapêutica dos fenômenos psicossomáticos (Ranña, 1997).

Na clínica, a escuta dos sintomas histéricos divergem em muito dos ditos psicossomáticos. As manifestações corporais da histeria são consequências do processo de recalçamento, o que permite que as interpretações possam fazer que o paciente associe sua sintomatologia aos conteúdos inconscientes. Já nos fenômenos psicossomáticos, não há possibilidade de remeter ao recalçamento de uma representação, (na histeria, trata-se de conteúdo sexual), pois não está lidando com representações e sim com os acontecimentos reais. Assim, esses pacientes têm produções fantasmáticas pobres, de modo que as interpretações feitas pelo terapeuta parecem remetidas ao vazio, pois esses são pacientes com pouca elaboração psíquica. Como a sintomatologia dos fenômenos psicossomáticos são carentes de significação – e presa a acontecimentos reais, como perdas, separações –, a primeira tarefa do psicoterapeuta consiste em reconstituição histórica e cronológica, e a integração entre fatos, acontecimentos e irrupções somáticas, o que pode dar um sentido ao paciente sobre seus sintomas.

Lançaremos mão de dois casos clínicos, sendo um de psicossomática e outro de histeria, para melhor compreendermos estas considerações e identificarmos qual o significado de seus “corpos” e de que trata cada uma dessas histórias.

Caroline¹, adolescente, chega ao hospital com queixas de ânsia de vômitos, dores de cabeça, paralisias dos membros, anorexia, irregularidade do fluxo menstrual, acrescido de uma procura por especialistas médicos, que sempre lhe diziam “Isso é nada. É psicológico”. Já Antônia* é uma jovem senhora com sensação constante de gases, que causam desconfortos e conseqüentemente atrapalham suas atividades cotidianas por causa da baixa na concentração, indisposição física, diminuição do vigor da pele e dos cabelos; e, também, com uma lista de muitos especialistas médicos

¹ Nomes fictícios e alguns dados pessoais mudados para preservar a identificação das pacientes.

na bagagem. O primeiro passo a ser dado é uma escuta que permita reconstituir a história singular de cada.

A princípio, a sintomatologia descrita por Caroline assemelhava-se à síndrome de pânico, pois se referia também ao “medo” de sair de casa quando não acompanhada de uma pessoa da família, mas na continuidade dos atendimentos o diagnóstico de histeria ganha cada vez mais espaço, uma vez que as fantasias de Caroline se centravam em conteúdos sexuais, em uma transformação de uma realidade fantasiada. Sexualizar o que não é sexual significa, para o histérico, transformar o mais anódino dos objetos em um sinal evocador e promissor de uma eventual relação sexual. Podia-se perceber que Caroline era um ser fundamentalmente de medo, e para apaziguar sua angústia, não encontrou outro recurso senão viver em suas fantasias um estado incessantemente de insatisfação: “Acho que não sou normal, me afasto do mundo...” (Caroline), referindo que todas as suas atividades cotidianas e suas relações estavam prejudicadas.

Baseando-nos em Nasio (1993), afirmamos que Caroline vivia em um estado constante de insatisfação, de forma que estaria protegida de um perigo que lhe esprieta, um perigo sem imagem nem figura, pressentindo o perigo de viver a satisfação do gozo máximo. As relações de Caroline são moldadas por fantasias, e as pessoas próximas, quem ama ou odeia, desempenham para ela um papel de um outro portador de insatisfação. Como acontecia com sua mãe, que para ela era “mãezona, só falta me dar o sol, ela é pai e mãe”. Mas, no mesmo discurso, diz “sinto raiva dela”.

Freud (1893-1895) refere que a razão da conversão é o recalque e que graças a ele a representação é incompatível, não consegue alcançar a consciência, impedindo o acesso direto a ela, expressando-se por outra via. Ele menciona que uma das características do sintoma histérico seria a realização de um desejo e que o corpo teria a função metafórica de deslocamento e de condensação, uma maneira própria do sujeito de obter satisfação, utilizando os mesmos mecanismos que nos sonhos. O autor afirma que as mesmas leis ocorrendo a formação substitutiva, a qual se dá devido à falha do recalque é que permite o retorno do recalcado, o sintoma, uma formação do inconsciente.

E Caroline trouxe um novo conteúdo, que trazia fantasias de sedução na infância associadas às perdas no presente. Tratava-se de um episódio de sua infância, quando um parente tentara manter com ela “relações sexuais”. Caroline citava que as paralisias dos membros (ora inferiores, ora superiores) surgiam quando havia brigas e discussões dentro de sua casa, e essas discussões sempre relembavam as cenas com o parente da cena na infância “acho que tá voltando à tona” (sic).

Mas, como conduzir a técnica, a escuta, em um ambiente de hospital público, onde o *setting* e o enquadre diferem daqueles de um consultório? O recurso da técnica da psicoterapia breve de base analítica permitia que o inconsciente emergisse, dando sentido simbólico ao sintoma conversivo. A fala pode permitir que o excesso de afeto disperse a energia. Caroline assemelhava-se às histéricas clássicas de Charcot na Salpêtrière. A flexibilidade da psicoterapia breve permitiu uma escuta das mazelas do corpo, mas sem esquecer que eram oriundas das fantasias inconscientes

de conteúdos sexuais, possibilitando que Caroline associasse tais aspectos e pudesse elaborar tais conteúdos.

Com Antônia poderia aplicar os mesmos métodos? Diferentemente de Caroline, Antônia chegava com um histórico malsucedido de psicoterapia. Nas primeiras sessões, ela apresentava-se reservada, quase desacreditada dos méritos que um tratamento psicológico poderia surtir. Demonstrava-se “seca”, com queixas sempre remetidas a causas externas, datáveis. Seu discurso era estéril, com associações pobres, parecia um relatório das atividades diárias, a sua vida estava reduzida a um hoje. Assim, Antônia dava cada vez mais mostras de ter uma estrutura psicossomática.

A condução de um tratamento com esse tipo de paciente aproxima-se de um limite analisável e deixa o terapeuta diante da paradoxal sensação de impotência e desafio; ou como afirma Dejours (1998), a dificuldade de conduzir o trabalho resulta do uso de uma defesa que consiste no esforço do paciente em impedir que o terapeuta pense, pelo recurso da neutralização. A figura de Antônia fazia lembrar um dito popular “tirar leite de pedra”. Diferentemente da histórica, que tenta colocar o psicoterapeuta em um caminho de pistas falsas, o paciente psicossomático congela a relação, expressa em uma dificuldade de descrever os processos psíquicos nas somatizações.

Antônia procura desesperadamente uma compreensão para seu sofrimento somático e acaba por se apegar a causas orgânicas mesmo sem muitos fundamentos “...a gastro falou que quem tem depressão engole ar e fica com gases, e assim é comigo, tenho depressão, engulo ar e fico com gases”. Antônia acredita que seus sintomas orgânicos são provenientes de uma depressão, já que os médicos não conseguiram encontrar uma causa física para eles. Ela tenta a todo custo se proteger da depressão, mas por outro lado não é capaz de realizar uma “boa mentalização”, nem se comunicar com as fontes internas ou com as fantasias. De forma que tenta se “proteger” da depressão, mas acaba sofrendo somaticamente. O que acontece com esse tipo de paciente aprisionado por uma compulsão de produzir (no somático) é que é ameaçado por uma depressão essencial. Com dificuldades de elaboração das perdas sofridas, e a reconstituição de sua história evidencia isso.

Há, então, no fenômeno psicossomático, uma situação real de perda ou equivalente, ou ainda uma representação imaginariamente presa a uma cena de perda, um particular destino dado ao afeto que corresponderia a uma impossibilidade de vivenciar uma supressão do ego. Na clínica, as estruturas psicossomáticas não são escrituras a serem lidas, enquanto na conversão histórica há uma escrita a ser decifrada, o retorno do recalque.

Na vida de Antônia há perda em sua história, uma perda real, a morte de seu pai, que exerce um papel preponderante em sua estrutura: “Ele era muito jovem”, “Eu não gosto nem de ver fotos dele” (o pai morrera há alguns anos, e a paciente sempre chorava ao falar sobre ele). O pai de Antônia representava carinho, alguém que atendia seus desejos, diferente de sua mãe, descrita por ela como uma mulher firme,

“temperamental”, mantenedora, preocupada com assuntos concretos. Da mesma forma, a paciente vive situações ambivalentes que suscitam amor × ódio, representado na figura do pai e do dinheiro. O amor pelo pai, mas também o ódio expresso por esse pai que perde todo dinheiro em jogo. Cada vez mais torna-se nítida a estrutura psicossomática de Antonia, uma paciente com dificuldade de elaboração das perdas sofridas. A reconstituição de sua relação parental evidencia isso, e as perdas reais assumem espaço em sua vida: a perda do pai, de dinheiro, de um animal de estimação, da juventude, da vitalidade da pele...

Na prática clínica o tipo psicossomático são pacientes que requerem uma aproximação, face a face, visto que se apresentam com pouca adesão ao tratamento. O importante da psicoterapia dos pacientes com manifestações somáticas não conver-sivas é que o terapeuta se ofereça como uma presença significativa para o paciente, preenchendo a função que na infância deveria ter sido exercida pela mãe. O terapeuta escuta, espera, conduz, preenche as lacunas do discurso e da memória, como uma mãe que nomeia os objetos e os afetos do bebê, permitindo que ele se desenvolva e estructure seu aparelho psíquico.

Tal como afirmava Marty (1994), o terapeuta assume a “função maternal”, e diante de um paciente psicossomático, tem-se a sensação de estar diante de um adulto cujos sintomas o colocam no nível de funcionamento de um bebê. Há reações somáticas, em vez de simbólicas, como um bebê que ainda não possui a palavra e se vale de choros, gritos, comportamentos automáticos de descarga. O sintoma no corpo cumpre a mesma função para o paciente psicossomático (Volich, 1997).

Assim, Antônia, no decorrer do tratamento, manifesta uma transferência positiva, permite que dela se aproxime mais, e por meio de uma “análise do corpo doente”, estabelece-se a transferência e a contratransferência, que são os meios possíveis de chegar ao inconsciente desses pacientes, proporcionando “a cura”. Assim, as queixas de Antônia sobre os gases dispersam-se, tornam-se menos frequentes em seu discurso, há mais espaço para associações, algumas elaborações psíquicas ainda pobres, rudes, carentes de significação, que adquiriram um valor simbólico ao longo do tratamento. Assumindo a postura que nos ensina Groddeck: “Vejo o teu corpo dilacerado, mas escuto as mazelas que essa ‘ferida’ lhe causou”. (p. 83)

A psicoterapia com pacientes psicossomáticos reveste-se de um fazer diferente, estabelecendo uma relação terapeuta-paciente mais próxima, de forma que o surgimento das manifestações “transferenciais” sejam bem aceitas, e não interpretadas em sua totalidade; mas quando estas requerem interpretações, são realizadas por caminhos distintos como daqueles do exercício da psicanálise com os neuróticos, já que por vezes o material se origina em dados que não são verbais, fazendo então valer o que fora colocado por Freud ao afirmar que aqueles cujos lábios calam nos falam com as pontas de seus dedos.

Devemos, pois, entender como Marty (1994, p. 76) que

Toda patologia, apesar de seu caráter desviante e regressivo, é ainda uma tentativa de estabelecimento de um equilíbrio do organismo que não consegue enfrentar as tensões internas ou externas às quais está submetido, por meio de recursos mais evoluídos [...]. A patologia também faz parte dos meios do indivíduo para regular sua homeostase, ou suas relações com o meio.

Devemos atentar para o fato de que a patologia deve ser compreendida com base em um contexto histórico, religioso, biopsíquico e sociocultural, abordando o homem como ser único, integrado corpo e mente; dando a cada indivíduo sua característica própria e peculiar, tanto em sua manifestação de prazer como de desprazer, tanto na saúde como na doença.

Abordamos neste capítulo a diferença entre o corpo orgânico/médico e o corpo simbólico/psicanálise, em que o primeiro obedece às leis da classificação da anatomia dos órgãos, e o segundo conta história, atravessado pela sexualidade e pela linguagem; outra dimensão de corpo, que deixa de ser simples anatomia e passa a ser a representação dos conflitos psíquicos, uma cadeia de significantes. Pereira (2010), ao falar sobre a cadeia de significantes, afirma que esta adentra tanto a conversão histérica como o fenômeno psicossomático; na conversão histérica, trata-se de um gozo fálico e decifrável; no fenômeno psicossomático, trata-se de um gozo específico, de um significante holofraseado, um par de significantes congelado, que não possui um sentido recalcado como a lógica da conversão.

Retomando a indagação de Ávila e Terra (2010), “Histeria e Somatização: o que mudou?” É possível que hoje os psiquiatras, em primeiro lugar, mas também os especialistas de outras clínicas, como gastroenterologistas, ginecologistas, cardiologistas, endocrinologistas, reumatologistas e neurologistas, estejam até mais despreparados para reconhecer os meandros da mimética histeria. Isso os torna, provavelmente, mais facilmente enredados nos complexos fatores psicodinâmicos que sempre cercam a condição histérica, em particular, e a prática médica, em geral. Pensamos que a psicossomática moderna ainda não forneceu as respostas mais convincentes para o esclarecimento dessas questões. São urgentes estudos que permitam compreender a plasticidade dos sintomas que antes eram denominados “histeria” (e hoje recebem, principalmente, o rótulo de “somatização”), bem como investigações que proponham manejos mais adequados a essa ampla gama de pacientes, tanto por psiquiatras e psicólogos quanto pelos clínicos e pelos especialistas em aparelhos e sistemas orgânicos que podem ser sintomatizados “psicossomaticamente”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As investigações psicanalíticas sobre o inconsciente voltaram-se para os conteúdos e constituintes referentes ao processo psíquico, cuja expressão poderia, em algumas manifestações, apresentar-se no corpo. Assim, Freud voltou-se para o registro desse

inconsciente representado no corpo biológico pelos processos superiores da psique, estudando a histeria e sua conversão advinda de uma angústia cuja morada é o corpo, mas cuja via simbólica admite uma decifração com revelação da sexualidade e a melhora sintomática. De outro lado, encontra-se a psicossomática, que também tem sua via de descarga no corpo, mas que não admite esta decifração, apresentando uma carência de significação, em que esse corpo não é representado, mas atingido em sua essência e em sua realidade.

Este capítulo teve como pretensão aclarar dois fenômenos diferentes e intrigantes, mas com fins semelhantes: a histeria e os fenômenos psicossomáticos. A clínica nos permite defrontarmos com o mundo psíquico que, por vezes, nos deixa desarmados de todo arsenal teórico apreendido em anos de formação; verifica-se na prática que os conhecimentos teóricos são essenciais, mas não suficientes, as pessoas têm suas singularidades e suas histórias.

É preciso articular a teoria com a prática, de uma forma flexível, e a psicoterapia praticada nas instituições hospitalares confere-nos uma plasticidade não vivenciada no consultório. Em meio aos burburinhos, as interrupções, a inadequação do *setting* terapêutico, temos de ouvir e compreender os pacientes que chegam cansados do longo percurso feito aos médicos especialistas, precisam agora serem escutados e reconstruídas em suas histórias, ressignificando seus conflitos, na busca de uma melhora sintomática ou de retirada do sintoma, quando possível, visto que o corpo nem sempre fala pela via do simbólico.

Podemos concluir afirmando que a vivência clínica nos põe em marcha, em movimento contínuo em busca de respostas para os novos casos, pois os casos não se repetem, tendo suas especificidades e subjetividades, e se, como diz Freud, cada sintoma possui um sentido, podemos afirmar que cada psicólogo deve estar atento para analisar os sentidos dos sintomas na história singular de cada sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁVILA, L. A.; TERRA, J. R. Histeria e somatização: o que mudou? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2010, n. 59, v. 4, p. 333-40.
- CALDEIRA, J. M. Psicoterapia e prática psicossomática. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J. *Fundamentos em psicossomática*. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. p. 165-70.
- CAPITÃO, C. G.; CARVALHO, E. B. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 2006, n. 7, v. 2, p. 21-9.
- DEJOURS, C. *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- ELAEL, C. C. B. O fenômeno psicossomático: a falta de sentido que fere o corpo. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação. Curso de pós-graduação em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida.
- FADDEN, M. A. *Psicanálise e psicossomática*. Campinas: Alínea, 2000.
- FARIAS, F. R. Histeria e psicanálise. Rio de Janeiro: Revinter, 1993.
- FERRAZ, F. C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Org.). *Psicossoma*. Psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 23-38.

- FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Delta Editora, 1972.
- GARCIA-ROZA, L. A. *O mal radical em Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- GERMANO, Z. A clínica da psicossomática (Considerações Psicanalíticas). *Revista Olbar Científico – Faculdades Associadas de Ariquemes*. ago-dez 2010, n. 2, v. 1, p. 154-67.
- GRODDECK, G. *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- MARTY, P. *A psicossomática no adulto*. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- MELLO FILHO, J. Introdução. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Org.). *Psicossomática hoje*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 29-38.
- NASIO, J. D. *Psicossomática: as formações do objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- NICOLAU, R. F. A psicossomática e a escrita do real. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. n. 7, v. 4, p. 959-90. Fortaleza, 2008.
- PEREIRA, A. C. S. Homens que falam com o corpo: histeria de conversão ou fenômeno psicossomático? Belém, 2010. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará.
- PERESTRELO, D. *Medicina psicossomática*. Rio de Janeiro: Borsoi, 1958.
- RANNÃ, W. Psicossomática e o infantil: uma abordagem através da pulsão e da relação objetiva. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Org.). *Psicossoma. Psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 103-28.
- SANTOS FILHO, O. C. Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático. In: MELLO Filho, J.; BURD, Mirian (Org.). *Psicossomática hoje*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 153-7.
- SIMÃO, Y. Contribuições do corpo e seus destinos: uma visão psicanalítica. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J. *Fundamentos em psicossomática*. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. p. 29-39.
- SOARES, C. P. Uma tentativa malograda de atendimento em um centro de tratamento intensivo. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 41-8.
- TEIXEIRA, L. C. *Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos*. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, 2006, n. 1, p. 21-42.
- VOLICH, R. M. Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (Org.). *Psicossoma II. Psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. p. 17-34.

O encontro do girassol com o ipê roxo

KARLA CRISTINA GASPAR

*Para o meu lindo Moá
todo sentimento.*

*O amarelo esfuziante se aproxima e
se libera emana afeto, calor.
Gira pelo Sol: autêntico, suave e pleno.
E a ti girassol faço reverência por poder
caminhar por ti e chegar ali
E lá no alto o vejo nu, apresenta-se sem a
sua folhagem, é o senhor de si
a enfeitar os dias e as noites de inverno: ô Ipê Roxo!*

*Ipê Roxo que se faz flor, nas flores em cacho a
caminho do meu olhar e que
refez minha alma depois de longa espera.*

*Seus pés me abrem pela caminhada e me
perseguem pela cor....
Não sou mais só, estou no colorido dessa
imensa paisagem.
E para ti me aqueço no calor que gira
em torno de ti, no toque que sai em
sol maior de suas lindas mãos.*

*Fuga das possíveis explicações.
Aprecio.
Contemplo.*

*O seu roxo representa o mistério, ô cor púrpura!
Faz romper a alma e tornar-se poesia...
para logo após residir em meu
coração para toda a eternidade...
Por toda a realidade....
Sou a ti uma pétala de Ipê Roxo
me abrindo inteira feito um girassol!*

*Sinto as águas que escorrem de meus olhos
e chegam em teu mar na fusão do
roxo com o amarelo, reencontro minha alma em você.
És pleno de amor em minha vida.
Meu lindo e querido Amor.*

A sociabilidade
no romance
*Ensaio sobre a cegueira e
conexões com grupos
e saúde*

MARIVANIA CRISTINA BOCCA

SYLVIA MARA PIRES DE FREITAS

INTRODUÇÃO

Neste capítulo tentamos produzir uma breve análise do romance *Ensaio sobre a cegueira*, de José Saramago (1995), a partir da lente sartriana sobre a sociabilidade, realizando conexões com as possibilidades de intervenções do psicólogo existencialista direcionadas ao trabalho com grupos.

Na antessala da reflexão proposta, cumpre destacarmos o comentário do próprio autor, por ocasião da apresentação pública do seu romance:

Este é um livro francamente terrível com o qual eu quero que o leitor sofra tanto como eu sofri ao escrevê-lo. Nele se descreve uma longa tortura. É um livro brutal e violento e é simultaneamente uma das experiências mais dolorosas da minha vida. São 300 páginas de constante aflição. Através da escrita, tentei dizer que não somos bons e que é preciso que tenhamos coragem para reconhecer isso. (Saramago, apud Machado, 2006, s/p)

A afirmativa do romancista sobre a *natureza* não bondosa do ser humano contrapõe-se à essência bondosa do humanismo e ratifica o primeiro momento da concepção existencialista de Sartre sobre o papel reificador do Outro em nossa existência. No entanto, Saramago, ao corajosamente contrapor-se aos olhares ingênuos, cegou-se para sua própria concepção fraternal atribuída como característica de alguns de seus personagens. O referido romancista mostrou também que o ser humano pode optar por ser bom em alguns momentos, até nos mais precários.

Talvez nesta ação, mesmo que possivelmente irrefletida, Saramago mostrou que vontade e liberdade não são as mesmas coisas (Sartre, 1997). A vontade de ser bom ou mau é uma manifestação da liberdade humana, por isso temos estas duas possibilidades, não reduzindo a condição humana a uma delas somente.

No tocante à sociabilidade, as relações de reciprocidades positivas podem iluminar a condição existencial, como Saramago iluminou com atos de comunhão, solidariedade e cumplicidade em muitas cenas de sua obra.

Ao falarmos sobre sociabilidade, não podemos compreendê-la isenta do contexto econômico, pois este também fundamenta nossas relações, ou seja, pisamos em um chão capitalista, produzido pelo próprio homem, que, na contrafinalidade da matéria, humanizou as coisas e se coisificou. A realidade material produzida com este sistema econômico gera uma tensão entre os empreendimentos humanos e sua saúde física e mental. Provavelmente o homem contemporâneo sofra pelo seu *ser* estar alienado

a moral da produção e do consumo, o que pode provocar uma fenda no sentido de sua vida.

No entanto, Saramago (1995) em seu romance nos mostra pessoas diante uma realidade material escassa, e juntas buscam manter-se vivas. Fora do contexto do romance, a escassez material parece não ser uma situação que tanto flagela os indivíduos, tendo em vista que para esta há a solução da produtividade para que se consuma, e as facilidades de aquisição. Contudo, a pior escassez que nos deparamos no momento, fomentada pelo processo de industrialização, sugere ser a escassez da identificação com o humano.

Ao agregar o valor humano aos objetos, produziu-se o desejo do consumo para obter o valor instituído pela sociedade capitalista. O *ser-visto-na-coisa* fragilizou o *ser-para-o-outro*, característico das relações sociais, porém Schneider (2011) menciona que a existência do Outro não é uma mera representação, mas uma experiência concreta, portanto, incontestável, que “me atinge em meu âmago, na justa medida em que o outro é o mediador indispensável entre mim e mim mesmo” (p. 147); assim, instituído ao *em-si* valores prioritários ao homem, os laços afetivos ficam enfraquecidos. O homem passa a se identificar com o Outro pela matéria circundante valorada pelo sistema econômico, que este criou e que permanece na história.

Sartre (1997) menciona que é na relação de interdependência entre o Eu e o Outro que os indivíduos são irremediavelmente iguais, ou seja, condenados a criarem os fins possíveis, obrigados a inventarem seus valores, a serem solidários na perseguição-perseguida da busca permanente da transformação do mundo em que vivem. No entanto, a eleição pela síntese passiva da construção do projeto de ser aliada à ideologia desse sistema econômico ainda persiste.

Sartre (2002) também nos fala do indivíduo como um ser inserido na sociedade e imerso na práxis, cuja liberdade é marcada pela necessidade histórica, preocupado com as questões do desenvolvimento social da humanidade como práxis, dialética e coletividade. É por intermédio da sociabilidade que os indivíduos vivenciam o *ser-com*, a sensação de estarem em coletividade e não solitários e desamparados, porém é também por meio desta que constroem o seu desamparo, sua solidão na coletividade, seus *inimigos*, como observamos no romance de Saramago (1995).

O romance inicia com um cenário que mostra o princípio de uma epidemia, denominada cegueira branca. Esta acomete gradativamente toda uma população de uma cidade não identificada, exceto a esposa de um médico oftalmologista, ambos os protagonistas da estória.

Diante da catástrofe, a luta pela sobrevivência passa a ser o principal projeto da população afetada. As escolhas de como sair do inferno criado pela epidemia são enfocadas de maneiras dicotômicas: por um lado a opção de vencer o que é considerado o inimigo: o Outro; por outro a escolha pela solidariedade e reciprocidade positiva.

Este contexto, na verdade paradoxal, reporta-nos ao desafio de gestores em organizações e instituições formais: se o Outro é uma liberdade inimiga, também é uma mão de obra necessária à produção.

Assim como a exclusão dos improdutivos no mundo capitalista, na obra de Saramago, os primeiros a serem contaminados e os suspeitos de contágio são colocados em uma estrutura sórdida de isolamento, que nos faz lembrar os antigos manicômios sem asseio algum. Cegos e vigiados pelo exército que os proibiam de sair daquele local, tal como empregados vigiados em seu trabalho por câmeras espalhadas por todo o ambiente, restavam-lhes criar estratégias para superar aquela situação. É nesse cenário que se desenrola a maior parte da estória, a qual podemos utilizar como uma metáfora da história de luta para preservação da saúde mental em uma sociedade de produção e consumo.

Apesar de ser a única imaculada diante da epidemia, a esposa do médico decide permanecer com ele no local do isolamento. Sem divulgar aos demais sobre sua não contaminação, busca ajudar a todos que ali estão, colocando-se em situação idêntica aos demais contaminados. Na maioria das vezes, o diferente precisa se transformar em igual para ser aceito, assim ela afirma ao seu marido, quando este questiona sua escolha de acompanhá-lo no isolamento: “tem de me levar também a mim, ceguei agora mesmo” (Saramago, 1995, p. 44).

Não raro, assistimos em diversas organizações e instituições, como, por exemplo, as empresariais e familiares, um predomínio da dimensão racionalista da existência, em que membros destas acabam por igualar-se aos outros, deixando de exprimir um caráter singular no que fazem. É a transformação do diferente no igual, em uma busca pela objetivação do homem em mais um da série, uma metamorfose individual e coletiva, em prol da ilusória estabilidade grupal.

No romance, enquanto o governo não conhecesse a etiologia da cegueira branca, seria adotada uma medida sanitária: a de colocar em quarentena todas as pessoas que haviam cegado, bem como as que com elas haviam tido contato, prática herdada dos tempos da cólera e da febre amarela.

No contexto do recolhimento e isolamento das pessoas infectadas, o governo deixara claro que: “tanto poderão ser quarenta dias como quarenta semanas, ou quarenta meses, ou quarenta anos, o que é preciso é que não saiam de lá” (Saramago, 1995, p. 45-6). O governo ainda afirma estar consciente de suas responsabilidades e *conta com a colaboração dos cidadãos* por meio do cumprimento das seguintes instruções/regras:

Primeiro, as luzes manter-se-ão sempre acesas, será inútil qualquer tentativa de manipular os interruptores, não funcionam, **segundo**, abandonar o edifício sem autorização significará morte imediata, **terceiro**, em cada camarata existe um telefone que só poderá ser utilizado para requisitar ao exterior a reposição de produtos de higiene e limpeza, **quarto**, os internados lavarão manualmente as suas roupas, **quinto**, recomenda-se a eleição de responsáveis de camarata, trata-se de uma recomendação, não de uma ordem, os internados organizar-se-ão como melhor entenderem, desde que cumpram as regras anteriores e as que seguidamente continuamos a enunciar,

sexto, três vezes ao dia serão depositadas caixas de comida na porta da entrada, à direita e à esquerda, destinadas, respectivamente, aos pacientes e aos suspeitos de contágio, **sétimo**, todos os restos deverão ser queimados, considerando-se restos, para efeito, além de qualquer comida sobranete, as caixas, os pratos e os talheres, que estão fabricados de materiais combustíveis, **oitavo**, a queima deverá ser efetuada nos pátios interiores do edifício ou na cerca, **nono**, os internados são responsáveis por todas as consequências negativas dessas queimas, **décimo**, em caso de incêndio, seja ele fortuito ou intencional, os bombeiros não intervirão, **décimo primeiro**, igualmente não deverão os internados contar com nenhum tipo de intervenção do exterior como a ocorrência de desordens ou agressões, **décimo segundo**, em caso de morte, seja qual for a sua causa, os internados enterrarão sem formalidades o cadáver na cerca, **décimo terceiro**, a comunicação entre a ala dos pacientes e a ala dos suspeitos de contágio far-se-á pelo corpo central do edifício, o mesmo por onde entraram, **décimo quarto**, os suspeitos de contágio que vierem a cegar transitarão imediatamente para a ala dos que já estão cegos, **décimo quinto**, esta comunicação será repetida todos os dias, a esta mesma hora, para conhecimento dos novos ingressados (Saramago, 1995, p. 50-1 – grifos nossos).

Naquele momento, pelo desconhecimento do que provocava a cegueira, intervenções para o controle da doença ainda eram impossíveis, assim, controlavam-se os limites de ações das pessoas que ali estavam reclusas, de acordo com as ordens que deveriam ser cumpridas. Tais ordens poderiam parecer como as vacinas que combatem o vírus, mas a vacina imuniza também o infectado e as ordens só favorecem aos não infectados.

Sartre (1997) coloca que, como o *ser* das coisas e do homem se encontra no mundo, o conhecimento sobre ele torna-se nulo, pois nada acrescenta substancialmente, por si só, às coisas e às pessoas. Assim, todo subjetivismo, mesmo sendo concretizado ao se transformar em ação no mundo, só terá reconhecido o seu valor por outra consciência. Por isso, normas, regras, leis que não forem construídas por todos os interessados só terão valor significativo a quem as criarem, haja vista que resta aos demais obedeceram, tal como se aperta o botão de uma máquina para que esta execute o que está programado.

Mas no romance o personagem-médico consegue compreender a realidade material criada pelas ordens do Governo e busca agir sobre ela:

As ordens que acabamos de ouvir não deixam dúvidas, estamos isolados, mais isolados do que provavelmente já alguém esteve, e sem esperança de que possamos sair daqui antes que se descubra o remédio para a doença. [...] Todos ouvimos as ordens, aconteça o que acontecer, uma coisa sabemos, ninguém vos virá ajudar, por isso,

seria conveniente que nós começássemos a organizar já, porque não vai tardar muito que esta camarata esteja cheia de gente, esta e as outras (Saramago, 1995, p. 51-2).

Como uma ameaça aos excluídos, o isolamento total é um fenômeno capaz de fazer que estes se identifiquem e vivenciem a experiência do *nós*, uma vez que estão na mesma situação porque alguém exterior a eles os colocou.

Os membros de um grupo permanecem unidos até atingirem um objetivo comum, como, na obra, juntos se organizaram na camarata. De início os suprimentos bastavam a todos, mas, com o passar do tempo, chegando mais pessoas infectadas e diminuindo o abastecimento, dá-se início a um cenário de escassez. Neste momento, não é mais um terceiro excluído daquela coletividade que os ameaçam, mas seus próprios membros. Todos os outros ali presentes são ameaças entre si diante da escassez, uma vez que “é na realidade cotidiana que o outro me aparece” (Schneider, 2011, p. 148).

A obra desenvolve-se para um movimento de extrema individualidade e desumanização diante a escassez. Em princípio, o cenário permite-nos uma comparação com a máxima do filósofo empirista inglês Thomas Hobbes (2002): “O homem é o lobo do homem”. Mas o homem hobbesiano, antissocial por natureza, não confere com o retratado por Saramago (1995). Apesar de este último autor querer apontar para a condição desumana e desumanizadora do homem, não deixou de nos mostrar que não há como naturalizar a atitude egoísta diante das situações de escassez, já que à sua personagem principal, a esposa do médico, Saramago reservou as opções mais humanas e humanizadoras.

Tampouco podemos analisar as falas iniciais de Saramago em sua obra (1995), de acordo com a máxima sartriana de que o inferno são os Outros. Primeiro, porque se assim os outros são, é porque delegamos a eles o julgamento de nossa existência; segundo, mesmo que no primeiro momento de suas obras, Sartre não tenha se debruçado nas relações de reciprocidades positivas, pôde vivenciá-las quando ficou em cativeiro, em situações precárias, por ocasião da II Guerra Mundial, descobrindo a solidariedade e o engajamento como causa.

Assim, tanto Sartre quanto Saramago, ao darem o foco, em princípio, ao lado negativo das relações humanas em situações precárias, não desistiram de perceber também o lado bom. Sartre transcende essa questão social, ao escrever *Crítica da razão dialética* (2002), focando em uma dimensão antropológica, a qual, segundo Schneider (2011), “considera o homem sob o ponto de vista histórico e dialético [...] analisa os aspectos estruturantes da cultura, da sociedade e sua relação com os indivíduos concretos” (p. 151), e Saramago, a todo o momento, contrasta a competição com a solidariedade e cooperação.

Da mesma maneira, intencionamos também mostrar neste capítulo que, mesmo em um mundo capitalista, onde o valor ao capital sobrepõe-se ao humano, o psicólogo

no contexto das relações grupais pode intervir de maneira que incite atitudes de engajamento dos envolvidos visando resgatar a dignidade humana.

COM A LENTE SARTRIANA SOBRE A SOCIABILIDADE

Perdigão, parafraseando Sartre, imprime a ideia de que o homem precisa do mundo para realizar sua existência, ao colocar que: “a primeira e mais rudimentar relação do homem com o mundo é uma necessidade: a necessidade de satisfazer, através da natureza exterior, a carência que habita o organismo” (Perdigão, 1995, p. 185).

Tal necessidade não é simplesmente um estado de falta ou carência, mas um estado de dependência do homem diante do mundo em que vive, desta maneira, o homem é obrigado a instaurar uma relação com as coisas do mundo, bem como com os Outros, por meio da reciprocidade.

Para que a necessidade seja satisfeita, faz-se necessário o trabalho, ou seja, a aplicação de uma atividade coordenada e direcionada ao cumprimento de uma tarefa, a fim de atingir um resultado final. Estamos falando de práxis, que no sentido marxista é a ação, o trabalho do homem em prol de mudanças nas condições sociais, mas para Sartre (2002) o trabalho (a práxis) verifica-se por um duplo movimento, o primeiro, definido por este autor como a interiorização do exterior, é a tomada de consciência de uma realidade material circundante que, pelo fato de sentirmos necessidade, projetamos como campo de trabalho, como as tarefas a executar. O segundo é definido como a exteriorização do interior, que se manifesta no momento em que há uma ação sobre a matéria inerte, transformando-a em matéria trabalhada, produzindo o objeto apto a nos satisfazer, segundo projetos próprios e singulares. Tal como coloca Schneider:

O homem produz, assim, uma apropriação individual da realidade coletiva que o cerca, que ele mesmo contribui para construir, seu ser é, assim, resultante desse processo de interiorização da exterioridade social e da exteriorização de sua apropriação individual. É o que os psicólogos costumam denominar de processo de socialização (Schneider, 2001, p. 52).

O homem por meio de sua práxis modifica a matéria, imprimindo a ela um novo significado, o de matéria humanizada, desta maneira, o próprio homem acaba por se objetivar, nas palavras de Perdigão (1995, p. 187), “isto é, a projeção de nós mesmos na realidade objetiva, através do nosso trabalho, da nossa atuação na matéria”.

Conforme o autor (1995) antes mencionado, a necessidade do homem de agir para sustentar cotidianamente o seu viver, leva-o a relacionar-se com a rigidez mecânica da matéria inerte, na qual imprime seus projetos; assim, o projeto humano que

nasce na translucidez e na espontaneidade livre da consciência (*Para-si*) perde sua fluidez na opacidade, na inércia, no repouso do Ser concreto (*Em-si*). O trabalho humano, uma vez concluído, torna-se práxis materializada e a este movimento Sartre denomina reificação do homem.

No tocante às relações de reciprocidade, o homem exerce o reconhecimento mútuo do outro como sujeito, ou seja, o reconhecimento do outro como seu semelhante. Para Marx (apud Perdigão, 1995), esta integração do indivíduo na sociedade era imposta de fora, pois o indivíduo pertencia a uma comunidade. Para Sartre (2002), a reciprocidade é uma relação humana fundamental, pois consiste no reconhecimento do Outro tanto como sujeito e práxis como também um meio para alcançar uma finalidade da qual somos também um meio. As relações humanas, como mediadoras da materialidade e mediadas por ela, encontram-se no campo da reciprocidade, que é também a condição de possibilidade para qualquer agrupamento humano.

Nas relações humanas, a realidade configura-se muitas vezes como antagonica e negativa, perpassada pela escassez de bens materiais, a qual causa hostilidade entre os homens, a isto Sartre (2002) chama de raridade. A raridade é um desequilíbrio entre a quantidade de bens naturais e a de seres em necessidade.

Perdigão (1995) menciona que “os homens se reconhecem mutuamente como projeto, práxis, trabalho orientado para fins futuros” (p. 189), e estão interligados por uma matéria desprovida de vida comum a todos. Há a permanente possibilidade dessa união, pois a união está na matéria mesma que se tem de trabalhar, nas tarefas que se tem de cumprir, no trabalho a ser feito em comum. Assim, o egoísmo levaria o homem a usar o Outro para atingir um fim próprio, como um homem-lobo, sendo assim significado por reificar o Outro; mas também há a opção por comungar um projeto em comum, por meio da reciprocidade positiva.

Na obra, a matéria circundante é escassez de comida. No tocante ao comportamento dos cegos em quarentena, ao receberem as comidas em caixas empilhadas no pátio do possível antigo manicômio, o autor faz o seguinte comentário:

Em circunstâncias diferentes, o espetáculo teria feito rir à gargalhada o mais sisudo dos observadores, era de morrer, uns quantos cegos avançarem de gatas, de cara rente ao chão como suínos, um braço adiante rasoando o ar, enquanto outros, talvez com medo de que o espaço branco, fora de proteção do teto, os engolissem, se mantinham desesperadamente aferrados à corda e apuravam o ouvido, à espera da primeira exclamação que assinalaria o achamento das caixas (Saramago, 1995, p. 105).

A situação tragicômica, colocada como possibilidade pelo autor, quer na verdade mostrar o paradoxo da condição homem/animal. Sugere-nos que, quando o homem foge de uma condição considerada humana, há a tendência de compará-la a uma condição animalesca. No entanto, o instinto do animal faz que este invista contra o seu

par diante de uma necessidade orgânica e não pela vontade de posseção da liberdade do Outro.

A cena antes descrita não é singular, pois também podemos observar comportamentos competitivos similares em contextos laboral e social, como, por exemplo, vários candidatos concorrendo a uma vaga de emprego ou mesmo consumidores adentrando a porta de uma loja de departamento quando esta é aberta em dia de grande promoção de produtos. A concorrência diante da escassez de ofertas propicia cenas competitivas (quase animais) como essas no nosso dia a dia, não somente pela necessidade de sobrevivência, mas também pelo desejo de ter, pela ilusão da necessidade de sobrevivência no mercado de trabalho ou mesmo pelo desejo da obtenção do *status quo*.

Podemos trazer como exemplo, no tocante à escassez de emprego, o tipo de controle realizado com o trabalhador, quando lhe é feita a ameaça de perda do emprego. Todos os que desejam seu emprego tornam-se seus inimigos¹.

Contudo, há que pensar na prepotência do ser humano em comparar-se com um animal quando lhe são tiradas as condições que julga necessárias à sua sobrevivência. O animal não escolhe subjugar o outro por intenção egoística, visto que este não possui consciência intencional. Assim, a reflexão sobre a vontade de posseção do homem sobre o próprio homem se faz necessária, bem como sobre sua prepotência, quando, ao comparar-se com o animal, a faz subjugando este último, como ilustra o seguinte relato da mulher do médico: “se não formos capazes de viver inteiramente como pessoas, ao menos façamos tudo para não viver inteiramente como animais” (Saramago, 1995, p. 119).

E é esta mesma vontade de apoderamento do Outro que dá ao homem a possibilidade de agir de maneira mais degradante perante seus pares, do que pode julgar um comportamento animal em situação de escassez. O primeiro tem como escolher diversas saídas, o segundo não, sua ação é instintiva e não consciente.

Assim, pode ser considerado errado pensar de maneira generalista, que a escassez leva os homens a atos desumanos. Se o homem possui a capacidade ontológica de escolher como superará uma situação dada, qualquer ato que possa parecer em princípio animalístico o é por opção e não instintivo e irracional. Liberdade e vontade não são as mesmas coisas, a segunda é uma maneira de o homem intencional o mundo e utilizar-se de sua liberdade de escolha.

Ademais, o processo de desumanização do trabalho não foi construído em função da escassez, ao contrário, foi produzido em função do excesso de bens, de produção e do consumo, a escassez passou a não ser de bens materiais, mas sim da dignidade do trabalhador. Esta, a escassez subjetiva, também é produção humana, um ato contra a sua própria humanidade.

¹ O drama do desemprego é muito bem ilustrado no filme *O Corte (Le Couperete)*, do Diretor Costa Gravas, lançado em 2005.

Há que convir que concordar com a moral racionalista hobbesiana é ratificar a crença de que o ser humano não teria autonomia para controlar sua vontade de poder, precisando, assim, instituir o Estado absolutista como controlador dessa vontade por meio das leis como salvaguardas de um pacto social. Já a moral sartriana comunga com o anarquismo no seu sentido etimológico, que significa uma sociedade sem poder, sem Estado, cujo homem somente exerceria poder sobre as coisas e não sobre seus pares. Segundo Sartre (apud Fornet-Betancourt; Casañas e Gomes, 2005),

Nas sociedades atuais o homem é considerado como objeto, como um meio, e a riqueza, como um fim. Trata-se, no momento, de construir grupos que tentem viver e pensar fora do poder, procurando destruir a ideia de poder no vizinho. Comunidades que exercem poder sobre as coisas, mas jamais sobre os homens. [...] Nesse sentido, a anarquia é para mim uma vida moral [...]. O anarquista coloca a seguinte questão: como viver em uma sociedade que tem poderes? É preciso, por conseguinte, ensaiar subtrair-se o mais possível a todos os poderes sociais, pôr em questão as formas de ação do poder a serem descobertas em nós mesmos. Isso é fácil: devemos trabalhar, o mais possível, com os outros (p. 75-6).

A proposta da moral sartriana convida-nos a abandonar o poder vivendo na transparência total, por uma moral autônoma e libertária. Por transparência, Sartre (apud Fornet-Betancourt; Casañas e Gomes, 2005) sugere definir como o amor que não coloca condição ao outro, logo “o amor que luta contra os poderes” (p. 75), haja vista que para o autor o poder é “uma das formas essenciais do mal” (p. 76).

Quando se fala em anarquia, de imediato podemos associar a um contexto de vandalismo. Tal preconceito cega-nos ao entendimento da proposta sartriana, ao associarmos a falta de um chefe, de um líder, como, por exemplo, o Governo, a uma situação de desordem, de caos. Tal pensamento pode surgir se nos apoiarmos no preceito de que para toda comunidade deverá existir um líder, um soberano. Quiçá no mínimo uma concepção imatura, pela crença de que sempre deverá existir alguém para exercer influência sobre os demais. Pensar desta maneira contradiz totalmente a moral sartriana, fundamentada pelo binômio liberdade-responsabilidade. O soberano deseja retirar do outro sua autonomia de escolha e se, por conveniência do outro, este se isenta de sua responsabilidade. Um grupo instituído por um soberano permanece infantilizado e imaturo. Vemos tal fenômeno no romance, ao observarmos os comportamentos temerosos, não autônomos, dos membros de um subgrupo, alienados à soberania de um deles que se intitulou líder.

Em diversos grupos, observamos ações patéticas, cujos líderes não permitem ações livres e criativas dos seus liderados, pelo contrário, pautados na premissa, ainda que arcaica, de que existe uma natureza humana preguiçosa e de dependência, os

liderados precisam ser compelidos, controlados e, se necessário, punidos para que atinjam as metas/objetivos dos líderes ou das instituições.

Quando as singularidades emergem, denunciam a fragilidade do contexto grupal, deixando evidente que o que existe é a série; neste momento, o psicólogo pode ser chamado com o propósito de minimizar os conflitos, sendo solicitado, ilusoriamente, a nivelar e transformar as diferenças em igualdades, premissa social fundamentada na crença de que todos somos iguais, em vez de, por meio da riqueza que emerge das diferenças, trabalhar os membros do grupo para que, de maneira madura, busquem pontos em comuns em um projeto coletivo, sem perderem suas individualidades, sem se transformarem em transcendências transcendidas. Nas ordens estabelecidas pelo Estado aos infectados e aos que estão sob suspeita, descritas logo no início deste capítulo, vemos o mesmo intento de subtrair as liberdades singulares em prol de um projeto soberano.

Considerando que as relações de necessidade, reciprocidade e escassez entre os homens marcam os fundamentos da sociabilidade, partiremos então para outro ponto relevante da teoria sartriana, que é a compreensão do momento em que essas relações se configuram.

OS FUNDAMENTOS DA SOCIABILIDADE

Sartre (2002) denomina esse momento de materialidade, ou seja, o campo do prático-inerte, um mundo objetivo que o homem, ao nascer, encontra pronto e fixado por ações produzidas, como aparece na obra de Saramago (1995):

Não tinha ocorrido à mulher do médico a probabilidade de que das torneiras das casas poderiam não estar a sair sequer uma gota do precioso líquido, é o efeito da civilização, habituamo-nos à comodidade da água encanada, posta ao domicílio, e esquecemo-nos de que para que tal suceda tem de haver pessoas que abram e fechem válvulas de distribuição, estações de elevação que necessitam de energia elétrica, computadores para regular os débitos e administrar as reservas, e para tudo faltam os olhos (p. 225).

Neste sentido, o prático-inerte configura-se no mundo das totalidades, um estado a superar, para isso, as pessoas veem-se na necessidade de unirem esforços em uma ação conjugada, em uma práxis comum de grupo que vise justamente repelir qualquer ameaça de estagnação e se oriente para uma finalidade comum.

Se entendermos totalidade como “o resultado final de uma totalização, algo já constituído” (Perdigão, 1995, p. 194), podemos dizer que cada uma das escolhas feitas pelos cegos, cuja finalidade era a de criar estratégias de sobrevivência, refere-se à totalização-em-curso, cujos projetos superarão o mundo das totalidades.

Para prosseguir, faz-se necessário pontuar que sem o prático-inerte a união dos cegos jamais se daria, pois, ao mesmo tempo em que o prático-inerte se mostra como limite à ação humana, age também como força propulsora, capaz de levar os indivíduos a se reunirem em grupos para vencê-lo.

Tal qual em um grupo em que, quanto maior a resistência à autonomia dos seus membros, maior o desejo destes últimos por esta liberdade, pelo menos ao respeito a sua condição ontológica de seres livres. Para mostrar tal condição, o homem cria movimentos como boicotes, greves, motins, como tentativas de transcender às resistências. São saídas dadas, mesmo que muitas vezes não construtivas, para firmarem sua condição humana de que são “[...] homens e vive[m] no meio dos homens” (Schneider, 2011, p. 152).

Na obra de Saramago (1995), a população cega é lançada para dentro do antigo manicômio onde estarão por construir novas possibilidades de ser, mantendo relações fundamentais com a realidade material e com os Outros.

Como sujeitos históricos e culturais, a população que sofre com a treva branca cria a possibilidade de efetuar uma autêntica superação do prático-inerte. O grupo nada mais é do que uma prática ativa e intencional de sujeitos humanos reunidos em um conjunto. Em Sartre (2002), a formação do grupo aparece como o único recurso para enfrentar com possibilidades de êxito a pressão das ações humanas já feitas, ou seja, o mundo prático-inerte.

O projeto de *ser* é uma vontade do homem para livrar-se da angústia do não ser. Seus empreendimentos para com tal intento necessitam do mundo que contém o *em-si*. Para *ser*, precisa *agir* sobre o mundo e *possuir* o que nele contém. No entanto, encontraremos no mundo resistências a esse projeto, que precisarão ser superadas em função do projeto de ser. Por vezes, precisamos do Outro para conquistar algo que sozinho não conseguiremos, ou por uma união de força de ação ou por uma interdependência da relação, como, por exemplo, todo líder precisa de liderados. Sartre (2002, p. 343) afirma que “a liberdade de uma ação que termina em fracasso é a liberdade que fracassa, e nada mais, uma vez que a relação fundamental do organismo com seu entorno é unívoca”. Assim, para que se obtenha êxito em um projeto de *ser*, há a necessidade de que outra consciência o ratifique. Vê-se ilustrado o fracasso da liberdade de escolha na seguinte passagem da obra de Saramago (1995):

Furioso, o cego da contabilidade disparou um tiro na direção da porta. A bala passou entre as cabeças dos cegos, sem atingir ninguém, e foi cravar-se na parede do corredor. Não me pegaste, disse a mulher do médico, e tem cuidado, se te acabam as munições, há outros aí que também querem ser chefes (p. 188).

Destarte, interessante observar a seguinte contradição: quanto mais reconheço a liberdade do outro e a temo, mais utilizo meios para retirar-lhe esta condição. Então,

se o outro se interpõem ao meu projeto, o meu desejo em transcender sua transcendência é por reconhecer que também sou transcendência transcendida. A soberania, o despotismo, o absolutismo e todas as formas de antiamor projetam o fim da liberdade do outro.

Partindo desta compreensão, podemos colocar que quanto mais tirano e opressor for um líder, quanto mais armas de controle usar, mais amplo é o seu reconhecimento de que o outro é livre. Tão livre o reconhece que essa liberdade pode ameaçar seus próprios projetos, assim, resta-lhe controlar as escolhas alheias. Em um movimento dialético também ocorre o desejo de os liderados superarem o controle que lhes impõe resistência aos seus projetos, deste modo, “[...] como uma sombra projetada sobre material que se move e é imprevisível, meu ser-para-os-outros depende também dos projetos e valores do Outro, isto é, depende da sua liberdade” (Morris, 2009, p. 163).

No romance, a fim de se protegerem das ações fundamentadas no antiamor, os cegos se dividem em dois grupos. O agrupamento mostra a possibilidade da união pela identificação com as respectivas morais e projetos e, ilusoriamente, os fazem se sentir *nós*. De um lado um grupo que busca exercer o domínio, do outro aquele que busca se defender. Mas ambos buscam coibir a liberdade um do outro a fim de fazer valer as suas próprias escolhas.

Por falar em grupo, cabe trazer a questão da formação de grupo para Sartre (2002). Esta aparece como o único recurso para enfrentar com possibilidades de êxito a pressão das ações humanas já feitas, ou seja, o mundo prático-inerte, o mundo das totalidades, um estado a superar; para isso, as pessoas têm de unir seus esforços em uma ação conjugada, em uma práxis comum de grupo que vise justamente repelir qualquer ameaça de estagnação e que se oriente para uma finalidade comum.

Como já falamos, paradoxalmente, a liberdade só existe diante da resistência. A união dos cegos jamais se daria se não houvesse algo a superar. No romance, as situações da cegueira, da escassez e do confinamento são comuns a todos. Para um grupo esta condição é vista como obstáculo, já para o outro, há também o projeto de soberania. Partindo dessa premissa, a luta das camaratas de cegos representa o conflito das liberdades, a luta pela sobrevivência.

Em que pese as diferentes posições assumidas pelos cegos diante do encarceramento, como colocamos anteriormente, todos eles passaram pela experiência psicológica do *nós*. Para Sartre (2002), essa experiência é uma ilusão, em razão da inexistência do *nós* como uma entidade, como um Ser, porém, esse autor relata duas situações que nos brindam com essa experiência, as quais mostraremos no romance.

Quando os cegos e possíveis contaminados foram colocados em confinamento, não formavam um grupo somente por estarem aglutinados em um mesmo local. Para Sartre (2002), essa situação é denominada de coletividade serial ou serialidade. Na série, a relação entre os cegos não configura uma iniciativa em comum, mas é a partir da serialidade, e dentro dela, que os grupos se formam, quando o livre exercício da práxis inicia uma luta para vencer, na série, o que lhe foi imposto pelo prático-inerte.

A experiência do *nós* ocorre por meio de duas situações: (1) quando, junto com outros, vivemos a experiência de sermos vistos por um terceiro excluído. A essa experiência, Sartre (2002) denomina como nós-objeto; e (2) o nós-sujeito ocorre quando, também e sempre junto com outros, somos expectadores de algo externo. Essas duas situações fazem com que nos sintamos no meio com outros, uma unidade desejável, um ser-com.

Na análise da obra de Saramago (1995), a experiência do nós-objeto aparece em dois momentos, quando aqueles que não foram contaminados pelo vírus falam, questionam e temem a possibilidade de contaminação, como é o caso do próprio governo que adota medidas rígidas de segurança, por meio da imposição e do temor da própria morte, deixando claro que eles, os cegos, são uma ameaça real para a população. Desta forma, a consciência de classe forma-se da captação por parte de cada cego de sua condição e da dos demais como vistas por outras consciências, os terceiros excluídos, neste exemplo, o próprio governo, para quem este conjunto de pessoas isoladas existe como objeto de observação constante.

O terceiro excluído unifica as existências, assim, a experiência psicológica do nós-objeto passa a existir em situação como um-entre-outros. Perdigão menciona o seguinte sobre esta experiência psicológica:

Sob as vistas do inimigo, cada qual se reconhece igual ao outro, integrando em um “todo”, não por causa de suas características pessoais e qualidades próprias. [...] Mas simplesmente porque ocupa este lugar material, acha-se aqui coexistindo com os demais no mesmo alvo de observação do terceiro excluído. [...] Unificando uma pluralidade de pessoas, o terceiro excluído contempla esse conjunto de um ângulo exterior, e assim o “nós” lhe aparece como objeto de observação, um “todo” maciço, algo como um ser já feito. Ou seja: capta a pluralidade dos indivíduos, de uma maneira objetiva que os próprios indivíduos, na sua subjetividade, não têm como apreender (grifos do autor) (Perdigão, 1995, p. 209).

Em um segundo momento, podemos pensar a experiência do nós-objeto por meio da ação e separação das camaratas, em que os integrantes de uma passam a ser consciência para os da outra, como classes distintas, um grupo domina e o outro obedece, um torna-se alvo da consciência do outro, desta maneira, ocorre a unificação. A exemplo, um dos cegos diz: “Não nos deixaram trazer a comida”. “Quem, os soldados?”, perguntou outro. “Não, os cegos”. “Que cegos? Aqui somos todos cegos”. Os integrantes da camarata dominante assumem o papel do terceiro excluído, por meio de sua ação, a de não liberar a comida, assim se ratifica a formação dos dois grupos.

Podemos inferir que a experiência do nós-sujeito aparece em vários momentos do romance, porém seria exaustivo contemplar a todos, para tanto, escolhemos analisar a experiência do nós-sujeito apenas no momento em que juntos, os cegos, se posicionam

em torno do pequeno aparelho de rádio como meros expectadores comprometidos uns com os outros na observação comum daquilo que fosse possível ouvir: notícias ou “música, que bom”, como exclama uma das cegas. Agindo desta maneira, todos os cegos assumem a experiência de uma transcendência comum dirigida para um projeto único e igual para todos. Abre-se mão da individualidade em prol de um projeto de todos, “nem todos gostariam das mesmas músicas, *mas todos* [nós-sujeito] estamos com certeza interessados em saber como estão as coisas lá fora” (Saramago, 1995, p. 121 – grifos nossos).

Ambas as experiências anteriores nos fazem sentir seres-com. Trata-se de um recurso psicológico que lançamos mão para sentirmo-nos no meio com outros, o desejo de uma unidade, uma vivência de uma consciência particular e não de ordem ontológica real. Segundo Sartre, é apenas uma

Trégua provisória no conflito, e não uma solução dele. [...] Mesmo nos momentos de maior comunhão com o próximo, o partilhar emoções, um ato de amor mútuo, tudo está sempre “por um fio”, porque estão em jogo liberdades humanas, e a liberdade é algo impalpável e imprevisível (grifo do autor) (Sartre, apud Perdigão, 1995, p. 210-1).

E nas relações cotidianas, como o psicólogo existencialista pode compreender essa experiência do *nós*? Tomemos como exemplo as relações de trabalho, as quais nos envolvem em grande parte de nossas relações diárias. Cabe ressaltar que as ações dos grupos na obra de Saramago não deixam de ser consideradas como trabalho, como ações que objetivam a consciência e subjetivam o mundo, tal como Sartre concebe o trabalho. Ao fazermos esta distinção de contexto, estamos propondo focar também as relações de trabalho remunerado, contexto este que abarca muito dos psicólogos intitulados organizacionais e do trabalho, que na maioria das vezes trabalham com a coletividade.

Nas relações de trabalho remunerado, de início encontramos pessoas em suas singularidades reunidas em ambientes de trabalho, ou seja, um coletivo de trabalhadores cujo mote principal é a relação remuneração/produção. As relações entre quem vende e quem paga a mão de obra já iniciam desiguais, uma vez que o pagamento da mão de obra é inferior ao lucro que sua produção fornecerá. A exploração da mão de obra pelo empregador é uma ação que possibilita a identificação entre os trabalhadores remunerados por serem explorados. A empresa os reúne como coletividade, mas a exploração propicia a vivência de unidade. Sentem-se unificados por uma situação exterior nociva a eles.

Na mesma lógica repousa a estratificação social do trabalho, que tende a provocar vivências do nós-objeto aos menos favorecidos de poder e de nós-sujeito aos mais favorecidos. Em situações e patamares distintos, mas interdependentes, a identificação como ser-de-classe entre chefes e chefiados tende mais a ser oportunizada pelo olhar do outro do que pelo cargo em si que ocupa com suas atribuições. Estas últimas

são práxis inertes institucionalizadas que nada lhes agregam, mas o ser-chefe e o ser-chefiado são revelados e posicionados no mundo pelo olhar do outro. Sartre (1997, p. 308-9) coloca que “[...] é em meu ser essencial que dependendo do ser essencial do outro, e, em vez de se dever opor meu ser para mim a meu ser-para-outro, o ser-para-outro aparece como condição necessária a meu ser-para-mim”.

Nesta dialética, a trama das relações pode ser compreendida de maneira dicotomizada, tal como Marx intitula como classe proletária e classe burguesa. Todavia, para um psicólogo existencialista, não há o contentamento ao lidar com essa dicotomia, tão pouco de direcionar suas intervenções em prol de uma dessas classes.

Em uma concepção dicotomizada, qualquer intento poderá ter o cunho competitivo, e para uma organização de trabalho, toda competição destrói a equipe, cujo objetivo deve ser em comum. O importante então é a maestria do psicólogo de reconhecer essa dicotomia como também sua interdependência e, assim, criar novas possibilidades de atuação, em prol da transcendência transcendente das diferenças.

Vejamos em Schneider a questão da transcendência:

[...] deixo de ser transcendência, ou seja, um ser que é o que não é e não é o que é, para tornar-se o que sou, alguém definido. [...] Reconheço sua transcendência, porém, não a reconheço como transcendência transcendente, mas como transcendência transcendida (2011, p. 148-150).

Ora, sabedor que não há o *nós* como Ser concreto, mas sim como vivência, o psicólogo poderá, em princípio, descobrir, dos próprios membros que compõem a serialidade ou os grupos, qual(ais) fenômeno(s) é(são) comum(s) a todos. No mínimo podemos pressupor que há uma escolha unívoca de estarem trabalhando em uma mesma organização/instituição. Essa escolha já pode ser o ponto de partida de reflexões para futuras construções de projetos em comum dos trabalhadores. É importante pontuar que, partindo de reflexões, já contribuimos para a eleição de um futuro mais distante a ser construído por sínteses passivas da materialidade (Sartre, p. 2002).

Conscientizando-se de projetos em comum ou mesmo os criando, os membros da serialidade podem vivenciar a experiência do *nós*, logo de uma equipe em prol de um objetivo em comum, como totalizações-em-curso do *grupo*. A conscientização dos líderes sobre este fenômeno de grupo também se faz importante por parte do psicólogo, uma vez que pode também ajudar na desalienação dos seus membros quanto a conceberem um grupo somente porque seus integrantes fazem parte de uma mesma empresa ou setor, o que não é suficiente para a formação do grupo e para sua sustentação.

Tal afirmativa pode ser exemplificada por meio do romance em análise. O fato de todos os personagens estarem em uma mesma situação – confinados e contaminados ou com suspeita – não foi suficiente para uma ação grupal em comum. Nos momen-

tos do dia ou da noite, quando todos aguardavam ansiosamente pela distribuição das caixas de alimentos pelos soldados, alguns cegos aproveitavam para transportar de maneira desleal caixas para suas camaratas, “os de boa-fé, que sempre os há por mais que se lhes diga, protestaram. [...] Se não podemos confiar uns nos outros, aonde é que vamos parar?” (Saramago, 1995, p. 107). Tal confiança nunca poderá ser captada objetivamente, pois os Outros não possuem uma natureza confiável, assim os são pelo julgamento de suas ações pelos outros em função de seus projetos para com ele, porém, não necessariamente constituem um nós-confiança, esse sentimento nunca será uma consciência coletiva, pois elas, as consciências, sempre estarão isoladas.

Partindo da experiência psicológica do *nós*, podemos definir grupo como uma prática ativa e intencional de indivíduos reunidos em prol da transformação de uma situação, com vistas a um fim comum. O grupo surge de uma relação espontânea contra a vida serial e apresenta-se como uma organização livre de indivíduos. Sartre (2002) argumenta que a consciência de um grupo se forma porque cada integrante capta a sua condição e a dos demais como vistas por consciências alheias para quem esse conjunto de pessoas existe como objeto de observação. Assim, essa seria a forma mais elementar do grupo, caracterizada por ele como *grupo-em-fusão*, que surge no auge de uma batalha e tem como base a necessidade de algo ou um perigo comum, ao qual reage com uma prática comum.

Isso aconteceu na tomada da camarata que buscou dominar a outra, elegeu ser a soberana. Os cegos da camarata dominada, vivendo a escassez de comida, protestaram: “Não pode ser, tiraram-nos a comida, cambada de gatunos, uma vergonha, cegos contra cegos, nunca esperei ter de viver para ver uma coisa destas”; a partir disso, insurgem-se e, em massa, ocupam a camarata soberana, como descreve o autor:

Avançando juntos como uma pinha, rompem caminho por entre os cegos das outras camaratas. Quando alcançaram o átrio, a mulher do médico compreendeu logo que nenhuma conversação diplomática iria ser possível, e que provavelmente não o seria nunca. No meio do átrio, rodeando as caixas da comida, um círculo de cegos armados de paus e de ferros de cama, apontados para a frente como baionetas ou lanças, fazia frente ao desespero dos cegos que os cercavam e que, em desajeitados intentos, forcejavam por penetrar na linha defensiva, alguns, com a esperança de encontrarem uma aberta, um postigo deixado mal fechado por descuido (Saramago, 1995, p. 138-9).

No grupo-em-fusão, a práxis individual reexamina sua capacidade de agir de acordo com um objetivo em comum, que está ligada a uma superação da realidade material. Os indivíduos tornam-se membros de uma intersubjetividade, em que todos reconhecem o Outro como um *mesmo* e com ele desenvolvem uma relação de

reciprocidade imediata, visando uma solução contra uma ameaça exterior que atinge a todos enquanto tal.

De acordo com o que colocamos anteriormente, sobre a divisão de classes, segundo Marx, essa divisão não se sustenta, uma vez que, dentro das próprias classes, pode ocorrer ou não outros tipos de identificações. Um exemplo grave disso é do líder que, com receio de seus subordinados se unirem contra ele, busca estimular competições entre os membros do grupo. Ocorre a possibilidade de os menos competitivos ou os perdedores sentirem-se assim identificados e colocarem-se como nós-sujeito daquele mais competitivo e vitorioso, como em uma equipe de vendas, em que há um vendedor mais eficiente que os demais, ou mesmo nas premiações do funcionário do mês, cujo objetivo ilusório é de *reforçar* e *estimular* todos para que desejem sempre ser o melhor, mas sempre haverá somente um melhor por mês, pelo menos e, assim, sem perceber, pode se estimular a criação de um grupo-em-fusão contra o líder e esse funcionário exemplar. Fofocas e exclusão podem ser ações destrutivas ao vencedor. E o mais danoso para o funcionário premiado é que, estando *do lado oposto* dos demais funcionários, não tem sua aliança garantida com quem lhe concebeu a premiação.

O grupo, apesar de motivado por esta práxis grupal, não pode existir como um ser-concreto, algo pronto, como já dissemos anteriormente, pois a liberdade agrupada não possui nada de concreto que estabeleça o grupo em bases definitivas de existência. A condição de grupo é temporária.

Sartre (2002), ao analisar a formação dos grupos sociais, objetivou compreender como os membros que fizeram surgir um grupo-em-fusão elegem a continuidade de sua *união* sem voltar à série, pois o risco de dissolução do grupo surge no momento em que, uma vez atingido o objetivo em comum, cessa a necessidade de uma práxis comum e recomeça a práxis solitária. Para que isso não aconteça, o grupo deve lançar-se em novos projetos, objetivando permanecer como tal, sem se dissolver.

Partindo dessa premissa, a única possibilidade para que o grupo da camarata, digamos, dominada não corresse o risco de dissolução, ou seja, não voltasse à série, e pudesse ter força para agir contra o grupo da camarata dominante, era a percepção, por meio de uma consciência mais reflexiva sobre a condição do grupo como um fim para cada um dos cegos. Esta reflexão permitiu que os membros da camarata dominada constituíssem uma nova forma de grupo, tal qual Sartre (2002) denominou de grupo juramentado.

Por meio do juramento, o grupo da camarata dominada pôde reinventar-se e manter a reciprocidade entre os cegos, evitando a dissolução do grupo. Podemos dizer que os cegos juraram não infringir as regras por eles próprios estabelecidas. Juraram não mudar de grupo, não se excluir do grupo, não trair os companheiros, não denunciar quem foi que matou um dos cegos da outra camarata. Estas ações aconteceram pela livre escolha, em que cada um agiu como um Ser comum. As ações, aqui significadas pela forma de *pensar, agir e sentir*, manifestaram-se de forma grupal, agindo como cegos, andando como cegos, pensando como cegos e sofrendo como cegos em quarentena.

Impedidos de transitar de uma camarata à outra, os cegos prestaram juramento para poder sobreviver, tal fato conferiu a cada um o poder sobre os demais, a certeza de que a fraternidade deveria impor-se, se preciso fosse, pelo fenômeno da violência, já que sempre houve, de forma velada, certo direito de cada um dos cegos sobre os demais, “jurar é dizer: quero que me punam, se me excluir do grupo” (Perdigão, 1995, p. 225).

Ao contrário de um juramento que parte dos membros do próprio grupo, em alguns ambientes de trabalho, este pode ser imposto explícita ou implicitamente. Ações que explicitam o desejo de que todos se sintam como membros de uma mesma família, de que vistam a camisa da empresa, de serem colaboradores, ou seja, de serem um coletivo desconsiderando suas singularidades, são formas de controle que podem criar a ilusão do ser-com. Sentindo-se iguais, unidos pelo olhar de um terceiro excluído, identificam-se uns com outros sem se permitirem trair seus pares e a organização que os uniu. É um *fascismo brando*. Uma maneira de unificar a série, fazendo que o diferente seja denunciado ou excluído. Poderíamos também inferir que o juramento imposto pode ser uma prática avaliada como assédio moral.

Voltando à obra, sob a pressão dos membros da camarata dominante, gastando energia física e psíquica, os cegos da camarata dominada unem-se em uma ação prática, visando um objetivo exterior, o de obter comida, aqui, o grupo se apresenta como um meio para obter um fim. Uma vez alcançado o objetivo proposto, o grupo-em-fusão passa a estagnar-se, corre o risco de uma deteriorização grupal:

Os cegos que tinham vindo reclamar a comida começavam já a recuar desbaratados, perda de toda a orientação tropeçavam uns nos outros, caíam, levantavam-se, tornavam a cair, alguns nem o tentavam, desistiam, deixavam-se ficar prostrados no chão, exaustos, míseros, torcidos de dores, com a cara no lajeado (Saramago, 1995, p. 139).

Os membros da camarata dominada sentem a ameaça da sua dissolução e a necessidade de resistirem à atração da série. Diante disso, o grupo passa a agir com uma consciência mais reflexiva, visando um objetivo interior, ou seja, percebe-se a necessidade de uma práxis comum a ser consolidada, já que há uma ameaça real de extermínio quando:

A mulher do médico, aterrorizada, viu um dos cegos quadrilheiros tirar do bolso uma pistola e lavá-la bruscamente ao ar. O disparo fez soltar-se do tecto uma grande placa de estuque que foi cair sobre as cabeças desprevenidas, aumentando o pânico (Saramago, 1995, p. 140).

A livre práxis de cada um dos cegos, querendo espontaneamente fazer práxis comum, já não é mais suficiente, pois agora precisam de um objetivo em comum a alcançar e um perigo a combater: reverter a situação, ou seja, dominar quem os domina. Para manterem-se vivos e não se deteriorar a ação grupal, seus membros precisam se

reinventar como grupo. Ocorre que a simples palavra dada pelos indivíduos de que não se excluirão do grupo nunca será suficiente para manter a permanência deste, desta forma, os membros do grupo precisam mais uma vez direcionarem suas atividades às novas exigências e, para isso, necessitarão de uma reorganização do grupo, que passará do *status* de grupo juramentado para o de grupo organizado.

Para Perdigão (1995), o grupo precisa conhecer as exigências do campo material a ser trabalhado, dividir as tarefas entre seus membros de modo que satisfaça necessidades diversas criando especializações, subgrupos, em que cada um deverá receber uma missão de executar uma função que servirá de modo mais eficaz a todos, construindo assim o grupo organizado. A necessidade da organização do grupo é perceptível quando a personagem mulher do médico questiona o chefe da camarata dominante: “Pagamos como?”; “Precisamos saber como deveremos proceder, aonde vamos buscar a comida, se vamos todos juntos ou um de cada vez” (Saramago, 1995, p. 140).

Assim, os cegos da então denominada camarata dominada organizam-se em prol da distribuição de tarefas, as quais passam a ser desenvolvidas por múltiplas práxis individuais, e todas as ações passam a ser mutuamente necessárias umas às outras, pois a práxis comum só existe por causa das práxis individuais. Neste ato, cada cego compreende que sua função é necessária às funções dos demais, é o que verbaliza o cego ajudante de farmácia, quando se contrapõe aos argumentos do médico de que a ausência de armas por parte dos membros da camarata dominada faria que todos os cegos obedecessem aos da camarata dominante, como coloca: “Nós também as podíamos arranjar” (Saramago, 1995, p. 141).

O *nós*, por ele dito, é um exemplo da real necessidade de uma organização grupal, necessidade que obteve identificação dos demais, ou seja, os membros do grupo perceberam a necessidade de distribuírem as tarefas, como observamos no seguinte trecho da obra:

Não há dúvida, aquele médico lá ao fundo está certo quando diz que nós temos que nos organizar, a questão, de facto, é de organização, primeiro a comida, depois a organização, ambas são indispensáveis à vida, escolher umas quantas pessoas disciplinadas e disciplinadoras para dirigirem isto, estabelecer regras consensuradas de convivência, coisas simples, varrer, arrumar e lavar, disso não podemos nos queixar (Saramago, 1995, p. 110).

Importa compreender que o verbo organizar designa aqui não somente a ação interna pela qual o grupo se define, mas o grupo em si como elemento que intenciona uma atividade estruturada no campo prático. No entanto, a organização instiga os próprios membros do grupo a perceberem os demais de forma ambígua, pois, por um lado, o Outro é visto como um ser livre e responsável que atuará em prol da manutenção e da permanência do grupo, por outro, fica evidente a posição de ameaça que a singularidade deste Outro representa ao coletivo.

Tomando como base as inúmeras necessidades e exigências do grupo da camarata dominada, esta se desdobra em várias ocupações, em que tarefas são distribuídas entre seus membros que agora passam a cumprir variadas práxis individuais. As ações passam a ser mutuamente necessárias umas às outras, e a práxis comum só pode ocorrer por causa das práxis individuais que a integram, ou seja, cada membro compreende que a sua atuação é fundamental para que o outro também possa atuar.

Este é considerado um momento crítico, pois dissolvido em inúmeras práticas individuais o grupo se encontra disperso no espaço e no tempo, cada um, distanciado, sofre com a força dispersiva “decorrente da própria organização do grupo, que levou os membros a atuarem em funções separadas” (Perdigão, 1995, p. 238).

Faz-se necessário então uma reorganização da própria organização para combater uma possível desorganização por meio da inércia, para isso o grupo passa a agir sempre com maior intensidade sobre si mesmo e transforma sua práxis em processo. No processo, a ação individual dos membros torna-se cada vez mais passiva e o indivíduo deixa de ser peça chave ao desenvolvimento do grupo, para ser apenas mais um que estará à mercê do grupo institucional, o qual é regido por normas de conduta, regulamentos, autoridade, ordem e poder, o terror apresenta-se como “preço necessário para fazer ressurgir, à força, a coesão do grupo” (Perdigão, 1995, p. 240).

Podemos destacar uma situação em que percebemos as características de um grupo institucional. Observamo-la por meio da intenção do exército com relação a uma forma de fazer valer a força e o terror dentro do espaço onde os cegos se encontravam:

Temos aqui um coronel que acha que a solução era ir matando os cegos à medida que fossem aparecendo. Mortos em vez de cegos não alteraria muito o quadro. Estar cego não é estar morto. Sim, mas estar morto é estar cego (Saramago, 1995, p. 111).

O grupo institucional guarda relação muito próxima com a forma com que o grupo organizado se manifesta, pois ambos se organizam e distribuem tarefas para atingir um fim que seja comum aos membros; ocorre que na instituição estes executam as tarefas de forma passiva, sentem-se impotentes para articular qualquer mudança e atribuem tal reação às regras e imposições. Apesar dos argumentos acirrados acerca da forma como a instituição se manifesta, vale lembrar que cada um dos indivíduos é livre para transcender a condição de passividade, pois é inegável a inclinação do homem para uma nova possibilidade de ação. Ocorre que, como forma de minimização da angústia originária da liberdade de escolha, o indivíduo opta por assumir uma posição de *um qualquer*. Sartre (2002, p. 343) explicita este fenômeno da seguinte maneira:

A razão da insuperabilidade do Ser passado é que ele próprio é a inscrição no Ser de uma *práxis* que, além de toda *práxis* humana particular, produz sua própria significação como ser transcendente. Então, a *práxis* humana, que vive em simbiose com essa prática iner-

te e a suporta como exigência, constitui-se como meio mecânico (de exterioridade) de fazer existir uma mecânica em seus caracteres de entendimento humano (grifos do autor).

Assim, muitos cegos agem de má-fé, com a intenção única de preservarem o prático-inerte que novamente se manifesta no grupo institucional, é o que diz o médico em um dos momentos em que os membros da camarata dominada se deparam com as regras impostas pelos da camarata dominante: “Pelo que ouvimos, não creio que possamos, por agora, fazer mais do que obedecer” (Saramago, 1995, p. 141). Podemos também perceber a resistência de alguns cegos em cumprir as ordens impostas, não realizando o que lhes fora atribuído: “Eu não dou o que me pertence a esses filhos da puta cega”, ecoando esta afirmativa por meio de outros cegos: “Nem eu!”. Evidencia-se, com estes relatos, o estado de impotência em que esses cegos se encontravam e, assim, começa o processo de burocratização.

No processo de burocratização, sempre haverá um nível inferior que atuará como instrumento inerte passível de manipulação para aquele que atua no nível superior, cada um dos cegos passa a ser para os demais, da camarata que está no nível superior, uma “coisa passiva que deve obedecer ordens” (Perdigão, 1995, p. 242).

Como exemplificamos anteriormente, a mulher do médico toma iniciativa em seu nível hierárquico e dá ordens aos cegos que por ela, naquele momento, estavam subordinados,

Não temos alternativa, disse a mulher, além disso, a regra, aqui dentro, vai ter de ser a mesma que nos impuseram lá fora, quem não quiser pagar, que não pague, está no seu direito, mas nesse caso não comerá, o que não pode é estar a alimentar-se à custa dos outros (Saramago, 1995, p. 141).

E assim o poder é eliminado dos demais e entregue a um único indivíduo, ou a um subgrupo, o qual Sartre denomina como soberano. O processo de burocratização, antes descrito, abre passagem para que o soberano possa fazer com que o grupo volte a atuar, tal atuação será ordenada, por meio de “seu poder coercitivo, exigindo tarefas, certas formas de reciprocidade entre os membros e novas organizações internas” (Perdigão, 1995, p. 243).

Em *Ensaio sobre a cegueira* (Saramago, 1995), algumas ações dos personagens são claramente demonstrativas da atuação do soberano. A primeira atitude, nesse sentido, que chama a nossa atenção ocorre quando de imediato cada um dos grupos que ocupava as camaratas é representado por um cego-soberano que comanda todas as ações dos demais e determina como será feita a entrega dos alimentos aos membros da outra camarata.

Cada camarata nomeará dois responsáveis, esses ficam encarregados de recolher os valores, todos os valores, seja qual for a natureza,

dinheiro, joias, anéis, pulseiras, brincos, relógios, o que lá tiverem e, levam tudo para a terceira camarata do lado esquerdo, que é onde nós estamos, e se querem um conselho de amigo, que não lhes passe pela cabeça tentarem enganar-nos, já sabemos que alguns de vocês vão esconder uma parte do que tiverem de valioso, mas digo-lhes que será uma péssima ideia, se não nos parecer suficiente o que entregarem, simplesmente não comem, entretenham-se a mastigar as notas de banco e a trincar os brilhantes (Saramago, 1995, p. 140 -1).

Antes da burocratização das ações dos membros dos grupos, não havia chefes nem autoridades, exceto a do governo. O poder passava de um cego a outro, todos davam ordens, conforme as necessidades de todos que estavam excluídos, em quarentena. Com o surgimento da *instituição-soberania*, o propósito de integração grupal fica fadado ao fracasso, pois a posição do *cego-soberano* não é precisa, “ele não é bem um soberano, mas um quase-soberano, já que também pertence ao grupo e acha-se sujeito às estruturas de inércia” (Perdigão, 1995, p. 244), por outro lado, ele, o soberano, não é um cego comum, difere dos demais na medida em que é o único que tem o poder de unificação, em contrapartida é o único também que não pode ser unificado.

Tal situação gera ambiguidade de sentidos, pois se, por um lado, os cegos sentem-se unificados pela presença do cego-soberano, por outro, há uma nova tendência de degradação do grupo para a dispersão e serialização, assim, a soberania acaba por acentuar esse processo. Apesar de o grupo de cegos trazer em sua origem a série, talvez exatamente por esse fato ele mostre não ter cortado todos os laços com esta. Da mesma maneira que o cego está condenado a ser livre, o grupo de cegos está condenado à degradação e a volta à serialidade.

Sartre (apud Perdigão, 1995) diz que o soberano só atua sobre a impotência dos outros, pois se houvesse uma práxis comum sua aparição seria impossível. Observa-se tal situação quando o controle sobre o outro é realizado tendo como instrumento o revólver:

Foram colocadas três caixas em cima da cama. Levam isto, disse o da pistola. O médico contou-as, três não chegam, disse, recebíamos quatro quando a comida era só para nós, no mesmo instante sentiu o frio do cano da pistola no pescoço, para cego não tinha sido má pontaria. Mando tirar uma caixa de cada vez que reclamares, agora desanda, levamos essas e dá graças a Deus por ainda poderes comer (Saramago, 1995, p. 146 -7).

Ao obedecer ao cego-soberano, cada um dos cegos torna-se um outro-que-não-si-mesmo, mas a práxis individual continua existindo no momento da execução das tarefas, como coloca Perdigão, “até o mais dócil e obediente soldado precisa agir a seu modo, apontando sua arma, calculando a distância do tiro, apoiando o dedo no gatilho no momento preciso etc.” (1995, p. 244). No entanto, como o soberano se apresenta

como um obstáculo à liberdade alheia, para que esta seja exercida há a necessidade de transcender os mandos do primeiro, aniquilá-lo de alguma maneira. Assim, no exercício de sua liberdade, a personagem da mulher do médico consegue este feito, ao matar o então líder de todos os cegos. Sem seu soberano, todos voltam à coletividade serial.

A personagem esposa do médico sai no pátio de onde estavam confinados e percebe que não eram mais vigiados pelo o antigo soberano – o exército. No poder do exercício de suas liberdades, os cegos saem do confinamento e encaminham-se em grupos pela cidade em busca de comida. Mas já se observa neste momento a dissolução de um grupo maior formado no confinamento. Muitos retornam à serialidade, outros continuam agrupados, com fins comuns até o final da estória, que termina com um pequeno grupo junto com os personagens médico e sua esposa, em sua casa, momento em que recobram a visão gradativamente.

Apesar de todas as experiências angustiantes que os cegos conviveram juntos no confinamento, nenhuma delas foi capaz de determinar a coesão grupal após seus membros transcenderem os obstáculos do confinamento e da cegueira, o que mostra a singularidade de eleição do projeto de ser, bem como a totalização-em-curso de um grupo.

Transferindo a análise anterior, desde a formação do grupo-em-fusão à criação do soberano, para uma organização de trabalho, observamos que uma das possibilidades de fracasso de uma equipe é decorrente dessa organização preestabelecida das funções, fracasso este, na verdade, das liberdades que elegeram assim estruturarem e manterem como projeto a estratificação social do trabalho. O trabalhador desde que entra em uma organização/instituição já tem definida sua função, seu limite de atuação. Esta delimitação já estabelece um isolamento dos demais, dificultando, quando necessário, a atuação com os outros. A rotina diária da execução solitária das tarefas afasta seus membros. Com o intuito também de produzir em um curto tempo, herança taylorista que dificilmente o mundo capitalista transcenderá, dificulta o exercício do diálogo e do consenso. Uma tarefa é executada mais rapidamente quando imposta ou quando não há impedimentos para que atinja seu fim.

Em uma discussão grupal, oportuniza-se o amadurecimento das ações singulares em um contexto social. No entanto, o aprendizado desta práxis requer tempo, requisito não muito bem visto para aqueles que aderem à ideologia capitalista de que perder tempo é sinônimo de perder dinheiro. Instituir regras e normativas por intermédio de um soberano que controla a produção pelo tempo gasto parece ser visto como um método mais rendoso para as organizações. Só não percebem que neste processo exaure-se a saúde mental e física do trabalhador.

PSICOLOGIA, GRUPOS E SAÚDE

A história da Psicologia, produzida no bojo do sistema capitalista, veio atender demandas das práxis capitalistas. Uma vez retirado do homem seu reconhecimento por

meio do produto de seu trabalho e transferido para a marca, o homem precisou adquiri-la para humanizar-se por meio dela.

O fazer e ter passaram a ser palavras de ordem para encaixarem-se às demandas produtivas e de consumo principalmente e, com isso, o homem se subjetiva por meio de valores que retiram de si sua dignidade. Interioriza sedentamente um mundo para totalizar-lhe, sem êxito, e não se vê totalizado em suas ações. Sente-se pertencente a *grupos*, enquanto muitas vezes, como série, somente está ligado a outros pelo prático-inerte, compondo uma coletividade serial, por exemplo, como usuário, cliente, consumidor. Faz parte do *todo mundo*, ao mesmo tempo em que *é ninguém* diante de tal coletividade serial. Sua singularidade é dissolvida diante do projeto capitalista de, por um lado, preservar a individualidade para um melhor controle, para, por outro, desvanecê-la na coletividade serial.

Na mesma vereda construiu-se a compreensão do binômio *saúde/doença* dentro do sistema capitalista. Os comportamentos desviantes foram entendidos como aqueles não adequados ao mundo produtivo. Um peso à sociedade, deveriam ser *ajustados* “[...] cumprindo um papel social de ‘manutenção do *status quo*’, herança da medicina higienista do século XVIII e da psiquiatria clássica – crítica de cunho ideológico e político” (Schneider, 2002, p. 14 – grifos da autora).

No entanto, os projetos capitalistas das classes hegemônicas fizeram com que as armas de controle da liberdade fossem se aperfeiçoando e alienando os menos reflexivos aos mesmos, em sua maioria.

Vemos aí, então, no decorrer da história, o enfraquecimento dos grupos-em-fusão e o fortalecimento dos grupos institucionais, liderados por soberanos, desconsiderando os projetos singulares para produzirem o projeto de coletividade serial.

Os indivíduos, então, unem-se por meio de terceiros que mediam suas relações: marcas, internet, moda, são exemplos dos que tomaram lugar dos laços afetivos. Sentem-se unificados, mas permanecem na solidão da serialidade coletiva. Dificulta o reconhecimento do que os unem pelo afeto, mas pelo que de fora os afeta.

Solitários e alienados por um projeto globalizante, que facilita os *contatos*, mas sem estabilidade e permanência, uma vez que as mudanças rápidas que o mundo globalizado imprime vivem uma ilusória liberdade por considerarem poder escolher dentre *as várias possibilidades as que lhes são oferecidas*. Escolhas essas, isentas de um senso crítico.

Se o caminho para a dignidade é o respeito pela liberdade, e se esta última é um obstáculo aos projetos hegemônicos capitalistas, o impedimento do seu livre exercício pode propiciar a criação de um *Eu doente*. Segundo Schneider (2002, p. 288):

Consciência é, assim, a dimensão da **subjetividade** da realidade humana. Já o ego ou personalidade, característica distintiva do homem, é a unificação do corpo/consciência em direção a um fim – o projeto. O ego é a subjetividade objetivada, ou seja, é um objeto como outro qualquer do mundo, portanto tem opacidade e não a translucidez da consciência (grifo da autora).

Absorto na conquista de um *Eu* instituído, totaliza-se-em-curso construindo um *Eu* doente. Ao primeiro é agregada a promessa da felicidade, só que das classes hegemônicas, e não uma felicidade singular.

Diante deste cenário, independentemente do tipo de grupo a ser trabalhado, o psicólogo deve ter a sabedoria de manejar suas ações em prol de propiciar, garantindo a autonomia e responsabilidade de eleição dos membros do grupo, a identificação destes a partir de fenômenos que partam deles próprios e que lhes revelem a possibilidade de realizarem projetos em comum.

Em um contexto familiar, a consaguinidade não é suficiente para assegurar laços afetivos entre os membros da família. Em uma organização de trabalho, trabalhar em um mesmo setor e/ou em uma mesma função também não garante a identificação entre si dos seus funcionários. Em uma terapia em grupo, o projeto individual comum terapêutico não é o bastante para que cada cliente aprenda a práxis de uma sociabilidade saudável, enfim, trabalhar com grupos é reconhecer que, para que assim se sintam, é porque não podem realizar sozinhos algo e para a conquista do projeto, precisam da força da ação dos demais, bem como sua práxis é transitória, totaliza-se e destotaliza-se também em curso.

Assim, iludimo-nos como psicólogos ao realizarmos trabalhos *com grupos*, cujos membros não possuem projetos em comum, pois naquela circunstância específica do trabalho não precisam do outro para conquistarem seus projetos individuais. Aliás, geralmente quando focamos um trabalho grupal, o projeto pode ser comum a todos, como, por exemplo, em um processo seletivo, em que os candidatos estão ali por almejar a vaga, mas considerar que esses estão competindo entre si e que não formam um grupo, mas representam uma coletividade serial é um entendimento ingênuo. Quiçá, ao utilizar *dinâmicas de grupo*, seria melhor pensarmos em *dinâmicas de coletividade serial*.

Em trabalhos que visam desenvolvimento de equipes, é imprescindível que o psicólogo tenha uma atitude compreensiva para com o sentido que cada membro dá para esta e seus projetos para com o contexto em que estão inseridos. Partindo do que há em comum a todos, geralmente expressos pela tensão entre o que devem atingir com seu trabalho e a falta de recursos físicos, humanos e deficiências de gestão, pode-se instigar a reflexão de como unidos poderiam criar saídas para superarem as práxis inertes.

Se para o indivíduo cada resultado de seu trabalho reflete o mundo subjetivado e sua subjetividade objetivada, ou seja, representa sua totalização-em-curso, ensinar uma coletividade serial a criarem juntos, por meio do diálogo, da alteridade e da união dos esforços, as possíveis alternativas de superação do que lhes parecem no mundo como empecilho, contribuirá com a promoção da saúde mental destes, uma vez que não lhes imprime um projeto que lhes aliena de suas liberdades situadas, mas sim pontua o quão digno são de exercerem sua condição humana de abertura ao mundo onde produzem sua existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando como exemplo o romance e transpondo sua estória para a vida real, novos projetos serão criados por cada um, que servirão de base para a construção de suas histórias. Da serialidade formou-se o grupo e a ela retornaram. Em um movimento dialético, de construções de projetos ora individuais ora em comum com outros, é que a humanidade constrói sua história e a ela transcende. Bom, mau ou indiferente, o homem não possui uma natureza que o defina. Tão pouco a história mostrada por intermédio do prático-inerte determinará o futuro da humanidade. Como cada um a transcenderá, dependendo do projeto que visa no futuro, se individualmente ou em grupo, e dependendo do momento e da condição que o cerca, o homem é o seu próprio artífice.

Apesar de Saramago iluminar nessa sua obra o lado obscuro do homem, não deixou de resgatar por meio de alguns personagens a generosidade e a fraternidade que também compõem o leque de opções de ser-no-mundo.

Em sua viagem, Saramago convida-nos a ir ao submundo das possibilidades humanas, mas, pela angústia de congelar o homem nestas, o autor edita um final que nos mostra a capacidade de o homem superar as adversidades da vida, o que nos refresca os olhos por poder enxergar saídas mais saudáveis, por meio da fraternidade, da comunhão, e não somente, como ele mesmo fala de sua estória: da brutalidade, da violência e da tortura que o homem imprime aos seus próprios pares.

A liberdade de escolha acarreta, em um sentimento maior, a angústia existencial que sempre moverá o homem a olhar de forma única os conflitos da existência, mesmo que por meio de uma nebulosa cegueira branca, e a tomar consciência desses conflitos, poderá criar maneiras de humanizar a sociedade, sem deixar de agir de forma individual e única.

A análise realizada da obra em questão também nos ensina na prática do psicólogo no contexto das relações grupais. Sabemos que, para tornar o trabalho grupal mais rico, é necessário também que a classe hegemônica que tange o grupo se destitua de alguns projetos particulares para agregar projetos coletivos.

A gestão de um grupo com base na soberania ou na falsa democracia impede a plena exteriorização do homem, a partir da qual vê sentido no seu trabalho, pois se vê também como criador do produto por ele trabalhado. Ao contrário, com o impedimento da criação pelo próprio trabalhador deste sentido, seu trabalho passa a ser fonte de adoecimento. Como bem coloca Sartre (2002) ao alertar que, se o trabalho é alienado, o homem não pode se reconhecer em seu próprio produto, e ao se exaurir em seu trabalho, seu empreendimento neste pode-se-lhe apresentar como uma força opositora a sua liberdade.

Como falamos anteriormente, nossas relações de alguma maneira são regidas por práxis capitalistas, e quanto ao papel do psicólogo neste contexto, não é uma emprei-

tada fácil, mas é aí que reside o grande desafio, bem como para todos os homens, uma vez que trabalhamos em prol da desalienação, claro, dentro das nossas limitações e possibilidades conjugadas ao contexto que estamos inseridos, histórias de uma humanidade menos doente serão escritas de maneiras mais saudáveis.

Com isso não podemos prever como ficará o sistema capitalista. Este é o que temos até hoje (prático inerte), mas que também pode ser transcendido, modificado, enfim, o que acontecerá a partir das novas ações desalienadas dos homens, não temos como saber hoje, somente no futuro, quando olharmos novamente a história em função de nosso projeto de ser. Não basta ser somente projeto de desalienação que parte de alguns psicólogos e outros profissionais da saúde, para obtermos êxito todos os envolvidos têm de se identificar com esse projeto, seja em qualquer outro contexto nosso de atuação.

O objetivo maior do trabalho do psicólogo com grupos não é diretamente mudar o sistema, tão pouco mantê-lo, sustentá-lo, mas colocar no foco da consciência dos membros do coletivo que trabalham suas escolhas diante da relação dialética que travam entre si e com o mundo, que até o momento são também criadoras e sustentadoras da história que vivemos hoje, ou seja, *buscar tratar a cegueira branca*. O que vier será consequência das novas escolhas.

Enganamo-nos ao pensar que, ao escolhermos por continuar a história tal qual vem sendo escrita, somente a manteremos, porque a síntese passiva da materialidade também é uma escolha nossa, é de nossa responsabilidade, e o melhor é que nada garante a sua perpetuação no futuro. Devemos ter em foco que nossa responsabilidade é com o resgate da humanização do homem, com isso na valorização do empreendimento humano. Para tal, antes deve haver a conscientização de que este está desumanizado pelo valor que lhe é dado e o que é feito para que assim esteja, assim a responsabilidade é de cada um, individualmente e no coletivo, para com o projeto de resgate de seu valor.

Este é nosso projeto fundamental de atuação, a nossa contribuição em qualquer contexto que venhamos a trabalhar com o existencialismo sartriano. A história depois disso será escrita por todos e só viremos a conhecê-la depois que ela for passado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FORNET-BETANCOURT, R.; CASAÑAS, M.; GOMES, A. *Anarquia e moral*: entrevista com Jean-Paul Sartre. Tradução de Walter Matias Lima. Piracicaba: Impulso. 2005. 16(41): 75-7, 2005.
- HOBBS, T. *Leviatã*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2002.
- MACHADO, J. L. A. *Ensaio sobre a cegueira*. Como uma fábula macabra. Disponível em: <<http://www.planetaeducacao.com.br/portal/impressao.asp?artigo=299>>. Acesso em: 3. jul. 2011.
- MORRIS, K. J. *Sartre*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- PERDIGÃO, P. *Existência e liberdade*. Porto Alegre: L&PM, 1995.

SARAMAGO, J. *Ensaio sobre a cegueira*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SARTRE, J. P. *O ser e o nada*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

_____. *Crítica da razão dialética*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SCHNEIDER, D.R. *Novas perspectivas para a psicologia clínica: um estudo a partir da obra “Saint Genet: comédien et martyr” de Jean-Paul Sartre*. Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica. Núcleo de Práticas Clínicas. Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado, 2002.

_____. *Sartre e a psicologia clínica*. Florianópolis: Ediufsc, 2011.

Transtorno de estresse pós-traumático e violência urbana: diálogos possíveis

MARISA FORTES

A banalização da violência urbana, denunciada pela nossa perda da capacidade de indignação diante da barbárie, é um sintoma de que de fato a nossa sociedade está profundamente doente. Em meio a histórias de terror construídas por um cotidiano repleto de notícias de homicídios, assaltos, estupros, abuso infantil e sequestros, entre outros, muitos sentem crescer dentro de si a sensação de insegurança e perigo iminente; porém, já não olhamos com tanto estranhamento assim essas notícias, desde que não ocorram conosco. Mas o que é violência urbana? O espaço urbano – caracterizado pelas cidades – é o principal cenário desse fenômeno social que atualmente grassa não só nos grandes centros como também nas cidades menores. O resultado disso é o medo. Um medo paralisante que atinge a coletividade e piora sensivelmente a qualidade de vida das pessoas, uma vez que “sempre se pagará sério preço, orgânico e psíquico, por se viver o medo” (Morais, 1981, p. 24). E quanto à violência urbana, essa não se restringe ao crime, mas abarca também diversas situações em que o desrespeito à dignidade humana é flagrante como a falta de atendimento adequado no sistema de saúde ou o trânsito que mata milhares de pessoas todos os anos nas grandes cidades.

Entre todas essas questões, notamos que uma das mais graves e prementes é a conduta criminosa de uma parte cada vez maior da sociedade e o caráter devastador que esta adquire ao ser imposta a suas vítimas. Dentro desse conceito, o fato de habitar cidades cada vez mais violentas – mesmo as pequenas, diga-se – já é em si um fator de risco. Dada essa realidade, um dos grandes questionamentos dos profissionais que trabalham com o TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático) é: como tratar essa condição se a pessoa atingida muitas vezes continua em meio a um ambiente potencialmente estressor?

Realmente se, por um lado, esforços no sentido de debelar os sintomas do trauma são envidados na clínica, por outro o mundo violento está lá fora à espera de todos os que nele vivem. Portanto seria, no mínimo, um contrassenso negar essa realidade e garantir que agora está tudo bem e que uma eventual ocorrência violenta não vai acontecer novamente. Diferentemente das catástrofes naturais, uma agressão cometida por um semelhante traz peculiaridades que abalam as raízes de nossa identidade, pois começamos a questionar a própria natureza humana – humana? – capaz de cometer atrocidades como as que vemos estampadas nos jornais todos os dias. A dificuldade de interpretar a barbárie e dar a ela um sentido, qualquer que seja, é um dos elementos que podem contribuir para a ocorrência do TEPT.

O fato é que a existência em sociedade perdeu, ao longo dos anos, aquela característica primária do respeito e cuidado com o semelhante e nota-se que uma vida

humana parece ter pouquíssimo valor, uma vez que pode ser ceifada sem a menor cerimônia na próxima esquina. Diante disso, “o sentimento de insegurança transforma e desfigura a vida em nossas cidades. De lugares de encontro, troca, comunidade, participação coletiva, as moradias e os espaços públicos transformaram-se em um palco de horror, do pânico e do medo” (Pinheiro e Almeida, 2003, p. 8).

O caráter imponderável de situações violentas, aliado à imprevisibilidade que evidencia a vulnerável condição de humanos que somos, faz que nos distanciemos da confortável sensação de paz que traz a tranquilidade e a segurança – ainda que ilusória – de um cotidiano próximo da normalidade. Os que nunca experimentaram uma vivência assim muitas vezes sentem dificuldade em compreender o alcance do trauma e a devastação emocional que este pode ocasionar, comprometendo também os relacionamentos familiares e interpessoais da vítima da violência urbana.

OS POSSÍVEIS EFEITOS PSICOLÓGICOS DA EXPERIÊNCIA VIOLENTA NO INDIVÍDUO

Tendo em vista que a violência tem o poder de afetar seriamente o indivíduo nas mais variadas esferas da vida – desde a pessoal até a familiar, social, financeira e ocupacional –, o desgaste emocional intenso demanda muitas vezes a busca por ajuda. Até mesmo aqueles que nunca consideraram a possibilidade de utilizar os serviços de um psicólogo ou psiquiatra chegam ao ponto em que, cansados de sofrer, acabam por ceder e buscar uma solução.

Entre os efeitos possíveis da vivência violenta, vamos nos concentrar no TEPT, consequência bastante comum em vítimas de situações-limite, com alto potencial traumático. Os sentimentos envolvidos nesta experiência são medo intenso, horror e impotência que acabam desencadeando sintomas bastante desconfortáveis como revivência persistente do episódio traumático, insônia, pesadelos, pensamentos intrusivos, sudorese, taquicardia, tremores, agitação psicomotora, comportamentos evitativos e perturbações de caráter ansioso como hipervigilância ou sobressaltos exagerados a estímulos aparentemente neutros. Há também a possibilidade de ocorrência de uma sensação de futuro abreviado, ou seja, a falta de vontade de pensar ou realizar coisas que envolvam planos no longo prazo, como ter filhos, casar ou iniciar uma faculdade, por exemplo. É como se nada valesse a pena, uma vez que tudo pode acabar de uma hora para outra.

De acordo com o DSM-IV-TR, o essencial para o diagnóstico é a vivência de um fato com potencial traumático extremo, “envolvendo a experiência pessoal direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou outra ameaça à própria integridade física” (APA, 2002, p. 448-9) ou, ainda, de outras pessoas com as quais haja intensa associação. Hoje já se sabe que até mesmo o presenciar um evento que envolva indivíduos desconhecidos também pode desencadear os sintomas, tendo como exemplo muitos norte-americanos que buscaram ajuda psicológica após assistirem pela

televisão ao ataque aéreo às Torres Gêmeas nos Estados Unidos em 11 de setembro de 2011. Ainda segundo o manual estatístico (APA, 2002, p. 452-3), há três classes de sintomas o TEPT:

- A) **Revivência:** 1) lembranças aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções; 2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento; 3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente; 4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático; 5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.
- B) **Esquiva/entorpecimento:** 1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma; 2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma; 3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma; 4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas; 5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas; 6) faixa de afeto restrita; 7) sentimento de um futuro abreviado.
- C) **Hiperexcitabilidade:** 1) dificuldade em conciliar ou manter o sono; 2) irritabilidade ou surtos de raiva; 3) dificuldade em concentrar-se; 4) hipervigilância; 5) resposta de sobressalto exagerada.

Entre todos esses sintomas, de acordo com Calhoun e Resick, o entorpecimento emocional – situado no espectro de sintomas de esquiva – representa “um dos mais difíceis desafios terapêuticos e pode persistir durante muito tempo depois de desaparecerem os outros sintomas” (*in* Barlow, 1999, p. 66). Lançando um olhar psicossocial para essa problemática específica, podemos ressaltar que os relacionamentos interpessoais da pessoa acometida pelo TEPT podem sofrer modificações importantes, nem sempre compreendidas e bem recebidas por sua rede de amparo social. O isolamento, bastante comum nesse quadro, entra em choque com o desejo de familiares e amigos de ajudar e ficar em contato. Estes muitas vezes não conseguem entender o motivo de uma reação tão violenta, pois o fato em si já é passado. O indivíduo traumatizado, então, diante da pressão, sente-se incompreendido e tende a isolar-se ainda mais. Nesse momento a intervenção psicoterapêutica é fundamental, não só atuando junto ao indivíduo como também esclarecendo a família.

Até aproximadamente um mês¹ após o ocorrido, as reações ao evento traumático podem configurar um Transtorno de Estresse Agudo (TEA) como forma de

¹ Muito se discute acerca desse prazo que é o determinado no DSM-IV, pois estudos mais recentes apontam que sintomas de TEA têm sido detectados também após dois a três meses do evento com potencial traumático, variando muito este índice de pessoa para pessoa.

incorporar a experiência e elaborá-la. Porém, com a persistência e cronificação dos sintomas depois de passado esse prazo já é possível começar a pensar na possível ocorrência do TEPT. Na verdade, um importante critério de avaliação é se essas perturbações provocam ou não prejuízo na qualidade de vida da pessoa afetada, envolvendo déficits profissionais, nos relacionamentos interpessoais e em seu cotidiano de maneira geral. Há também um aspecto que se deve ressaltar: os gatilhos ligados ao TEPT. Os estímulos associados à situação traumática tendem a ser evitados, criando uma série de comportamentos de esquiva desencadeados pela possibilidade de experimentar o mal-estar causado por coisas simples como locais, cheiros, cores, enfim, qualquer elemento que remeta ao trauma.

Em termos de diagnóstico diferencial, é pertinente salientar que há uma diferença básica entre o TEPT e o chamado Transtorno de Ajustamento. Enquanto no primeiro o risco é grave e de caráter extremo, em que a pessoa entende que tem sua vida e/ou a de outros ameaçada, no Transtorno de Ajustamento o agente estressor pode ser de qualquer gravidade como aposentadoria, perda do emprego, morte ou separação de entes queridos, entre outros.

Da mesma forma, nem todos os que passam por uma experiência-limite desenvolvem o TEPT e seus critérios diagnósticos não devem ser considerados individualmente. Isso porque, no momento imediatamente posterior ao evento, estes podem ser experimentados em caráter isolado como uma forma de reação à situação e não necessariamente como um TEPT. Assim, deve-se também observar os critérios para o TEA (Transtorno de Estresse Agudo) e considerá-los como possível evolução ou não para o TEPT. Dada a alta taxa de comorbidade com outros transtornos, tais como o abuso de substâncias, transtorno de pânico e ansiedade social, torna-se primordial que se estabeleça de forma criteriosa o quadro primário a fim de poder elaborar um plano de tratamento adequado.

IDEIAS PARA UMA ABORDAGEM PSICOTERÁPICA EM VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA

O manejo clínico com pessoas atingidas pela tragédia sem dúvida desperta um sem-número de reflexões sobre a forma como a visão de mundo que elas têm afeta seu modo de encarar e – talvez – superar seus problemas. Percebemos empiricamente que muitos dos que possuem um modo mais positivo e assertivo diante da vida têm mais chances maiores de conseguir alcançar um entendimento mais objetivo e “elaborável” do que lhes aconteceu.

Mas ainda assim é um duro período de recuperação. Isso porque convenciamos – como especialistas que somos, porém ainda no início do aprendizado sobre a condição do TEPT e seus desdobramentos – não falar em cura, mas sim, em recuperação. Se a cura é discutível, aprendemos que a recuperação é plenamente possível e bastante viável em muitos casos. E nós, psicoterapeutas, buscamos sempre as melhores

e mais efetivas formas de alívio para esse sofrimento que muitas vezes ultrapassa as barreiras do suportável.

É consenso entre psicoterapeutas que o apoio ou amparo social é um dos fatores mais importantes como coadjuvante do tratamento, pois o acolhimento de seus pares pode funcionar como base de compreensão e estímulo para a recuperação. Assim, caso se perceba que não há o suporte social atuando nas situações extra consultório, torna-se interessante realizar um trabalho de conscientização de familiares e amigos, caso seja possível.

Há todo um arsenal de recursos utilizados no tratamento do TEPT e muitas das possibilidades independem da abordagem que o psicoterapeuta adota. Exemplos são as técnicas de respiração e relaxamento, que têm se mostrado bastante efetivas no controle e manejo da ansiedade, uma vez que o TEPT está localizado dentro do espectro dos transtornos ansiosos. A prática de exercícios físicos, ioga e meditação também são bastante recomendadas e, em termos psicológicos, as possibilidades de tratamento vão desde a psicoterapia individual até a em grupo, sendo esta última bastante eficaz por diminuir a sensação de isolamento, fornecer apoio social e ajudar a ressignificar o ocorrido, entre outros benefícios. A seguir, mais alguns exemplos de estratégias significativas em complemento à psicoterapia.

Psicoeducação

Logo no início do tratamento e podendo se estender ao longo dele, esta pode ser boa alternativa. Para Savoia e Vianna (2006), a psicoeducação caracteriza-se como a transmissão ao paciente de informações básicas sobre o transtorno ansioso, incluindo natureza, tratamento e prognóstico. Dessa forma, ele poderá participar mais efetivamente do próprio processo, estando ciente do curso do trabalho psicoterápico e de suas possibilidades de atuação dentro dele. Além disso, a relação terapêutica é fortalecida diante de uma troca de ideias franca e aberta sobre o transtorno e suas especificidades. Em relação às ferramentas que podem auxiliar o terapeuta nessa técnica, as autoras apontam ainda que “é comum utilizar-se de biblioterapia, folhetos, livros que auxiliam o paciente e seus familiares a compreender o transtorno” (p. 91).

Técnica de controle da respiração

É bastante perceptível a forma como a respiração acompanha o estado emocional dos indivíduos. Não é raro que alguém ansioso perceba que está respirando entrecortadamente ou em intervalos muito curtos ou, ainda, que alguém profundamente desanimado ou melancólico apresente suspiros frequentes. A respiração é alvo de interesse de estudiosos dos transtornos de ansiedade, pois, além de representar um termômetro para sinalizar ocasionais estados ansiosos, configura-se importante ferramenta no controle da ansiedade. O curioso é que em nosso cotidiano poucas vezes nos apercebemos de nosso ritmo respiratório, a não ser quando já estamos em situação de desconforto.

Existem várias formas de trabalhar a respiração, mas vamos aqui descrever a chamada **respiração diafragmática**. Trata-se de uma técnica simples, porém bastante eficaz se ensinada corretamente ao paciente como um recurso para o controle da respiração e relaxamento. São quatro as etapas que a compõe:

1. Sentado confortavelmente, com a coluna ereta e ambos os pés apoiados no chão, colocar a mão direita sobre o peito e a esquerda sobre a barriga;
2. Prestar atenção na respiração e no movimento das mãos, acompanhando naturalmente por alguns segundos;
3. Realizar o seguinte procedimento, fazendo a contagem dos segundos mentalmente:
 - a) inspirar procurando inflar o abdome sem mexer a mão do peito por **quatro** segundos;
 - b) parar e segurar a respiração por **dois** segundos;
 - c) expirar procurando movimentar apenas a barriga por **cinco** segundos;
 - d) parar e manter o pulmão vazio por **dois** segundos;
4. Repetir o procedimento completo por três vezes e fazer avaliação comparativa do estado de ansiedade antes e após o exercício.

Meditação

Falando mais detidamente da meditação, também considerada antigamente uma forma mística de obter a “elevação”, esta atualmente ganhou o *status* de recurso clínico no tratamento de diversas psicopatologias e, de forma muito efetiva, no controle da ansiedade. Diversos estudos científicos realizados nessa área comprovam que a meditação, antes considerada apenas ferramenta para o bem-estar e evolução espiritual, tem de fato grande influência na fisiologia humana e sobre diversos sistemas como o nervoso, o imunológico e o endócrino. Um dos preceitos da meditação é despertar e/ou ampliar a capacidade pessoal de percepção em relação às sensações, uma vez que na maior parte do tempo pouco nos damos conta de nossos estados internos.

No início, é difícil conseguir um estado de total relaxamento – proposta da meditação – mantendo-se alerta a suas sensações sem sentir sonolência e torpor. Mas, com o treino, é possível atingir o objetivo de ficar no momento presente e deixar os pensamentos fluírem sem julgamentos ou preocupações em um processo de simples aceitação. De acordo com Cardoso et al. (2004), há alguns parâmetros operacionais para que o processo possa ser caracterizado como meditação, sendo eles:

1. utilização de uma técnica claramente definida (necessário escolher e manter-se fiel a uma das técnicas disponíveis);
2. experimentar um relaxamento muscular durante o processo meditativo (é necessário que ocorra a instalação de um estado psicofisiológico de relaxamento);

3. vivenciar um estado de “relaxamento lógico” (significa não analisar, julgar ou criar expectativas em relação aos possíveis efeitos da meditação);
4. ser capaz de autoinduzir esse estado sempre que julgar conveniente (a ideia é utilizar a técnica como recurso terapêutico frequentemente e mesmo sem a presença do instrutor/terapeuta);
5. utilizar uma “âncora” (como a atenção na respiração ou em um som) para evitar possíveis estados que atrapalham a prática como transe, sonolência, torpor e pensamentos indesejáveis (Cardoso et al, 2004, p. 59).

EMDR

Uma outra possibilidade que também vêm ganhando bastante visibilidade é o EMDR® (Eye Movement Dessensitization and Reprocessing), que, criado pela psicóloga norte-americana Francine Shapiro em 1987 e tendo o primeiro estudo controlado publicado em 1989, tem se revelado uma ferramenta muito útil no tratamento do TEPT, com cada vez mais pesquisas comprovando resultados animadores do uso da técnica dentro de um conjunto de procedimentos terapêuticos. Trata-se de uma técnica de reprocessamento de traumas por meio da estimulação bilateral dos hemisférios cerebrais – por movimentos oculares, táteis ou auditivos – propiciando a dessensibilização da lembrança traumática. Suas vantagens são resultados rápidos, de baixíssimo custo e grande efetividade.

Elaboração e ressignificação do evento

A experiência traumática pode ser transformada por meio de uma modificação no teor dos diálogos internos do indivíduo, sendo possível para este dar um sentido àquilo que viveu, aspecto fundamental para a recuperação de um trauma. Iniciado o processo de incorporação dessa vivência na história de vida da vítima, esta atravessará fases que englobam elementos relacionados à elaboração da experiência, tais como: lidar com a raiva e lembranças difíceis, entender suas sensações e sentimentos diante do fato, redescobrir sua força e potencialidades, compartilhar suas impressões com pessoas próximas e de sua confiança, perceber que aquela pessoa de antes do trauma passou por mudanças profundas e nunca mais será a mesma, aceitar a possibilidade de se tornar alguém melhor após o ocorrido trocando o papel de vítima pelo de sobrevivente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia central de um tratamento psicoterápico para o TEPT, independentemente da abordagem escolhida pelo profissional, é promover uma mudança na forma de interpretação do acontecimento com potencial traumático² e a transição do papel de

² Alguns teóricos repudiam a expressão “evento traumático” preferindo dizer que o evento tem um **potencial traumático** porque, dado o aspecto resiliente de cada um, a sua reação ao fato poderá ser mais ou menos intensa.

vítima para o de sobrevivente. Um diálogo possível dentro dessa linha de pensamento seria um trabalho com o fato de que o perigo realmente está presente e que, além das precauções básicas, nada se pode fazer quanto a isso. E é justamente aí que reside a lógica necessária: é contraproducente preocupar-se com algo que está em determinados aspectos fora do nosso alcance.

Ao contrário do que reza o senso comum com frases como “você precisa esquecer o que houve” ou “coloque uma pedra sobre o passado”, o recomendável é buscar uma integração dessa experiência, procurando imprimir a ela um caráter enriquecedor em termos de história de vida.

Na mesma linha de raciocínio, o trauma superado passa a ser comparado metafóricamente à cicatriz de uma ferida que já não dói, mas que, eventualmente, poderá coçar a cada mudança climática. Isso porque alguns elementos do dia a dia poderão trazer as lembranças do terror que, já perfeitamente integradas ao arcabouço de vivências pessoais do indivíduo, servirão de símbolo de uma história de superação e coragem.

Por meio dos muitos atendimentos psicoterápicos nessa área pudemos perceber um discurso comum à esmagadora maioria das pessoas atingidas pela violência: “nunca mais serei a mesma pessoa que era antes do que ocorreu”. De fato uma experiência como essa pode mudar radicalmente a visão de mundo da pessoa e sua forma de se relacionar com os que estão à sua volta. A vida muitas vezes passa a ter mais sentido, as oportunidades são mais valorizadas e as crises passam a ser encaradas como uma chance de mudança – para melhor. Essa nova forma de viver seria sinal de um bom desenvolvimento do processo ocorrência–trauma–superação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association [APA]. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TRTM*. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CABALLO, V. E. *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos*. Tradução de Maria de Lourdes Pedro. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003.
- CALHOUN, K. S.; RESICK, P.A. Transtorno do estresse pós-traumático. In: BARLOW, D. H. (org.) *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- CARDOSO, R.; SOUZA, E.; CAMANO, L.; LEITE, J.R. *Meditation in health: an operational definition*. Brain Research Protocols, 2004, v. 14, p. 58-60.
- FORTES, M. *O sentido da vivência traumática e seu impacto na identidade de vítimas de sequestro*. São Paulo, 2007. 200f. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade São Marcos.
- MORAIS, R. (1981). *O que é violência urbana*. São Paulo: Brasiliense (Coleção Primeiros Passos, n. 42).
- PINHEIRO, P. S.; ALMEIDA, G. A. *Violência urbana*. São Paulo: Publifolha (Folha Explica), 2003.
- SAVOIA, M. G.; VIANNA, A. M. Especificidades do atendimento a pacientes com transtorno de ansiedade. In: SAVOIA, M. G. (Org.). *A interface entre psicologia e psiquiatria: novo conceito em saúde mental*. São Paulo: Roca, 2006.

**Entre pessoas:
um modo de pensar
a pesquisa e a saúde a
partir de uma abordagem
dialógica proposta
por Martin Buber**

LUIZ JOSÉ VERÍSSIMO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A FUNDAMENTAÇÃO DIALÓGICA DA PESQUISA

Três premissas parecem-nos importantes quando nos aventuramos a entrar no universo da pesquisa, pautados por uma epistemologia dialógica, a saber:

- 1) Pesquisar é pesquisar *o outro*.
- 2) Pesquisar o outro é pesquisar *um* outro.
- 3) Pesquisar um outro é *estabelecer uma relação com ele*.

A primeira de nossas premissas acredita que *pesquisar é pesquisar o outro*. Há muitas implicações nesse ponto. Primeira delas: *o outro não sou eu*. Essa proposição de feição, à primeira vista, tão evidente é um balizamento importante para o processo da pesquisa, desde sua construção como projeto, até a sua execução. Essa aparente evidência pode esconder uma dificuldade de compreensão desse princípio. E, uma vez compreendido, nem por isso, ele é, necessariamente, levado a cabo.

Como nos achegamos a esse outro? O outro coabita conosco o mundo, ou seja, está aí, eventualmente até se encontra exposto a ideias e a comportamentos que também chegam a nós, em uma cultura globalizada, em que ambos, nós e o outro, circulamos e “somos” quem pensamos ser. Apesar de existente como nós e da possibilidade de adotar certas representações do mundo e de comportamento semelhantes às nossas, acreditamos que o outro apresenta a possibilidade de estar-no-mundo de uma forma diferente da nossa, ainda que não seja um “totalmente outro”, pois como existentes compartilhamos algum espaço de convivência em comum. O outro pode experimentar um universo de valores, crenças, moral, cognições, ações, imaginação, desejos, escolhas, interações que não necessariamente coincide com os nossos pontos de vista e de ação, marcando, justamente, um teor de diferenciação, singularidade e alteridade.

Aproximamo-nos do outro com uma *visão prévia*. Uma visão prévia é uma compreensão prévia acerca do outro, do mundo e de nós próprios. Quando elegemos um foco para a nossa pesquisa, já estamos “contaminados” pela nossa visão prévia. “Nenhum pensamento, nenhuma tentativa de compreensão, nenhum exercício de interpretação pode se constituir sem uma visão prévia” (Schuback, 1997, p. 12). Márcia Schuback trabalha o termo sob a inspiração do pensamento de Heidegger. Ela é a tradutora de sua obra referencial *Ser e tempo*. Heidegger estabelece um paralelo entre a interpretação e a visão prévia. “Como quer que seja, a interpretação sempre já se decidiu, definitiva ou provisoriamente, por uma determinada conceituação, pois está

fundada em uma *concepção prévia*” (1989, p. 207). Apesar de todos os nossos esforços de objetivação (interpretação, nos termos de Heidegger), a visão prévia se faz presente todo o tempo. Pois, como podemos conseguir nos evadir de nós, mesmo quando temos boas intenções de “objetividade” e de “ciência”? Ana Maria Feijoo sustenta que “toda e qualquer prática pressupõe uma compreensão prévia, mesmo que ainda não tematizada” (2004, p. 88).

Entre nós e o outro, interpõem-se o escopo teórico da abordagem por nós adotada, o nosso universo cognitivo em termos de conhecimentos acumulados, burilados intelectualmente e debatidos com a comunidade acadêmica e científica, a nossa experiência pessoal, assim como a cultura e o tempo histórico em que nos inserimos. Na verdade, não se “interpõem”: são constitutivos de nosso ser-no-mundo. Se, por exemplo, montamos um inventário de respostas às pessoas pesquisadas, esse inventário já traz consigo uma visão prévia, uma linha de metodologia, o seu comprometimento epistemológico, por assim dizer. Os instrumentos que usamos não “andam sozinhos”, como se tivessem vida própria: como se fossem portadores de uma lógica tal que pudessem levantar dados “objetivos”, independentemente de uma interlocução viva e recíproca com as pessoas pesquisadas; ou como se, por outro lado, pudessem investigar, de forma absolutamente isenta, uma dada realidade. A própria noção de “realidade”, “real”, é de uma complexidade estonteante, sujeita a toda sorte de percalços e questões. Se nós fôssemos ficar intimidados pelas dificuldades e desafios do fazer pesquisa, nós nem começaríamos os nossos projetos.

Pedro Demo nos indica que, no processo da pesquisa, devemo-nos precaver quanto ao senso comum e ao atravessamento ideológico. “O dito senso comum por ser ingênuo [e] a ideologia, por ser justificadora” (2000, p. 17). Logo a seguir, problematiza suas mesmas considerações iniciais. Apesar de reconhecer explicitamente o obstáculo epistemológico que representa a ideologia para um pesquisador, em face dos “significados comuns da ideologia como falsa consciência, defesa de ideias, deturpação da realidade, mundivisão particular” (2000, p. 19), quer admitir e nos admoestar que “mesmo assim, a ideologia não tem apenas significações negativas. [...] a própria condição de sujeito cognoscitivo acarreta o reconhecimento de que ideologia é intrínseca na própria interpretação da realidade” (2000, p. 19).

A hermenêutica operada pelo pesquisador é entendida como uma *construção*. O pesquisador nas ciências sociais não tem diante de si um conhecimento estático, a-histórico, a-cultural, uma realidade pronta e acabada, esperando passivamente ser descoberta. Mesmo nas pesquisas no terreno da física, da química, da biologia etc., o pesquisador, até certo ponto, constrói o seu objeto de estudo, como aprendemos via Gaston Bachelard. O conhecimento científico é um conhecimento aproximado e construído, e não um conhecimento da coisa em-si, como reza a metafísica. Marly Bulcão, estudiosa da obra de Bachelard, estima que a epistemologia bachelardiana “recusa, denominando até mesmo de monstro epistemológico”, a ideia de uma coincidência entre o pensamento e realidade (1999, p. 39)”. Parece-nos que a autora não

está negando o diálogo entre o pesquisador e a realidade pesquisada, e sim, problematizando a adesão irrefletida do pesquisador aos “puros” dados “objetivos”. A partir do momento em que edifica, seleciona, burila métodos, apoia-se em paradigmas, cria desconstruções, discute resultados, cogita sobre o processo, debate com os colegas e com a sociedade, o pesquisador define a pesquisa como uma arquitetura, vale dizer, como um projeto e uma construção, em curtas palavras, um processo de construção-desconstrução-reconstrução incessante. É bom o pesquisador se acautelar de que “Nada é evidente. Nada é gratuito. Tudo é construído” (Bachelard, 1996, p. 18). Reportando-nos a Bachelard, uma vez mais, é oportuno lembrarmos-nos de que “a ciência não é o pleonasmo da experiência” (Bachelard, apud Bulcão, 1999, p. 39). Enfim, o pesquisador não está isento de atravessamentos socioculturais, por um lado, e pessoais (sua filiação acadêmica, sua história de vida, sua maneira de ser e de pensar), por outro. Se ele não se dá conta de seus próprios atravessamentos, torna-se completamente refém deles. Achar-se “neutro” é o caminho mais rápido para uma degola ideológica da pesquisa. O pesquisador acaba recaindo justamente naquilo que supostamente não quer: comprometer a interrogação sistemática, a meticulosidade e o rigor do trabalho.

Devemos estar aptos a perceber o que pesquisamos em sua alteridade. Em ciências sociais “o que” se torna “quem”. A manifestação deste “quem” pode ser escutada de diversas formas. Pode-se escutar alguém como um anônimo, mais um número arrolado em uma estatística. Pode-se escutar alguém partindo-se de premissas fechadas e preconcebidas conceitualmente. Pode-se escutar alguém a partir de certo campo rigorosamente determinado de opções de “respostas”. Por outro lado, podemos escutar alguém não apenas a partir de suas respostas às nossas indagações, mas como um parceiro no lançamento de questões, como provocação do outro ao nosso próprio saber, e nisso, dá-se a construção do saber em conjunto.

A investigação do pensamento à guisa da busca de respostas pode indagar a pessoa, destituindo-a como tal, mantendo-a como ente substancial. Queremos dizer com esse termo aqui a reserva para ele do lugar de fornecedor de dados para o pesquisador, que ocupa, por seu turno, uma posição assimétrica e privilegiada e, desse modo, constrói, monologicamente, o saber. Nesse quadro, o sujeito pesquisado é visto como “estes pobres mortais acorrentados ao fundo da caverna”, incapaz de ir além de vislumbrar abúlicas sombras, que não passam de reflexos fugidios e imprecisos do ser, e assim não têm acesso à compreensão da verdade (Faria, 1981, p. 92-93).

Se adotarmos um modo de pesquisa não como resposta, mas, acima de tudo, como *questão*, estaremos buscando um equacionamento não definitivo, e sim pontual, que produz seus resultados em um processo de construção incessante e dinâmico. Desse modo, importa-nos as questões equacionadas com base em cada situação, em cada contexto cultural, apesar de todas as respostas e teorias já existentes. Faria assinala essa inquietação como o genuíno esforço da filosofia. Por que não estendermos o alcance das perscrutações filosóficas para pensarmos a construção da pesquisa e do pesquisar? Em sendo assim, podemos acompanhar a inquietação da filosofia que se quer como

questão, em vez de se erguer apenas como resposta. Para Maria do Carmo Bittencourt de Faria, tal inquietação nada mais é do que uma “insatisfação com já dado”, e resulta na “capacidade de recolocar como pergunta o que já era dado como resposta”, o que leva o investigador a “continuar sempre questionando, perquirindo [...]” (1981, p. 94).

O que preocupa no pensar apenas inclinado à busca de respostas, nos termos sugeridos por Maria do Carmo Faria, é que a linha que adotamos tem relação direta com o que acreditamos, com valores preciosos para nós. Se não os questionarmos sistematicamente, se não dialogarmos com o outro, abertos, não apenas às suas respostas, mas às suas indagações e provocações, podemos ficar paralisados e engessados em nossos próprios paradigmas, de tal forma que deixamos de agir fenomenologicamente, não permitindo que a pessoa se revele para nós.

Estamos começando a entrar na esfera da segunda assertiva que propusemos no início de nosso presente estudo: *pesquisar o outro é pesquisar um outro*. Aqui, começa a se delinear a noção de *pessoa*. A pessoa alcança o ser humano ao se ter em conta o modo com que se lança cada existente no mundo. Cada pessoa importa, assim como suas interações com as demais pessoas. Juntas, elas formam a comunidade.

Quando adotamos uma perspectiva que passa ao largo da interlocução com cada pessoa e com a comunidade, desconsideramos qualquer validade de uma parceria entre o pesquisador e o universo de pessoas estudado. Desse modo, corremos o risco de fazer submergir a expressão mais própria das pessoas no seio de nossos parâmetros gnosiológicos, e por que não admitir, ideológicos. Ora, o referencial epistemológico que adotamos, de forma mais ou menos aberta à alteridade, ainda “fala do homem genérico. Ele se dirige a uma média de comportamento” (Veríssimo, 2010, p. 167). Se, por um lado, os conceitos e métodos previamente estabelecidos são o que permite um olhar estrutural sobre os fenômenos, um arranjo de sentido que nos auxilia a compreendê-los, por outro lado, o universo de nossos conceitos, de nossas interpretações familiares e costumeiras, de nossas representações usuais pode empobrecer a mesma interrogação “que tanto se esforça por compreender, pois nivela todo mundo a uma média, a um obscuro ponto que marca um lugar-comum pertinente a todos, enquadrando todos indistintamente em determinados atributos” (Veríssimo, 2010, p. 167).

Caso não viabilizemos um diálogo com o outro, na condição, inclusive de *um* outro, corremos o risco de nos refugiarmos desse mesmo outro em um sistema rígido e previamente definido por conceitos, encerrando a interpretação dentro desses moldes, que são projetados por uma universalização sem surpresas. Nesse ponto, o ser humano “corre o risco de ser reduzido a um conjunto bem urdido de leis e fórmulas normativas, onde o pensamento só pode correr nesses trilhos, sejam eles justificados sob jurisdição da ciência, da linguagem, da biologia ou da cultura” (Veríssimo, 2010, p. 189). Qualquer manifestação do outro que rasgue o céu de nossas convicções

sofrerá medidas contraceptivas, quer dizer, que evitem uma nova concepção, e será alvo de subjeção, em que se interpela o orador

adversário e se supõe a sua resposta, dando-se, de pronto, a réplica. Nesse caso, o outro [...] não [é] mais do que uma referência para algum conceito instituído que passa a nortear todas as demais compreensões do fenômeno humano, com lugar bem demarcado, onde importa mais a função que as próprias pessoas e as suas interações concretas (Veríssimo, 2010, p. 189).

O que estamos considerando até aqui não nos autoriza a dispensar o escopo teórico e a experiência prévia. Não se trata de desautorizar o lastro que marca uma formação epistemológica. “O partir do zero marca um niilismo improdutivo que muitas vezes resulta em regresso aos mesmos problemas que estão sendo objeto de ressalva. Acaba se falando das mesmas teses com outras palavras, e de forma inconsistente e incoerente” (Veríssimo, 2008, p. 167). Nossa interpretação se constitui como uma visão prévia. Ela se forma ao longo, não só de nossas pesquisas e estudos, como de nosso existir como um todo, incluindo a nossa inserção e interação com os sítios socioculturais que marcam o mundo de nosso ser-no-mundo.

Acreditamos que, para o desenvolvimento da pesquisa, é mister compreender que, se por um lado existimos com a nossa visão de mundo, por outro,

se tomarmos nossas opções sistêmicas de forma absoluta, estaremos compreendendo a pessoa unicamente à luz de determinado campo fechado de premissas. Tudo o que aparece, todas as possibilidades que surgem são tomadas como reveladoras e confirmadoras das proposições acatadas. Assim, um conjunto de ideias perde o seu vigor e se torna uma arquitetura lógica de conceitos vazios, abstraídos da vida concreta das pessoas (Veríssimo, 2008, p. 167).

Prossigamos, acompanhando de perto o pensamento de Márcia Schuback, que, por sua vez, caminha na trilha de Heidegger e adota a sugestão que a visão prévia nos constitui ontologicamente: ela antecede toda construção de saber e, desse modo, é parte integrante do processo investigativo. A leitura de Márcia Schuback nos dá uma interessante indicação acerca de uma atitude ao abrirmos as picadas na senda da pesquisa. Devemos não aderir de imediato ao mundo, na ânsia por objetivação, como se o mundo pudesse aparecer como dados puros, a espera de serem “descobertos”. Nossa interpretação é desenvolvida com base em de nossa visão de mundo, ainda que sob o crivo de conceitos, argumentações, procedimentos metodológicos. Pedimos licença para nos expressar melhor. Consideramos que a nossa visão de mundo precede e, de certa forma, institui o que tomamos como saber teórico, técnico ou científico. Lemos em Heidegger que não devemos nem enunciar “temos uma visão de mundo”: “ao contrário, é preciso dizer: ele [o ser-aí, o existente] é visão de mundo, e, com efeito, necessariamente” (2008, p. 369).

A compreensão, na construção da pesquisa, deve se transformar, uma vez precavendo-se de não se tornar prepotente e fechada sobre si, em um esforço de interpretação

regido pela atitude “cuidadosa, e por isso orientadora”. O cuidado de não tomar o mundo como uma realidade pronta e independente de quem o observa. Nem, por outro lado, desconsiderar as diversas formas de expressão do mundo para o pesquisador. “Esta suposição antecede a investigação, não como um alvo, ou seja, como que já se sabe de antemão, faltando-lhe apenas ser “encontrado” (Schuback, 1997, p. 12).

O trabalho do pesquisador deve ser tutelado pelo *cuidado*. Assim, trabalhamos os fenômenos de forma hermenêutica: fazemos um esforço de interpretação que está aberto à compreensão de seus próprios fundamentos, que se percebe como abertura para o mundo, sendo esse processo mediado pelo diálogo com o universo das pessoas inquiridas e observadas pela pesquisa. Schuback está pensando em termos filosóficos, mas nada nos impede de continuarmos pensando igualmente em termos epistemológicos. “Compreender e interpretar [...] é cuidar para que a própria experiência fundamental indique o caminho de compreensão” (1977, p. 12). É preciso, portanto, tomarmos “o cuidado para que a interpretação jamais abandone a experiência fundamental que tornou possível aquele pensamento”, ou seja, que tornou possível o trabalho do pensamento na pesquisa.

E como poderíamos conceber a “experiência fundamental” em pesquisa a partir de uma abrangência proveniente de um enfoque dialógico? Um trabalho que faz questão de não permanecer suportado com teorias e metodologias fechadas e pré-fabricadas, mas que se compõe junto ao outro. O outro passa de um “totalmente outro” a ser alguém com quem construímos o nosso acervo de aprendizagens. Ache-gamo-nos ao outro cômicos de que estamos diante de existências que contam sobre suas vidas das mais variadas formas: em prosa, verso, cantorias, festejos, brincadeiras, jogos, símbolos, em suma, por meio das multiformas expressivas. Tentamos acompanhar o movimento e a direção significativa de suas manifestações e, até mesmo, podemos participar de suas práticas, de modo que interagirmos para a construção de um conhecimento dialógico.

Quando pretendemos ir até o outro dessa forma, chegamos a uma floração de visões de mundo que vão tecer a interlocução com o escopo acadêmico conceitual. E aqui enxertamos novamente Pedro Demo, que, a princípio, tinha nos alertado com relação ao senso comum e à ideologia como obstáculos epistemológicos inerentes à pesquisa. Uma vez interessados em operar nossos parâmetros e instrumentos com o cuidado no diálogo e na interpretação, podemos acatar a opinião que “não se pode encerrar o senso comum apenas nas credulidades que todos também temos, ou reduzi-lo à ignorância, porque representa sobretudo o saber cotidiano disponível, como qual organizamos nosso dia a dia” (Demo, 2000, p. 18).

O senso comum mantém-se exclusivamente como “ignorância” para quem o vê de fora. Porque, na medida em que estabelecemos diálogos, podemos perceber as diferenças, os matizes sutis e complexos que, antes, se mantinham retraídos na estranheza das representações indiferentes à pessoa. Mesmo quando imersos naquela instância do senso comum, que Marilena Chauí (2004) designa como nossas “crenças silenciosas”, em que depositamos confiança imediata no que está diante de nós, sem questionar

o ato de ver e de crer, somos apelados, de alguma forma, à pessoa: Martin Buber considera que, quanto mais o ser humano estiver dominado por um modo alienado de suas relações e vivências mais próprias, mais profundamente a pessoa é atirada na inatualidade. “Nestas épocas, a pessoa leva, no homem, na humanidade, uma existência subterrânea e velada e, de algum modo, ilegítima – até o momento em que ela será chamada” (1977, p. 75-76).

CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO DE MARTIN BUBER PARA UMA PESQUISA DIALÓGICA

Examinemos a construção da pesquisa inspirados pelas leituras de Martin Buber. Ele nos dá passagem para entrarmos na terceira premissa que propusemos para pensar a pesquisa em termos dialógicos: *pesquisar um outro é estabelecer uma relação com ele*.

Queremos começar esse exercício por um panorama geral de suas ideias. Buber centra as suas reflexões nas relações humanas. Seu pensamento é uma filosofia da relação. A maneira como Buber entende o ser humano é remetida à relação como proposição central que sustenta a constituição de uma antropologia filosófica. Para a psicologia, interessa a achega de Buber, na medida em que ele trabalha a pessoa fundada na intersubjetividade.

Quem estuda Buber aprende a lição número um. A pessoa não se faz independente do outro. Buber trabalha uma ontologia do ser humano com base em duas atitudes fundamentais: Eu e Tu e Eu – Isso.

A pessoa, sentido mais próprio do modo Eu e Tu, não é um ser que se sobrepõe ao mundo, que detém o conhecimento privilegiado do mundo, em que o mundo é um mero objeto do conhecimento. O mundo por vezes é interpretado como uma lâmina que recebe toda sorte de projeções de nossa “subjetividade”. Ao mesmo tempo, lançamo-nos no mundo, entre outras formas, no modo do desejo de conhecer, a que chamamos, volta e meia, de “objetividade”. Objetividade e subjetividade são ainda termos insuficientes para alcançar o arco de compreensão do universo relacional do ser humano. Evitando a dicotomia sujeito × objeto, interno × externo, privado × público, Buber concebe o ser humano fundamentado e constituído pelas relações que estabelece. O campo da relação é a formulação mais própria da existência. A relação é o que justifica ontologicamente o ser do humano, e não um *eu-em-si*, como quer uma metafísica em moldes cartesianos.

A “palavra-princípio” é a expressão usada por Buber, logo nos primeiros aforismos de seu renomado livro *Eu e Tu*. Trata-se da forma com que enviamos a palavra ao outro, da forma com que nos dirigimos ao outro. Podemos identificá-lo como Tu ou como Isso.

Na forma Eu – Isso, o outro é entendido e estimado a partir do centro de referência “egótico”, na tradução de *Eu e Tu* por Newton Aquiles Von Zuben. O Isso designa

o outro segundo uma noção de passividade, pragmatismo, utilitarismo, serventia, enquadramento, normatização. Nessa esfera, ele aparece como um ser do qual se deseja obter algo, seja conhecimento, prazer, autoafirmação, serviços, diversão, consolação, salvação etc. Não faz muita diferença se esse outro é um ser humano, ser vivo ou ente material. O outro, não raro, nivela-se a uma coisa, torna-se um apêndice para uma autorreferência de mundo, onde apenas cabe a busca de uma “personalidade” voltada e devotada a si mesma. Podemos-nos dirigir ao outro querendo dele alguma coisa, querendo que ele nos aprove, nos ame, nos dê prazer, segurança, conhecimentos, identidade, companhia... Sartre (2006) nos chama a atenção para o que em Buber equivale ao Eu – Isso. Podemos-nos dirigir ao outro buscando o seu olhar. Na verdade, tentamos nos olhar por meio dele, como se ele fosse a nossa desculpa, vale dizer, a nossa justificativa para existir dessa ou daquela forma.

No modo existencial, Eu e Tu, por outro lado, temos diante de nós a perspectiva de um espaço para o outro e para si mesmo, o reconhecimento de si e da alteridade a um só tempo. Encontro significa uma zona de *entre*, entre um ser humano e outro, uma pessoa e outra, de pessoa a pessoa, como, por vezes, se traduz. Tal espaçamento mediador não privilegia nem o Eu nem o Tu e, ao mesmo tempo, não dissolve ou anula a relação Eu e Tu. A pessoa e o outro não deixam de resguardar as suas diferenças. Quanto mais pleno o encontro, mais se realça a afirmação da pessoa e do outro como pessoa.

Por Buber, percebemos, a toda hora, uma grande dificuldade de considerar com o mesmo peso axiológico a própria pessoa e a pessoa que é o outro. Em geral,

O que acontece comumente nas relações que se processam segundo o modo de ser Eu – Isso é o desenvolvimento de uma dualidade dicotomizada, que delimita o eu, de um lado, e o outro, de outro, de tal forma que observamos dois procedimentos correntes. O primeiro: o sujeito se considera o centro da relação. Ele não consegue sair de si e entrar em empatia com o universo do outro: a empatia implica uma série de compreensões, tais como, “o outro não sou eu”, ou seja, o reconhecimento da diferença, dos limites do outro, seu modo de ser e encarar o mundo etc. [...].

Segundo procedimento corriqueiro: quando uma pessoa não se dispõe para o relacionamento como o centro dele, é comum ela viver em função do outro de tal modo que ela experimenta o justo oposto: sua vida torna-se algo como um planeta que gira em função do sol (o outro) (Veríssimo, 2010, p. 90-91).

Um esforço de reconhecimento concomitante do outro e do tornar-se pessoa constituído na relação com o outro perpassa a obra de Martin Buber. Uma condição de possibilidade para o estabelecimento do *entre* Eu e Tu reside na chamada *lógica dialógica*, ou seja, no *diálogo*. O trâmite dialógico tem o seu respaldo na interlocução entre os atores da relação.

Por atores, não entendemos meros sujeitos que representam textos decorados, já escritos, e sim os participantes de uma relação. Ator em latim vem de *actor*, agente, ou seja, aquele que realiza ou executa uma ação, ligado ao verbo *agere*, fazer, colocar em movimento, agir. No grego, como se sabe, ação é *praxis*. A estrutura do princípio Eu e Tu prescreve uma lógica do diálogo, em que os parceiros se afetam reciprocamente, pois estão abertos à mútua implicação, implicados em ação recíproca. Não só a palavra, como o olhar, o gesto implicam uma mútua ação.

Diga-se de passagem que o princípio Eu e Tu não deve ser entendido apenas como uma relação entre duas pessoas. O Tu pode surgir como uma árvore, obra de arte, Deus, gato, comunidade (Buber, 1977). O Eu e Tu não tem como única forma a díade. Eu e Tu é uma explosão em teia. Entendemos que Eu e Tu demarca a teia de relações que constitui o ser humano, que envolvem a reciprocidade, a estima, o reconhecimento, o acolhimento, a empatia, a palavra e o gesto sob a égide do diálogo.

Em que consiste, mais exatamente, esse diálogo, a lógica dialógica? Tentemos explicar. Dirigimo-nos ao outro com interesse por ele pautado na sua condição de próprio (isto é, feixe de possibilidades) e de diferença, ou seja, de pessoa. Esse outro é intencionado como Tu. O Tu, por sua vez, acolhe o que lhe enviamos, de modo que se deixa afetar, digamos assim, pelo que lhe trazemos, deixa-se ser remexido, mobilizado, provocado. Ele se interessa e dá importância ao nosso aceno. Na relação Eu e Tu, acolhemos a mensagem do outro, permitindo-lhe falar, dando-lhe voz e vez. E o outro responde à nossa presença, ao que lhe enviamos. Assim, afetamo-nos mutuamente. Não só trocamos pontos de vista, como nos abrimos para uma transformação em nosso ser, tornando-o devir, que produz, pelo encontro, um saber comunitário, não no sentido da igualdade, do nivelamento das distinções, mas que circula *entre* nós, forma uma construção compartilhada. Essa construção partilhada não pretende se manter como uma espécie de confraria fechada. Está, por sua vez, aberta ao diálogo com outras interlocuções, formando uma cadeia de diálogo e concretizando uma lógica dialógica.

A lógica dialógica não supõe apenas conciliação e acordo. A edificação de um “entre” pode se dar no modo do encontro nas diferenças, pelas diferenças, por meio das diferenças. Para muita gente, diferença é sinônimo imediato de conflito, guerra, disputa, luta, briga, dissensão. Buber assinala com bom humor tal postura. A propósito de que “o mais ardoroso falar de um para o outro não constitui uma conversação” faz-nos notar que “isto é mostrado claramente naquele esporte estranho, denominado com justiça de discussão, de fragmentação, praticado por pessoas razoavelmente dotadas de intelecto” (1982, p. 35). Distanciando-se dessas opiniões, no dialógico as diferenças desejam se comunicar, e mais, desejam se reconhecer e conhecer, por isso, o termo “encontro” dá um contorno preciso ao dialógico. O dialógico recusa-se a instituir uma agonística em que um quer se sobrepor ao outro, fazer valer a sua tese, a sua ideia, de tal forma que abafe a argumentação e a forma de se expressar do outro.

Buber identifica três modalidades de diálogo: o monólogo disfarçado de diálogo, o diálogo técnico e o diálogo autêntico. No monólogo disfarçado de diálogo, o indivíduo

não transpõe o portão de sua própria casa. Queremos dizer que ele se detém em um ensimesmamento que o restringe àquilo que lhe é familiar, aos seus referenciais conhecidos e dominados. O outro, por seu turno, não é mais do que uma referência para si mesmo. Para relatar tal disposição, Buber utiliza-se de uma imagem: “dois ou mais homens, reunidos em um local, falam cada um consigo mesmo, por caminhos tortuosos estranhamente entrelaçados e creem ter escapado, contudo ao tormento de ter que contar apenas com os próprios recursos” (1982, p. 54). O segundo tipo de diálogo aludido por Buber é o diálogo técnico. Ele é movido pela necessidade de um conhecimento objetivo. Por meio dele buscamos um conhecimento do outro de forma sistemática e disciplinada. Alcançamo-lo por uma tentativa de ordenar a interpretação que levamos a cabo a seu respeito em dados lógico-conceituais, em observações meticulosas e instrumentalizadas por métodos e epistemologias bem amarradas. Coletamos aqui uma catalogação de depoimentos e condutas, inferimos hipóteses e construímos e retificamos teorias. Ainda sob uma forma objetivante, o indivíduo pode escapar e se mostrar fora do que foi prescrito para ele responder. Para Buber, tal escape é “mais frequentemente tolerado com arrogância do que realmente escandalizando, aparece talvez na tonalidade da voz de um condutor de trem, no olhar de uma velha vendedora de jornais, no sorriso do limpador de chaminés” (1982, p. 54). A terceira possibilidade de diálogo consta da abertura ao outro, em que ele é intencionado como Tu. Para Buber, esse é o diálogo autêntico. “Não importa se falado ou silencioso – onde cada um dos participantes tem de fato em mente o outro ou os outros na sua presença e no seu modo de ser e a eles se volta com a intenção de estabelecer entre eles e si próprio uma reciprocidade viva” (1982 p. 53-54).

Pensemos essas modalidades quanto à pesquisa. Na primeira, a pesquisa que não passa de um monólogo disfarçado de diálogo, o pesquisador não se desfaz de princípios preconcebidos, em que o outro é encaixado. Quando estudamos a pessoa (2008), tentamos trazer à tona algumas problematizações. Preocupamo-nos com a adoção acrítica da uma linha de abordagem, e mesmo de uma técnica. A ciência não está tão distante quanto gostaria do dogmatismo, que ela, por princípio, tanto combate. Pois dogmatismo não é apenas uma forma de crença religiosa, ele pode atingir o campo do conhecimento. O dogmatismo é um enredar-se do “pensador” em suas próprias teses de tal forma que ele deixa de se ocupar com o modo como constrói o conhecimento para tratar unicamente do seu problema a ser investigado. Busca investigar com todo vigor e edificar um conhecimento sustentado em “sólidas” bases e métodos. Mas lembremo-nos de perguntas que não se calam, de nos perguntar: “o que é conhecimento?”, “de que forma conhecemos o conhecimento?”, na verdade, “de que forma intencionamos o ato de conhecer?” O dogmatismo ausenta-se de um dobrar-se crítico-reflexivo sobre si mesmo, de um reavaliar-se sistemático, tendo em vista que o problema a ser investigado não reside apenas no “objeto do conhecimento”, mas, igualmente, no próprio ato de significar, de edificar o conhecimento. Por isso, quem acolhe uma atitude dogmática pode elevar-se em uma montanha não só

para contemplar, mas para admirar e reger, de cima, sua obra metafísica. Ninguém está livre do risco de refugiar-se no solilóquio que constitui o pensamento quando se põe a reduzir a multiplicidade de interpretações e experiências em uma única e bem urdida teoria. Nesse sentido, Angerami-Camon não poupa nenhuma teoria de se revestir de um enquadramento dogmático: “Toda teoria é algo que, para estruturar-se e configurar-se como hipótese, necessita da fé dogmática do observador e tão pouco exige confrontação com o real. As teorias explicam o mundo e a realidade desde que acreditemos em seus enunciados” (2003, p. 139).

É preciso repensar exaustivamente os próprios pontos de partida, os próprios fundamentos, assim como o caminho a seguir, ou seja, a metodologia a adotar. Da mesma forma, na outra ponta desse processo, é preciso nutrir o cuidado de estudar os seres humanos a partir da sua alteridade, e não somente de uma assimilação deles às premissas adotadas. Nesse caso, teremos a predominância do modo Eu – Isso e não da relação Eu e Tu. Por isso, para Buber, há diálogos que, na verdade, são monólogos disfarçados de diálogo. Cada um permanece encastelado em seu mundo, pesquisador e pesquisado não se encontram efetivamente. O pesquisador fala consigo mesmo por meio do “sujeito” pesquisado.

Quando adotamos os nossos pontos de referência atropelando a alteridade, nosso sistema de “pensar” e proceder instala-se de forma monolítica, em que fora dele “não há salvação”.

Quem não segue determinadas proposições incorre em “erro”, “distorção”, “resistência”. Todas as questões levantadas encontrarão respostas plausíveis e, até certo ponto, previsíveis, pois serão enquadradas na armação do sistema proposto. A linha adotada tem a ver com o que eu acredito, com valores preciosos para mim. Ora, se eu me aferrar completamente a eles, posso ficar preso neles de tal forma que deixo de agir fenomenologicamente, ou seja, não mais permito que a pessoa se revele a mim, e, com isso, engesso a minha interpretação. A interpretação vira receita pronta, e dispensa o verdadeiro trabalho do pensamento. O pensamento se torna meramente instrumental, colocado para justificar determinados pontos de vista “consensuais” (Veríssimo, 2008, p. 166).

Observemos, agora, o diálogo técnico ao pensar a pesquisa. No diálogo técnico buscamos uma aproximação ao outro, cobrando-nos clareza, logicidade e objetividade. Queremos conferir aos fenômenos um índice de transparência, coerência, informação. Seu surgimento em nosso horizonte só é autorizado mediante o rigor dos procedimentos e das configurações epistemológicas adotadas. É partindo dessa armação que me interesso por ele. Buber não deixa de fazer um comentário irônico: essa espécie de diálogo “faz parte dos bens essenciais e inalienáveis da existência moderna” (1982 p. 54). Nessa seara, Buber (1977) indica que o outro pode ser medido, submetido a

procedimentos experimentais, à conceituação, pode ser tratado como um número estatístico, sem consciência, nem corpo, um ponto em uma escala numérica, pode ver-se submetido às leis científicas. Por outro lado, apesar de buscar um procedimento de construção do conhecimento planejado e fundamentado epistemologicamente, acreditamos que ainda haja algum espaço, nesse âmbito, para poder nos surpreender. Para isso, precisamos nos abrir para o estranhamento, para um confronto com as diferenças que não se encerre em uma mera catalogação exaustiva e infrutífera de “dados”. O perigo de tal sedução reside em se refugiar na aparente seguridade da matemática e da técnica, negligenciando a relação viva e o encontro com o outro.

Terceira espécie de diálogo. Quando tentamos nos achar ao outro em uma lógica dialógica, convencemo-nos, finalmente, que o outro apresenta uma especificidade de escapar de toda sorte de determinações que projetam como ele deve ser antecipadamente. “Ele se define *na* relação e através dela. Define-se, expressa-se, aparece, desaparece, torna a aparecer. É imprevisível, inusitado, único, tal como eu posso ser” (Veríssimo, 2010, p. 96). A pesquisa pode ser tratada como uma descoberta do outro. Para isso, devo deixar-me a mim próprio a descoberto. Algo deve estar desarmado, e, até, por que não, desarrumado, ainda que não deixe de adotar certos referenciais epistemológicos e certos procedimentos metodológicos. Na relação, descortina-se o outro, se nos dispusermos a um diálogo com ele. E tal cozimento não termina aí. Um cientista se relaciona, não apenas com quem está pesquisando, como com a comunidade científica, com os seus alunos, com a sociedade, com a natureza.

Aqui se promove uma interlocução em que os problemas não são expressos de tal forma que existem apenas na mente do observador, mas são expostos e afloram “no ato de falar, são tão aguçados que podem acertar o ponto mais sensível” (Buber, 1982, p. 54). Isso só é possível se estimarmos o nosso universo pesquisado como pessoas *presentes*. Uma epistemologia inspirada pelo pensamento de Buber acredita que a conversação deve ser conduzida por uma vontade de se comunicar, de aprender com o diálogo, de afetar e ser afetado, de estabelecer contato com pessoas de carne e osso.

Em contraste, quando enfurnados no Eu – Isso, nossa intenção

é direcionada unicamente pelo desejo de ver confirmada a própria autoconfiança, decifrando no outro a impressão deixada, ou de tê-la reforçada quando vacilante: uma conversa amistosa, na qual cada um vê a si próprio com absoluto e legítimo e ao outro como relativizado e questionável (Buber, 1982, p. 54).

Em suma, a construção do conhecimento que pretenda contracenar em uma seara de inspiração buberiana pode ser equacionado pelo empenho em promover um genuíno diálogo entre pesquisador e pesquisado. Nesse sentido, uma preocupação constante do pesquisador é não transformar sua pesquisa em um solilóquio disfarçado de interlocução. Em curtas palavras, importa que o pesquisador não utilize os sujeitos pesquisados para ratificar os seus pontos de vista. Os métodos e a técnica não devem

abafar a voz do outro, ao revés, devem incluir as pessoas pesquisadas no elenco dos que produzem conhecimento.

O CENÁRIO DIALÓGICO NA PESQUISA

Vejam, agora, uma proposição de caminho para o pesquisar que se preocupa com a interlocução participativa, ou seja, com a construção conjunta da pesquisa junto com as pessoas pesquisadas. Tal método nos é apontado por Saúl Fuks. Ele está ponderando um viés hermenêutico que nos permita ter algum acesso “ao mundo subjetivo das pessoas” (2010, p. 32). Por “subjetivo”, aqui, não devemos dar uma conotação de uma “interioridade”, mas, sim, entender o “mundo subjetivo das pessoas” como a expressão do que relatam, contam, testemunham na encruzilhada de suas histórias de vida com a ambientação histórica, psicológica, sociológica, cultural. Todo esse material não deve ser tratado como um dado frio, estritamente numérico e documental, ou seja, como um Isso na linguagem de Buber, mas como relato a ser reconstituído e construído juntamente com o pesquisador. Esse deslocamento teve lugar na passagem do “investigador neutro” para o surgimento de um investigador coparticipante da investigação dos relatos, “alguém que, com seus enquadramentos, perguntas, silêncios, olhares e a presença de sua comunicação não verbal contribuía ativamente na construção e direção do relato” (2010, p. 33).

Ao proceder dessa forma, busca-se um espaço que não confere o saber para nenhuma das partes isoladamente, mas situa-o no *entre* as pessoas. O outro não é mais visto como dado, e sim confirmado em pessoa, um ser de relações que no dizer, ou mesmo nos gestos, pausas, ações, convoca o outro (o pesquisador) para pensar, (re) ver-se a si próprio, observar o mundo como um texto escrito em conjunto. Ilumina-se, dessa forma, a palavra-chave para a intencionalidade Eu e Tu: *encontro*. Tal empenho possibilita “explorar mais profundamente o encontro entre ‘investigadores’ e ‘investigados’ até chegar a formulá-lo como uma ação colaborativa organizada em torno a interrogações comuns e significativas” (Fuks, 2010, p. 33).

Em Fuks podemos reconhecer uma convergência com Buber ao entendermos como uma investigação fundada no encontro tenta afastar-se do paradigma tradicional, que trabalha o conhecimento a partir do duo sujeito – objeto, herança da filosofia moderna em seu âmbito cartesiano e empirista. Como sabemos, o cartesianismo prima pela tentativa de posicionar o sujeito como lugar da construção do saber, considerando o mundo e o corpo como verdadeiros obstáculos epistemológicos. Já o empirismo enfatiza o polo da representação do objeto, ao marcar a sua oposição a Descartes, criando uma escola que ressalta a objetividade e a experimentação, o “fato” concreto. Fuks (2010, p. 34) ressalta que uma “epistemologia dividida”, isto é, que se atenha ao duo sujeito – objeto tende

a separar o *conhecedor* do *conhecido*, facilitando a emergência de formas racionais de tipo autoritárias ou coloniais, nas quais o

“investigador” toma todas as decisões acerca do conteúdo, metodologia e descobrimentos, e os “sujeitos” de investigação são tratados como objetos passivos de estudo.

Os modelos participativos e inclusivos opõem-se frontalmente a tais relações assimétricas e dicotomizadas, ao propor relações de cooperação, em que a pesquisa é feita em conjunto. As pessoas interrogadas são ao mesmo tempo interrogantes, pois colaboram na elaboração das próprias questões da pesquisa. Os investigados são, portanto, coinvestigadores, em um jargão dialógico, trata-se de uma relação pessoa a pessoa. Fuks não deixa de sublinhar (2010, p. 34) que o alto grau de participação das pessoas pesquisadas não retira o rigor metodológico, não descuida da qualidade metodológica da pesquisa. Essa participação ativa das pessoas na pesquisa torna-as correalizadoras desta: implica uma responsabilidade, um “compromisso” nas palavras de Fuks, pois as envolve diretamente em várias instâncias da pesquisa, como na definição dos problemas, na elaboração e reformulação dos meios de obtenção dos dados, na forma de analisá-los, na elaboração das ações acordadas com os pesquisadores (Fuks, p. 34). Tal engajamento recíproco entre investigadores e investigados, em que os papéis não são rígidos, expressa bem o teor dialógico de uma pesquisa, na qual se aprende junto, investiga-se junto, pensa-se junto, compartilha-se o conhecimento, construído no diálogo, a partir do encontro.

Podemos até admitir a formação de uma *consciência dialógica*, de uma autêntica comunidade crítica. Nesse momento interessam as ponderações de Reason e Heron, citados por Fuks (2010, p. 35). Eles nos indicam um estado de consciência, que chamam “subjetividade crítica”, em que suprimimos nossa experiência subjetiva primária para descobrirmos que as raízes mais próprias do conhecer tanto a si como ao mundo se radicam no encontro vivencial com o outro-no-mundo. Porque “suprimir a experiência subjetiva” não entendemos como uma anulação do pesquisador diante do sujeito pesquisado, e sim como um relativo descentramento dos pontos de vista do pesquisador, que não pretende se impor à visão de mundo das pessoas em investigação. Se o pesquisador começa com uma concepção de mundo, não por isso paralisa nela, nem se aferra a ela a tal ponto que passa a observar tudo à luz de seus parâmetros preestabelecidos. Se ele começa com uma determinada perspectiva epistemológica, ele não termina, necessariamente, o trabalho da mesma forma que quando iniciou a pesquisa. O *entre* Eu e Tu, o desmembramento dialógico de uma pesquisa transforma os seus interlocutores. O pesquisador deseja o confronto do seu saber com o saber desse outro a quem se dirigem as lentes da sua pesquisa. O seu saber é, em certo sentido, um saber que aceita um teor de desconstrução. Um saber que quer se constituir como um saber em aberto, cujas linhas serão marcadas pelos diálogos e pela elaboração da pesquisa de forma participativa e ativa por parte das pessoas investigadas. Assim, pode-se construir um conhecimento que se efetive ao se deparar com o que surpreenda, que esteja aberto às respostas do outro, que suporte as incertezas, ambiguidades e confusões, enfim, “os labirintos inerentes a uma exploração conjunta do não conhecido” (Fuks, 2010, p. 36).

Fuks faz uma interface com o dialógico ao aludir abertamente à “capacidade de surpresa”, “abertura”, “não conhecido”. Quanto à surpresa, o outro pode surpreender, se nos dispusermos a reconhecê-lo como tal. O outro, na condição de Tu, transcende aquilo que foi prescrito para ele. Não há teorias que possam antecipar o que o Tu “é”, o que vai fazer, o que pensa e como pensa, pois o sentido do encontro, ou seja, da relação Eu e Tu, implica abertura ao outro, desde sua singularidade, que, por sua vez, imbrica-se com o trançado do sujeito na sua trama de relações. Abertura envolve sair de meu universo cognitivo particular, com meus referenciais para a descoberta do outro, e, em última análise, também de mim mesmo. Talvez, por isso, Fuks pondera que “a construção de uma posição de investigador com essas características se afasta de uma formação acadêmica tradicional e excede o treinamento metodológico habitual” (2010, p. 36).

Confronto aqui não deve ser entendido como disputa entre contrários, mas certamente significa estar frente a frente, em um encontro interpessoal, mediado pelo diálogo. Confronto significa também que a investigação será concomitante ao encontro, e não prévia, com um arsenal de instrumentos investigativos já selados e elaborados, fechados à interlocução. Ao me dirigir ao outro para conhecê-lo, descubro a um só tempo o mundo, ao outro e a mim mesmo. Um conhecimento dinâmico, não autorreferente, mas que atravessa de ponta a ponta as pessoas envolvidas na arquitetura recíproca do conhecimento, ou seja, pesquisadores e pesquisados encontram-se sem se misturar aleatória ou anarquicamente, sem se perderem enquanto diferença.

Para chegar a ser parte de um enfoque com estas características não basta [efetivá-lo] com uma formação teórica, o investigador necessita desenvolver uma flexibilidade suficiente para acompanhar o fluxo do processo sem tentar dirigi-lo, abandonando a tendência a controlar “como e donde” surgiram os dados, e colocando em seu lugar a capacidade de reflexão em meio à incerteza (Fuks, 2010, p. 34-35).

Nesse instante, descortina-se a distinção entre o que chamamos *falar sobre* e *falar com*. Tal distinção, tomamos emprestado das apreciações de Buber sobre a relação do ser humano com Deus quando o filósofo nota que “não se fala somente sobre Deus, mas também se fala com Ele” (1977, p. 87). Buber, nessa afirmação, devota a atenção na relação direta com Deus, que corresponde ao falar com Deus. Podemos nos permitir uma interpretação leiga para essa sua pontuação. O falar sobre corresponde a um falar ainda distanciado do diálogo de ser para ser. É um falar que atinge o outro de forma indireta, prescrevendo-lhe fórmulas conceituais ou entregando-lhe questionários de respostas prontas, na base do “sim” e “não”, “sempre”, “às vezes”, “nunca”, deixando as nuances entre o sim e o não, a ambivalência, a hesitação, a riqueza de matizes de modos de ser, e, da própria lembrança, de fora. Por vezes, denunciamos que atitudes e fórmulas que resultem em um falar sobre podem “revelar uma forma de esquiva do outro, de evitar o face a face, a confrontação com o outro. Essa paliçada desfaz a possibilidade do colóquio para assentar-se no solilóquio” (2011, p. 266).

O *falar com* instala o encontro, o face a face. Criar condições para tal dialogação é um desafio para o pesquisador. Fuks (2010) divide com o leitor as suas dificuldades ao pesquisar os casais quando a relação amorosa se encontra em um ponto crítico. Ele procurou uma metodologia que não incorresse no risco de diluir a riqueza das singularidades e particularidades desses mundos relacionais. Podemos *falar sobre* esses mundos, ou seja, entrar em contato com esse mundo observando-o com instrumentos rígidos e listas prontas de perguntas, categorias já estabelecidas tanto para inquirir quanto para encaixar as respostas. Por outro lado, no modo dialógico, podemos nutrir em nosso projeto o *falar com* esse mundo. Procuramos aceitar o desafio da descoberta da alteridade e da diversidade que é o estar-no-mundo da pessoa.

Fuks lançou mão da construção de relatos juntamente com casais, tentando compreender as conversações que eles organizam quando a relação amorosa se encontra em crise vivida como momento decisivo (2010, p. 32-3). Nessa proposta faz nascer uma reciprocidade, uma coparticipação, um espaço para o diálogo. O *entre* o pesquisador e o pesquisado é o fio condutor da construção do conhecimento. Tal cuidado permitiu alcançar um ambiente de liberdade, nas palavras do autor, “contextos de liberdade” (2010, p. 37), que facilitaram a construção de relações próximas e colaborativas entre os participantes e os investigados, “a expansão de uma curiosidade genuína, tanto na exploração de ideias investigadas, visões integrativas, sentimentos complexos e detalhes surpreendentes” (2010, p. 37).

Importa dar espaço para que o outro possa expressar-se: parte-se do princípio existencialista, segundo o qual ele não tem uma essência metafísica, sua essência define-se ao longo da própria existência. Nesse cenário, insere-se a via do diálogo. Tal via é valorizada na perspectiva gnosiológica e metodológica de Saúl Fuks. Em vez da representação usual de que os pesquisadores são os *experts*, Fuks recusa uma relação vertical, na qual um suposto saber, o do pesquisador, impõe os métodos e interpreta *monologicamente* as respostas. Ele trabalha com base nos conhecimentos emergentes das vivências das pessoas pesquisadas e no diálogo *entre* pesquisador e as pessoas pesquisadas.

As perguntas propostas têm o caráter de provocação: visam dar voz e chamar à palavra o mundo que se desvela na vivência e nos relatos, processo mediado pelo diálogo com o pesquisador, um diálogo que perturba a visão das coisas e do mundo, não só daqueles a quem se interroga, como dos que interrogam, o que nos deixa longe “das ilusões de objetividade e neutralidade” (Fuks, 2010, p. 36). Tal práxis envolve os participantes na possibilidade de refletir acerca da sua própria experiência e produzir conhecimento a partir de tal reflexão. Assim, a vivência e a inquirição, a visão de mundo e a sua perturbação, a provocação e o conhecimento acabam sendo inseparáveis.

Todo esse espaço de diálogo propicia fértil terreno para “ações potencialmente transformadoras” (Fuks, 2010, p. 37). As perguntas construídas por meio de e no diálogo, em seu caráter de provocação e convite à reflexão, ao perturbarem a visão de mundo das pessoas, tanto de quem é perquirido quanto dos pesquisadores, dá forma a possibilidade de uma desconstrução do universo experiencial e cognitivo que cada um

acolhia antes do encontro, que se descentra mediante a interlocução. É de notar que não se pretende uma nova colonização ideológica, e sim, ao contrário, uma “ecologia social” (Fuks, 2010, p. 38) para esse projeto, baseada em uma “respeitosa forma de exploração” (Fuks, 2010, p. 37).

Nas posições chamadas pós-coloniais, os participantes do estudo são informados de maneira transparente acerca das metas da investigação, assim como da metodologia proposta, e são convocados a uma ativa participação na construção do contexto e do desenho, sendo convidados a legitimar suas vozes, perspectivas e interpretações e a posicioná-las como um aspecto central da investigação, configurando um processo que transcende o momento do encontro e se expande à totalidade da relação (Fuks, 2010, p. 39).

O DIÁLOGO NA PSICOTERAPIA

É hora de fazermos uma ligação entre as nossas considerações sobre a construção do conhecimento e da pesquisa segundo uma inspiração dialógica com a psicoterapia. Para isso, estaremos articulando determinadas pontuações feitas *supra* com a prática clínica.

De início, queremos estender as três premissas que propusemos para a elaboração de uma pesquisa interessada em uma interlocução participativa entre o pesquisador e as pessoas que estão sendo pesquisadas para as considerações sobre a psicoterapia. Não se trata de esgotar as possibilidades de ação e compreensão no exercício da psicoterapia de cunho dialógico a essas três possibilidades. Trata-se do desenvolvimento de um modo de refletir a condição de possibilidade de uma perspectiva dialógica na psicoterapia.

Dito isso, podemos formular que julgamos interessante que o atendimento psicoterápico não perca de vista que 1) atender uma pessoa é atender *o outro*; 2) atender o outro é atender *um* outro; e 3) atender um outro é *estabelecer uma relação com ele*.

A identificação e o reconhecimento da alteridade não é simples tarefa, um simples procedimento metodológico que visa resolver determinado conjunto de problemas, o reconhecimento da alteridade é uma *atitude*.

Há mil formas de nos embolarmos com o outro, achando que estamos estabelecendo uma relação com ele. Podemos desenhar o rosto do outro escorado em uma forma projetiva, desejando-o e vendo-o de acordo com a nossa visão de mundo, e querendo encaixá-lo nela, assim como moldá-lo no nosso modo de ser. Por outro lado, podemos aceitar ou nos submeter ao discurso e ao desejo do outro como se fossem a nossa linguagem e expressão original, se não, a norma que deve ser acatada para nos sentirmos seguros, referendados em nossas atitudes e ideias, ou para escapar da punição e da retaliação. Podemos retirar o espaçamento da diferença, tentando enovelá-lo em uma igualdade conosco, inserindo-o em uma familiaridade sem surpresas. Pode-

mos aliená-lo de nosso cuidado de tal forma que ele se torne um estranho, por vezes um “totalmente outro”, e assim podemos autorizar-nos a anulá-lo. Já escrevemos quanto ao problema do reconhecimento do outro que

A representação do outro oscila, ele é apreendido como familiar e como um estranho por ser deixado como algo à parte, que pouco ou nada tem a ver comigo, um forasteiro, e deve permanecer discriminado, contido e controlado, quando não subjugado, mesmo torturado, mutilado e morto. Familiar, enquanto o outro é assimilado a mim, de tal forma que ele se torna uma projeção da subjetividade desejante (Veríssimo 2010, p. 18).

Quem é esse outro em uma psicoterapia? É o cliente. Aliás, não é a instituição “cliente”, ou “paciente”, é a Claudia, a Maria, o Carlos, o João, a Milena, o César, a Lorena... Como posso dialogar com essas pessoas como tal? Aprendemos que, primeiro, não devemos lançar sobre eles inadvertidamente nossos modos de ser e de ver. Não devemos impor a eles nossas crenças e valores. Não devemos dissuadi-los a adotar uma determinada postura, ou a pensar de uma determinada forma que julgamos “saudável”, “a melhor”, “a cura”, que, na verdade, tem essa conotação, acima de tudo *para nós*.

A dificuldade que nos aguarda em reconhecer o outro em uma psicoterapia não é somente um problema moral, que podemos tentar resolver tirando uma boa nota nas aulas de “Ética”. Pois são problemas práticos, que concernem à convivência cotidiana, que se imiscui também em uma situação de psicoterapia, a despeito de todas as técnicas, cuidados e normas. Tentamos ser isentos, ou seja, não violar as sagradas privacidade, liberdade e subjetividade do cliente. Quando acreditamos que podemos ser “neutros”, é quando reside justamente o maior perigo de incorrer em um atropelo da pessoa atendida pelo nosso modo ascético de postar-se. “Não interferir” é também uma interferência. A questão é muito mais complexa do que simplesmente seguir um manual de regras de procedimentos válidos ou proscritos, aos quais nos submetemos irrefletidamente. Aquele que se despreocupa de seus atravessamentos, julgando-se “neutro” é o maior dos atravessados.

Nesse sentido, uma técnica jamais é neutra. Ela foi criada por alguém, dentro de uma determinada sociedade, cultura, história, vale dizer, seguindo uma ideologia (por exemplo, dentro de ideias como concertar, retificar, corrigir, adaptar, reparar, curar, diagnosticar, prescrever, atestar, testar, ensinar, ajudar, adquirir ou desenvolver competências e habilidades etc.). Todas essas ideias já foram aplicadas na certeza de uma neutralidade que conduzisse a resultados pragmáticos e utilitários, em nome do bem-estar do cliente, sem uma reflexão crítica e sistemática acerca delas, sem uma preocupação com sua origem, finalidade, interesses não explicitados embutidos, consequências fora aquelas programada etc.

Durante muito tempo uma parte da psicologia clínica manteve-se filiada à ordem da ciência médica, que 1) examina; 2) diagnostica; e 3) prescreve. Nela, o médico é uma figura de autoridade. Ele precisa cooptar, se não a confiança, ao menos o desejo de cura do paciente. Houve um sofista que percebeu isso. Conta-se, em filosofia, que Górgias, filósofo sofista, era levado à casa de doentes que se recusavam a tomar o remédio recomendado pelo médico. Ele se gabava de que quem conseguia convencer o doente era ele mesmo, por meio de técnicas de retórica. Ora, se quem persuadiu o doente a aceitar as prescrições era o sofista, logo ele era o “médico”. Não é de surpreender a observação de Monique Augras, ao comentar uma tradição que vincula o psíquico ao psicopatológico de imediato. Ela desvela uma genealogia da psicologia clínica: ela descende, em linha direta, da psicopatologia “e dela se alimenta” (1986, p. 9).

Um psicólogo clínico pode estar convencido de que a psicopatologia é um fato. Mas a fenomenologia se interessa pela origem dessa representação. E descobre, costurando uma hermenêutica, que *clínica* vem do grego *clíne*, que significa *cama*. “Para os gregos, *clínikos* era o médico que visitava os doentes acamados, e, por extensão, a clínica passou a designar os cuidados prodigados pelo médico ao doente” (Augras, 1986, p. 9). Formou-se uma associação entre cama – clínico, aquele que cuida – e paciente, aquele que sofre (do latim *passio*). O *pathos* grego, originariamente paixão, estado agitado da alma, tem o seu equivalente latino em *passio*: refere-se a algo que “acontece” ao homem, algo de que ele é vítima passiva (Dodds, 2002, p. 187). Augras (1986, p. 9) nota a recorrência à linguagem da psicopatologia na prática da psicoterapia.

O “clínico” permanece. Será a expressão de uma vocação irreprimível para lidar exclusivamente com o patológico? O que significa esse fascínio pelo jargão médico? Pior ainda, parece que, através da atuação da psicologia clínica, a palavra mais inócua se transforma em discurso doentio.

Quando estamos diante de uma pessoa, em uma situação de atendimento psicoterápico, essas representações podem se fazer presentes, sem que nós estejamos pensando nelas. Essas e muitas outras, que formamos por meio do próprio existir em sua temporalidade (nossa história, as questões atuais que nos tocam, as expectativas e atitudes quanto ao futuro). É a *visão prévia*, a que aludem Ana Maria Feijoo e Márcia de Sá Schuback. O que elas nos fazem ver? Que toda interpretação é uma visão prévia. Toda interpretação envolve um já pensado, imaginado, sentido, vivido. O ato de significar, que compõe o interpretar, o esforço de compreender a pessoa que está em diálogo com o psicoterapeuta não se desliga da visão de mundo do psicólogo.

A linha de abordagem adotada, por mais “liberal” que seja entendida, é uma orientação, é um horizonte de sentido, por mais que se deseje o desenvolvimento de uma autonomia no pensar. Como dissemos páginas atrás neste ensaio, nossa visão de mundo é constitutiva de nosso ser-no-mundo.

Angerami-Camon (2006, p. 118-119) observa que é necessária uma boa dose de disponibilidade emocional “para compartilhar projetos de vida e anseios libertários que colidam com os nossos valores. É na vivência com a divergência que, muitas vezes, crescemos emocionalmente”. Não nos esqueçamos de considerar também que não se tem como fazer isso, seguindo a prescrição de uma redução fenomenológica tal que nos conduzisse ao “puro” em-si do fenômeno. Faz-se redução, mas sem a esperança de que se chegará a um ponto terminal, ao revés, com a convicção de que se está lidando com o ser como devir. Portanto, o ser não se oferta a uma adequação entre o pensar e o seu objeto, mas é uma alternância de revelação e ocultamento, memória e esquecimento, aproximação e afastamento. Não há ponto de referência fixo e asseverado de antemão.

É importante notar que, se por um lado, o outro não é igual a nós, por outro, é difícil efetivar tal experiência da diferença em estado absoluto. Porque, então, caímos em outro problema: inscreveremos teoricamente o outro em uma metafísica do outro. O outro não é um totalmente outro em relação a mim. Há inúmeros vasos comunicantes, de cumplicidade entre mim e o outro.

Por isso, parafraseando Bachelard, o conhecimento em uma psicoterapia é um conhecimento *aproximado*. Mas, ao contrário do que acreditava Bachelard, não se visa uma aproximação na direção de uma “verdade científica”, que deverá ser permanentemente retificada. Se admitirmos que é um conhecimento aproximado, ele é sem um fundo último em que residiria a “verdade” oculta do paciente. É uma aproximação em círculo, hermenêutica, que quer levantar temas junto ao cliente, a partir do que ele traz para a psicoterapia.

Aqui, podemos chamar, novamente, para o nosso colóquio com diversas referências e autores, a contribuição da filósofa Maria do Carmo B. de Faria. Seu texto intitula-se “Filosofia como resposta e filosofia como questão”, que, mesmo atendo-se à ceara filosófica, nos convida a pensar o processo psicoterápico quanto a uma psicologia como resposta e uma psicologia como questão. A psicologia como *resposta* faz da visão prévia um dogma. Não percebe a constituição da visão prévia na interpretação. E acredita-se autônoma no pensar. Segue também um realismo do tipo: “o que estou enunciando é o que se passa com o paciente”. Ou seja, pode vir a nomear inadvertidamente os processos pelo paciente. Nesse contexto, se uma resposta imediata do cliente não aparece, sobretudo sob a representação de que “o cliente está caminhando”, o psicoterapeuta pode se sentir desassossegado.

Nesse ponto, podemos nos deparar com uma visão prévia típica da nossa cultura, que, gerada no século XIX, tem seu lugar como valor ideológico até nossos dias: a ideia positivista de *progresso*. Donde noções como funcionalidade (a psicoterapia estar ou não funcionando); utilidade (psicoterapia deve ter um objetivo bem delineado, ou objetivos identificáveis como tal), desenvolvimento (as problemáticas apresentadas em uma psicoterapia devem, necessária e prontamente, evoluir para uma solução). Seguem-se parâmetros de eficácia/fracasso. Se a *resposta* do cliente não for o esperável por quem opera uma psicoterapia nesse cânone, *logo* “a terapia não está funcionando: preciso fazer alguma coisa”.

Essa sede de obter respostas, por objetividade e objetivação do ser, é o que Martin Buber nos apresenta como da esfera existencial do *Eu – Isso*. Esses procedimentos correspondem ao que ele chama “experimento”. É enfática a posição de Buber a respeito da redução da pessoa a relacionamentos duais Eu – Isso por meio dos experimentos: “o homem não se aproxima do mundo somente através de experiências. Estas lhe apresentam apenas um mundo constituído por ISSO, ISSO e ISSO, de Ele, Ele e Ela, de Ela e ISSO” (1977, p. 5). O “ele” e o “ela”, referidos por Buber, marcam ainda um distanciamento para a constituição de uma genuína relação entre pessoas. Quando chamo alguém de “ele” ou de “ela”, posso estar destituindo-o de seu nome. Negligenciando seu nome, evito uma aproximação.

Na atitude que prima por uma psicologia como resposta, o psicoterapeuta atende, como se diz, “com a cabeça feita”. Ele tem as suas respostas, tem um repertório de respostas, e aferra-se a ele. Ele pode modelar as suas respostas com base em uma leitura reprodutiva, quase decorada, de certos autores e textos. “Sabe” o conceito. Se acha que ainda “não sabe”, quer saber. Sente-se seguro no “domínio” de determinados conceitos. O que a pessoa em psicoterapia expressa é encaixada na armação conceitual tecida pelo psicólogo. Ele aplica a sua rede de significações prontas ao seu cliente. E, muitas vezes, o cliente responde a *isso*. *Isso*: nada mais preciso para designar esse tipo de relacionamento Eu – Isso.

O aluno em supervisão, ao atender as pessoas em uma psicoterapia, pode ficar ansioso por respostas. Não raro, o aluno, nos seus primeiros atendimentos, presta muita atenção à sua *performance*, preocupa-se em como está “se saindo”, em como está sendo olhado pelo seu cliente, preocupa-se se será chamada a sua atenção pelo supervisor, e, dessa forma, desfoca a escuta da pessoa a quem está atendendo. Ele pode buscar uma confirmação do sentido de ele estar ali por parte da pessoa em psicoterapia.

A psicoterapeuta Tereza Erthal fala um pouco sobre essa situação quando descreve a primeira entrevista de quem debuta em um atendimento psicoterápico. Ela ressalta que o terapeuta iniciante pode ficar excessivamente preocupado com o que o outro, no caso, o cliente, pensa. Quem “estreia” como psicoterapeuta pode se sentir pressionado a responder as demandas do seu cliente, ou melhor, o que o iniciante, estima como sendo as demandas do seu cliente.

Essa exigência de “ter que fazer algo” muitas vezes o leva a se comportar de forma prematura, ou seja, aconselha, pergunta demais, faz planos de ação precipitados, etc. Trata-se, na verdade, de um comportamento defensivo utilizado para encobrir o medo de ser visto como incompetente (Erthal, 2010, p. 271).

O debutante pode ficar ansioso e querer interpretar a qualquer custo o comportamento, os símbolos, os relatos do cliente; quer “ver” logo “o que está acontecendo”. Para isso, cobra-se ou cobra do seu supervisor respostas, demandando procedimentos e técnicas. “O que eu faço?!” , pergunta transpassada por uma expressão ansiosa e

inquieta, e um olhar de pescador “de primeira viagem”, de quem quer pescar alguma coisa, por menor que seja, é feita frequentemente pelos supervisandos após as suas primeiras sessões, e mesmo antes.

A ânsia por respostas retira o *um outro* da enunciação *atender alguém é atender um outro* e mantém o outro em uma impessoalidade, de um modo tal que o outro, no caso, a pessoa atendida, mostra-se como previsível aos olhos do psicoterapeuta sequioso por algo fazer um sentido claro, imediato e objetivo.

Pensar tem a ver com formular interrogações. Como sinalizou Maria do Carmo Faria (1981), precisamos, se quisermos provocar uma abertura à compreensão, *recolocar como pergunta o que foi dado como resposta*. Acreditamos que esse processo é mediado pelo diálogo. Não se encerra em um solilóquio na cabeça do investigador. Assim, podemos passar do modo Eu – Isso (ele ou ela) à vivência fundamental do Eu e Tu.

Retomemos, desta feita, as três modalidades de interação entre pessoas apontadas por Buber: o monólogo disfarçado de diálogo, o diálogo técnico e o dialógico. No monólogo disfarçado de diálogo, o terapeuta fecha-se em torno de suas próprias ideias, supõe-se ancorado na teoria de sua preferência, ou em uma mistura do que para ele são os “melhores momentos” de uma colcha de retalhos de várias abordagens. A seguir, vai encaixando as cenas descritas pela pessoa em um encadeamento estabelecido de antemão. Essa é uma possibilidade. Por vezes, isso pode chegar a uma rigidez tal que qualquer argumentação da pessoa em atendimento que vá de encontro às opiniões do psicólogo é rechaçada sistematicamente por argumentos conceituais, se não explícitos, implícitos na devolução do psicoterapeuta.

Outra forma de monólogo é a pessoa estar falando com o psicoterapeuta e ela se reduzir a uma boca se movimentando. O terapeuta se distrai, desconcentra-se, faz associações ligadas a si mesmo que ocupam grande parte, se não a totalidade da sessão. No modo do solilóquio, o psicoterapeuta permite-se pensar no que quiser, permite-se ausentar-se, pode até aproveitar os próprios relatos e imagens do paciente para associar com as suas e, assim, pode até obter alguns interessantes *insights*. E isso não é passado ao outro. O outro acha que está em relação quando está falando sozinho.

A pessoa que vai ao encontro do psicoterapeuta insufla emoção em suas palavras, suas sílabas são expressões sonoras e corporais de si, ela se mobiliza pelo que está relatando, sua história vem, naquele momento, como um fundo de cena, ampliando a mobilização de suas tonalidades afetivas. Ela não desconfia que pode estar conversando com um quadro na parede. O psicoterapeuta pode vir a se postar como uma parede ou como um muro diante de um cliente, em suma, pode ausentar-se.

Ou, simplesmente, o psicoterapeuta acha muito natural que isso aconteça, afinal, acredita (ou tenta acreditar) que o paciente está elaborando os seus conteúdos, que uma psicoterapia não passa de uma autoconversa, de um diálogo autorreferente perpétuo nos labirintos do ser. O psicoterapeuta posiciona-se não como uma pessoa, mas como uma função, ou seja, como um Isso, no modo Eu – Isso. Reciprocamente, a pessoa atendida também é visada como um objeto.

Em um encontro dialógico, a pessoa não conversa consigo mesma por meio de uma conversação com o psicoterapeuta. Trata-se de um efetivo diálogo, não de um solilóquio, como diz Buber, disfarçado de diálogo.

Examinemos a segunda forma de diálogo, o diálogo técnico. Nessa forma, o psicólogo pode vir a se comunicar com o cliente em uma linguagem distanciada do universo vivencial cotidiano. Ele tenta ir ao encontro do cliente, mas não consegue superar a barreira do pensar quase unicamente por meio dos conceitos aprendidos. Do pensar a partir do pensado. Ele não quer impor uma interpretação ao seu cliente, tenta escutá-lo diligentemente, tenta fazer com que suas elucubrações acompanhem de alguma forma os relatos do cliente, mas ainda não consegue livrar-se do monólio dos conceitos ao pensar sobre o cliente. O terapeuta quer comunicar-se, quer dialogar com a pessoa, mas tem dificuldade em fazê-lo sem apelar para representações conceituais familiares. Ele não se dá conta de que os temas em psicoterapia não são, em primeiro lugar, um problema epistemológico, e sim existencial, fenomenológico e dialógico.

Por outro lado, pode, também, apelar constantemente, e com certo excesso, para técnicas projetivas, expressivas ou vivências. Pode deixar a pessoa enredada em “experimentar-se” de tal modo que este procedimento acaba se tornando uma pré-ocupação que acaba tendo um efeito de retirar a pessoa das suas questões mais próprias. O universo das imagens e dos sentimentos suscitados pelo trabalho vivencial perde-se em uma distração com um “ver” e com um “vivenciar” que não vai muito além da curiosidade, em que o cliente “acaricia o seu ego”, por assim dizer, crente que está na lida com “o conhecimento de si próprio”. Na verdade, a ocupação excessiva com técnicas em detrimento da laboriosa e difícil construção de uma compreensão dá pouco espaço para uma abertura ao processo de vir a ser.

Müller e Granzotto observam que “o clínico não é um espectador de um drama que se desenrola por si” (2001, p. 117). O que se trabalha com o cliente em uma psicoterapia provoca, afeta, mobiliza o próprio psicoterapeuta. Os processos que o cliente mostra em uma psicoterapia, seja de forma aberta, seja na forma de um ocultar-se, seja na forma de má-fé, “contaminam” e “distorcem” (termos de Müller e Granzotto) a pureza intelectual da teoria e subvertem os mais precisos prognósticos técnicos. As manifestações do mundo trazidas pelo cliente, o ser que ele está sendo no mundo, “não são paisagens prontas, que o clínico apenas testemunha” (2001, p. 117). Em seu esforço de compreensão, o psicólogo, em certo sentido, pinta um quadro em conjunto com o cliente, pois “contamina” ao interpretar os dados imediatos trazidos pelo cliente, “assim como por eles é contaminado [...], até que, enfim, clínico e consulente se encontram perdidos, fora de seus centros. Finalmente, então, podem ver algo diferente, algo outro, o outro em carne e osso” (2001, p. 117).

O que Müller e Granzotto estão, a nosso ver, querendo dizer não é uma apologia ao amorismo e ao “vale-tudo” em uma psicoterapia, muito menos, propor um desinvestimento no apuro técnico e teórico. Eles estão problematizando a crença de que

a teoria e a técnica andam sozinhas, como se fossem um aparato de revelação do ser humano, por meio do qual só precisássemos apertar um botão. Outro detalhe: quando usamos a expressão “pintar um quadro” junto com o paciente, não foi no sentido de que o psicoterapeuta se desobriga de uma reflexão ética, pois sabemos que a responsabilidade pela elaboração dos conteúdos é do cliente. O terapeuta não pode resolver problemas de ninguém, mesmo que estivesse possuído pela melhor das intenções, uma vez que isso seria, em certo sentido, uma vocação a tomar o lugar de Deus, *locus* da salvação. Trata-se de uma *construção em conjunto* de uma compreensão vivencial, que afeta cada um de um modo. Esse afetar não deve interditar o psicoterapeuta de sentir-se apto a atender o seu cliente. Entre ambos o que ocorre na esfera dialógica é uma experiência total, condição de possibilidade de uma compreensão mais ampla. Tal procedimento não implica – ou não deve implicar – uma confusão precipitada de “conteúdos” do psicoterapeuta com as questões apresentadas pelo cliente.

A terceira forma de diálogo sugerida por Martin Buber nada mais é do que o diálogo propriamente dito. Nele, o psicoterapeuta consegue identificar, aceitar e lidar com a alteridade da pessoa de um modo fundado no espaço de interlocução, da construção mútua de um saber, de uma convivência que instiga a abertura da pessoa aos temas vivenciais às quais se acha lançada. Nesse âmbito, passa-se do falar sobre para o falar com. Ao mesmo tempo, atualiza-se o caráter imediato do encontro. A compreensão prévia não desaparece, ninguém tem essa pretensão. A compreensão prévia marca as interpretações, mas, na forma do diálogo, elas são passíveis de se modificarem, reestruturarem-se, aceitam a provocação da alteridade. Há um confronto entre a visão de mundo do psicólogo e a da pessoa em terapia. O psicólogo entende que, por mais bem “amarrada” que seja a teoria na qual apoia seus estudos, ela não perdeu o estatuto de visão de mundo. Entende o cuidado em não atropelar a escuta e o acompanhamento dos temas apresentados pelo cliente, coloca, de fato, valores e crenças, mesmo atitudes entre parênteses, ou seja, opera a redução fenomenológica, porém tenta manter-se cômico de que jamais atingirá a pureza do fenômeno que jazeria no pedestal de um lugar metafísico, reservado ao desvelamento completo do ser-em-si da pessoa. Dá-se conta de que a pessoa escapa a todas essas achegas, e que isso não retira a lida cuidadosa, o rigor, não abole a técnica conquanto ela não queira tomar lugar do acontecimento fundamental, que é o encontro.

Assim, concretiza-se a chamada “lógica dialógica”. Não está baseada em autoridade, em tecnicismos, em eficácias e competências, mas consonante a uma reciprocidade na apropriação da palavra, do gesto, do afeto que afeta. Todo esse conjunto constitui o processo psicoterápico no e pelo diálogo. O processo é uma elaboração *entre* Eu e Tu. Não se trata do eu, como alguns querem argumentar, ou de uma ênfase apenas na polaridade do outro. Trata-se de um encontro *entre* duas pessoas.

Mauro Amatuzzi, que vem trabalhando sistematicamente com o dialógico, indica-nos um procedimento que põe em interseção a clínica com a pesquisa. Ele chama “Versão de Sentido”. Nela, o terapeuta deve relatar suas impressões da sessão, sem a

burocracia de relatórios, e mais, sem o escudo da teoria que pudesse eventualmente usar para “explicar” os procedimentos e fantasias do cliente.

Desarmado, por assim dizer, resta expor um relato imediato do que foi vivido por ele durante seu atendimento. O relato pode ser por escrito, mas sem borracha e sem ficar pensando dez vezes sobre o que vai redigir. Nesse caminho de garimpagem da compreensão, o sentido é construído por uma espécie de redução fenomenológica informal. E o que é posto entre parênteses? Tudo aquilo que se revele alheio ao que foi experimentado pelo terapeuta durante a sessão, certas mediações teorizadoras sobretudo. Nesse momento, estamos sob inspiração direta de uma indicação de Buber, quando ele diz: “A relação com o Tu é imediata. Entre o Eu e o Tu não se interpõe nenhum jogo de conceitos, nenhum esquema, e nenhuma fantasia; e a própria memória se transforma no momento em que passa dos detalhes à totalidade” (1977, p. 13). O que AmatuZZi, nesse mesmo espírito, quer ressaltar, e mesmo preservar, é uma atitude que possa ser capaz de expressar a experiência imediata, “fala primeira, original, espontânea, e não necessariamente um raciocínio, teorização, cumprimento de instruções ou relatório” (p. 84).

Em vez de *falar sobre* o cliente, a versão de sentido expõe a pessoa que atende alguém, mas não com a intenção de lhe arrancar a pele, lhe pôr a nu, e sim de preocupar-se com o fluxo do vivido, uma interlocução direta, de vivido para vivido, acreditando que a experiência mais plena do terapeuta aponta para a fala autêntica do cliente. Experiência mais plena daquele que escuta, trabalha e coloca-se face a face com o cliente significa interessar-se por ele como pessoa, e não reduzi-lo a um objeto, tela de toda sorte de projeções. É dar crédito às percepções diretamente hauridas das vivências com o cliente: como percebeu a sessão, o cliente, a si mesmo, o que intuiu, o que pensou, como se sentiu etc. Não se trata de trocar o espaço do cliente por uma psicoterapia para quem o atende. Trata-se de considerar que o sentido circula pelos vividos essenciais, que se deixam revelar quando as pessoas se dispõem por inteiro, e não pelas funções e papéis.

O que se passa em uma sessão não é uma experiência apenas entre uma pessoa e um “psicólogo”. É uma relação que pode alcançar uma interação Eu e Tu, abertura recíproca à pessoa. E o que significa a pessoa? A pessoa é presença, fazer-se presente, disponibilidade para o encontro. Isso não é possível sem um sentido – vivenciado de totalidade.

Note-se: ninguém, aqui, é contra a teoria, a observação meticulosa, sistemática, que é traduzida em abordagens e construções epistemológicas. Nesse caso, nem se justificaria o professor AmatuZZi ter feito um livro e desenvolvido um método que propõe não só para a supervisão dos atendimentos clínicos como para a pesquisa. A questão é que nenhuma teoria consegue traduzir inteiramente a riqueza de matizes que compõem um encontro, ou seja, o raio complexo de possibilidades e especificidades de uma relação. E, nesse momento, uma questão se impõe: como atingir o caráter imediato do encontro?

A versão de sentido procura evitar a dicotomia objetivo *versus* subjetivo. Não há apenas uma tendência objetivante, que quer o bônus da prova seja ela experimental, estatística ou argumentativa. Nosso senso comum, igualmente, apropriou-se dos códigos que atravessam o universo da psicologia. Tanto uma tendência quanto a outra são modos de interditar o caráter imediato do encontro. Acreditando nisso, escrevemos:

Na maioria das vezes, já partimos para o encontro armados [...] com a nossa “subjetividade”, entramos no encontro repletos de uma apropriação não problematizada do discurso *psi*: um amálgama de conceitos psicológicos, psicanalíticos, psiquiátricos, que a tudo tenta justificar, mas que a nada responde quanto àquela simplicidade fundamental, estarmos face a face uns com os outros. Ele dita o que é “neurótico”, “patológico”, “obsessivo”, “satisfação”, “realização”, “inconsciente”, “liberdade”, “desejo”. Nesse discurso, atravessado pela exaltação subjetiva, “a demanda”, “o investimento”, “as necessidades” são as normas diretivas. Nem paramos para perceber que esses são termos hauridos da economia. Tratamo-nos como um assunto de ordem material, prática e literalmente econômica.

Para que o evento da relação encontre o seu fim, não bastaria, para começar, a presença mútua? (Veríssimo, 2010, p. 123-124).

A versão de sentido faz convergir a psicoterapia para a prática da pesquisa. As considerações sobre a clínica mostradas podem ser estendidas para o exercício da pesquisa. A descrição do que se passou quando se chega do campo não trata apenas de uma notícia jornalística. É importante o pesquisador se posicionar como pessoa, como um ser que sente, pensa, reflete, rejeita, aceita, tem certos valores, acredita em determinadas ideias e se engaja nelas. Tudo isso deve ser tematizado pela equipe de trabalho. Se um pesquisador não se dá conta de si, cai refém de uma ânsia por uma objetividade impossível: retirar a sua pessoa do horizonte do conhecimento. Tal procedimento é o maior dos perigos, pois retira do pesquisador a responsabilidade pela sua pessoa e, por extensão, pela sua prática. Recai, então, na má-fé: não é ele quem faz, é o método; não é ele quem pensa, é a abordagem teórica. Assim, torna-se uma coisa entre coisas.

Buber assinala outra possibilidade, que identifica a ética com a existência, na medida em que a palavra originária *Tu* seja endereçada ao outro:

O homem não é uma coisa entre coisas ou formado por coisas quando, estando eu presente diante dele, que já é meu TU, endereço-lhe a palavra-princípio. Ele não é uma qualidade, um modo de ser, experienciável, descritível, um feixe flácido de qualidades definidas. Ele é um TU, sem limites, sem costuras, preenchendo todo o horizonte. Isto não significa que nada mais existe a não ser ele, mas que tudo o mais vive em *sua luz* (Buber, 1977, p. 9).

Esse é um humanismo que não retrata o homem acima da natureza, do outro, do mundo, do ser. Também não crê que o ser humano possa deter o dever e permanecer um ser destituído de cultura e de história. Também não é ingênuo a ponto de acreditar que a relação Eu e Tu seja de tal ordem que anule o fundo de mundo que os atravessa, instituindo o solo da própria relação. O homem não é mais nem menos que o ser. Por isso, é ser no mundo. Aliás, nem “homem” é, pois é pessoa, é cada ser humano. O “cada” de cada ser humano é uma hecceidade que não se fecha sobre si, como querem determinadas interpretações tradicionais, mas é uma singularidade relacional, em que não há fronteira absoluta entre mim e o outro, e, sobretudo, tal disposição dialógica dispensa a dicotomia “homem” *versus* “mundo”, “mundo interior” e “mundo exterior”.

O fundo das relações envolve os laços que dão significado ao que seja tido como existência e mundo. Aliás, o ser humano, em última análise, nem é “pessoa”, se for esquecida a dinamicidade de pessoa no mundo, se a pessoa se vir reduzida a uma categoria entre outras. O ser humano é Carlos, João, Eduardo, Lia, Janaína, o retrato que está junto aos livros, aquela caminhada junto aos seres e sons do bosque, as veredas e esquinas onde tramamos a nossa memória e o nosso futuro no presente.

Para encerrar, gostaríamos de confessar que estamos também sob a inspiração de Pedrinho Guareschi.

Somos como um ancoradouro para onde chegam milhões de naus. Algumas apenas se aproximam de nós. Outras chegam até nós, deixam conosco alguns de seus bens. Outras penetram nosso ser, passam a morar conosco, quase se identificam com o nosso ser. E nós vamos nos construindo, quais seres humanos, como resultado desses milhares de relações que estabelecemos cotidianamente (Guareschi *in* Arruda, 1998, p. 153).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMATUZZI, M. *Por uma psicologia humana*. 2. ed. Campinas: Alínea, 2008.
- ANGERAMI, V. A. *Temas existenciais em psicoterapia*. São Paulo: Cengage Learning, 2003.
- . *As relações de amor em psicoterapia*. São Paulo: Thomson, 2006.
- AUGRAS, M. *O ser da compreensão*. Fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- BACHELARD, G. *A formação do espírito científico*. Trad. de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BUBER, M. *Eu e tu*. Introd. e trad. de Newton Aquiles Von Zuben. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1977.
- . *Do diálogo e do dialógico*. Trad. de Marta E. S. Queiroz. São Paulo: Perspectiva, 1982.
- BULCÃO, M. *O racionalismo da ciência contemporânea*. Uma análise da epistemologia de Gaston Bachelard. Londrina: Editora da Universidade de Londrina, 1999.
- CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. 13. ed. São Paulo: Ática, 2004.

- DEMO, P. *Pesquisa e construção de conhecimento*. Metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.
- DODDS, E. R. *Os gregos e o irracional*. Trad. de Paulo D. Oneto. São Paulo: Escuta, 2002.
- ERTHAL, T. C. S. *Trilogia da existência*. Teoria e prática da psicoterapia vivencial. Curitiba: Honoris Causa, 2010.
- FARIA, M. C. B. Filosofia como resposta e filosofia como questão. *Revista da Sociedade de Estudos e Atividades Filosóficas*. Rio de Janeiro, v. 2, p. 90-105, 1981.
- FEIJOO, A. M. L. C. A psicologia clínica: técnica e *téchne*. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 9, n. 1, p. 87-93, 2004.
- FUKS, S. En primera persona: investigando mundos de los que somos partes. *Estudios e Pesquisa em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.revispsp.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a04.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2011.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo. Parte I*. Trad. de Márcia de Sá Cavalcante. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.
- . *Introdução à filosofia*. Trad. de Marco Antonio Casanova. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- GUARESCHI, P. Alteridade e relação: uma perspectiva crítica. In: ARRUDA, A. (org.). *Representando a alteridade*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; LORENA, R. *Fenomenologia e Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2007.
- SARTRE, J. P. *L'être et le néant. Essais d'ontologie phénoménologique*. Paris: Gallimard, 2006.
- SCHUBACK, M. S. C. *O começo de Deus*. A filosofia do devir no pensamento tardio de F. W. J. Schelling. Petrópolis: Vozes, 1977.
- VERÍSSIMO, L. J. Por uma psicologia da pessoa. In: ANGERAMI, V. A. *Psicologia e religião*. São Paulo: Cengage Learning, 2008. p. 135-75.
- . *Ética da reciprocidade. Diálogo com Martin Buber*. Rio de Janeiro: Uapê, 2010.
- . Colóquio com Martin Buber: a contribuição da filosofia do diálogo para a psicoterapia. In: ANGERAMI, V. A. (org.). *Psicoterapia e brasilidade*. São Paulo: Cortez, 2011.

Primavera em Paris

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

*Para Evandro,
o meu filho loirinho que se tornou um grande artista*

A primavera em Paris é sempre indescritivelmente maravilhosa. O azul do céu é contagiante de tão esplendoroso. Os parques, boulevards, museus, cafés, restaurantes ficam repletos de pessoas vindas dos mais diferentes cantos desse mundo. As árvores mostram uma beleza em suas folhas que nos deixam enternecidos, principalmente aquelas que também presenciamos por aqui, chorão, paineira, araçá. A florada das figueiras é particularmente emocionante.

Nesse cenário de magia, e em Saint-Germain-des-Prés, aconteceu a primeira vernissage do Evandro em Paris. E isso em uma noite em que o luamento envolveu suas luzes de modo ainda mais envolvente. Saint-Germain-des-Prés, o coração artístico do mundo, pulsou a nossa emoção de maneira irrefutável. E isso se não bastasse a emoção de tomarmos café, almoçarmos e degustarmos o vinho da noite no mesmo espaço em que Sand, Chopin e Liszt se encontravam para sorverem a magia do sucesso de suas músicas e criações literárias. Estávamos no mesmo lugar em que Debussy discutia composições musicais com Satie e decidiam pelas harmonizações mais lindas que se pode sonhar. No mesmo canto em que Monet se debruçava sobre a obra de Rembrandt para conceber o impressionismo. Em um canto onde são vistos na atualidade Godard, Beineix, Truffaut, que, a caminho da Cinemateca de Paris, sempre fazem desse canto um lugar de encontro e magia.

Nesse canto tão mágico tive a emoção de ver o meu menino loirinho que se tornou um grande artista ser elogiado pelos críticos de arte e pelo público parisiense. Não mais um menino a rabiscar seus desenhos em pedaços de papel, mas um artista que se consagra ao mundo e que foi recebido em Saint-Germain-des-Prés com eloquência pelo reconhecimento de sua obra. A emoção sentida é simplesmente inefável. E gostaria de partilhar com vocês a extrema felicidade que inunda meu coração.

Paris, primavera de 2011.

A psicologia de ligação e o psicólogo de referência em psicologia hospitalar

HELOISA BENEVIDES DE CARVALHO CHIATTONE

É amplamente reconhecido que a vivência do adoecer implica o aparecimento de numerosos e importantes estressores físicos e psicológicos. O impacto do tratamento na qualidade de vida do paciente e de seus familiares é um fenômeno que já há décadas é comprovado com pesquisas que enfocam as diversas estratégias de enfrentamento utilizadas, bem como a prevenção de sintomas e efeitos colaterais do processo, que comprometem tanto a qualidade de vida como a adesão ao tratamento.

Adoecer é, de fato, uma das experiências mais desorganizadoras e assustadoras que o ser humano pode viver; o sentido dado à vida é repensado, as relações são refeitas com base em uma avaliação de seu significado, a identidade pessoal se transforma. Nada mais é como costumava ser. Isso porque, ao adoecer, o ser humano se dá conta de sua condição de ser mortal, porque é humano (Franco, 2005). Dessa forma, o medo diante do adoecer e da morte estimula a produção de fantasias irracionais que delimitam o comportamento do ser doente.

Assim, na vertente psicológica, a necessidade de demarcação de um caminho para o cuidado psicológico do ser que adoecer distingue-se pela consideração do sentido do adoecer de forma mais ampla, pois este fenômeno é infinito e inesgotável em suas possibilidades e é nele que a psicologia no contexto hospitalar delimita seu objeto científico, unindo vertentes em torno da angústia do ser.

A corrente filosófica humanista existencial pode nortear os referenciais utilizados na práxis, nas diferentes unidades e serviços na instituição hospitalar. No contexto ontológico, o homem vive com base em uma centralidade e esta só pode acontecer se houver um sentido para a vida – o que chamamos de *vir a ser*. A existência humana necessita de significações com o mundo e com outros existentes, mas essa centralidade está constantemente ameaçada pelo estado de não estar centrado (o que ocorre ao adoecer e diante das intercorrências delineadas pela hospitalização e pela evolução do quadro clínico).

Assim, é fundamental lembrar que o ser do homem está sempre em conflito com o *não-ser* (o morrer). E o adoecer e a hospitalização disparam esse conflito. Não podemos esquecer que o homem é em sua existência um ser finito, porém seus projetos se entrelaçam no caminho da invulnerabilidade e é neste estado que se manifesta o conflito de sua angústia existencial perante todo o significado do vivido. O adoecer passa então a ser “o confronto com o não ser”. E dessa forma, a consciência da finitude faz surgir a ansiedade e a angústia ontológica: ser finito é estar ameaçado; ser doente, portanto, é estar ameaçado.

O ser que adoecer é um *ser-no-mundo* que existe sempre em relação com algo ou alguém e compreende seu adoecer, ou seja, lhe atribui significados, com base em

recursos internos e externos que possui. Portanto, a dor do adoecer concretiza-se pela confrontação com obstáculos e restrições no decorrer da existência e estes fazem parte de nossa facticidade, constituindo os limites pessoais na vida de todo ser.

Somos vivos, mas também mortais. Vivemos e morremos, de certo modo simultaneamente, pois a cada dia que passa nossa existência tanto vai se ampliando quanto se tornando mais curta. No decorrer de nosso existir caminhamos, a cada dia, para viver mais plenamente, assim como para morrer mais proximamente. E no adoecer, a dor se dá exatamente pela intensidade dessa proximidade com a possibilidade de morrer (Forghieri, 1984).

É importante considerar que, ao adoecer, o paciente descobre sua característica fundamental: o *ser no mundo*, mas também a possibilidade de *não estar mais-com-os-outros* (Olivieri, 1985). O homem é um *vir-a-ser* que vivencia sua realidade de forma subjetiva e a partir de um caráter pessoal, em que se baseia a significação que dá ao mundo, bem como à experiência da doença e do *ser-doente*.

Dessa forma, além da dor física, o paciente vê-se enredado pela dor psíquica – a dor da perda da saúde. E a dor sentida com mais intensidade não é a dor que a doença traz, mas a de saber-se doente, de perder a condição de sadio (Coelho, 2001). O adoecer transforma a pessoa de sujeito de intenções em sujeito de atenção (Gala e Bressi, 2000).

Neste sentido, não há um doente efetivo, mas um projeto em andamento e um tempo vivido pelo ser, com possibilidades: vitórias ou derrotas (Olivieri, 1985).

É real que, ao adoecer, além da dor física, o paciente vê-se rodeado por dor emocional, “*a dor da perda da saúde*”. No entanto, a dor sentida com mais intensidade não é a dor que a doença traz, mas é a de saber-se doente, de perder a condição de sadio (Coelho, 2001).

Assim, o adoecer traz consigo a mudança da condição de saúde para a de doente. E após o diagnóstico, o indivíduo sente-se ameaçado e muitos sentimentos são sentidos e vivenciados. A doença acarretará uma parada no tempo interior do paciente frustrando sonhos, projetos e expectativas futuras. Essa experiência poderá ser muito perturbadora, acarretando grande insegurança e ansiedade na sua vida (Chiattonne e Sebastiani, 1991).

Dessa forma, em toda perda que ocorre na vida do indivíduo, é necessário um processo elaborativo, que também é acompanhado por um processo de enlutamento. O luto, portanto, tende à superação, caracterizando-se como um processo de cicatrização doloroso, mas necessário, em que ocorre a despedida de uma situação para que o indivíduo possa se adaptar à nova realidade – a de ser doente (Coelho, 2001).

As reações ao adoecer podem seguir estágios sequenciais, tais como proposto por Bowlby, Parker e Kubler-Ross e discutidas por Coelho, em 2001, considerando-se que o processo de enlutamento pela perda da saúde segue estes mesmos estágios.

Tabela 13.1 Estágios sequenciais propostos por Bowlby, Parker e Kubler-Ross

BOWLBY	PARKER	KUBLER-ROSS
<p>1. Torpor ou protesto Caracterizado por sofrimento, medo e raiva. O choque pode durar de alguns momentos até vários meses.</p>	<p>1. Alarme Caracterizado por um estado de estresse, choque e alterações fisiológicas.</p> <p>2. Torpor A pessoa protege a si mesma com uma atitude de superficialidade em relação à perda.</p>	<p>1. Negação e isolamento Este estágio é caracterizado por uma negação inicial, no qual a pessoa se mostra pasmada em um primeiro momento e depois recusa-se a acreditar no diagnóstico ou nega que algo esteja errado.</p>
<p>2. Anseio e busca pela figura perdida O mundo parece vazio e sem significado, mas a autoestima permanece intacta. Caracterizado por preocupação com a pessoa perdida, inquietação física, choro e raiva. Pode durar vários meses ou até mesmo anos.</p>	<p>3. Busca A pessoa busca ou é levada a recordar o ente perdido. Similar ao segundo estágio de Bowlby.</p>	<p>2. Raiva Substitui-se a negação por sentimentos de raiva, revolta e ressentimento, pela perda do eu sadio.</p>
<p>3. Desorganização e desespero Inquietação e falta de objetivos. Aumento na preocupação somática, retraimento, introversão e irritabilidade. Revivência repetida de recordações.</p>	<p>4. Depressão A pessoa sente-se desamparada quanto ao futuro, não consegue seguir vivendo normalmente e se afasta da família e dos amigos.</p>	<p>3. Barganha O paciente tenta negociar com médicos, parentes e amigos, no sentido de, em troca da cura, cumprir promessas.</p> <p>4. Depressão Aqui, o paciente é tomado por um sentimento de grande perda e experiencia sintomas clínicos de depressão, não conseguindo negar mais a doença.</p>
<p>4. Reorganização Com o estabelecimento de novos padrões, objetivos e metas, o luto cede e é substituído por recordações queridas, ocorrendo uma identificação sadia com a pessoa falecida.</p>	<p>5. Recuperação e reorganização A pessoa percebe que sua vida continuará, com um novo ajuste e objetivos diferentes.</p>	<p>5. Aceitação O paciente descobre que a morte é inevitável e aceita a universalidade da experiência. Geralmente, encontra-se bastante fraco e cansado.</p>

Acresce-se o fato que o luto pela perda da saúde pode ser elaborado de forma normal ou patológica, sendo esta última aquela em que pacientes e familiares utilizam formas desadaptativas ou recursos negativos de enfrentamento na situação vivida no adoecer.

Neste contexto, pode-se diferenciar o luto normal do patológico, já adaptado na tabela a seguir para a realidade da perda da saúde (Coelho, 2001).

Tabela 13.2 Luto normal × luto patológico

Luto normal pela perda da saúde	Luto complicado ou patológico pela perda da saúde
1. Pouca ambivalência em relação à perda da saúde.	1. Maior ambivalência e raiva inconsciente em relação à perda.
2. Choro, perda ou aumento de peso; libido diminuída; retraimento; insônia; hipersonia; irritabilidade; concentração e atenção diminuídas.	2. Similar ao luto em relação à qualidade, mas com maior intensidade.
3. Ideias suicidas raras.	3. Ideias suicidas comuns.
4. Autoimposição de culpa relaciona-se ao modo como cuidou da saúde.	4. Autoimposição de culpa é global.
5. Ausência de sentimentos globais de inutilidade.	5. Pessoa pensa ser inútil ou má em termos gerais.
6. Evoca empatia e solidariedade no médico.	6. Geralmente evoca aborrecimento e irritação médica.
7. Com o tempo evoluem pelos estágios de perda, dando indícios de elaboração da perda da saúde.	7. Não apresentam evolução nos estágios, fixam em um momento.
8. Vulnerabilidade a outras doenças físicas e doenças psíquicas.	8. Vulnerabilidade a outras doenças físicas e doenças psíquicas.
9. Resposta a reassseguramento e contatos sociais.	9. Ausência de resposta a reassseguramento; afasta contatos sociais.
10. Não ajudado por medicamentos antidepressivos.	10. Ajudado por medicamentos antidepressivos.

É fato que muitos pacientes conseguem ressignificar a vivência do diagnóstico e tratamento de forma elaborativa e participativa, o que pode resultar em benefícios para si e para seu tratamento, e outros não conseguem enxergar possibilidades diante da vivência traumática, vivenciando a situação com intenso sofrimento psíquico.

Assim como ocorre com quaisquer outros eventos disparadores de estresse, a vivência do adoecer exige o estabelecimento de mecanismos para o melhor enfrentamento da situação. A observação de que pacientes com o mesmo prognóstico sobrevivem mais tempo que outros aponta a compreensão de que a maneira que uma pessoa consegue conviver com as adversidades é que faz a diferença.

As estratégias de enfrentamento de situações difíceis e ameaçadoras podem ser classificadas como negativas ou positivas. É fundamental lembrar que as estratégias positivas de enfrentamento à doença “amortecem” o estresse causado pelo impacto do diagnóstico e tratamento, facilitam o equilíbrio das manifestações neuroquímicas e reequilibram o sistema imunológico.

Viver a doença como um desafio positivo, manter o controle da vida e, principalmente, dar um sentido ao adoecer, com metas a serem alcançadas visando a superação de dificuldades (Fernandes, 1999), refletem em ajuda e possibilidades positivas aos pacientes e familiares. A tradução desses comportamentos pode ser expressa nos seguintes recortes de falas de alguns pacientes: “...nunca pensei que ia morrer, que não ia conseguir” (sic); “sempre acreditei que ia viver” (sic); “eu sempre acreditei que ia dar certo” (sic); “eu me dizia: eu quero ficar bom. Eu vou ficar bom” (sic); ou, ao contrário: “eu não quis ter uma família porque eu sabia que ia ter uma doença grave” (sic); “na minha vida nada dá certo e agora não vai ser diferente” (sic); “eu não vou conseguir. Eu sei” (sic).

As estratégias positivas de enfrentamento ao adoecer envolvem:

- comportamentos de adaptação ao estresse;
- percepção de controle da situação;
- busca de auxílio (grupos de apoio ou psicoterapia);
- busca de informações sobre a doença;
- planos para superação;
- esperança na recuperação;
- credibilidade no êxito do tratamento;
- suporte de familiares, amigos e equipe de saúde;
- retorno às atividades exercidas no cotidiano;
- determinação aliada à vontade de viver;
- apoio espiritual.

Na prática clínica conseguimos diferenciar características pessoais (estruturais e dinâmicas) que apontam para a evolução mais favorável do processo de adoecimento:

1. maior poder de expressar e trabalhar medo e tensões psíquicas;
2. otimismo;
3. prontidão para lutar pelo próprio ego e pela própria saúde;
4. disposição mais expansiva ou hipomaníaca;
5. maior confiança no meio ambiente;
6. maior capacidade de comunicação;
7. confiança na situação de tratamento e na equipe de saúde;
8. maior aceitação no que diz respeito a intervenções psicoterápicas.

A seu lado, evoluções psicológicas desfavoráveis ou menos favoráveis refletem pacientes que apresentam:

- negação no reconhecimento do estado patológico;
- repressão de sentimentos;
- fortes mecanismos defensivos;
- tendência demasiada ao descuido;
- fraca capacidade de reação;
- pobreza emocional e afetiva;
- forte inibição à agressão, em geral, autodirigida;
- sentimentos de culpa graves e insolúveis;
- poder reduzido para a expressão de medos e tensões;
- presença de “congestão de afetos”, delineada por pessimismo, resignação, desamparo e autorresignação;
- presença intensa de desesperança e desespero;
- capacidade de comunicação reduzida e empobrecida;
- pouca confiança no ambiente e na equipe de saúde;
- desconfiança em relação à situação de tratamento;
- transferência de responsabilidade (com deslocamento e projeção);
- ausência de planos para superação;
- menor grau de aceitação de intervenções psicoterapêuticas.

Rowland (1990), ao revisar estudos realizados para identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes com câncer, em suas diferentes fases, aponta alguns pontos significativos:

1. estratégias e estilos que favorecem respostas ativas para a resolução de problemas são mais efetivos;
2. o enfrentamento da doença deve ser sempre avaliado e considerado como um processo dinâmico que se mostra interligado às circunstâncias vivenciadas pelo paciente na doença, ao significado da sobrevivência e do futuro, aos relacionamentos interpessoais, aos recursos internos inerentes a cada paciente;
3. pacientes mais flexíveis são melhores enfrentadores, possuindo melhores habilidades para o enfrentamento da doença, pois conseguem responder prontamente às mudanças na situação que demandam a utilização de novas estratégias;
4. os recursos externos, definidos pela natureza, e a qualidade do suporte social disponível ao paciente têm fundamental importância na capacidade de enfrentar a doença.

As reações da equipe médica, familiares e amigos influenciarão o bem-estar psicológico do paciente (Meyerowitz, 1981). Nesse sentido, o apoio social é excelente

recurso para o favorecimento de estratégias de enfrentamento, em que o paciente pode utilizar-se de outras pessoas (familiares e amigos) como fonte de informação, orientação ou apoio, quando estiver utilizando o enfrentamento focalizado na resolução do problema ou como fonte de regulação emocional (Endler e Parker, 1990).

É real que, em nível psicológico, o adoecer defina ameaça à vida, à integridade física, incapacidade e dor, a necessidade de lidar com sentimentos como a raiva, a mudança dos papéis socioprofissionais, a separação dos amigos e familiares, a compreensão da terminologia médica, a tomada de decisões em momentos de estresse, a necessidade de depender dos outros, a perda de intimidade física e psicológica. Assim, uma vez instalada a doença, cabe ao paciente e aos familiares responder a estas ameaças, buscando conviver com sua nova realidade – a de *ser doente*.

Possíveis preditores psicossociais de ajustamento psicológico podem ajudar no planejamento de estratégias de intervenção psicológicas adequadas a paciente e familiares: idade, escolaridade, crenças religiosas, personalidade e capacidade adaptativa, grau de suporte social, estilos de vida, antecedentes mórbidos pessoais e/ou familiares, experiências traumáticas anteriores, localização da doença, tipo de tratamento administrado, relações com a equipe de saúde, crenças sobre a doença e tratamento, ameaça que a doença representa aos objetivos do paciente, presença de sintomas incapacitantes, variáveis de tratamento e prognóstico.

A maioria dos pacientes e familiares expressa diferentes respostas emocionais ao diagnóstico e tratamento, que ocorrem em diferentes níveis, variando de adaptação normal a transtornos de ajustamento, podendo evoluir para transtornos mais graves. Alguns sinais de risco psicológico podem ajudar o psicólogo hospitalar a incrementar a avaliação e acompanhamento, criando estratégias eficientes de tratamento (o que chamamos conceitualmente de plano terapêutico):

- negação da doença e de sintomas;
- envolvimento em conspiração do silêncio;
- comportamento de desistência e desesperança;
- antecedentes mórbidos pessoais ou familiares;
- relações difíceis com a equipe assistente;
- expectativas irreais ou milagrosas ao tratamento;
- problemas especiais de diagnóstico (com demora na definição do tratamento);
- ausência de apoio social.

Portanto, os objetivos da intervenção psicológica para o tratamento apontam a necessidade de avaliação sistemática e acompanhamento, visando redução de estados de ansiedade, depressão e outras reações inadequadas; manter o nível de informação adequado às necessidades do paciente e dos familiares; promover o senso de controle e a participação ativa no processo; estimular o desenvolvimento de estratégias de

resolução de problemas; facilitar a comunicação com os cuidadores primários e cuidadores profissionais; estimular apoio social e familiar.

A avaliação psicológica e a assistência aos pacientes e cuidadores (primários e profissionais) são parte da rotina do psicólogo no hospital. Outras responsabilidades somam-se a estas duas funções: a de avaliar o contexto e o funcionamento institucional; a de se comunicar (eficaz e eficientemente) com a equipe interprofissional; a busca de melhorias contínuas nos processos de trabalho; a otimização de recursos; o desenvolvimento de programas condizentes com a realidade institucional; a pesquisa e a capacitação.

Acresce-se o fato que, diante da adoção cada vez mais frequente de processos de acreditação hospitalar e implantação de programas de qualidade nos hospitais, a padronização de procedimentos assistenciais com preocupação na excelência de serviços e gestão exige das diversas áreas de atuação hospitalar o refinamento dos processos de trabalho. Na psicologia hospitalar essas questões não são diferentes!

Atualmente os hospitais são empresas e assim são gerenciados seus recursos e ferramentas de gestão. Portanto, no contexto atual, o psicólogo no hospital faz parte de um processo de gestão. E com este sentido deve definir: instrumentos de avaliação e acompanhamento de risco emocional, definição da complexidade emocional e dos planos terapêuticos condizentes. Portanto, clarificar para a equipe de saúde as condições emocionais observadas (do paciente, familiares e a relação destes com a equipe), incluindo as reações diante do adoecimento, o funcionamento familiar, mecanismos de adaptação utilizados e o sucesso ou falha destes são papéis atribuídos ao psicólogo hospitalar.

A comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde no hospital é considerada nos dias atuais como fator-chave de sucesso na assistência interprofissional e, neste aspecto, cada vez mais torna-se necessário compartilhar a assistência psicológica realizada (sem quebra do sigilo ético) visando facilitar e melhorar a comunicação da equipe de psicologia com os outros profissionais, oferecendo-lhes subsídios para melhor assistir o paciente e sua família. É fato que a boa comunicação interprofissional diminui os “ruídos” comuns entre os membros da equipe, que confundem, estigmatizam, propiciam desentendimentos e enfraquecem a atuação em conjunto, o que se reflete inevitavelmente na relação do paciente e de seus familiares com a experiência da hospitalização.

Para tanto, o prontuário com seus diversos documentos (em que se inclui a avaliação de complexidade emocional, evolução psicológica e definição de plano terapêutico) necessita de clareza e objetividade na comunicação das informações. Na nova realidade dos hospitais, o prontuário eletrônico com seus diversos documentos possibilita agilidade e facilidade no registro e acesso às informações pelos membros da equipe de saúde, em tempo real e de qualquer unidade de internação do hospital. Além disso, o acesso eletrônico às informações agiliza a tomada de decisões em

relação a condutas, manejo e acompanhamento dos casos, contribuindo para o alcance da excelência dos serviços.

Entende-se por avaliação psicológica a busca sistemática de conhecimentos a respeito do funcionamento psicológico em situações específicas, útil para orientar ações e decisões futuras. A avaliação psicológica refere-se a um processo de busca de dados, agrupando diferentes informações com três objetivos principais: conhecer os sujeitos, identificar o problema e programar uma intervenção.

Em geral, fatores psicossociais ou comportamentais exercem influência sobre a saúde ou a doença. Os aspectos emocionais podem ser precedentes do desencadeamento de problemas físicos, bem como enfermidades causadas por agentes orgânicos também podem desencadear reações emocionais diversas. Assim, as condições de saúde podem ser influenciadas por variadas condições: diferenças individuais, traços de personalidade, sistema de crenças e atitudes, comportamentos e redes de suporte social e meio ambiente.

Portanto, a avaliação psicológica em ambientes médicos deve ser considerada como ferramenta adequada na apropriação de decisões a respeito do diagnóstico diferencial, tipo de tratamento necessário (plano terapêutico) e prognóstico. Além disso, a detecção precoce de risco psicológico em pacientes e familiares, inseridos em ambientes médicos, significa grande diferencial com relação ao tipo e qualidade do atendimento oferecido, bem como diminuição do sofrimento e de custos operacionais institucionais.

A avaliação de risco psicológico no contexto da saúde possui alguns objetivos: sistematização das informações dos vários aspectos do funcionamento do paciente e dos familiares; modos objetivos de obter informações sem a necessidade de avaliação essencialmente subjetiva, a fim de elucidar hipóteses necessárias para a intervenção.

É fato que a qualidade da avaliação vai depender, em grande parte, da habilidade do avaliador em recolher e contingenciar as diversas variáveis relativas ao estado de adoecimento e internação. Neste sentido deve-se tomar cuidado extra para não transformar protocolos de avaliação em formas “enfaixadas” de avaliação, as quais, de forma contrária, em vez de propiciarem linhas guias para o tratamento, acabam por limitar a compreensão do problema.

Em nossa experiência, implantamos a avaliação de complexidade emocional em nossa rotina diária nas diferentes unidades e serviços em que atuamos. Assim, diariamente, o psicólogo realiza a avaliação criteriosa do paciente e de seus cuidadores, definindo-se a complexidade emocional em alta, média ou baixa. A partir daí define-se o plano terapêutico condizente, definido pelos seguintes critérios:

1. ALTA COMPLEXIDADE EMOCIONAL

- Acompanhamento diário, em dois períodos ou mais, a paciente e cuidador primário, em nível de avaliação, orientação, preparo e apoio psicológico.

- Visita psicológica – presença sistemática.
- Aprofundamento da avaliação em nível da história da pessoa (HP) e história pregressa da moléstia atual (HPMA).
- Reavaliação diária do estado psicológico geral.
- Reavaliação diária da complexidade emocional.
- Aprofundamento da avaliação de antecedentes mórbidos.
- Discutir o caso com a equipe de saúde.
- Solicitar entrevista com familiares (rede de apoio).
- Encaminhamento externo responsável.
- Informar supervisor e assistente do serviço de psicologia.
- Informar/alertar a equipe de saúde.
- Discutir o caso em reunião interprofissional diária.
- Evoluir em prontuário com destaque.
- Passar o caso para o plantonista noturno do serviço de psicologia.
- Preencher relatório de complexidade emocional diário.

2. MÉDIA COMPLEXIDADE EMOCIONAL

- Acompanhamento diário a paciente e cuidador primário, em nível de avaliação, orientação, preparo e apoio psicológico.
- Reavaliação diária do estado psicológico geral.
- Reavaliação diária da complexidade emocional.
- Discutir o caso com a equipe de saúde.
- Solicitar entrevista com familiares (rede de apoio).
- Encaminhamento externo responsável.
- Informar supervisor e assistente do serviço de psicologia.
- Informar/alertar a equipe de saúde.
- Discutir o caso em reunião interprofissional diária.
- Evoluir em prontuário com destaque.
- Passar o caso para o plantonista noturno do serviço de psicologia.
- Preencher relatório de complexidade emocional diário.

3. BAIXA COMPLEXIDADE EMOCIONAL

- Visita psicológica diária a paciente e cuidador primário, em nível de avaliação, orientação, preparo e apoio psicológico.
- Reavaliação diária da complexidade emocional.

O transtorno psicológico mais frequente em pacientes hospitalizados é o transtorno de adaptação reativo ao estresse imposto pelo adoecer e pela hospitalização. Os sintomas psicológicos característicos envolvem estados de ansiedade e depressão,

acrescidos da persistência excessiva desses sintomas e de interferência anormal no trabalho, em atividades escolares e sociais.

Estados de ansiedade determinados por temores, dúvidas, fantasias e apreensões diante da vivência da doença e tratamento são frequentes. Apesar de esperados, devem manter-se controlados para que não evoluam para estados de pânico, caracterizados por perda de controle, confusão, desespero, regressão e súplicas. Os transtornos de ansiedade descritos envolvem episódios de ansiedade aguda relacionados ao estresse do diagnóstico e de seu tratamento, ansiedade relacionada com a doença e transtornos de ansiedade crônica anteriores ao diagnóstico que se exacerbam durante a vivência do adoecer e do tratamento. A ansiedade situacional é frequente e a maioria dos pacientes mostra-se bastante ansiosa diante da expectativa do diagnóstico ou após o recebimento deste, antes de se submeter a condutas terapêuticas, diante da expectativa de alta hospitalar, de sintomas que possam indicar recidiva da doença etc. Dificuldades diagnósticas, piora do quadro clínico e necessidade de internação em UTI, intercorrências, vivências traumáticas durante o tratamento podem também resultar em quadros de ansiedade (Chiattonne, 2011).

A seu lado, transtornos depressivos em pacientes hospitalizados são frequentes e bem conhecidos, embora se assemelhem, em porcentagem, à incidência de depressão em pacientes com doenças orgânicas graves. Esta relação sugere que o determinante primário para o desencadeamento de um quadro depressivo interliga-se ao nível de gravidade da doença e não somente a seu diagnóstico específico. De qualquer forma, alguns fatores sugerem estar intimamente vinculados ao desencadeamento de depressão: estado físico agravado, dor, história prévia de depressão e intercorrências orgânicas. Os transtornos depressivos definem-se por reações de desesperança, apatia, isolamento, astenia e impotência diante do diagnóstico, da evolução da doença e do próprio tratamento. O diagnóstico de depressão aponta a presença de insônia, anorexia, fadiga, perda de peso e transtornos somáticos. Acrescem-se sentimentos de desamparo, diminuição de autoestima e autoconceito, culpa, retraimento social, intensa angústia de morte, redução do nível de energia, dificuldades de concentração, perda do interesse, dificuldade de iniciar atividades e colaborar no tratamento, lentificação do pensamento, dificuldades em tomar decisões, crises de choro, lentificação dos movimentos (Chiattonne, 2011).

Reações de ira, hostilidade e sentimentos paranoides também podem ser citados como reações ao adoecer. Em geral, apresentam-se como reações situacionais em que o diagnóstico e a vivência do tratamento são vivenciados como uma injustiça imposta pelo ambiente, desencadeando sentimentos de desconfiança, ressentimento, perseguição e abandono. Sensação de culpa e punição também pode ser descrita. Nela, o paciente sente-se culpado por comportamentos assumidos nas relações de amizade, com familiares, sexualidade, inclinações etc. O paciente, ao acreditar que está sendo punido, vincula a doença a castigo e, com a instalação da doença, geralmente apresenta sensação de punição gerada pela fantasia de culpabilidade. Várias outras reações

psicológicas podem ser citadas: frustração de sonhos e projetos; privação da realização; regressão; angústia de morte; temor à mutilação; temor à dor; temor ao abandono; insegurança; desconfiança; inconformismo; intolerância emocional; apreensão com a autoimagem; temor à perda de controle e de identidade; racionalização; agressividade; fantasias e desesperança (Chiattonne, 2011).

Apesar de a ligação entre a Medicina e a Psicologia (a partir de um referencial psicossomático) ser considerada desde longa data, a inserção do psicólogo nas instituições de saúde determinou a urgência de contextualizar essa prática, em referencial da própria Psicologia.

Atualmente, no contexto hospitalar público ou privado, o *Modelo de Ligação* configura-se como excelente ferramenta que contextualiza a tarefa entre a Psicologia e as outras áreas no hospital, abrangendo os níveis de assistência, ensino e pesquisa, a pacientes, familiares e equipes de saúde. Nas unidades e serviços, esse modelo pressupõe contato contínuo com os serviços hospitalares, tendo o psicólogo presença constante nas unidades e serviços, participando das decisões tomadas, das atividades diárias, não sendo somente consultor em casos emergenciais. A tarefa está fundamentada na humanização do atendimento hospitalar, em prática interprofissional.

Assim, no Modelo de Ligação, o campo de atuação do psicólogo define-se pela consideração de que a doença tem como princípio reflexo a desarmonização da pessoa. Nessa medida, *estar doente* implica desequilíbrios que podem ser compreendidos, em uma visão holística, como um abalo estrutural na condição de ser, chocando-se ao processo dinâmico de existir, rompendo as relações normais do indivíduo tanto consigo quanto com o mundo que o rodeia. Portanto, *o ser doente* (o paciente) vê-se em situação específica; sua existência delimita-se pela vivência da doença, modificando sua existência e definindo *o estar doente*.

O objeto de estudo, portanto, constitui-se pelo *ser doente*, um ser dinâmico, dotado de corpo e alma (como unidade) que adoeceu, em determinado ambiente. Ao buscar, em sua prática clínica, resgatar o equilíbrio e a integração desse *ser doente*, em sua totalidade, define-se a visão e o lidar do homem, como unidade biopsicossocial, em um contexto psicossociocultural, como preconiza a OMS.

Assim, a delimitação do campo de estudo da psicologia nas unidades e serviços integra três amplos aspectos: o doente e sua história (*o ser e o estar doente*); a relação desse paciente com a internação e a intervenção terapêutica voltada ao ser doente, a seus familiares, à equipe de saúde e à interação entre paciente, equipe e instituição de saúde.

Além disso, a assistência psicológica define-se por especificidades que norteiam o exercício profissional: *a institucionalidade que impõe limites e resistência*, pressupondo adaptações teórico-práticas que levam o psicólogo a redefinir sua práxis no próprio espaço institucional e com outros profissionais, demandando atuação interdisciplinar; *a multiplicidade de enfoques e solicitações*, que leva o profissional a transpor os limites de seu consultório, mantendo contato obrigatório com outras profissões, pressupondo disponibilidade, formação específica, objetividade e coerência que abrangem, neces-

sariamente, reformulações teóricas e metodológicas; *a nova espacialidade e a nova temporalidade, que determinam o fim da privacidade e a imposição do ritmo temporal do próprio paciente*, que definem uma reformulação interna do psicólogo coerente com uma adaptação à nova forma de atuação; *a precariedade existencial do paciente: sofrimento, alienação, crise e letalidade* que sobrepõem à tarefa, não só a compreensão do paciente em sua integridade mas uma reformulação de valores pessoais e profissionais do psicólogo (Chiattonne, 2011; Chiattonne, 2002).

Diante dessas especificidades, o Modelo de Ligação também aponta suas vantagens, pois, com ele, o psicólogo tem possibilidade de agir preventivamente, bem como exercitar-se em ação diagnóstica e também terapêutica. Dessa forma, nas unidades e serviços, a intervenção psicológica deve ser norteada pela intervenção ou terapia breve e/ou de emergência, de apoio e suporte ao paciente, caracterizando-se o atendimento psicológico em atendimento emergencial e focal, considerando-se o momento de crise vivenciado pelo indivíduo na situação especial e crítica de doença e hospitalização. Então, a intervenção psicológica deve caracterizar-se, predominantemente, por limite de tempo imposto sobre a duração do processo, um papel muito mais ativo do terapeuta, maior orientação no contexto do processo terapêutico e objetivos de tratamento mais limitados e específicos, delineados por hipóteses diagnósticas circunstanciais (Chiattonne, 2011).

Quanto à assistência psicológica, são eficazes os acompanhamentos psicoterápicos individuais ou em grupo. Os atendimentos psicológicos individuais podem ocorrer nas enfermarias ou apartamentos dos próprios pacientes, ao lado de seus leitos ou extensiva a seus familiares e acompanhantes e, ainda, nas diversas unidades (sala de quimioterapia, bancos de sangue, unidade de terapia intensiva, salas de emergência, pronto-socorro etc.) e nos ambulatórios, definindo-se a tarefa pelo reconhecimento do paciente como pessoa (história da pessoa), como doente (história pregressa da moléstia atual), delimitação de suas reações e necessidades na situação de doença e hospitalização, seguindo-se a delimitação de focos a serem trabalhados em atuação direcionada em nível de apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos, esclarecimentos sobre a doença e fortalecimento dos vínculos pessoais e familiares (Chiattonne, 2011; Chiattonne, 2002).

Essa prática, estabelecida diariamente, intercalada pela participação do psicólogo em outras atividades e/ou programas nas enfermarias, unidades e ambulatórios (reuniões interprofissionais, visitas médicas, discussões de casos clínicos, passagem de plantão etc.), fortalece gradativamente a tarefa, o campo profissional do psicólogo no contexto hospitalar, o reconhecimento das equipes, *em atitude genuína de ligação*, como foi proposto, em atitude essencialmente psicológica.

Assim, atualmente, a Psicologia Hospitalar é uma especialidade que se faz presente e atuante nos centros hospitalares e o psicólogo que atua nas unidades e serviços é o profissional que auxilia na avaliação e compreensão dos aspectos emocionais de pacientes e familiares; no ajustamento do paciente e familiares às condições de

hospitalização; no oferecimento de suporte e acompanhamento psicológico ao paciente, familiares e equipes de saúde e, principalmente, na implementação de programas de humanização.

No Modelo de Ligação, o psicólogo hospitalar tem como objetivos a assistência integral, biopsicossociocultural a usuários, como preconiza a OMS; estimular comportamento resiliente e encorajar recursos de enfrentamento e comportamentos adaptativos diante da vivência da doença e hospitalização a pacientes, familiares e equipes de saúde; promover identificação e aprendizagem auxiliando o paciente, seus familiares e as equipes de saúde a lidar com os fatores inerentes à situação de doença e hospitalização; favorecer prática humanizada e interprofissional em saúde; promover humanização e excelência no atendimento.

Nas unidades e serviços, o psicólogo de ligação tem como funções:

- avaliar o grau de comprometimento emocional do paciente, causado pela doença, tratamento e internação, propiciando continuidade do desenvolvimento de capacidades e funções não prejudicadas pela doença;
- melhorar a eficácia de adaptação, diminuindo o número de pacientes e familiares alterados por ineficácia adaptativa diante da situação de doença e hospitalização;
- detectar e atuar diante de quadros psicorreativos e alterações psicológicas que possam comprometer o processo de tratamento;
- fornecer apoio e orientação psicológica, suporte afetivo e terapêutico a paciente e familiares, visando minimizar o sofrimento inerente ao processo de doença e hospitalização, por meio de atendimento psicológico imediato e eficiente (utilizando-se de intervenção ou psicoterapia breve e de emergência, de apoio);
- promover humanização e excelência no atendimento favorecendo a relação equipe de saúde-paciente-família-instituição;
- atuar de forma integrada (interprofissional) com os demais profissionais de saúde (Chiattonne, 2002).

No Brasil, o campo da saúde sofreu o impacto de mudanças, principalmente com a introdução do **conceito de qualidade**, que tendo início na década de 1970, alcançou seu auge na década de 1990. Esta busca pela qualidade deveu-se, em parte, pela introdução da **integralidade na assistência**, que se refere a um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (lei 8080/90), sendo um fator responsável por alterar as configurações das interações profissionais. Com isso, um grande destaque foi concedido ao Modelo de Psicologia de Ligação porque os profissionais de saúde foram levados a reconhecer a necessidade de diferentes contribuições profissionais no cuidado ao paciente de maneira eficiente e eficaz.

O Modelo de Psicologia de Ligação surge então como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços em psicologia hospitalar. Entre as vantagens do modelo podemos citar:

- o planejamento de serviços;
- o estabelecimento de prioridades na assistência;
- a redução da duplicação dos serviços;
- a geração de intervenções mais criativas;
- a redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais.

Assim, no Modelo de Ligação, fortalecendo a premissa de que saúde é um assunto para muitos profissionais, a abordagem em equipe deve ser comum a toda a assistência à saúde. Nessa medida, as ações devem envolver profissionais de diferentes áreas, em uma rede de complementariedade, mantidas as exigências organizacionais unitárias.

É fundamental lembrar que a psicologia hospitalar nasce, em 1954, no Brasil, já com essa vocação interprofissional, fortemente influenciada pelo sentido da humanização, tanto em nível de gestão como de assistência. Em nível de gestão, na formação voltada para espaços de diálogo/ligação, fundadas no saber biopsicossociocultural e espiritual do ser que adoecer. Em nível de assistência, na formação e atuação interprofissional, fundada na compreensão integral e compartilhada do fenômeno do adoecer.

Dessa forma, o Modelo de Ligação não é definido apenas como mais um conceito teórico, mas desenvolveu-se como exercício individual (na atitude de abertura ao diálogo, no incentivo às trocas, no saber constituído pelas combinações de perspectivas), coletivo e institucional (pela inserção de política interprofissional que definiu áreas complementares, sem disputa de poder).

É real que o Modelo de Ligação em psicologia hospitalar, aqui discutido, se institucionalizou em função das demandas sociais por atender e que requeriam saber especializado, domínio de técnicas apropriadas e forte adesão a um conjunto de padrões éticos fundamentais que garantiram a qualidade dos serviços colocados à disposição de pacientes e cuidadores no hospital. O fato de articular campo de conhecimento e demanda de serviços oriunda da sociedade fez que a psicologia hospitalar necessitasse lidar com dois mundos em contínua transformação e com ritmos de mudanças diferentes; o que impôs enorme exigência, tanto para o sistema de formação quanto para o de acompanhamento das ações profissionais.

Portanto, refletir sobre novos modelos que incrementem a prática do psicólogo que atua nas instituições hospitalares torna-se imperativo, ressaltando a relevância de nossa área de se oferecer a objeto constante de estudos e pesquisas que forneçam dados e promovam reflexões. E isso não só para avaliar o quanto nossos compromissos são cumpridos, mas, sobretudo, para visualizar problemas, desafios e limites que possam impulsionar nossa práxis.

Em nossa experiência constatamos que o Modelo de Ligação, tendo como eixo a interdisciplinaridade, favorece o crescimento profissional solidário, o amadurecimento que permite a cada profissional desenhar seu espaço individual de pertencimento, definindo identidade profissional baseada na troca e uma atitude geral de abertura para o diálogo e democratização do saber.

Falamos de um modelo que pressupõe de forma natural o que Gusdorf (1977) chama de **cumplicidade produtiva – “terra da parceria”**, que delinea ações em equipe como primeiro passo na organização efetiva de um serviço de psicologia hospitalar; identificação de objetivos em comum para articulação do trabalho coletivo – entre o pensar e o fazer; valorização do paradigma do cuidado integral/interprofissional; estabelecimento de canais permanentes de comunicação, superando diferenças e compartilhando saberes e prática.

É curioso constatar que, no Modelo de Interconsulta (amplamente utilizado pela maioria dos serviços de psicologia hospitalar em nosso país), o contato profissional é eventual com os serviços e unidades no hospital, estando o psicólogo ausente nas atividades de rotina e tendo a função apenas de sugestão nas decisões a serem tomadas pela equipe. Ao contrário, no Modelo de Ligação, o contato do profissional da área de Psicologia Hospitalar é contínuo com os serviços ou unidades, pela presença diária nas atividades de rotina, o que inclui participação nas decisões tomadas. Assim, nesse sentido, exercita-se, no Modelo de Ligação, um caráter preventivista, diagnóstico e terapêutico, ao contrário do Modelo de Interconsulta que inclui o caráter diagnóstico, conforme aponta a planilha abaixo.

Tabela 13.3 Modelo de interconsulta × modelo de ligação

Modelo de interconsulta	Modelo de ligação
Contato eventual com os serviços ou unidades.	Contato contínuo com os serviços ou unidades.
Ausência nas atividades de rotina.	Presença diária nas atividades de rotina.
Sugestão nas decisões a serem tomadas pela equipe do setor.	Participação nas decisões tomadas.
Caráter diagnóstico.	Caráter preventivista, diagnóstico e terapêutico.

Além disso, relativo ao saber psicológico, o Modelo de Interconsulta está ancorado no saber biomédico, utilizando-se de áreas de conhecimento diferentes, sem áreas de interface. Nele, o intercâmbio de conhecimentos é restrito, de cunho mais informativo (apenas como orientação específica), em geral pouco utilizado diretamente pela outra área. As funções são estanques, com pouca informação sobre o trabalho do outro profissional e não há troca de novos conhecimentos – em geral o parecer é anexado ao prontuário, não havendo contato com o profissional requisitante.

Já o Modelo de Ligação segue o modelo integral, biopsicossocial, incluindo áreas de conhecimento diversas, porém com interfaces em comum. O intercâmbio

é dinâmico, em que a troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde gera transformação no saber e na prática do outro, com estruturação de novas práticas e de condutas uniformes. Assim, as funções são integradas, existindo um campo em comum de ação e áreas específicas de atuação, porém com discussão em comum das condutas, de maneira informal ou pelas passagens de plantão, visitas “multi”, produzindo-se novos conhecimentos (transdisciplinaridade).

É fato que a psicologia no contexto hospitalar foi gerada à margem do modelo biomédico, sofrendo as influências da moderna Medicina Científica, do pensamento cartesiano, da relação de causa e efeito, do distanciamento do homem como ser, da imposição da máquina, do racionalismo que impõe explicações para o, às vezes, inexplicável, do afastamento da dimensão mais humana do mundo, da hierarquização das ciências, do estabelecimento do mito do progresso, da objetividade, da neutralidade, da assepsia e, principalmente, do poder médico (Chiattonne, 2011).

Gradativamente, no entanto, o modelo biomédico passou a ser questionado por não fornecer uma compreensão completa e profunda dos problemas humanos e por não aceitar, enfim, as influências da interação mente e corpo e meio ambiente, em uma perspectiva holística. Assim, o ressurgimento de estudos retomando a ligação mente e corpo, enfatizando as influências sociais e culturais na ocorrência e manutenção das doenças delimitou a contextualização do modelo biopsicossocial como alternativa teórica ao modelo biomédico.

Nessa estrutura dialética delineou-se a razão dos fundamentos em Psicologia Hospitalar; na proposição de uma visão de homem menos dicotomizada calcada no fortalecimento do modelo biopsicossocial em saúde que pressupõe o pensar e o fazer interprofissional – em resposta à tendência integrativa ou holística em saúde –, a partir de um referencial psicossomático. Esse processo de transformação, portanto, acompanhou as relações entre sociedade, saúde e doença. As concepções de saúde e doença ampliaram-se em sua dimensão social, humana e existencial, visando sua essência totalizadora, o homem, o ser doente (Chiattonne, 2011).

Atualmente, a prática interprofissional delineada pelo Modelo de Ligação em Psicologia Hospitalar tem fortalecido nas instituições de saúde a figura do psicólogo de referência como aquele profissional que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, visando ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais, pacientes e familiares (Campos, 1998).

Nessa prática, a responsabilidade de condução é definida pela tarefa profissional de encarregar-se da atenção ao paciente e aos familiares ao longo da evolução do adoecer e da hospitalização, de forma longitudinal e semelhante ao preconizado pelas equipes de saúde da família na atenção básica.

Dessa forma, nos serviços e unidades, o psicólogo hospitalar faz parte da equipe de referência ao paciente, desde o diagnóstico e durante a evolução do tratamento, em legítima prática de ligação. Considerando que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral, apresenta-se esse modelo de gestão do

trabalho em saúde que visa aumentar as possibilidades de exercitar a clínica ampliada e a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (Campos, 2007). Saúde, afinal, é um assunto para muitos profissionais.

Estamos nos referindo a representantes de várias ciências, que se agregariam em equipes de saúde, tendo como objetivos comuns estudar as interações somatopsíquicas e encontrar métodos adequados à prática integradora, visando atingir a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença.

Portanto, este rearranjo organizacional busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interprofissional e fazendo coincidir a unidade de gestão que compõe as organizações de saúde com a unidade produtora deste *saber e fazer* interprofissional (Campos, 2007).

Nesta estrutura de ligação, a menor unidade organizacional é definida pela equipe de referência, constituída por profissionais essenciais para a melhor condução dos casos, pois intervêm sobre o mesmo objeto, visando objetivos comuns. A tarefa distingue-se pela uniformidade dos objetivos a serem atingidos, realçando as relações de troca entre os diferentes membros. Assim, o trabalho em colaboração da equipe corresponderia ao trabalho em equipe interprofissional de referência, definida como um grupo de profissionais, com formações diversificadas, que atuam de maneira interdependente, inter-relacionando-se em um mesmo ambiente de trabalho, por meio de comunicações formais e informais (Campos, 2007; Chiattonne, 2011).

Este funcionamento dialógico e integrado torna a equipe de referência um espaço coletivo, que discute casos clínicos ou de gestão e participa da vida da organização, em Modelo de Ligação (Campos, 2007).

Portanto, essa é a tendência atual que temos seguido em Psicologia Hospitalar em que nosso grupo, fundado no Modelo de Ligação e funcionamento interprofissional, dinamiza e ordena a relação entre os níveis hierárquicos do sistema nas diferentes instituições em que atuamos. Essa metodologia facilita a comunicação e a integração de equipes de saúde e especialistas, ou mesmo entre distintas especialidades, em relação horizontal, seguindo a construção de várias linhas de transversalidade nas diferentes instituições. Assim, temos hoje uma metodologia que ordena essa relação entre o profissional de referência e o especialista, com base em procedimentos dialógicos (em que o profissional de referência apoia e constrói, de forma compartilhada) e não mais com base na autoridade.

Por fim, o Modelo de Ligação e a prática do psicólogo de referência em Psicologia Hospitalar, como tendência atual na área, também referenciam as determinações do Ministério da Saúde, em sua Política Nacional de Humanização que define que cada unidade de saúde deve se organizar por meio da composição de equipes, formadas segundo características e objetivos da própria unidade, e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos. Essas equipes devem obedecer a uma composição interprofissional de caráter transdisciplinar, isto é, reunindo profissionais

de diferentes áreas, variando em função da finalidade do serviço/unidade que se responsabilizam pela saúde de certo número de pacientes e cuidadores primários, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos.

Portanto, a prática do psicólogo de referência não somente segue o preceito de responsabilização por certo número de pacientes de uma unidade ou setor, mas vai além, pois investe na individualização do cuidado.

Falamos de uma nova postura na assistência psicológica hospitalar que traduz o diálogo saúde e cidadania como eixo fundante, superando o enfoque na doença para a ênfase no processo saúde-doença, ancorada na integralidade do cuidado, e apontando caminhos para contribuir para a autonomia dos sujeitos na promoção da saúde.

Estas propostas apontam expectativas na geração de impactos no modo de concretizar a assistência e o ensino em Psicologia Hospitalar, alterando as “rotas” tradicionais centradas no biologicismo e na intervenção curativa, trazendo à tona a discussão do **aprender-aprender** e **assistir-cuidar** como um processo que integra cognição, afeto e cultura.

Dessa forma, buscamos desenvolver com o Modelo de Ligação e a prática do psicólogo de referência uma competência profissional em Psicologia Hospitalar vinculada à prática de integralidade na assistência aos pacientes e cuidadores, articulando, além da sempre presente tríade assistência-ensino-pesquisa, espaços de assistência e ensino no âmbito dos serviços (o pensar e o fazer articulados).

O caminho atual, com a marca da interdisciplinaridade como eixo fundamental nos espaços de assistência e ensino em Psicologia Hospitalar, favorece a troca, a construção de novos conhecimentos e principalmente a autoria na apropriação de saberes científicos, éticos e políticos na área da saúde, realçando que **pensar e fazer-aprender e aprender** com pessoas de diferentes áreas de conhecimento amplia a compreensão do trabalho coletivo e da complexidade da realidade que se apresenta nos cenários em saúde.

Portanto, o Modelo de Ligação e a prática do psicólogo de referência em Psicologia Hospitalar devem emergir no bojo da crítica à fragmentação do saber e da produção de conhecimento, extrapolando a mera agregação dos seus campos de origem, visando a associação dialética entre a teoria e a prática, a ação e a reflexão e o conteúdo e o processo na área de saúde.

Parece-me então que essas duas propostas apontam um enorme avanço na superação da visão restrita de mundo, resgatando a centralidade humana na produção do conhecimento como determinante e determinada. O Modelo de Ligação em Psicologia Hospitalar envolve a flexibilização de mandatos sociais, a ampliação destas práticas na formação e a busca de uma nova profissionalização capaz de enfrentar novos desafios teórico-práticos, o que deve incluir a integração da assistência-ensino-pesquisa, a democratização da hierarquia institucional, a possibilidade de quebra das defesas corporativas, permitindo a troca e o aprendizado.

Se o caminho parece bastante coerente, ainda temos, a meu ver, um longo percurso para atingi-lo. Vejamos e façamos uma breve reflexão sobre o cenário atual em Psicologia e em Psicologia da Saúde e Hospitalar.

Dados de 2010 apontam que somos 236.100 psicólogos em exercício profissional no país. Nos últimos quatro anos, a proporção de psicólogos no interior (48%) superou a das capitais (32%) (Bastos, Gondim e Rodrigues, 2010). No Brasil, a força de trabalho na saúde compreende 1,5 milhão de profissionais da saúde registrados em conselhos profissionais. A rede do SUS é o principal empregador do país: 52% dos enfermeiros; 44% dos médicos; 27% dos dentistas; 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos são funcionários públicos.

É interessante constatar que as maiores articulações de nossa categoria profissional nos anos 1980 foram com o campo da saúde, o que ampliou significativamente (e de forma mais sistemática) o ingresso de psicólogos no campo das políticas públicas no Brasil (Macedo e Dimenstein, 2011). No período de 1976 a 1984, a taxa de crescimento dos empregos no setor de saúde pública foi de 21,47%, quase a mesma dos empregos para os médicos-sanitaristas (Dimenstein, 1998). No final da década de 1990, a categoria profissional de psicólogo foi a que teve mais contratações pelas instituições públicas de saúde.

No entanto, é curioso analisar o processo na vertente da Psicologia. Em pesquisa realizada, em 1988, pelo CFP, 60,9% dos psicólogos inscritos e ativos atuavam em consultórios particulares (Conselho Federal de Psicologia, 1988). Em 2004, também o CFP indicou que 55% dos psicólogos realizavam atendimento clínico individual ou em grupo, porém não mais restrito ao consultório particular, mas também em serviços públicos de saúde (*Psi – Jornal de Psicologia*, 2004). Apesar de a formação buscar habilitar o aluno para atuar em várias áreas, os psicólogos continuavam tendo uma formação centrada no modelo clínico-liberal, com a priorização do atendimento individual em consultório, norteado por conhecimentos e procedimentos especializados.

Quando se transpõe essa reflexão para a área da saúde, percebemos que, apesar de algumas exceções, ainda há o deslocamento da psicologia clínica para a saúde, a diversificação de setores de atuação e de serviços e a mera transposição para o ambulatório, a unidade básica de saúde, o hospital, entre outros, do modelo clínico tradicional, centrado no atendimento psicoterapêutico individual/grupal e restrito ao consultório.

Em interessante estudo realizado por Boarini, em 1996, o autor aponta que os psicólogos que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) demonstravam não ter clareza dos limites de sua intervenção na área da saúde. Os psicólogos apontaram que os conhecimentos que lhes foram transmitidos na universidade são os grandes responsáveis por suas atuações, já que eram fragmentados, com uma visão de mundo elitista e compostos de um ideal de profissão liberal, que provavelmente deveriam prepará-los para o trabalho em consultório.

Em síntese, observamos que, apesar de a Psicologia atualmente pertencer à área da saúde e do aumento do número de psicólogos que atuam no SUS, a formação do

psicólogo continua sendo efetivada com fortes resquícios do mesmo modelo da época de sua criação.

A própria ABEP definiu, em sua Oficina Nacional de 2006, princípios norteadores para a área:

- contemplar a inserção da discussão sobre a saúde pública/coletiva de forma transversal, de modo que supere a segmentação teoria e prática, clínica e política, desde o início da formação em Psicologia;
- promover a compreensão das dimensões subjetivas, técnicas, políticas, sociais, culturais, biológicas e ambientais do processo saúde-doença, juntamente com a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS, na matriz curricular;
- abordar criticamente as temáticas relativas à psicopatologia e à saúde, em geral, com o intuito de superar a compreensão polarizada entre saúde e doença e considerando as transformações instituídas pela reforma psiquiátrica;
- pactuar um conteúdo básico sobre a saúde coletiva e a atenção psicossocial ou a saúde mental, para compor o núcleo comum dos cursos, como: políticas públicas, movimentos sociais, instituições, grupos e trabalho em equipe;
- garantir, na disciplina de Psicopatologia, a inclusão da concepção de saúde-doença na perspectiva do processo de transição paradigmática;
- integrar as atividades de ensino, de pesquisa e de extensão da graduação com a produção da pós-graduação sobre o tema;
- rever os métodos de ensino-aprendizagem e ainda a mudança no modelo vigente nas clínicas-escola – um dispositivo construído para uma formação de uma profissão liberal, centrado no atendimento individual em consultório particular.

Portanto, hoje temos como imperativo na área de Psicologia Hospitalar articular propostas que envolvam o cuidado, a integralidade, a interdisciplinaridade, a humanização e a ética sem secundarizar as abordagens e enfoques psicológicos. No plano epistemológico, falo da articulação de cognição, afeto e cultura em uma perspectiva histórico-social, trazendo a questão da mediação e da intersubjetividade.

Discurso sobre **apreender-medi**ar o cuidado, que implica sair da ênfase na doença, da abordagem biologicista das condições de vida e das relações de causalidade linear entre sujeito e objeto, possibilitando dimensionar o pensar e o fazer em saúde nas condições concretas de vida.

No plano prático, falo do cotidiano, evidenciando que aprender e fazer apresentam dinâmicas de conexão, complementariedade e atribuição de significados.

Como nosso grupo sedimentou esses caminhos?

Passamos a fortalecer, desde 1982 (ainda no Hospital Brigadeiro, passando pela Santa Casa de São Paulo e HSPM), a prática profissional em saúde como eixo

estruturante das situações de aprendizagem; o trabalho coletivo entre o pensar e o fazer; o conhecimento adquirido “em serviço”, a reflexão sobre o vivido em um cenário de aprendizagem.

Este caminho formalizou o Modelo de Ligação que hoje é um êxito no Hospital São Luiz – Unidades Morumbi e Anália Franco, ICESP – Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital Leforte e Hospital Vitória – um modelo de atenção em Psicologia Hospitalar, que construiu, em corresponsabilidade, a formação de profissionais de ligação que exercitam diariamente o diálogo, a aproximação e a presença permanente, transformando a prática profissional e a própria organização do trabalho em Psicologia da Saúde em exercício de cuidado.

Seguimos Guimarães Rosa, que dizia que “a coisa não está nem na partida nem na chegada, mas na travessia”.

Então, se o sofrimento é insustentável quando ninguém cuida – como nos ensinou Cecily Saunders –, acredito ser importante que possamos questionar diariamente que “Psicologia” estamos levando aos hospitais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTOS, A. V. B.; GONDIM, S. M. G.; RODRIGUES, A. C. A. Uma categoria profissional em expansão: quantos somos e onde estamos? In: BASTOS, A. V. B.; GONDIM, S. M. G. (Orgs.), *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 32-44
- BOARINI, M. L. A formação (necessária) do psicólogo para atuar na Saúde Pública. *Psicologia em Estudo*, 1, p. 93-132, 1996.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, p. 863-70, 1998.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, Rio de Janeiro, fev. 2007.
- CHIATTONE, H. B. C.; SEBASTIANI, R. W. *Introdução a Psicologia Hospitalar*. São Paulo, Nêmeton, 1991.
- CHIATTONE, H. B. C. Urgências psicológicas em leucemias. In: ANGERAMI, V. A. (org.). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.
- . A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI, V. A. (org) *Psicologia da Saúde*. Um novo significado para a prática clínica. 2ª edição ver. e ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2011.
- COELHO, M. O. A Dor da Perda da Saúde. In: ANGERAMI V. A. *Psicossomática e a Psicologia da Dor*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.
- DIMENSTEIN, M. O psicólogo no serviço público de saúde: impasses na formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3 (1), p. 53-81, 1998.
- ENDLER, N. S.; PARKER, J. D. A. *Coping inventory for stressful situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems, 1990.
- FERNANDES, M. V. *O sistema de crenças e as habilidades de enfrentamento da doença pelo paciente oncológico: uma proposta de abordagem pela hipnoterapia ericksoniana*. Dissertação

- de doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.
- FORGHIERI, Y. C. (org.) *Fenomenologia e psicologia*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1984.
- FRANCO, M. H. P. (org.) *Nada sobre mim sem mim*. Campinas: Editora Livro Pleno, 2005.
- GALA, I. F.; BRESSI, N. J. *Qualidade de vida em pacientes com câncer*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- GUSDORF, G. Interdisciplinaridade. *Ciências Humanas*, Rio de Janeiro, v. I n.2, p. 13, 1977.
- MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização dos saberes e poderes na atualidade. *Psicol. cienc. prof.* [online], v. 31, n. 2, p. 296-313, 2011.
- MEYEROWITZ, B. The impact of mastectomy on the lives of women. *Professional Psychology*, 12, 118-27, 1981.
- OLIVIERI, D. P. *O ser doente*. Dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Editora Moraes, 1985.
- ROWLAND, J. H. Intrapersonal resources: Coping. In: HOLLAND, J. C.; ROWLAND, J. H. (eds.) *Handbook of psychology: psychological care of the patients with cancer*. Nova York, Oxford University Press, 1990. p. 44-57.

A gênese do adoecimento decorrente das agressões silenciosas. Psicoimunologia

WIMER BOTTURA JUNIOR

Os estados emocionais são desencadeadores, por si só, de uma série de alterações bioquímicas no organismo, que afetam diretamente nossas condições imunológicas e desencadeiam mecanismos compensatórios que retroalimentam o processo do adoecimento.¹

¹ Bottura, W. Jr. *Filhos saudáveis*. 10. ed. São Paulo: República Editorial, 1993.

Louis Pasteur, criador da bacteriologia e da infectologia, que trouxe informações fundamentais sobre a existência de micro-organismos, em uma de suas pesquisas expôs galinhas a condições estressantes e provou que elas se tornavam mais susceptíveis a infecções por Antraz.² Em 1940, outros pesquisadores, Harold Wolff e Stewart Wolff, da Universidade de Cornell, publicaram suas observações sobre as mudanças no estômago humano ante diferentes estímulos emocionais. Hans Selye publicou *Stress* (1950), em Montreal, e *The stress of life* (1956).³ Esses autores demonstraram que a emoção é algo muito mais que abstrato, contrariando a visão corrente na época. Portanto, emoção se expressa de forma concreta e tal concretude se expressa nas alterações da fisiologia do corpo humano.

O medo, por exemplo, desencadeia no organismo a produção de substâncias como a adrenalina, que provoca alterações corporais específicas. Outras emoções, como raiva, tristeza e alegria, geram outros tipos de substâncias. Os trabalhos de Wolff e Wolff e de Selye⁴ reforçam a ideia de que a emoção tem função importante no funcionamento da fisiologia humana. Assim a bactéria, o vírus, o acidente interferem na vida humana por outras razões além do acaso. Existem outros fatores que interagem e criam condições para essa interferência. Possivelmente, uma pessoa triste tem mais chance de se acidentar que uma pessoa feliz, assim como de contrair uma infecção viral ou bacteriana. Na realidade não há como dissociar a emoção dos fatos que ocorrem em nosso dia a dia, principalmente aqueles, mas não só, que saem da rotina. O importante, aqui, é identificar quais as ocorrências que resultam nas alterações bioquímicas demonstradas pelos autores e que podem desencadear estresse ou adoecimento.

A possibilidade de uma ocorrência, sua lembrança ou a própria ocorrência podem ser consideradas como uma informação que o organismo envia ao cérebro. Se este estímulo é compreendido como uma ameaça, o diencéfalo provoca reação no hipotálamo, fazendo trabalhar o sistema nervoso simpático e liberando substâncias como as catecolaminas, adrenalina ou noradrenalina.⁵ Essas substâncias e estruturas atuam com finalidade predefinida para preservar a vida do indivíduo, já que o cérebro humano coordena as atividades corporais no sentido de preservar a vida. Em condições

² Bauer M. E. *Ciência hoje*. Rio de Janeiro. v. 30, n. 79, 2002.

³ Kertesz R.; Kerman B. *El manejo del stress*. Buenos Aires: Ippem, 1985.

⁴ Bauer, op. cit.; Kertesz, Kerman, op. cit.

⁵ Bauer, op. cit.; Bottura, op. cit.; Kertesz, Kerman, op. cit.; Sabino C. N.; Bittencourt J. C. Comportamento motivado e emoções. In: Roberto Lent. *Neurociência da mente e do comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan; 2008. p. 227-40; Selye, H. The physiology and pathology of exposure to 1956. In: Kertesz, R.; Kerman. *El manejo del stress*. Buenos Aires: Ippem, 1985. p. 21-7.

de alta exigência, esse aparato programado para fazer o animal sobreviver irá providenciar defesas. O corpo consegue detectar a existência dessa demanda, diante de uma situação de perigo, ao receber uma informação. É a informação que desencadeia todo o processo psiconeuroimunológico, seja a informação correta ou não.⁶

A fim de compreender o tipo de informação capaz de gerar a reação de defesa do organismo e qual sua origem, podemos pensar, por exemplo, na exposição a uma temperatura muito baixa. O organismo, ao perceber o perigo causado pelo frio, provoca alterações de defesa, de adaptação e de informação, como os tremores e espirros. A informação segue para o cérebro e este processa respostas. A emoção do medo decorrente da informação acolhida pelo organismo também provoca uma ação como a tentativa de fuga do ambiente ameaçador. Selye⁷ demonstrou, em suas pesquisas para provar a existência do estresse, que o homem reage, diante da ameaça, fabricando adrenalina. Esta substância leva à contração das artérias periféricas, porque o sangue precisa irrigar as áreas nobres do corpo, coração e cérebro, responsáveis pelas ações mais importantes em relação à sobrevivência do indivíduo. Ao mesmo tempo, contrai as artérias periféricas, restando menos sangue nas extremidades corporais; assim como os outros animais, se ferido em uma situação de luta, o homem sangraria menos. Então, ao mesmo tempo que a reação de concentrar o sangue em áreas mais nobres lhe oferece condições de pensar e se posicionar, também o protege por deixá-lo menos exposto a sangramentos. Também há secreção de substâncias que inibem a sensação de dor e aumentam a capacidade de coagular o sangue, que aumentam suas chances de seguir lutando ou fugir. Além de conhecer todo o mecanismo de defesa do organismo, acionado por estímulos estressantes ou não, é preciso entender por que as pessoas se sentem ameaçadas e reagem como se assim estivessem, estressadas mesmo vivendo situações nas quais não existe perigo real. No artigo de Bauer,⁸ citado anteriormente, ele descreve nosso cérebro, com o hipotálamo e o diencéfalo funcionando como um correio, que apenas distribui as informações que chegam, sem abrir as cartas. Espalham informação para o organismo sem saber o conteúdo. A informação de medo chega ao cérebro independentemente de o temor ser consequente a um fator real, virtual ou simbólico. O cérebro primitivo inicialmente não faz esta diferença. Trabalha com a informação tal qual é recebida.

O papel da psicologia, aqui, é compreender, ou seja, “abrir o envelope” e descobrir o tipo de informação contida e difundida para o corpo. O estímulo pode ter como origem a percepção de objeto real ou virtual. Real pode ser entendido como absoluto. Por exemplo, uma circunstância diante da qual qualquer pessoa sentiria medo, independentemente de idiosincrasia ou histórico individual. Uma criança recém-nata tem medo de altura. Caso ela esteja no colo dos pais e ocorrerem movimentos bruscos, ela se amedronta, pois instintivamente identifica que está sob ameaça. Mira y Lopez⁹ descreve, em *Os quatro gigantes da alma*, que uma criança levantada bruscamente é estimulada

⁶ Bauer, op. cit.

⁷ Sabino, op. cit.

⁸ Bauer, op. cit.

⁹ Myra y Lopes E. *Os quatro gigantes da alma*. 25. ed. São Paulo, José Olympio, 2007.

imediatamente à elevação da produção de adrenalina. Conseqüentemente, haverá taquicardia e uma série de sintomas correspondentes à atuação da adrenalina gerada pelo medo causado pelo movimento brusco. O mesmo ocorre se o bebê ou outro indivíduo está próximo de algo que gere um ruído brutal, levando o sistema auditivo a uma sobrecarga. Assim como um cheiro que agrida o olfato ou outro estímulo que exija demais de seu sistema sensorial, como frio ou calor exagerado, fome, o som de um vendaval, existem estímulos que superam a capacidade de tolerância do organismo humano, por isto não estão sujeitos à subjetividade. Daí constituírem informação real absoluta.

Há também o estímulo real relativo, que provoca respostas diferentes nas pessoas em virtude de diferenças culturais ou de experiências pessoais, apesar de serem fenômenos objetivos. Para muitas pessoas a proximidade de um elefante é assustadora. Para alguém criado na Índia é possível que não seja. O estímulo é real porque a figura do elefante é de fato ameaçadora. No entanto, a reação pode variar em decorrência do contexto cultural. Já o estímulo virtual é fruto de experiências individuais. Uma pessoa que tenha vivido situação traumática protagonizada por um cachorro pode passar a ter medo de todas as espécies caninas, mesmo as menores e mais inofensivas. Ou mesmo aquela pessoa que nunca passou por nenhuma experiência traumática com um cachorro, mas que conviveu com pais que demonstravam medo do animal, ou reações exageradas ante a possibilidade de um ataque do animal. O resultado do estímulo virtual na pessoa e em sua fisiologia, portanto, é fruto de sua experiência direta ou indireta. O organismo reage a essas informações sem considerar a fidelidade da interpretação. Um exemplo é o medo de barata. Apesar de não representar perigo real para o ser humano, grande parte dos indivíduos teme o inseto e apresentam reações superdimensionadas em relação ao perigo existente.

Nestes casos em que o medo e a reação corporal e comportamental a ele supera as manifestações causadas por uma ameaça real, precisamos considerar o aspecto simbólico, que dá ao estímulo virtual um caráter muito mais grave.

A psicologia explica que o poder de desequilibrar as pessoas que a visão da barata tem está no âmbito do simbólico. O medo não é do inseto, é do que ela representa, já que ela não traz nenhuma ameaça vital.

Assim como o medo do elevador. O medo não é pela possível falta de oxigênio, embora esta seja uma racionalização muito comum. O medo é desencadeado por aspectos simbólicos.

O significado simbólico explica: aquilo que o estímulo representa na vida da pessoa desencadeia todo o mecanismo no funcionamento de seu organismo, gerando substâncias e todas as alterações químicas e comportamentais produzidas pelo estresse.

Também participam os mecanismos de defesa do ego, muito bem descritos pelo psicanalista Sigmund Freud. A projeção é um desses mecanismos. A pessoa projeta no outro o comportamento que ela própria apresenta, ou seja, alguém que julga muito severamente o outro tende a temer o julgamento alheio. Acredita-se que justamente o excesso de medo de ser julgado seja uma das maiores fontes de estresse. Uma situação típica que dispara o temor é a entrevista de emprego. Teoricamente,

o entrevistador precisa de alguém e quer contratar o entrevistado. Então, por que o temor do candidato?

Talvez porque ele se sinta menos merecedor, menos capaz. Ou em decorrência de idiossincrasias de seus diálogos internos, que o levam a processar aquela informação – a entrevista – de forma ameaçadora. Esse é o aspecto virtual da informação que desencadeia a maioria dos problemas de estresse. Assim, mudar a forma de encarar a informação pode melhorar o modo de funcionando do organismo. Ao contrário, se o medo é oriundo de um pensamento interno, fazendo com que todo estímulo virtual seja percebido como real, serão constantemente acionados os mecanismos de defesa e o estresse sobrecarregará o corpo.

O cérebro deve ser entendido como um sistema de transmissão de dados. Ele contém de 50 a 100 bilhões de neurônios e é um instrumento atívido. Esse engenhoso aparato serve para processar informação. Assim, quanto mais fiel à realidade a informação que o cérebro obtiver for, melhor a reação do organismo. Para estímulos diferentes o corpo é capaz de gerar respostas fisiológicas semelhantes. Não importa se a ameaça vem de um vírus, ou de uma bactéria, ou do temor subjetivo de uma barata, ou de falar em público. Para o cérebro, tudo isso pode ser entendido como informação de perigo, pois, se o objeto da ameaça de fato chegar ao cérebro, ele terá menor possibilidade de reagir e maior possibilidade de morrer. Uma bactéria na narina ou na garganta, assim como um vírus, faz o cérebro produzir rapidamente a tosse, o espirro, a inflação ou uma alergia, a fim de expulsar o micro-organismo. Da mesma forma que a agressão, a raiva ou o medo são sentidos pela periferia do organismo, porque, se o objeto do medo chegasse diretamente ao cérebro, ele não resistiria.

O organismo evita o desfecho por meio de mecanismos sensoriais que providenciam respostas de defesa à nossa sobrevivência.

As pessoas tendem a procurar nos macrotraumas as razões para o desencadeamento do estresse. Mas uma investigação mais profunda costuma revelar que estes não têm tanta relevância nesse processo quanto os microtraumas – as “agressões silenciosas”. Esses microtraumas são fatos corriqueiros, repetitivos, padrões que se dão na vida das pessoas no seu dia a dia e que, ao se repetirem, geram respostas inadequadas do organismo, levando-o a um funcionamento indevido e desregulando a fabricação de alguma substância.

Como o organismo é um sistema, toda vez que ele fabrica em demasia alguma substância e aumenta a atividade de um órgão ou sistema, por qualquer motivo, por outro lado sobrecarrega também outros componentes ou diminui a função de outros. O desequilíbrio compromete outros órgãos e interfere na produção de outras substâncias. É uma reação em cadeia. Então, dependendo da frequência, da intensidade e da duração desses estímulos, há o consumo maior ou menor de algumas substâncias. Como é necessário repor o que se perde, se o desequilíbrio for constante, pode ser gerada progressivamente uma enfermidade. Primeiramente ocorrem alterações energéticas, depois funcionais e em seguida estruturais. Alterações energéticas ficam evidentes no cansaço, na necessidade incontável de dormir ou comer mais, por

exemplo. Se este desequilíbrio persiste, obriga determinados órgãos a trabalhar mais; para compensar, outros trabalham menos. As alterações funcionais não configuram uma doença ainda. Significam uma disfunção. No entanto, se a circunstância persistir com frequência, intensidade e duração significativas, haverá alterações estruturais. Ou seja, estaremos diante da hipertrofia de um órgão ou músculo, ou uma hipotrofia.

Imagine a criança sobrecarregada de responsabilidade em sua educação, com excesso de expectativa e traços perfeccionistas dos pais. Se a responsabilidade, assim como o peso dos livros colocados em suas costas é demasiada, será produzido efeito em sua musculatura, em seus ossos e ela apresentará inicialmente um cansaço. Caso seja mantida a sobrecarga, surgem as dores musculares e alteração na função da coluna vertebral, até que a estrutura seja alterada, em virtude do comportamento repetitivo contínuo. Embora exista a sobrecarga física, ela pode ser determinada pelo fato de a criança ter elevada expectativa ou dificuldade de dizer não e fazer escolhas. Daí carregar uma mala mais cheia que a dos demais colegas. Depois, mesmo que os pais retirem o peso real de suas costas, o peso da responsabilidade pode continuar, ou pior, a estrutura pode já ter sido alterada. A agressão silenciosa consiste, neste caso, no fato de os pais não perceberem como suas expectativas podem gerar problemas na criança e em seu desenvolvimento. O médico, assim como os pais, tende a valorizar o peso da mochila, o que também é verdadeiro, como a única causa do transtorno de coluna desenvolvido. No entanto uma criança mais tranquila, com capacidade de expressar seu incômodo e sem medo de decepcionar os pais em suas expectativas, poderia simplesmente não aceitar o excesso de peso da mochila.

EMOÇÕES: COMPONENTES MUSCULAR, BIOQUÍMICO, COMPORTAMENTAL DE RESOLUÇÃO E FUNÇÃO DE SOBREVIVÊNCIA

As emoções apresentam componentes comportamentais, muscular, bioquímico e possuem função específica de sobrevivência.¹⁰ Uma experiência que se faz com bastante frequência na escola é a de aproximar um estilete de um pedaço de nervo de rã, esta abraça o estilete ou pula para trás, ou seja, prepara-se para a luta ou foge.¹¹ O organismo se contrai e diminui para poder expandir. O medo provoca diminuição do músculo preparando o organismo para a ação de defesa. A raiva se expressa pela expansão do músculo, numa ação complementar à contração causada pelo medo.

A tristeza gera apatia muscular, torna-o menos ativo. Cada emoção tem também um componente bioquímico, induzindo à fabricação de determinada substância. O medo gera adrenalina. A tristeza traz a dor da perda e alerta para a necessidade de agir para não perder mais. A alegria é o sentimento que motiva e impele a cuidar da

¹⁰ Selye, op. cit.

¹¹ Kertesz, op. cit.

vida. E o afeto estimula a preservar coisas para quem se ama, ajuda a tolerar certas dificuldades. O afeto desperta a vontade de oferecer coisas boas a alguém.¹²

O indivíduo não pode ficar com o medo ou a raiva em aberto, porque a manutenção desse estado provoca um desequilíbrio bioquímico. Na realidade, a manutenção desse desequilíbrio acaba gerando uma outra forma de equilíbrio bioquímico não natural, o que leva o organismo a um funcionamento anômalo. Por isto é fundamental processar as substâncias envolvidas, como a adrenalina. Fisicamente, a substância precisa ser degradada e psicologicamente o medo precisa ser resolvido. No caso do medo, o acolhimento, a proteção e a informação concreta e consistente são formas de resolução. A raiva precisa ser identificada, aceita e expressa, pois sua resolução, seja qual for, é fundamental à sobrevivência do organismo. Quando se fecha o ciclo emocional, o organismo tende a voltar para o modo equilibrado e a produzir substâncias corretamente, apresentando comportamentos adequados para a obtenção na natureza daquilo que necessita a sua sobrevivência. Se, ao contrário, o ciclo não é fechado, são criados outros desequilíbrios bioquímicos compensatórios no organismo. Porque, para compensar o que foi gasto em excesso ou retido bioquimicamente, será produzida outra substância e assim por diante, uma reação em cadeia. Ciclos emocionais não resolvidos resultarão em desequilíbrio bioquímico e, conseqüentemente, em novos comportamentos desenhados para obter as substâncias químicas que devem ser repostas no organismo. Também serão produzidos comportamentos diferentes dos habituais, a fim de suprir a necessidade psicológica. Se os ciclos continuam abertos, repetindo, gerarão comportamentos errôneos. Por exemplo, se a pessoa tem a necessidade de afeto e proteção não supridas, e o medo persiste, existe a possibilidade de entrar em agitação, correr, trabalhar em demasia, enfim, fazer coisas para suprir a falta de proteção e afeto. Em princípio não são comportamentos necessariamente errôneos. Mas tornam-se errôneos na medida em que implicam compulsões e não saciam a necessidade básica não suprida que gerou o ciclo. Aí, mesmo que o medo tenha passado, a pessoa persiste viciosamente com os mesmos mecanismos, gerando então um foco atípico de necessidades não essenciais que culminarão no adoecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAUER, M. E. *Ciência boje*. Rio de Janeiro. v. 30, n. 179, 2002.
- BOTTURA, W. Jr. *Filhos saudáveis*. 10. ed. São Paulo: República Editorial, 1993.
- . *Agressões silenciosas – o contágio pela comunicação*. 3. ed. São Paulo: República Editorial, 2009.
- KERTESZ, R.; KERMAN, B. *El manejo del stress*. Buenos Aires: Ippem, 1985.
- MYRA; LOPEZ E. *Os quatro gigantes da alma*. 25. ed. São Paulo: José Olympio, 2007.
- SABINO, C. N.; BITTENCOURT, J. C. Comportamento motivado e emoções. In: LENT, R. *Neurociência da mente e do comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2008. 227- 40
- SELYE, H. The physiology and pathology of exposure to 1956. In: KERTEZ, R.; KERMAN. *El manejo del stress*. Buenos Aires: Ippem, 1985. p. 21-7

¹² Bottura, op. cit.

Na noite de Natal...

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI

Suicídio

*é uma realidade que surge
em forma de esperança;
à espera de que a dor que estrangula
o peito seja estancada...
e que a madrugada de desespero
desapareça do horizonte...*

Suicídio

*é a fé de que podemos alcançar
a luz para acabar com as trevas
em que a vida se transformou...
é a crença em dias menos sombrios,
pois existe a fé de que a morte não pode
ser pior do que o ranger de dentes da madrugada...*

E na noite de Natal

*a noite mais violenta do ano com números
assombrosos de suicídio e outras formas de
mortes violentas, noite em que o desespero
se configura como realidade,
o suicídio é a consagração maior de uma vida
quedada inerte frente ao desespero e a dor...*

(Serra da Cantareira, em uma manhã azul de verão)