

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA**

ÁGNES CRISTINA DA SILVA PALA

**“O CUIDADO PSICOLÓGICO COM DOENTES CRÔNICOS
EM UMA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL”**

**NITERÓI – RJ
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ÁGNES CRISTINA DA SILVA PALA

**“O CUIDADO PSICOLÓGICO COM DOENTES CRÔNICOS
EM UMA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL”**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: Estudos da Subjetividade. Linha de Pesquisa: Clínica e Subjetividade.

ORIENTADOR: PROF. DR. ROBERTO NOVAES DE SÁ

**NITERÓI – RJ
2008**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

P153 Pala, Ágnes Cristina da Silva.
“O cuidado psicológico com doentes crônicos em uma perspectiva fenomenológica existencial” / Ágnes Cristina da Silva Pala. – 2008.
169 f.
Orientador: Roberto Novaes de Sá.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2008.
Bibliografia: f. 158-162.

1. Psicoterapia. 2. Fenomenologia. 3. Doença crônica. 4. Cuidado. I. Sá, Roberto Novaes de. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

CDD 616.8914

Catálogo na Publicação (CIP)
Henrique M. C. Ferreira – CRB6 2351

P153c Pala, Agnes Cristina da Silva, 1979- .
O cuidado psicológico com doentes crônicos em uma perspectiva fenomenológica existencial / Agnes Cristina da Silva Pala, orientador. – Niterói (RJ): UFF / Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2008.
170 f.
Orientador: Roberto Novaes de Sá
Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2008.
Bibliografia: f. 158-162.
CDD 150.192

1. Psicologia Aplicada. 2. Psicologia fenomenológica. 3. Psicoterapia. 4. Estudos da Subjetividade – Tese. I. Sá, Roberto Novaes de. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

ÁGNES CRISTINA DA SILVA PALA

**“O CUIDADO PSICOLÓGICO COM DOENTES CRÔNICOS
EM UMA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL”**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: Estudos da Subjetividade. Linha de Pesquisa: Clínica e Subjetividade.

Aprovada em 1º de Outubro de 2008.

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Roberto Novaes de Sá – Orientador
Universidade Federal Fluminense - UFF**

**Prof^a Dr^a Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ**

**Prof. Dr. André do Eirado Silva
Universidade Federal Fluminense - UFF**

**Prof^a Dr^a Marilda Andrade
Universidade Federal Fluminense - UFF**

**Prof^a Dr^a Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva
Universidade Federal Fluminense - UFF**

**NITERÓI – RJ
2008**

Aos meus pais Irineu Pala e Heloisa Pala.
Pela compreensão, dedicação, esforço e aposta em minha carreira.

À 'Equipe Transdisciplinar' Mára Lúcia, Renato Figueiredo, Cecília Duarte, Gilda Castro,
Patrícia Faria, Joseph e Fabíola Fernandes.
Sem o trabalho e dedicação de cada um de vocês, eu não teria condições psicossomáticas para concluir este trabalho. Vocês estão presentes em muitas das linhas elaboradas...

Aos pacientes crônicos.
Existências fenomenais que atravessam minha prática profissional, me ajudando a desvelar novos sentidos para uma 'Clínica do Cuidado' e para minha própria existência.

Ao meu orientador Roberto Novaes de Sá.
Pelo encorajamento nas minhas inúmeras tentativas de abandono do Mestrado, pela compreensão nos momentos difíceis, pela aposta na minha capacidade de criação e descobrimento de novos sentidos na Filosofia Fenomenológica-Existencial para a Clínica e pela motivação à trilhar o caminho da Pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer o apoio de todos que compuseram minha vida nestes últimos dois e intensos anos. Dedico a todos **“Samba da Bênção”** (Vinícius de Moraes e Baden Powell). Então canções para agradecer a cada um de vocês...

“My Sweet Lord” (George Harrison)

A **Deus**, pela companhia constante e pelos momentos em que me carregaste no colo.

“Imagine” (John Lennon) e “What is life” (George Harrison)

Aos meus pais, **Irineu Antonio Pala e Heloisa Margarida da Silva Pala**, por toda compreensão, cuidado e paciência em minhas idas-e-vindas expressas à Volta Redonda. Pelo apoio compreensivo em meus momentos de cansaço, irritação, pouca paciência e angústia em função das dores e dos diagnósticos crônicos nos últimos dois anos.

“Learning to fly” (Gilmour, Moore, Ezrin, Carin)

Ao meu orientador, **Roberto Novaes de Sá**, pelo incentivo e aposta neste trabalho e em minha prática clínica, pela motivação e apoio à minha ida ao II Congresso de Fenomenologia (Goiânia) e, principalmente, por toda paciência, *preocupação*, compreensão e *Serenidade* em todo o meu caminhar pelo Mestrado, especialmente nos últimos meses com meu adoecimento e minha ‘lenta’ recuperação.

“Help!” (John Lennon & Paul McCartney) e

“Bola de meia, bola de gude” (Milton Nascimento & Fernando Brant)

À minha psicóloga **Mára Lúcia de Lacerda Bueno**, por todos nossos encontros, contatos telefônicos e via torpedos. Por seu *cuidado* em momentos tão difíceis (e ainda dolorosos para mim), que me ajudaram e ajudam a não desistir de caminhar e desenrolar meu fio existencial.

“Não fuja da dor” (Marcelo Fromer, Charles Gavin, Branco Mello, Toni Bellotto)

Às minhas atuais ‘cuidadoras-do-corporar’ **Dr^a Maria Cecília Duarte (Acupunturista), Dr^a Patrícia Faria (Fisioterapeuta), Gilda Castro (Shiatsu-terapeuta) e Dr^a Fabíola Chaves Fernandes (Dentista e Homeopata)**, que direta ou indiretamente nos últimos meses, vêm trabalhando juntas, na conquista de um alívio e estabilização de meu quadro crônico de dor e tensão.

Ao meu ortodontista **Dr. Joseph**, pela compreensão, *preocupação* e olhar multidisciplinar em meu tratamento.

À acupunturista **Dr^a Marisa Peixoto**, que cuidou de mim por mais de dez meses em 2007, me ‘espetando’ - provocando a tomar decisões necessárias mas, muitas vezes adiadas.

“Canção da América” (Unenncounter) (Milton Nascimento & Fernando Brant)

Ao ‘coleccionador’ **Dr. Renato José Figueiredo (Acupunturista)**, presente em minha existência em 2006, por sua prática sensível e acolhedora, que “jogou o elemento Água em minha cabeça” no dia da entrevista para a seleção do Mestrado, para que eu falasse o estritamente necessário. E, por ter me apresentado *O colecionador de segredos*.

“Assaltaram a Gramática” (Lulu Santos & Waly Salomão)

À **Ana Kronemberger**, revisora deste trabalho. Desculpa tanta correria.

“With a little help from my friends” (John Lennon & Paul McCartney)

Amigos e amigas, que direta ou indiretamente, estiveram comigo nestes dois anos, ajudando a pensar questões deste trabalho e de minha existência.

Alexandre Valim (Meu tira-dúvidas do Word), Juliano Botelho, Marcelo Rocha, Henrique Ferreira (Meu Bibliotecário predileto), Joubert Queiroz Jr., Crisóstomo Lima do Nascimento, Vinícius Renaud, Marcelo Lopes, Fábio Montalvão Soares, Fabio Hebert da Silva, Sérgio Augusto, Pr. Jonas, Marcos Bernal, Carlos Teixeira. Ana Cláudia Freitas, Kênya Machado, Juliana Drummond, Zarlote Faria, Marcia Amendola, Marcia Regina, Janaína Mariano César, Leda Rebello, Iazanna Guizzo, Cláudia Azevedo, Nair Monteiro da Silva, Maria Erbene Mello Alvim, Jacinta, Cristiane Claro, Híppia Caruso, Patrícia ‘Ticha’ Lima, Ana Beatriz Loivos, Ana Wajnerlach, Leiliane Fortes, Renata Azeredo, Thatiana Campelo, Millena Reis e Caroline Morais.

“Revolution” (John Lennon & Paul McCartney)

À **Cláudia Azevedo**, amiga de jornada no Mestrado, com risadas, palavras acolhedoras e encorajadoras em momentos repletos de incerteza.

“Another brick in the wall” (Roger Waters)

Aos **Professores** que, provavelmente, ouviram esta música e fizeram suas práticas encantadoramente agradáveis e marcantes. Direta ou indiretamente, vocês estão presentes nestas páginas.

José Henrique Valentim, João Delfim Nadaaes, Márcia Moraes, Maudeth Py Braga, Rose Mary Andrade Silva, André do Eirado, Maria Antônio, Maria Lúcia de Oliveira, Cláudia Abbês, Roberto Fabri, Luis Antonio Baptista, Mônica Dreux.

“Temporada das flores” (Leoni)

Aos **membros da Banca de Qualificação**, composta pelos professores André do Eirado Silva, Marilda Andrade e Rose Mary Andrade Silva, que naquela tarde cinza e chuvosa de 22 de Agosto de 2007, contribuíram imensamente no pensar a cronicidade e a finitude.

“Paciência” (Lenine & Dudu Falcão)

À **Banca Examinadora**, composta pelos professores André do Eirado Silva, Ana Maria Feijoo, Marilda Andrade e Rose Mary Andrade Silva, com tamanha paciência e boa vontade, compreenderam os adiamentos da defesa desta dissertação.

“Música de Trabalho” (Legião Urbana)

Aos **funcionários da Universidade Federal Fluminense** Rita Miranda Rodrigues, Renilde Ana, Pedro Paulo e Graça (*in memoriam*) que contribuíram com seu trabalho, carinho, palavras de conforto e ânimo.

“Uma velha canção rock ‘n’ roll” (Flávio Venturini, Vermelho, Murilo Antunes)

À **todos os Clientes-Partilhantes** destes anos de prática clínica.

Aos **Clientes do Vigor-de-ter-sido**, pelas lições de vida que aprendi e que constantemente são atualizadas pelos **Clientes da Atualidade**, cuja paciência e cuidado foram primordiais para a compreensão das mudanças semestrais de horários e das inúmeras remarcações em função do meu adoecimento e da necessidade de conclusão deste trabalho.

“Linda Juventude” (Flávio Venturini & Márcio Borges)

Ao **Grupo Gênesis de Portadores de Hepatites (Niterói – RJ)**, pela confiança em meu trabalho clínico, pelo título afetoso de ‘nossa psicóloga e anjo do nosso Grupo’ e, pelos convites a participar de eventos de divulgação sobre as Hepatites em Niterói e no Rio de Janeiro, no Grupo Otimismo.

“Beautiful Day” & “Elevation”(U2)

À **Música**, que me embalou em todos os momentos de escrita, leitura, reflexão, angústia e desvelamento de novos sentidos para a dissertação. Dentre os inúmeros artistas, cito “alguns”: 14 Bis, Leoni, George Harrison, The Beatles, Pink Floyd, Led Zeppelin, Titãs, Paulinho da Viola, Paralamas do Sucesso, Raul Seixas, Legião Urbana, Barão Vermelho, The Cure, Tears for Fears, U2, Kiss, Iron Maiden, Bruce Dickinson, Queen,

“Cotidiano n° 2” (Vinícius de Moraes & Toquinho)

À **Literatura**, pouco desfrutada nestes últimos anos de dedicação ‘filosófica’ à Academia. Sempre que possível é incluída na escrita como forma de desvelamento de novas possibilidades de trabalho clínico e de pensamento.

“As cores de abril” (Vinícius de Moraes & Toquinho)

Às **Artes Plásticas**, onde reverencio e agradeço à pintura surrealista (Salvador Dali) e uma de minhas paixões-coleções, a fotografia. Instrumentos únicos e criativos para expressar modos-de-ser da existência.

*“A soul in tension that’s learning to fly
Condition grounded but determined to try
(...) There’s no sensation to compare with this”
(Learning to fly, Gilmour, Moore, Ezrin, Carin – Pink Floyd).*

Muitas pessoas recorrem a psicoterapeutas que lhes ofereçam apoio e que inspirem confiança para que possam abrir o coração. Os verdadeiros terapeutas têm a capacidade de ouvir completamente, sem preconceitos e sem fazer julgamentos. (...) Quantos são capazes de ouvir assim, com o coração transmitindo à pessoa que fala a sensação de a estar acolhendo e compreendendo ?

(...) Ouvir profundamente, escutar com compaixão é ouvir com um único objetivo: dar à outra pessoa a chance de falar o que está sentindo, para sofrer menos. Você ouve para dar à outra pessoa uma chance de desabafar, de sentir que alguém finalmente a entende. Mesmo que a outra pessoa fale durante meia hora ou quarenta e cinco minutos, ouça durante todo esse tempo, com uma única idéia na mente, um único desejo: acolher e compreender.

Mais tarde, se for necessário, você a ajudará a analisar e compreender o passado mas, nesse primeiro momento, faça apenas isso: ouça com compaixão.

Thich Nhat Hanh (2003, p. 68-9)

RESUMO

O objetivo foi mostrar a importância do cuidado psicológico na clínica psicoterápica com portadores de doenças crônicas na perspectiva fenomenológica existencial. Foi realizada pesquisa bibliográfica dos vocábulos crônico e doença, sob definições da Filologia, Etimologia, Medicina, Psicanálise, Psicossomática e dos autores Georg Groddeck, Karl Jaspers, Danilo Perestrello, Georges Canguilhem, Bellkiss Romano. Também foi pesquisada a contribuição da Fenomenologia através dos autores Hannah Arendt, Françoise Dastur, Hans-Georg Gadamer, Medard Boss e Martin Heidegger, para o conceito de cronicidade. Foram expostas a noção heideggeriana de cuidado (*Sorge*) e sua relação com a psicoterapia daseinsanalítica. A *Daseinsanalyse* pode ser compreendida como um espaço psicoterápico de questionamento do horizonte e da possibilidade de abertura de sentido para o enfrentamento da situação angustiante em que se encontra e, por não conseguir lançar-se ao mundo, fecha-se por não conseguir desvelar outros sentidos para seu problema existencial. A importância do cuidado psicológico na psicoterapia com pacientes crônicos foi apresentada através de relato de três casos clínicos e da interpretação fenomenológica-existencial da obra literária *O colecionador de segredos*. O convite para compreender e desvelar sentidos da dor e da doença crônica é um importante passo para o paciente assumir sua existência, que pode deixar de ser limitada de sentidos já conhecidos para tornar-se mais autêntico com a oportunidade de novas vivências, libertando-se de antigos conceitos e abrindo caminho para novas jornadas. Ao assumir e conscientizar-se destas, abre-se uma possibilidade de ‘cura’ (*Sorge*), seja como ocupação ou preocupação. A fuga da dor e da doença, apesar de ser uma escolha do indivíduo, é um modo de fechar-se, não se permitir desvelar outras formas de ser no mundo. É importante o psicólogo olhar para seu cliente enquanto uma existência e não como a ‘queixa principal’ que justifica a busca pela psicoterapia. Cuidar do indivíduo e não somente do ‘paciente crônico’ é um desafio que deve ser exercitado constantemente e isto pode ser conquistado com a postura do psicólogo enquanto abertura de sentido, desvelando outros modos de ser em seu cliente, enfocando o seu existir e não o psicólogo se fechar para um único aspecto da existência de seu cliente. E, provavelmente, o psicólogo conseguirá cuidar do indivíduo quando este compreender a sua doença crônica e aprender a lidar com ela. E o paciente conseguirá perceber-se como indivíduo a cada vez que ele compreender a sua doença crônica, suas restrições e desvelar novos sentidos para sua existência enquanto ser-no-mundo, descolando-se do ‘ser-crônico’ ou ‘ser-doente’. Por mais que o enfoque deste trabalho seja o ‘cuidado psicológico’, enquanto prática e vivência do psicólogo, torna-se imprescindível uma compreensão transdisciplinar com as profissões que atravessam o tratamento — com seu tocar, olhar, ouvir e outros modos de acessar o paciente. Tal observação não somente abarca as práticas dos profissionais envolvidos, mas a importância e a presença do cuidado no modo-de-ser de cada profissional, a quem também é facultada a possibilidade de tornar-se um ‘doente’ ou até mesmo um ‘doente crônico’. Este estudo tornou-se relevante, nos pontos de vista teórico e prático, por mostrar os modos possíveis dos pacientes, familiares e profissionais de saúde conviverem com a cronicidade em suas existências.

Palavras-Chaves: Cuidado. Daseinsanalyse. Fenomenologia. Doença crônica. Psicoterapia.

ABSTRACT

The present work aims to show the importance of psychology care at psychotherapeutic clinical with patient's chronic disease at phenomenological-existential perspective. A bibliographical research had been done about the terms chronic and illness under definitions of Philology, Etymology, Medicine, Psychoanalysis, Psychosomatics and some authors: Groddeck, Jaspers, Perestrello, Canguilhem, Romano. Also research the contribution of Phenomenology for chronicity with authors like Arendt, Dastur, Gadamer, Boss and Heidegger. And, it will show the relationship of Martin Heidegger's notion of care (*Sorge*) and Daseinsanalytic psychotherapy. Daseinsanalyse can be understanding like a psychotherapeutic space of the horizon asking and the possibility of fundamental openness of human existence of consciousness to face up of patient's distressing situation, and while he couldn't entrust to the world, closed himself because he can't see another sense for his existential problem. The importance of notion of care on psychological clinical practice with chronic patients have been explained in three patient's clinical case studies and in a phenomenological-existential interpretation of a book called '*O colecionador de segredos*'. The invitation to understand and view the sense of acute and chronic diseases is an important step for the patients. To take on his existence, can't be limited of sense knowing to become more authentic with the opportunity to live new experiences, releasing the person of old concepts and setting off for new journeys. When the patients take on and become conscious of these, open an opportunity of care (*Sorge*), like Fürsorge or Besorgen. The flight of acute and diseases, in spite of a person's choice, could be understanding like a manner of closed himself, didn't allow see another ways to human being-in-the-world. It's important the psychologist looks for his patient like as an existence, and don't only a principal complaint justifying the case of the patient is looking for psychotherapy. Care of a person and don't only of a 'chronic patient' is a challenge that needs to be always practiced and it can be achieved with psychologist's posture like openness of human existence consciousness, view another manners with your patients, approaching the psychologist's existence, don't the psychologist concentrated his attention for an only feature of patient's experience. And, probably, the psychologist will care of a patient, when this person understand his chronic diseases and learn to deal with it. And the patient will can percept like a person, and each more, he understand his chronic diseases, his limits and see new senses for his existence like human being-in-the-world, separated of titles like 'being-chronic' or 'being-patient'. Whatever the approach of this text is 'psychological care', while psychologist's practice and experience, it's become essential a transdisciplinary understanding with the professionals cross at treatment – with their touch, look after, listen and another approach the patient. This observation don't only cover the practices of these professionals, but the importance and presence of care at manner of each professional, who also has the possibility to become a 'patient' or a 'chronic patient'. This research became relevant in theoretical and practice points of view to show the modes of human existence of patients and their families, psychologists and another professional of Health living with illness chronic in their existences.

Keywords: Care. Daseinsanalyse. Phenomenology. Chronic Disease. Psychotherapy.

SUMÁRIO

Introdução.....	14
1. Um Estudo sobre o Conceito de Cronicidade e Doença.....	19
<i>Aspecto etimológicos do vocábulo 'crônico'.....</i>	<i>19</i>
<i>Aspecto mitológico.....</i>	<i>20</i>
<i>Aspectos etimológicos do vocábulo 'doença'.....</i>	<i>22</i>
<i>Aspecto teórico: Medicina.....</i>	<i>23</i>
<i>Aspecto teórico: Psicanálise.....</i>	<i>24</i>
<i>Aspecto teórico: Psicossomática.....</i>	<i>27</i>
<i>Reflexões sobre o livro Fenômenos Psicossomáticos.....</i>	<i>28</i>
<i>Aspecto teórico: Contribuições de Karl Jaspers.....</i>	<i>30</i>
<i>Aspecto teórico: Contribuições de Georges Canguilhem.....</i>	<i>30</i>
<i>Aspecto teórico: Contribuições de Georg Groddeck.....</i>	<i>32</i>
<i>Aspecto teórico: Contribuições de Danilo Perestrello.....</i>	<i>34</i>
<i>Aspecto teórico: Psicologia Hospitalar.....</i>	<i>35</i>
<i>Aspecto teórico: Fenomenologia Existencial.....</i>	<i>38</i>
<i>1.1 Analisando as contribuições teóricas: distanciamentos e aproximações do pensamento fenomenológico-existencial.....</i>	<i>49</i>
2. A cronicidade à luz da Fenomenologia Existencial: descobrimentos possíveis.....	52
<i>Descobrendo o perdão e a promessa em Hannah Arendt.....</i>	<i>52</i>
<i>Descobrimentos de Hans-Georg Gadamer sobre o caráter oculto da saúde.....</i>	<i>55</i>
<i>Descobrendo as noções de temporalidade e tornar-se presente em Martin Heidegger e Medard Boss.....</i>	<i>61</i>
<i>Desvelando a finitude em Françoise Dastur.....</i>	<i>66</i>
<i>Descobrendo a alegoria da caverna em Martin Heidegger.....</i>	<i>68</i>
3. Estudos sobre a noção de cuidado (Sorge) em Martin Heidegger.....	72
<i>3.1 Sobre psicoterapia na abordagem fenomenológica-existencial.....</i>	<i>78</i>
4. O Cuidado na Psicoterapia com Portadores de Doenças Crônicas: analisando teoria, vivências e conto literário.....	82
<i>4.1 Teoria.....</i>	<i>82</i>
<i>4.2 Vivência (caso clínico) Larissa.....</i>	<i>92</i>
<i>4.2 Vivência (caso clínico) Sara.....</i>	<i>92</i>
<i>4.2 Vivência (caso clínico) Edson.....</i>	<i>92</i>
<i>4.3 Conto literário.....</i>	<i>123</i>
Conclusão.....	138
Obras Citadas.....	158
Obras Consultadas.....	163
Apêndice.....	165

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráficos

“Relação entre os modos constitutivos do <i>cuidado</i> com as <i>Ekstases</i> ”	Página 77
“Alguns termos-pares dos movimentos de desterritorialização da existência de portadores de doenças crônicas”	Página 83

Imagem

“Metamorfose Topológica da Vênus de Milo Atravessada por Gavetas”	Página 130
---	------------

LISTA DE ABREVIACOES

UFF	Universidade Federal Fluminense
HUAP	Hospital Universitário Antonio Pedro
SPAC	Serviço de Psicologia da rea Cirúrgica
SPA	Serviço de Psicologia Aplicada

INTRODUÇÃO

Sem pacientes, não existiriam médicos. À medida em que os pacientes se transformam de objetos passivos de cuidados paternalistas em parceiros ativos, constantemente eu os ouço perguntar: ‘De que forma eu posso me tornar um melhor paciente?’ Fico sempre entusiasmado em estar com alguém que se preocupa em pensar nesse tipo de questão.

Patch Adams¹

A presença de pacientes ou clientes portadores de doenças crônicas em clínicas, consultórios, serviços públicos, ambulatórios e serviços de psicologia aplicada (SPA), em busca de atendimento psicológico, aumentou à medida que os outros profissionais de saúde, envolvidos no tratamento dos pacientes, os indicam ou encaminham – independente de haver ou não maiores esclarecimentos sobre a “necessidade” de ter um acompanhamento psicológico para melhor enfrentar as repercussões da doença e conviver com elas em sua existência.

Ao abordar ‘doenças crônicas’, não se está privilegiando nenhuma patologia crônica específica como hipertensão, hepatite C, doença de Crohn, diabetes mellitus. O interesse é na doença crônica conforme o seu significado para o senso comum e, talvez, aquele com que é mais difícil se lidar: o não ter cura; a doença acompanhará o indivíduo em toda a sua existência.

A importância da psicoterapia, para os portadores de doenças crônicas e para os familiares deve ser considerada por alguns fatores:

- modo de lidar com a doença: imposições, limitações e cuidados especiais que o cliente e as pessoas com quem vive deverão saber e, sempre que possível, seguir;
- ter um espaço para compartilhar suas queixas, alegrias, tristezas: tudo que seja importante para o indivíduo e que ele se sinta confortável para contar;
- compreender e praticar as mudanças em seu ritmo de vida, envolvendo percepção de seus próprios limites para com as atividades que desenvolve.

Neste contexto, a psicoterapia não é voltada para o doente crônico, portador de doença crônica ou para efeitos da doença no corpo. Pode-se dizer que estes itens *também* fazem parte

¹ ADAMS, P., e MYLANDER, Maureen. *A terapia do amor: trazendo saúde com a melhor das terapias: humor e alegria*. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002, p. 101.

da terapia, mas o foco, o olhar do psicólogo é para a existência do cliente. A doença é um dos atravessamentos em sua vida, e pode ser o que o motivou a procurar um profissional *psi*.

O presente trabalho tem como referencial teórico a Fenomenologia, fundada por Edmund Husserl e desenvolvida por seu aluno Martin Heidegger. A proposta de Heidegger na obra *Ser e Tempo* (*Sein und Zeit*), publicada em 1927, é expor a questão sobre o sentido do ser; sendo o método empregado na analítica existencial o da Fenomenologia Hermenêutica, o qual se aplica ao exercício clínico e está subordinado a uma compreensão fenomenológica hermenêutica do indivíduo.

Ao falar de psicoterapia, escolheu-se a Daseinsanalyse, abordagem pertencente à linha teórica Fenomenológica-Existencial. Por isso, abordar a doença crônica a partir desta abordagem convoca o estudo do embasamento filosófico de Martin Heidegger em *Ser e Tempo*, dentre os conceitos encontrados, destaca-se a noção de cuidado (*Sorge*); em *Ser e verdade*, a abordagem do mito da caverna, de Platão; e com Medard Boss, em *Seminários de Zollikon*, a noção de ‘tornar presente’. Destacam-se também os conceitos de perdão e promessa, através da contribuição da filósofa Hannah Arent; a compreensão de finitude, através de uma obra de Françoise Dastur; a abordagem do filósofo Hans-Georg Gadamer sobre o caráter oculto da saúde.

Cuidado é a característica existencial-ontológica do homem de se colocar em relação com o mundo. “A cura² é ser-para-a-morte” (Heidegger, 2002a, p. 124). O filósofo aponta para a finitude do homem e para a impossibilidade de realizar todas as possibilidades para a existência deste. Esta impossibilidade de realização de tudo que é disponibilizado ao homem constitui o ser e estar em débito.

As noções heideggerianas de cuidado e ser-para-a-morte apontam não somente sua aplicabilidade na psicoterapia, mas também uma estreita relação com as questões existenciais de pessoas portadoras de doenças crônicas. Portanto, a intenção é identificar as contribuições para a clínica psicoterápica daseinsanalítica com pacientes com doenças crônicas, a partir dos desvelamentos de sentidos para a ‘noção heideggeriana de cuidado enquanto ser-para-a-morte’³ na existência — tanto o sentido atribuído pelo cliente quanto o atribuído pelo psicólogo. A partir da constatação da finitude como parte da existência, há o desvelar de

² Na edição brasileira de *Ser e Tempo* (*Sein und Zeit*), o termo *Sorge* é traduzido por *cura*, porém será mantido o vocábulo *cuidado* por ser o termo mais usado na literatura brasileira sobre Daseinsanálise, Martin Heidegger e Medard Boss e, para evitar polêmicas sobre o significado corriqueiro do vocábulo cura.

³ O cuidado enquanto ser-para-a-morte aborda na condição do homem enquanto projeto e suas inúmeras possibilidades de realização a questão de sua própria finitude, desvelando o sentido de estar e ser em débito: de sempre ter algo a ser feito/realizado.

novas possibilidades de viver e lidar com a doença e com o que lhe proporcionará de mudanças para sua vida. E, nesta perspectiva, não excluir o profissional *psi*: voltar o olhar para sua experiência de cuidar de alguém que sempre traz a marca da finitude e, o refletir sobre o investir e o não-investir nos atendimentos destes pacientes, já que ‘são casos sem cura’. Vivências, muita das vezes, angustiantes que remetem o psicólogo à própria finitude.

Em sua definição, ser-para-a-morte aponta para questões como culpa, finitude, tempo e o viver. Tais questões perpassam a existência de qualquer indivíduo, mas, neste momento, privilegiar-se-á este com uma (ou mais) doença crônica, onde o tempo e a qualidade de vida encontram-se em iminência de mudanças radicais.

Ao analisar, por um instante, ninguém tem certeza de quanto tempo viverá e de como será o restante da vida, desde o “aqui-e-agora” até o momento da morte. Mas, logo se é arrebatado por outros pensamentos, lembranças, e percebe-se a existência de ocupações, compromissos a curto, médio ou longo prazo e a morte, a finitude, ficam veladas. Afinal, para quê pensar no “fim” se a “dama vestida de cetim”⁴ não chegou de fato?

Porém, após o diagnóstico de uma (ou mais) doença que não tem cura; tendo, no máximo, controle por dietas, remédios, exames, atividades físicas, repouso...; a pessoa tem o desvelamento de sua real condição humana de ser finito e da necessidade de mudar e/ou interromper muitas de suas atividades laborais ou relacionadas ao lazer.

Esta mudança no ritmo de vida gera vários modos de lidar e relacionar-se com a doença, o trabalho, o estudo — ocupações em geral —, com profissionais de saúde, amigos, familiares e, principalmente, consigo mesmo. O que se está chamando de “modo de lidar e relacionar-se com” pode ser compreendido como uma das formas de cuidado (*Sorge*) na existência humana.

Talvez — ou quase sempre —, ao receber inesperadamente um diagnóstico considerado grave por não haver cura, a pessoa sente-se perdida ou desesperada, ou revoltada ou... tudo isto numa avalanche de sentimentos, pensamentos... São reações, no mínimo, previsíveis e poderão aparecer em sua vida em função da notícia do diagnóstico. Ao abordar o tratamento de doenças crônicas, pode-se pensar num tratamento ideal para os pacientes e, neste aspecto, a inclusão da Psicologia — da prática psicoterápica — é de grande valia. Acompanhar o paciente em todo o processo é o ideal, mas raramente ocorre — só se este já estiver em terapia antes do diagnóstico.

⁴ Expressão utilizada por Raul Seixas na gravação de “Canto para minha morte” (Seixas, R. e Coelho, P.)
“*Vou te encontrar vestida de cetim / Pois em qualquer lugar esperas só por mim / E no teu beijo provar o gosto estranho / Que eu quero e não desejo, mas tenho que encontrar / Vem, mas demore a chegar.*”

Ansiedade, depressão, angústia “patológica”, mal-estar, medos, vontade de morrer... Queixas contendo estas psicopatologias chegam aos consultórios e ambulatórios de psicologia, juntamente com algum dos acréscimos:

“Vim porque o Dr. mandou”;

“Não estou louca. Por que vir aqui?”;

“O que você acha? Vale a pena tratar?”;

“Você me passará algum remédio?”;

“Você me cura em quanto tempo? Não tenho tempo a perder.”;

“Preciso de ajuda. Alguém para me ouvir, olhar e falar comigo de assuntos que não sejam doença e remédio.”...

Ao atender esta clientela tanto em instituições hospitalares, serviços de psicologia aplicada (SPA) quanto em consultório particular, fica nítida a importância do trabalho psicológico para a compreensão do sofrimento humano — daquele ser humano convocado a lembrar-se todos os dias que sua doença não tem cura. E mais, que esta já o privou de muitas atividades prazerosas e/ou consideradas necessárias para seu viver e sustento. Porém, o que pôde ser constatado, no acompanhamento de pacientes crônicos, é que a doença traz um novo olhar para aquela mesma existência. Deixar de realizar determinadas tarefas... para fazer outras tarefas!! É um desvelar de possibilidades que, quase sempre, estiveram em sua existência, mas não estavam desveladas, nem havia espaço, tempo... O redescobrir possibilidades é uma grande alegria para estas pessoas. Realizar antigos sonhos, realizar novos sonhos... São formas de, talvez, viver a vida sem deixar de se tratar e sem se entregar à finitude como algo ruim e perverso. Afinal, a finitude é para todos.

Pensar a terapia não como espaço somente para falar da doença, mas para falar da existência humana, que comporta tantos fenômenos que envolvem alegrias e tristezas, saúde e doença, choro e riso, trabalho e o brincar, o possível e o impossível, dança, canto, pintura, literatura, culinária, bordado, artes manuais e tantas outras formas da singularidade se manifestar e relacionar-se com o mundo e com os outros.

Este trabalho propõe-se pensar as contribuições da noção heideggeriana de cuidado na clínica psicoterápica com pacientes com doenças crônicas por meio de pesquisa bibliográfica e relato de casos clínicos.

O primeiro capítulo traz um breve estudo sobre os vocábulos crônico e doença através da etimologia, filologia, mitologia, medicina, psicanálise, psicossomática e, fenomenologia enfocando as contribuições de Martin Heidegger e de Medard Boss com a *Daseinsanalyse*. O capítulo tem relevância por apresentar, sucintamente, alguns discursos de diversos campos do

saber com suas tendências científicas de explicar as causas das doenças, sem se preocupar com o sentido destas na existência humana.

O segundo capítulo propõe o aprofundamento do estudo da cronicidade na perspectiva fenomenológica-existencial, através de contribuições de Martin Heidegger, Françoise Dastur, Hannah Arendt, Hans-Georg Gadamer e Medard Boss.

O terceiro capítulo aborda a noção heideggeriana de cuidado (*Sorge*) — característica existencial-ontológica do homem de se colocar em relação com o mundo, sendo ocupação (*Besorgen*) a relação do *Dasein* com os entes simplesmente-dados; e preocupação (*Fürsorge*), o cuidado do *Dasein* com outro *Dasein*, através da substituição e da anteposição.

A psicoterapia daseinsanalítica e a vivência do cuidado na clínica psicoterápica com os portadores de doenças crônicas são o enfoque do quarto capítulo, com abordagem de aspectos teóricos da filosofia fenomenológica heideggeriana e das contribuições de Medard Boss, de reflexões sobre as diversas maneiras de desvelamento e ocorrência do cuidado nos modos ocupação e preocupação e, o cuidado enquanto ser-para-a-morte (o aspecto da finitude) nos atendimentos. Como forma de reflexão sobre a questão da cronicidade, da prática psicoterápica com portadores de doenças crônicas e da noção heideggeriana de cuidado são expostos um exercício hermenêutico na obra literária *O colecionador de segredos*, de Márcia Cristina Silva e, o estudo de três casos clínicos com pacientes com doenças crônicas.

A relevância da psicoterapia, tanto aos portadores de doenças crônicas quanto aos familiares, deve ser considerada pelo modo de lidar com a doença: imposições, limitações e cuidados especiais que o cliente e as pessoas com quem vive deverão saber e, sempre que possível, seguir. A possibilidade de ter um espaço não somente para compartilhar suas dificuldades, queixas, conquistas, alegrias, tristezas, ou seja, o que considera importante para sua existência, sentindo-se confortável para compartilhar, mas também compreender e praticar as mudanças em seu ritmo de vida, envolvendo a percepção de seus próprios limites nas atividades cotidianas.

O convite à leitura das próximas páginas remete ao mito da caverna, mais especificamente à necessária fuga de seu interior, percebendo que o desvelamento de novos sentidos e confronto com as sombras da caverna tornam-se tão fundamentais quanto o retorno a ela na tentativa de despertar, em outros prisioneiros, modos-de-ser mais libertos e responsáveis com suas escolhas.

1. Um Estudo sobre o Conceito de Cronicidade e Doença

Os seres humanos têm de reaprender que toda perturbação da saúde, pequenas dores e mesmo todas as infecções são, na verdade, sinais para se recuperar o adequado, o balanço do equilíbrio. No final, ambos estão correlacionados, perturbação e a sua superação. Isso constitui a essência da vida.

Hans-Georg Gadamer⁵

Este breve estudo abordará os conceitos de cronicidade, doença e suas interligações. Ferreira, A (1999, p. 585) define cronicidade como “qualidade de crônico”. Para melhor compreender os vocábulos ‘*crônico*’ e ‘*doença*’, serão expostos aspectos da Etimologia⁶, Mitologia, Filologia⁷ e das contribuições teóricas da Psicanálise, Psicologia Hospitalar, Psicossomática para reflexão e análise do que compõe o olhar da Fenomenologia e *Daseinsanalyse*, segundo embasamento filosófico de Martin Heidegger e experiência clínica de Medard Boss.

Aspectos etimológicos do vocábulo ‘crônico’

O vocábulo crônico “(gr. *chronikós*; lat. *chronicu*) é definido como relativo a tempo; que dura há muito tempo. Persistente, entranhado, inveterado. Diz-se das doenças de longa duração, por oposição às de manifestação aguda” (Ferreira, op. cit., p. 585).

Quanto à língua grega, Pereira (1957, p. 633) traz *κρονικός* (crônico) “*κρονικός, η, ον* (ad.) (*κρονος*). Relativo ao tempo, temporal, crônico”; “*κρονος, ον*, ou *α, ον* (ad.) antigo, tardio. Que dura muito, prolongado. (fal.⁸ de pessoas) indeciso.” E, “*κρονος, ον* (s.m.): tempo de duração. Espaço de tempo (determinado). Tempo de vida, idade, vida. Termo. Perda de tempo, atraso” (ibid).

Quanto à língua latina, Ferreira (1976, p. 242) traz “crônico⁹ (adj.) *longinquus*, Liv¹⁰.; *vetus, eris*, Cels¹¹.” Koehler (1957, p. 480) traz os seguintes sentidos para *longiquus*: “afastado, distante, longínquo, exótico, vindo de longe; longo, de longa duração”.

⁵ Gadamer, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 141

⁶ Etimologia é “o estudo das palavras, de sua história, e das possíveis mudanças de seu significado. Origem e evolução histórica de um vocábulo” (Ferreira, A.B.H., 1999, p. 849).

⁷ Filologia é “o estudo da língua em toda a sua amplitude, e dos documentos escritos que servem para documentá-las” (ibid., p. 905).

⁸ “fal.” refere-se à abreviação de ‘falando’.

⁹ “Crônico” está grafado desta forma por tratar-se de uma edição portuguesa.

¹⁰ Liv. refere-se a “Titus Livius (Tito Lívio, historiador)” (Ferreira, A.G. 1976).

¹¹ Cels. refere-se a “Celsus (Celso – médico)” (ibid., 1976).

Aspecto mitológico

“Tempo” torna-se um tema constante. Na visita aos gregos, percebeu-se o direcionamento de *κρονιχος* a *κρονος* – substantivo masculino que nomeia o Titã Crono¹² (ou Saturno, para os romanos), filho de Urano¹³ e Gaia¹⁴.

Segundo Brandão (1986) há uma espécie de homonímia forçada entre Krónos (Crono) e Khrónos (Tempo). Porém, a identificação semântica torna-se válida após observar a versatilidade e flexibilidade de Crono em devorar e gerar ao mesmo tempo; em mutilar uma fonte de vida (Urano) e em tornar-se uma fonte de vida fecundando Réia.

Hesíodo, em *Teogonia*, conta como surgiram os deuses, sendo que o primeiro a nascer foi Caos, logo depois Gaia — que pariu Urano e Tártaro. Em coito com Urano, Gaia gerou doze filhos, entre eles: Réia e Crono.

Teogonia pode ser lida como uma grande saga de gerações na qual a honra e o poder são privilegiados. A perda do poder, ou melhor, o oráculo que anuncia a perda do poder para um filho sempre traz ações absurdas: foi assim com Urano e com Crono. Urano ocultava à luz cada um de seus filhos na cova de Gaia. Cansada de ver seus filhos e filhas ocultados, Gaia rebelou-se e propôs aos filhos que acreditassem nela para que, juntos, pudessem punir o pai. E, apenas Crono aceitou a idéia de punição.

Em uma noite, Urano sobrepairou e estendeu-se ao redor de Gaia. Mas, em tocaia estava Crono e, com uma foice, ceifou o pênis do pai. Após a punição, Urano ainda alertou do castigo que teriam no porvir. Além de punir Urano, Gaia também desejara ter os filhos e filhas livres. Crono, porém, não cumpriu esta parte do acordo e os irmãos permaneceram no Tártaro — sob Gaia, oculta de luz.

Crono assumiu o poder e gerou, com Réia, vários filhos, entre eles: Zeus. Porém, para evitar que o oráculo de Gaia se concretizasse — ele seria submetido a um filho —, Crono engolia os filhos após o nascimento.

Assim como Gaia indignou-se com o aprisionamento de seus filhos por Urano, Réia já não suportava tamanha aflição e, quando deveria parir Zeus, suplicou ajuda aos pais — Gaia e Urano — para que seu filho sobrevivesse. Com seu pedido atendido, Réia foi enviada a Licto para ter Zeus e utilizou uma grande pedra, fingindo parir o filho. Crono, sem perceber a farsa,

¹² Para os gregos, era Crono e para os romanos, Saturno. Opta-se por utilizar “Crono” em função do estudo da etimologia e filologia do vocábulo crônico.

¹³ Para os gregos, era Urano e para os romanos, Céu. Opta-se por utilizar “Urano” em função do uso do vocábulo “Crono”.

¹⁴ Para os gregos, era Gaia e para os romanos, Terra. Opta-se por utilizar “Gaia” em função do uso do vocábulo “Crono”.

engoliu-a, iniciando a concretização e experiencição do oráculo de ser submetido a um filho, que seria o pai dos deuses e homens.

Crono vomitou a pedra e, assim, iniciou a libertação dos outros filhos. Zeus cravou a pedra engolida em Delfos divino, nos vales ao pé do Parnaso, trazendo o sentido de “porvir e espanto aos perecíveis mortais” (Hesíodo, op. cit., p. 133) e libertou os Ciclopes (Arges, Estérope e Brontes), presos por Urano.

Após a batalha conhecida como Titanomaquia, Crono e outros Titãs foram condenados a viver no Tártaro: destino dos criminosos, imortais e mortais que perjuram o Olimpo. Hesíodo (1995) descreveu o Tártaro como região bolorenta, sem saída, com portas de bronze e muralha. Além dos deuses titãs, moravam o Sono e a Morte — filhos da Noite — e, sem a presença do Sol. Quanto ao Sono “tranqüilo e doce aos homens, percorre a terra e o largo dorso do mar” (ibid., p. 149) e, a Morte “de coração de ferro e alma de bronze, não piedosa, retém quem dos homens agarra, odioso até aos deuses imortais” (ibid.). Os imortais, que juravam perjúrio, passavam por nove anos de privações, sendo o primeiro ano sem ambrosia, néctar e estendido num leito, com mau torpor no corpo. As provas tornavam-se mais difíceis, ano após ano, afastando-os dos deuses, não freqüentando banquetes e nem conselhos. No décimo ano, retornavam a freqüentar as reuniões dos imortais no Palácio Olimpo.

Como se pôde perceber, uma filha da Noite também habitava o Tártaro: a Morte impiedosa e odiosa. E aqueles que difundiam perjúrio passavam por uma espécie de castigo que, além da privação de ambrosia e néctar, os castigados ficavam sem alento e voz, em um leito com *mau torpor*, que Hesíodo intitulou ‘doença’. Este castigo-doença tinha a duração de nove anos com ‘provas’ cada vez mais ásperas que as do primeiro ano.

Tártaro, um dos três ‘compartimentos’ de Hades, é compreendido como local de martírio, suplício permanente e eterno destinado a grandes criminosos, mortais, imortais, condenados, irrecuperáveis, desleais e traidores. Hesíodo foi enfático ao descrever o Tártaro sem saída: tinha portas de bronze e guardas fiéis de Zeus. Porém, este ‘suplício permanente’ pode ser questionado ao se referir aos Ciclopes com suas duas passagens pelo Tártaro: na primeira foram aprisionados pelo próprio pai, Urano, e libertos por Crono, que os aprisionou pela segunda vez; e foram libertos definitivamente por Zeus. Importante observar que não havia certeza de que as estadias no Tártaro seriam “provisórias”.

Uma pergunta pertinente: qual a contribuição do mito do Titã Crono para o estudo da cronicidade?

Percebe-se um encadeamento: Crono é condenado a ficar com outros Titãs no Tártaro, onde uma das habitantes é a Morte; existência de castigo por perjúrio aos imortais, com inúmeras privações, entre elas, mau torpor e afastamento de convívio com outros deuses. A doença crônica traz uma espécie de condenação a um ‘Tártaro’, onde há inúmeras privações e, apesar da Morte aparecer muito mais evidente, há possibilidade de saídas e novas resignificações.

Aspectos etimológicos do vocábulo ‘doença’

Bueno (1964, p. 1043) traz a etimologia do vocábulo doença “(s.f). enfermidade, sofrimento. Lat. *dolentia*, de *dolere*, doer”; e, Cunha (1982, p. 275) acrescenta “(s.f). enfermidade, mal. (XIII)¹⁵. Sentir dor, sofrer.” As definições dos termos latinos referentes a doença, segundo Koehler (1957, p. 259) “*dolor, oris* (m.) Dor, aflição; sentimento, tristeza, indignação.” e, *Pequeno Dicionário Latino-Português* (1955, p. 65) acrescenta “sofrimento; pesar”. Ferreira (1976, p. 442) acrescenta outro aspecto à doença “perturbação da saúde: *morbus* m., *aegrotatio*, f., *valetudo*¹⁶, *inis*, f.”. *Morbus* é traduzido tanto como “doença” (Koehler, 1957, p. 516) quanto “moléstia, enfermidade; vício, paixão; tristeza”. (O Pequeno Dicionário Latino-Português, 1955, p. 125).

Moléstia vem de *molestia*, (*molestus*), estorvo; pena, pesar; incômodo; inconveniente; arrelia, mau humor; inquietação; afetação do estilo. *Molestus* (*moles*) traduz-se por “incômodo; molesto, desagradável; guindado, empolado” (ibid., p. 514) e, *moles* por “grande massa, grande volume; colosso; dique, molhe; grande edifício; força; esforço; dificuldade”. *Moleste* (*molestus*) traz o sentido de “com pesar; molestante; importunamente” (ibid.¹⁷. p. 513-514).

Os sentidos para moléstia abordam não somente o modo como muitas pessoas vivenciam uma doença mas, as sensações que podem ser experienciadas. A tradução para *moles* aponta sentidos importantes para pensar as doenças: *dique* — o que contém (contenção), barra um grande volume de água; deve-se pensar que ‘tipo de água’ (doença, sentimentos) está sendo contida pelo dique-corpo; *força e esforço* — a doença (a água¹⁸) tem a sua força e se esforça para ultrapassar qualquer barreira, obstáculo e, o corpo (o dique) tem força e se esforça para combatê-la; *dificuldade*: tanto do corpo ‘curar-se’ da doença quanto da

¹⁵ O número XIII refere-se à data provável (no caso, séc. XIII) da sua primeira ocorrência em língua portuguesa (Cunha, 1982, p. XIII).

¹⁶ “*Valetudo*: estado de saúde, seja bom, seja mau” (Koehler, 1957, p. 889).

¹⁷ O *Pequeno Dicionário Latino-Português*, op. cit.

¹⁸ Considerando a comparação anterior de dique com o corpo, e da água com a doença.

doença encontrar possibilidades para se instalar e se manifestar no corpo. Um outro sentido é o paciente ter força e se esforçar para dar outros sentidos à vida e lutar contra a doença, buscando minimizar os sintomas.

A doença traz o peso do sofrimento, a dor em sua própria significação. Seria um indicador de que o doente *tem* que sentir dor, sofrer e lastimar-se? Quem sabe, não perjurou e, agora é castigado? A doença é castigo crônico...

Até o momento, percebeu-se a conotação negativa e indesejada da doença. Hesíodo a mostra como um castigo aos habitantes do Tártaro. Etimologicamente, os sentidos encontrados são: dor, sofrimento, tristeza, aflição, lastimar, pesar, vício e, também sentimento, paixão. Devem-se pensar quais sentimentos e qual paixão (ou paixões) estiveram envolvidos no processo de adoecimento e estão envolvidos na doença instalada. Porém, o mais corriqueiro é expressar a dor e o sofrimento; mostrar a ferida e os exames e; procurar um “saber que rotule”, esclareça o que está ocorrendo naquele corpo, que pode ser condenado ao Tártaro, provisória ou eternamente. A importância do “rótulo” doença aguda ou doença crônica desencadeia inúmeras reações, interpretações, sentimentos como ‘sou doente’ ou ‘estou temporariamente doente’.

Aspecto teórico: Medicina

Ao se falar de um ‘saber que rotule’, remete-se à Medicina — “arte e ciência de evitar ou curar doença ou de paliar seu(s) efeito(s)” (Ferreira A., 1999, p. 1305).

Stedman (2003, p. 452) define doença como

a interrupção, cessação ou distúrbio de função, sistema ou órgão do corpo. Distúrbio mórbido geralmente caracterizado por, pelo menos, dois destes critérios: agentes etiológicos reconhecidos, grupo identificável de sinais e sintomas ou alterações anatômicas consistentes. Na língua inglesa, doença (*disease*) é o oposto de bem-estar (*ease*): quando algo está errado com uma função corporal.

Fortes e Pacheco (1968, p. 346) definem doença como “sofrimento doloroso ou não; alteração na saúde; enfermidade”.

A doença crônica refere-se “a um estado relativo à saúde, com longa duração. O U.S. National Center of Health Statistics define uma condição crônica como aquela com três meses de duração ou mais” (Stedman, 2003, p. 309).

Os Descritores de Ciências da Saúde¹⁹ (DeCS) definem doença crônica como

Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se esperar requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado.

Ao compreender que o rótulo “doenças aguda e crônica” refere-se, primordialmente, ao tempo de duração, há espaço para um certo contentamento quanto ao ter ou não sido condenado provisória ou definitivamente ao Tártaro? Isto dependerá de como são percebidos, vivenciados e experienciados os conceitos de saúde e doença pelos indivíduos envolvidos nesta relação: o cliente, que recebe o diagnóstico, e o modo como o profissional de saúde o transmite — utilizando uma linguagem acessível ou uma terminologia constrangedora e impeditiva de um diálogo esclarecedor.

Aspecto teórico: Psicanálise

Os teóricos da Psicanálise contribuíram para a constituição de um saber sobre as causas e efeitos do funcionamento do *aparelho psíquico* do homem.

Sigmund Freud (1856–1939), ao escrever “Projeto para uma Psicologia Científica”, em 1895, implicou “a formulação de uma ‘metapsicologia’” definida por Laplanche e Pontalis (1970, p. 361-2) como a que “(...) elabora um conjunto de modelos conceituais mais ou menos distantes da experiência (...) e toma em consideração três pontos de vista: dinâmico, tópico e econômico”.

Quanto ao dinâmico, “considera os fenômenos psíquicos como resultantes do conflito e da composição de forças que exercem certa pressão, forças que são, em última análise, de origem pulsional” (Laplanche e Pontalis, op. cit., p. 165). O tópico refere-se, metaforicamente, aos lugares do aparelho psíquico, sendo as duas tópicas freudianas: inconsciente, pré-consciente e consciente; e id, ego e super ego. Já o ponto de vista econômico, refere-se à “hipótese dos processos psíquicos consistirem na circulação e repartição de uma energia quantificável (energia pulsional), isto é, susceptível de aumento, de diminuição, de equivalência” (Laplanche e Pontalis, op. cit., p. 167). Garcia-Roza (2000, p. 114) resume o que pretende a metapsicologia

¹⁹ Descritor: Doença Crônica. DeCS – Descritores de Ciências da Saúde – Disponível em <http://www.decs.bvs.br>. – Acesso em 14 out. 2006, 23h33.

apresentar uma descrição minuciosa de qualquer processo psíquico quando focado sob os pontos de vista de sua localização em instâncias (ponto de vista tópico), da distribuição dos investimentos (ponto de vista econômico) e do conflito das forças pulsionais (ponto de vista dinâmico).

A importância do ponto de vista econômico justifica-se pelos modos diversos da circulação da energia pulsional em uma situação de adoecimento.

Laplanche e Pontalis (1970, p. 506) definem *pulsão* como “processo dinâmico que consiste numa pressão ou força que faz tender o organismo para um alvo”. O conceito de pulsão é composto por quatro elementos: *pressão*, *alvo* ou *objetivo*, *objeto* e *fonte*. *Pressão* é quantidade de força; elemento motor que impele o organismo à ação para eliminar a tensão. *Alvo* ou *Objetivo* é a satisfação, ou seja, redução da tensão provocada pela pressão. O *objeto* é o mais variável possível; é um meio utilizado para atingir um objetivo ou alvo (neste caso, a satisfação). Garcia-Roza (2000, p. 122) esclarece sobre a variação do objeto “desde a própria pessoa como as outras pessoas, pessoas ‘inteiras’ ou partes do corpo e, objeto pode ser real ou fantasmático”. A *fonte* é corporal, é “processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo e cuja excitação é representada na vida mental pela pulsão” (Freud, ESB, vol. XIV, p. 143, apud Garcia-Roza, 2000, p. 119). Por fonte somática ou orgânica compreende-se tanto “o órgão de onde provém a excitação quanto o processo físico-químico que constitui a excitação” (ibid., p. 119). “A pulsão é o representante dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente” (Garcia-Roza, op. cit., p. 116). No sentido de ser originada de excitações, pode-se entender por que a fonte da pulsão se apóia no instinto; não é o instinto. O instinto designa comportamento hereditariamente fixado e possui objeto específico; já a pulsão não implica em ambos. Assim, a pulsão é o instinto que se desnatura e desvia de seus objetos específicos; “representa psiquicamente as excitações emanadas do interior do corpo e é representada pelo representante ideativo — que é o que constitui o inconsciente e é o que é recaiado — e pelo afeto — expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional” (ibid., p. 117-118).

A Psicanálise aborda a manifestação da doença no corpo sob vários aspectos como a histeria de conversão, a somatização²⁰, a reação psicossomática e o fenômeno psicossomático.

Na *histeria de conversão*, o corpo está envolvido na “doença”, mas é um envolvimento virtual: a parte orgânica do sujeito está em perfeitas condições, ou seja, sem lesão. A conversão não tem “origem” orgânica, mas psíquica que não emerge claramente:

²⁰ Os fenômenos de somatização são divididos em dois modos de ocorrência: a conversão — cujo determinismo é somato-somático por falha do psíquico, e aponta para uma significação inconsciente —; e elaboração inconsciente dos conflitos, representações e afetos, cujo determinismo é psíquico-corpóreo.

somente com trabalho psicoterápico. O sujeito sofre, mas não tem consciência do porquê de tal problema físico. A conversão histérica é “feita” para ser e é descoberta através das manifestações do inconsciente (atos falhos, sonhos, chistes, etc.).

Já a *reação psicossomática* é a reação no corpo localizada e identificada pelo próprio indivíduo, gerada por uma situação que afeta a sua vida. Pode também ser vivenciada tanto como uma lesão no corpo e com reação no psiquismo, quanto uma ‘lesão’ no psiquismo com reação no corpo. Nos dois casos, quando há melhora da lesão, a reação também melhora.

No *fenômeno psicossomático*, há uma lesão no corpo que não responde às intervenções médicas; sua origem é psíquica e não há relação ‘objetiva’ entre a alteração psíquica com a lesão corporal.

Na verdade, o fenômeno psicossomático é autônomo em relação à abordagem psicológica e médica. Tais fenômenos surgem como forma de auxiliar o sujeito a responder às suas questões. A “cura” destes fenômenos tem relação com o esvaziamento da questão psíquica do sujeito, que pode ser gerado por intervenções, abordagens do psicólogo no discurso do paciente; porém, ambos não têm “a” certeza de que a psicoterapia proporcionará a cura, já que, na maioria dos casos, o paciente utiliza alguma medicação.

O fenômeno psicossomático pode ser “curado” espontaneamente como também pode retornar em determinadas épocas pois seu surgimento e ‘cura’ podem estar associados a datas e eventos: tal associação não é clara pela própria lógica do fenômeno. Porém, esta observação é mais clara quando o paciente está, há um bom tempo, em processo psicoterápico.

Os efeitos gerados pela doença crônica no sujeito são diversos: sofrimento, limitação, mudanças obrigatórias, tristeza e inúmeros afetos a cada situação vivenciada. Numa prática psicanalítica, há necessidade de averiguar sobre a história de vida do cliente para perceber o efeito da castração²¹ na doença.

Pignatiello et al. (2004) abordam que a Psicanálise baseia-se na existência de uma patogênese orgânica sem descartar a possibilidade de fatos psíquicos mobilizarem respostas corporais que desencadeiam processos patológicos de natureza biológica.

²¹ “(...) quando ameaças reais a que deveria a sua origem [a dos seres humanos] estão longe de ser sempre encontradas (e ainda mais raramente seguidas de execução!) (...) Pode procurar situar-se a angústia de castração numa série de experiências traumatizantes em que intervém igualmente um elemento de perda, de separação de um objecto: perda do seio no ritmo da amamentação, o desmame, a defecação. (...) Precisamente porque o complexo de castração é a condição *a priori* que regula a troca inter-humana enquanto troca de objectos sexuais, é que ele pode na experiência concreta apresentar-se sob facetas diversas, ser reconduzido a formulações simultaneamente diferentes e complementares” (Laplanche e Pontalis, op. cit., p. 113; 115).

Porquanto, a análise trata de um sujeito que fala daquilo que sofre, podemos questionar que lugar tem a enfermidade e suas manifestações clínicas no *falasser*. (...) O que tem relevância é o caráter crônico ou agudo da enfermidade. Nos casos crônicos, intervém uma fixação do sujeito ao ser enfermo; enquanto que nos agudos, parece ter maior peso o real de um evento na vida do paciente (p. 59).

Queiroz (2004) aborda o “benefício secundário da doença” que remete a abandono de algumas responsabilidades, atitudes de outras pessoas como cuidado e atenção que não ocorriam antes do adoecimento, medo de viver, lutar e responsabilizar-se. O ganho secundário da doença ocorre sob a égide do inconsciente.

Ao deparar-se com as maneiras de a energia psíquica escoar para o corpo segundo a estrutura do sujeito — neurose, psicose ou perversão —, surge um questionamento: se não haveria uma outra estrutura que expressasse o escoamento da pulsão através do corpo não sendo o sintoma histérico. Está sendo convocado o que se entende por doença psicossomática, onde há uma lesão corporal e componentes psíquicos que influenciam no tratamento, controle e remissão da doença.

Aspecto teórico: Psicossomática

“No início do século XIX, institui-se o termo ‘psicossomático’ através do médico clínico e psiquiatra Heinroth, que vai assim pensar que determinadas doenças sofrem ‘influência das paixões sexuais’, porém suas colocações não têm eco neste período histórico” (Valentim, 2001, p. 1). O termo ‘psicossomático’ reporta tanto à origem psicológica em algumas doenças orgânicas, quanto à confusão conceitual com os fenômenos de simulação e hipocondria.

Segundo Franz Alexander, deve-se utilizar ‘psicossomático’ apenas como indicação de um método de abordagem tanto em pesquisa quanto em terapia (Cerchiari, 2000, p. 64).

Lamb (apud Lewis e Lewis, 1999, p. XIII) definiu brevemente a Medicina Psicossomática como o “estudo das inter-relações entre a psique e o soma no âmbito das doenças” e, complementa “a *psique* pode ser a causa principal de certas disfunções, assim como uma disfunção pode determinar perturbações psíquicas. Não existem, portanto, mente ou corpo diferenciados. A mente é uma função do cérebro e esse faz parte do corpo; e ambos constituem uma unidade”. Já Ekstermam (apud Cerchiari, 2000, p. 65) define-a como “um estudo das relações mente corpo com ênfase na explicação da patologia somática, uma proposta de assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais”.

A doença psicossomática, segundo Halliday (ibid.), possui o aspecto psicológico como o fator etiológico. Porém, Franz Alexander (apud Cerchiari, op. cit., p. 67) afirma que cada doença é psicossomática e que fenômenos somáticos e psicológicos são dois aspectos do mesmo processo.

Na década de 1930, surge a Escola de Chicago, com a participação de Alexander e Dunbar, considerando os transtornos psicossomáticos como “conseqüência de estados de tensão crônica, relativa à expressão inadequada de determinadas vivências, que seriam derivadas para o corpo.” (Cardoso apud Cerchiari, 2000, p. 67) De acordo com a hipótese da especificidade, “as diferentes doenças psicossomáticas corresponderiam diferentes ‘fatores psicológicos’, que para Dunbar seriam os tipos de personalidade e, para Alexander, os conflitos ou ‘situações de vida significantes’” (ibid., p. 67).

No final dos anos 1950, Marty, M’Uzan, Fain e David iniciam, na França, a Escola de Psicossomática de Paris. O termo ‘psicossomático’ é entendido como teoria, abordagem de paciente e técnica psicoterápica, visando à compreensão da mente dos sujeitos que utilizam a somatização como forma de resposta aos conflitos e acontecimentos da vida (Cerchiari, op. cit., p. 70). A partir de estudos de Fain e David sobre a vida onírica e aplicação aos pacientes, Marty e M’Uzan denominaram ‘pensamento operatório’ a forma peculiar de os pacientes ‘psicossomáticos’ pensarem e lidarem com suas emoções.

Surge, na década de 1970, a Escola de Boston, com os analistas americanos John Nemiah e Peter Sifneos realizando pesquisas sobre a forma peculiar de os pacientes psicossomáticos se comunicarem: “dificuldade de expressar ou descrever suas emoções através da palavra e acentuada diminuição de pensamentos fantasmáticos” (ibid., p. 71). Estes pacientes apresentavam “freqüentemente uma desordem específica nas suas funções afetivas e simbólicas, acarretando uma forma de se comunicar confusa e improdutiva” (Taylor apud Cerchiari, 2000, p. 71) Sifneos denominou esta forma de expressão como Alexitimia — falta de palavras para as emoções.

Reflexões sobre o livro Fenômenos Psicossomáticos

Em *Fenômenos Psicossomáticos*, Lewis e Lewis (1999) abordam inúmeras doenças crônicas com suas possíveis causas emocionais, através das contribuições de inúmeros autores de diversas áreas médicas, principalmente psiquiatria, e de abordagens psicológicas, apesar da predominância da Psicanálise ao frisar que tipos de personalidade são suscetíveis a determinados tipos de doença.

Algumas doenças eram e ainda são consideradas ‘psicossomáticas’, como hipertireoidismo, úlcera péptica, artrite, asma, alergia e hipertensão, por estarem atreladas, aos seus respectivos surgimentos, determinados eventos emocionais significativos. Outras doenças foram consideradas psicossomáticas por terem detectado a influência das emoções tanto no desencadeamento, tratamento, controle quanto até mesmo na remissão, como a diabetes, colite ulcerativa, doenças cardíacas e câncer.

A colite, artrite e hipertensão estão relacionadas com a ira. Pode-se perceber que a ira está presente nestas doenças mas, antes dela ‘surgir’, ser gerada pelo indivíduo no confronto com as situações da vida, há outro fenômeno anterior à ira: a dificuldade de expressão da tensão — a dificuldade ou impossibilidade de expressar a insatisfação —, gerada por situações que não agradam ou que não vão ao encontro das idéias do indivíduo.

Asma, alergia e câncer são relacionados com choro e emoções reprimidos. Tais doenças trazem a dificuldade da expressão de si, de seus sentimentos, emoções; por isto reprimi-las, guardá-las é a ‘saída’. Deve-se buscar quais sentidos, emoções e conseqüências cada doença desvela para a pessoa; p.ex., quais sentimentos e situações existiam antes da crise ou de seu surgimento e que estão presentes durante e após a manifestação dela.

Hipertireoidismo, cardiopatias típicas e o infarte agudo do miocárdio estão relacionados ao sentimento de auto-suficiência e autocontrole. Estes sentimentos apontam para a ilusão de controlar todos os fenômenos da vida. E, além de controlar e não depender de outras pessoas, é uma independência mal compreendida e mal vivenciada, pois corta e/ou nega as possibilidades de auxílio e compartilhamento de responsabilidades. Esta dificuldade em depender e a necessidade de ‘autoprover’ apontam dois aspectos: o modo difícil de ‘circular na vida’, de viver sem tantas cobranças e controles; e, ao adoecer, o indivíduo é obrigado a sair do papel e cargo de auto-suficiente, mantenedor e autocontrolador — ficará restrito a poucas atividades e dependerá de outras pessoas. No caso de infarto, a média do repouso absoluto são 72 horas, caso o paciente permaneça na Unidade Coronariana: a compreensão do porquê ‘tanto tempo senão sente mais dor’ é uma das situações mais angustiantes por envolver, tanto o conflito de ‘ser auto-suficiente e autocontrolado’ e não ter evitado um infarte, quanto a dependência de estranhos para realização de suas atividades.

A úlcera e a diabetes relacionam-se com dois modos de ser: iniciativa e passividade. São doenças que indicam a necessidade de dependência do outro e dificuldade em apropriar-se, sustentar, manter as próprias idéias.

O que pôde ser percebido na obra de Lewis e Lewis é a influência das emoções na vida das pessoas, principalmente em quadros de adoecimento. Não são descartados os fatores fisiológico, hereditário e ambiental que propiciam o surgimento de doenças, porém acrescenta-se a possível consequência de um ambiente ansiogênico, convivências e relacionamentos geradores de tensão muscular produzindo dores, má-formações corporais. Entretanto, percebe-se uma tendência cientificista em encontrar a causa emocional de um efeito orgânico. Tensão, abandono, ira, hostilidade, perdas, choro, agressividade, persistência, autocontrole, frustração, dependência, independência, pessimismo, rejeição, desconfiança, indecisão, amadurecimento precoce, passividade, ciúme, voracidade, repressão, culpa, temor, desespero, preocupação financeira, rigidez, sensibilidade, agressividade reprimida, ansiedade, ressentimento, controle e domínio das relações, dificuldade em receber ajuda, difícil relacionamento com os pais: todos são justificativas, causas e explicações para o surgimento de doenças crônicas.

Não há nesta obra uma definição de doença crônica ou cronicidade. Sob um olhar fenomenológico-existencial, compreende-se que o modo-de-ser, o modo de experienciar e vivenciar as emoções — considerando a intensidade, frequência, circunstância, maneiras que elas ocorrem — como um fator importante para o desencadeamento de doenças que podem tornar-se crônicas.

Aspecto teórico: Contribuições de Karl Jaspers

O filósofo e psiquiatra alemão Karl Jaspers (1883-1969), ao abordar os conceitos de saúde e doença, aponta as tentativas fracassadas de defini-las através de juízos de valor e de médias: “o que é próprio da maioria, o que é médio — isso é sadio, o que é raro, o que varia ou se desvia em certa medida da média — isso é doente” (Jaspers, 2005, p. 933).

Com Jaspers, percebe-se a participação do existir humano no conceito de doença, não deixando de assinalar a existência de: doenças somáticas graves, que não afetam o psiquismo da pessoa ocasionando psicose, mas podem gerar quadros de alteração do padrão comportamental do sujeito, através de ansiedade, angústia, tristeza, depressão, negação do quadro clínico e outros; alterações psíquicas que não têm relação com doença somática; e atributos fundamentais da existência humana mais claros, efetivos e temíveis que a maioria dos casos.

Aspecto teórico: Contribuições de Georges Canguilhem

O filósofo e médico Georges Canguilhem (1904-1995), em sua obra *O normal e o patológico*, contribui para o estudo das noções de doença e saúde as quais são valiosas para um novo olhar sobre quem é ‘o homem são’ e, quem é ‘o homem são doente’.

Canguilhem aborda o normal como a flexibilidade de uma norma que se transforma, sem a rigidez de um determinativo. Assim, o limite entre o normal e o patológico é impreciso. É crucial olhar além do corpo para julgar o que é normal e o que é patológico para este mesmo corpo.

A doença é norma de vida, e o *ser vivo*²² doente possui esta norma, que é considerada inferior, pelo ser vivo não tolerar outro desvio, não instituir diferentes normas de vida. O que ocorre, segundo Canguilhem, é que o doente só admite *uma* norma. Portanto, doente não é anormal por não ter norma, mas, por ser incapaz de ser normativo, ter e exercer várias normas. “A doença consiste numa redução da margem de tolerância às infidelidades do meio” (Canguilhem, 2000, p. 160).

A vida, para Canguilhem, ignora rigidez; “há fugas, vazios, esquivamentos, resistências inesperadas” (ibid., p. 160), são as normas diversas que se combinam, arranjam e desarranjam. E, é somente na vida, no plano da experiência, que se pode compreender o que seja saúde e doença.

Saúde é “o sentimento de segurança na vida” (ibid., p. 163), sem estabelecimento de limites; é um modo de abordar a existência como portador e criador de valores e normas vitais.

Assim, quando há incapacidade de criar e vivenciar mais de uma norma vital, há o surgimento e manifestação da doença. “A ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde” (ibid., p. 261) já que esta se constitui de diferentes normas vitais. Percebe-se quão inconstante e flutuante é a vivência de estar com saúde. O homem são, na verdade, não é são; ele *está* são. A saúde vai além do ser vivo estar adaptado ao que lhe compete; diz respeito à capacidade de criar novas normas de vida. Por isso, “a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde” (ibid., p. 162). Ironicamente, Canguilhem expõe o luxo biológico: “estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar” (ibid., p. 160). Canguilhem trabalha com as contribuições de Kurt Goldstein sobre a doença enquanto “um modo de vida reduzido, sem generosidade criativa, desprovido de audácia. Apesar de a doença não deixar de ser uma vida nova por novas constantes fisiológicas (...)” (ibid., p. 151). Pensar a doença como um ‘modo de vida reduzido’ traz em cena a possibilidade de encarar a doença como um constitutivo da

²² Termo utilizado por Canguilhem em sua obra.

vida, um atravessamento, um caminho a ser percorrido pelo indivíduo por determinado ou indeterminado tempo. Esta ‘vida reduzida’ deve ser analisada: o que é reduzido, o que é velado e o que é potencializado, desvelado neste ‘estado reduzido’.

Outra contribuição de Georges Canguilhem é a compreensão de “doença do todo orgânico” (ibid., p. 182) em que não há por que dizer que há órgãos, tecidos ou células doentes. E, quando aborda tal concepção, não a deixa exclusiva para os seres humanos: inclui todo ser vivo. Tal contribuição é importante para pensar as conseqüências da doença na existência — p. ex., dietas, tratamentos, dores, dificuldades ou impossibilidades de exercer as atividades corriqueiras — e, não somente a lesão e/ou incômodos gerados na área afetada.

Aspecto Teórico: Contribuições de Georg Groddeck

Ao contrário de Freud, com sua concepção dualista, Georg Groddeck (1866-1934) sustentava uma postura monista, segundo a qual o psíquico e o orgânico seriam apenas duas formas determinadas por uma fonte única: o Isso²³” (Nasio, 1995, p. 117).

Groddeck afirmou que não reconhecia nítida diferenciação entre psíquico e orgânico porque considera o homem todo símbolo. Assim, qualquer enfermidade, seja ela psíquica ou orgânica, é a expressão simbólica de um conflito do “isso”.

Podemos soltar a imaginação e supor o que quisermos, no fundo é o Isso que nos faz pensar, sentir e agir, que nos vive ou dá vida. É preciso saber ainda que ele nos dá a consciência e a ilusão do "Eu", a moral e a repressão. (...) o Isso engloba o consciente e o inconsciente, o ego e os impulsos, o corpo e a alma, o fisiológico e o psicológico; perante o Isso não há fronteira demarcando o físico e o psíquico. Ambos são manifestações do Isso, formas de apresentação (apud Nasio, op. cit., p. 118).

Toda doença física é também psíquica e toda doença psíquica é também física, já que tudo se refere à unicidade das expressões do *isso*.

O texto da doença é lido exclusivamente de um ponto de vista causalista, e a história da doença é interpretada elevando-se ao grau de causa tudo o que pareça como tal no discurso do paciente. Groddeck vê em qualquer sintoma orgânico uma simbolização orgânica criada pelo Isso. A somatização seria assim assimilada à única dimensão da metáfora e do discurso, e nela se revela uma causalidade absoluta. “O próprio homem fabrica suas doenças, nele repousam *causae internae*, ele é a causa da doença e não é necessário buscar outra” (Groddeck, G., 1923, p. 170, apud Volgo, 1998, p. 109).

²³ Apesar de Groddeck utilizar o significante *isso*, o significado é diferente do *isso* de Freud.

Nasio (op. cit.) descreve que o doente era pressionado, interrogado e desalojado do conforto de alguns hábitos gerados em quem possui doença crônica. Groddeck explica no que consiste o próprio princípio da doença: impedimento de praticar atos que não desejava praticar ou experienciar sensações que não queria ter. Os distúrbios do órgão envolvido surgiam a partir desta recusa inconsciente²⁴ de prática de atos.

Groddeck indicou que a doença tem um objetivo que pode ser esclarecido ao se observar a modalidade do sintoma, p. ex., dor de cabeça impede o paciente de refletir e pensar. Não havia aposta em uma única causa para a doença, mas ao desvelar uma delas, já era suficiente para desaparecer o sintoma. O que importava, para o autor, era “a possibilidade de ajudar o doente e não saber se o objetivo existia ou não” (ibid., p. 120) e, para esta ajuda se concretizar era preciso, quase sempre, não somente observar o sintoma, mas também interrogá-lo, descobrindo que, na maioria dos casos, o objetivo da doença tinha origem sexual. A doença nascia da repressão forçada e alienante que o ser humano tinha que exercer em seus pensamentos e necessidades que tinham estreita ligação com a sexualidade.

Groddeck aponta a semelhança da doença com a de uma criação, e o doente ou o Isso do doente com o criador. Ao abordar o aspecto ‘criação da doença’, ele traz o pensamento inusitado de que a doença não necessariamente deve ser combatida: podem existir boas doenças.

O autor encara a doença, tanto como expressão do que é mais essencial no ser humano, quanto “a marca de um conflito, sentimento de culpa enraizado na infância.” (Nasio, op. cit., p. 120) A doença expressa a tristeza do adulto em não poder realizar a base do eu ideal que está construída na criança maravilhosa, idealizada pelos pais.

Groddeck defende a idéia de que a doença é originária de um conflito interno; não aceitando que o homem seja uma espécie de marionete ou vítima das agressões externas. Ele aponta o adoecimento como uma solução econômica para o problema do doente: a doença o libera de atividades, rotinas, problemas, agressões, dificuldades, e há o ganho de um tratamento diferenciado: o indivíduo é tratado de modo diferente, com mais atenção e pode ser dispensado da resolução de problemas e até livrar-se de constrangimentos.

A doença, tanto aguda quanto crônica, proporciona certa suspensão de atividades que o indivíduo realiza; traz repouso e proteção do mundo externo e de ocorrências vivenciadas como determinadas e insuportáveis. O autor aponta que o ser humano trabalha constantemente, desde a infância, com estes refúgios e repousos.

²⁴ Inconsciente enquanto adjetivo; não-consciente.

A vontade de adoecer forja censuras justificadas contra o médico, fundamentadas na personalidade do profissional, oriundas do contato com o paciente. O autor aposta que o médico está em dívida com seu paciente: este é o seu verdadeiro professor.

Aspecto teórico: Contribuições de Danilo Perestrello

O psiquiatra e psicanalista Danilo Perestrello (1916-1989) aborda a questão das doenças não somente nas três estruturas psíquicas descritas por Freud; sugere outros dois modos-de-adoecer: somatoses²⁵ e organoneuroses²⁶. O autor compreende que todas as doenças não são somente psicossomáticas mas, antropogênicas — os motivos do adoecimento estão no próprio homem. “Quando a pessoa adoece, exteriorizará o seu padecer, sua modalidade de viver-com-os-outros, predominantemente, de uma das formas”: psicopatia ou perversão, psicoses, psiconeuroses, somatoses e organoneuroses, denominadas pelo autor de antroposes: “todas as formas de exteriorização, gerais, da patologia do homem” (Perestrello, 1989, p. 88-89).

Ainda neste questionamento sobre a existência de outra estrutura representante da doença psicossomática, há a contribuição de Marty e M’Uzan com o conceito de pensamento operatório; e a de Sifneos, com o conceito de alexitimia. Valabrega²⁷ (1973 apud Mello Filho, p. 115) define as características da alexitimia e do pensamento operatório como “uma defesa arcaica marcada por uma carência; carência mental como um déficit em relação a alguma dimensão do psiquismo”. Tais carências podem ocorrer nos seguintes planos: relações objetais; sintomatologia; fantasmalização e pensamento.

Marty e M’Uzan levantaram a hipótese de uma nova estrutura psíquica para os pacientes definidos como psicossomáticos, cuja principal característica é “uma forma peculiar de pensamento e de lidar com as emoções”. (Mello Filho, 1992, p. 113)

Segundo Mello Filho, Sifneos apontou para a dificuldade de pacientes psicossomáticos em descrever as próprias emoções e mesmo senti-las e criou o termo alexitimia — ausência de palavras para nomear as emoções —; não há negação das emoções, mas ausência de pensamento. Kristal²⁸ (1973 apud Mello Filho) indica outra característica deste conceito: a dificuldade de viver as emoções prazerosas.

²⁵ As somatoses são “todas as formas restantes da patologia do homem, isto é, os modos-de-adoecer que se manifestam na esfera física, somática” (Perestrello, op. cit., p. 88-89).

²⁶ As organoneuroses são as formas, modos de adoecer numa transição entre somatoses e psiconeuroses.

²⁷ Valabrega, J. I. Problèmes de la Théorie Psychosomatique. In: *Encyclopedie Médico-Cirurgicale-Psychiatrique*. Paris: 1973.

²⁸ Kristal, H. Aspects of defect theory. *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 41, n. 1, 1973.

Marty, M'Uzan e Sifneos encontravam estas características em outros pacientes, porém, a maior incidência era nos intitulados “psicossomáticos, ou seja, pessoas com maior vulnerabilidade psicossomática.”²⁹ (ibid)

Aspecto teórico: Psicologia Hospitalar

Um outro modo de abordar, psicologicamente, a doença crônica é através de intervenções em instituições hospitalares. Bellkiss Wilma Romano dedica, em *Psicologia e Cardiologia: encontros possíveis*, um capítulo específico à doença crônica e aos aspectos psicológicos dos pacientes. “As doenças crônicas resultam de uma complexa interação entre as características da doença e o desenvolvimento do mal (isto é, presença de múltiplos problemas que podem mudar, mas que não desaparecem; possibilidade de controle dos sintomas; crises ao longo do tempo, necessitando de intervenção aguda)” (Wellard³⁰, 1998; Main et al.³¹, 2000 apud Romano, 2000, p. 210). A prevenção deve ser entendida como o controle de crises, adesão do paciente ao tratamento, manifestação de seu agravamento, duração dos sintomas, tolerância, convivência, interferência e manejo. São fatores que envolvem interação psicológica e social de: familiares e paciente; instituição e profissionais de saúde. “Portanto, a doença crônica deve ser vinculada a um contexto sociocultural e psicológico, que, afinal, acaba por modular a percepção e as respostas à doença.” (Wellard³², 1998; Main et al.³³, 2000; Visser³⁴, 2000 apud Romano, 2000, p. 210).

A doença crônica é uma condição indesejável e persistente. O percurso que o paciente segue é: a luta inicial contra a doença, a experiência do curso inevitável, muitos esforços ineficazes que sempre resultarão em cronicidade, gerando sentimentos de perda de esperança e de falta de ajuda possível, fazendo-o acreditar que sua vida é controlada pela fé e pela sorte (Vilhialmsson³⁵, 1998; Abramson et al.³⁶, 1989 apud Romano, 2000, p. 213).

²⁹ Mello Filho, op. cit., p. 113.

³⁰ Wellard, S. Constructions of chronic illness. *Int. J Nurs Stud*, 1998; 35: 49-55.

³¹ Main et al. Why put new wine in old bottles: the need of a biopsychosocial approach to the assessment, treatment and understanding of unexplained and explained symptoms in medicine. *J. Psychosom Res*, 2000; 48: 511-4.

³² Cf. nota nº 26.

³³ Cf. nota nº 27.

³⁴ Visser, A. Chronic diseases, aging and dementia: implications of patient education and counseling. *Patient Educ Couns*, 2000; 39: 293-309.

³⁵ Vilhialmsson, R. Direct and indirect effects of chronic physical conditions on depression: a preliminary investigation. *Soc SciMed*, 1998, 47: 603-11.

³⁶ Abramson et al. Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychol Rev*, 1989; 96: 35,863.

Romano apresenta uma relação direta entre “condição geral de inabilidade e o aumento da chance de depressão. Essa relação interfere na auto-estima, principalmente devido à perda de papéis, de força da própria habilidade física, de funções e de imagem corporal” (ibid³⁷, p. 214)

Podem surgir várias dificuldades na vida diária: financeira, trabalho, casa. O apoio ao doente pode se deteriorar com as dificuldades de comunicação, já que as outras pessoas podem ter dificuldade em lidar com o paciente. Familiares ainda têm a sobrecarga de função, podendo gerar grande desgaste e, até mesmo, necessidade de cuidados médicos, não tendo possibilidade de cuidar do paciente.

O profissional responsável pelo paciente deve compreender o adoecer e a evolução da doença, considerando as particularidades do indivíduo. No caso da cronicidade, a intervenção é conduzir e esclarecer o paciente para que se torne independente e responsável.

Rolland³⁸ (apud Romano, 2000) aponta três fases de tempo para o adoecer crônico:

- Fase da crise: antes ou peridiagnóstico.

Aprende a conviver com o sintoma e necessidades relativas à doença.

- Fase crônica: entre fase inicial/crise e terminal.

Manter-se o mais próximo possível da vida normal, porém, convivendo com a doença e incertezas.

- Fase Terminal.

Fase permeada de assuntos como perda, luto e morte.

O fator tempo é fundamental [grifo da autora] para a maturação das dimensões psicológicas e educacionais das necessidades do paciente. (Assal³⁹, 1999 apud Romano, 2000, p. 216) Essa maturação, por sua vez, é vital para o êxito do manejo da doença crônica porque é relevante para a adesão ao tratamento, que implica mudanças na vida das mais simples tarefas às mais complexas rotinas, levando tempo para se adaptar. (Wellard⁴⁰, 1998. apud ibid.)

Este é um momento de reflexão: o que compreender quando Rolland aborda a segunda fase do adoecer crônico como a perspectiva de ‘manter-se o mais próximo possível da vida normal’? O que um cliente com doença crônica compreende por vida normal? Esta compreensão e vivência serão diferentes de pessoa para pessoa e deverá ser levado em conta, o momento existencial que ela está vivendo. Alguns exemplos:

³⁷ Romano, op.cit.

³⁸ Rolland, J. S. Chronic Illness and the life cycle: a conceptual frame work. Family Process, 1987; 26: 203-211.

³⁹ Assal, J. P. Revisiting the approach to treatment of long-term illness: from the acute to the chronic state.

⁴⁰ Cf. Nota nº 98.

- 1) uma pessoa com lordose tem a recomendação de não pegar muito peso; porém, morando sozinha, precisa fazer compras e atividades de limpeza da casa. A vida normal passa a ser uma adaptação às limitações do corpo e uma busca de melhores modos de lidar com as dificuldades da vida. Assim, uma outra pessoa com o mesmo problema, pode optar em não parar suas atividades e carregar peso, pois a sua vida só é normal com tais tarefas.
- 2) Uma pessoa hipertensa passa a controlar a pressão com uso de medicamentos. A vida tornou-se normal por causa do remédio e, esta ‘dependência’ traz grandes questionamentos e, em muitos momentos, há dúvida da possibilidade do autocontrole da pressão — não se deixar alterar ao ponto de a pressão elevar-se — sem medicamento.
- 3) Uma pessoa com o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva trata-se com lítio para o controle das crises de mania e de euforia para ter um convívio social mais calmo, ‘uma vida normal’. Ela sempre interrompe a medicação dias antes de apresentação de trabalhos e seminários em seu curso, sentindo-se mais capaz de argumentar e responder as dúvidas dos colegas e professores.
- 4) O médico diz ao cliente pós-operado: “Três dias de repouso e vida normal!”. Deve-se ter clareza do que ele chama de vida normal, pois esta difere para um motorista de ônibus, um vendedor, médico, gari, estudante, digitador, ...

É importante compreender a impossibilidade do conceito ‘vida normal’ ser universal para se perceber quais as inúmeras possibilidades de ser e lidar com as ocorrências da vida.

Em outro trabalho, organizado por Romano (2002), compreende-se que a evolução crônica da doença mobiliza o emocional não só do paciente, mas de toda família. Procedimentos e intervenções constantes, entendimento do que seja a doença, suporte psicológico ou psicoterapia durante o tratamento são importantes tanto para o paciente quanto familiares, pois a doença não age apenas no paciente como agressão, violência; age também nos familiares reativando questões da história de cada um.

Raimbut⁴¹ (apud Romano, 2002, p. 87) propõe quatro momentos de integração psíquica de uma doença crônica. O primeiro é a fase aguda da doença, com a mobilização do paciente e família para tratamento e diagnóstico. No segundo, a situação de cronicidade é diagnosticada, com grande sentimento de caos, impotência, confusão. O terceiro momento constitui-se de reações de defesa e negação quanto à gravidade e irreversibilidade da doença.

⁴¹ Raimbut, Ginette. *Problemes Psychologiques Posés par la Madadie Chronique chez Enfant*.

O último momento é caracterizado por depressão com agressividade após admissão da invalidez proporcionada pela doença.

As perdas, sentidas como definitivas, são compreendidas por uma privação do funcionamento e prazer corporal. Os tratamentos e medicamentos possíveis, intervenções cirúrgicas, dietas e tratamentos de saúde de suporte — fisioterápico, psicológico, nutricional e outros — não asseguram a “cura”; nem mesmo em casos de indicação para transplante, há segurança e/ou certeza de sucesso/êxito no tratamento.

E, quando se avalia o que causa mais dor — o tratamento ou a doença — deve-se ponderar e buscar explicações plausíveis da necessidade do tratamento para amenizar a dor da doença. O lugar da psicologia é de “minimizar o impacto da doença no paciente e nos familiares e impedir efeitos iatrogênicos⁴².” (Romano, 2002, p. 90-91)

Que lugar é este designado à Psicologia? De que maneira pode-se minimizar o sofrimento, impacto da doença no paciente e família? Não pode também a psicologia ser fonte de iatrogenia ao tentar amenizar a dor do cliente? É necessário compreender como está a vivência da doença e avaliar com o cliente a existência de sofrimento e quais os motivos que ele atribui. Minimizar o sofrimento pode ser compreendido, por alguns clientes, como um modo de o psicólogo ‘desvalorizar’, não se importar com o que ele está manifestando, expressando num momento difícil. Quanto a impedir os efeitos iatrogênicos, deve-se ter em mente que não é ‘missão’ somente do psicólogo. Com o cliente, o psicólogo busca, tanto compreender o que ele entende e não entende de sua doença, quanto motivá-lo a perguntar, conversar com os profissionais responsáveis do tratamento e que são, a princípio, os mais indicados a responder e esclarecer as dúvidas.

Aspecto teórico: Fenomenologia Existencial

A Fenomenologia desenvolvida pelo filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976) em sua obra de maior expressão — *Ser e Tempo*, publicada em 1927 — traz contribuições valiosas para o campo da clínica psicoterápica.

O filósofo aborda a questão do sentido do ser, e traça uma importante distinção do modo de ser dos entes como simplesmente-dado e existente. O ente simplesmente-dado não está em jogo no devir temporal; é correto dizer ‘este ente é’ e, como exemplo, pode-se citar animais, plantas, objetos. Já o ente existente tem o sei ser em jogo no devir temporal e é

⁴² Iatrogênico é “referente a uma resposta a tratamento clínico ou cirúrgico induzida pelo próprio tratamento; termo habitualmente utilizado para indicar respostas desfavoráveis” (Stedman, p. 773). Em outras palavras, quando o tratamento direcionado a uma doença provoca no organismo uma outra patologia.

denominado, pelo autor, de *Dasein* (Ser-aí)⁴³, remetendo ao ente que tem a possibilidade de questionar sobre seu modo de ser e estar no mundo, este é o modo de ser do homem. Enquanto o ente simplesmente dado “é”, o *Dasein* “existe”.

O *aí* do *Dasein* (Ser-aí) é o mundo; portanto *Dasein* também significa ser-no-mundo e, ampliando um pouco mais este conceito, percebe-se que só se pode ser-no-mundo, sendo em relação com outros entes. Por isso, o *Dasein* é, também, compreendido como “ser-no-mundo-com-outros” ou simplesmente “ser-com”.

O termo *existência* assume um sentido diferente da tradição filosófica: não é compreendida como algo posterior, fixo, moldado, construído, *a posteriori*, a partir da essência — entendida como ‘substância originária’ dos entes. Ao contrário, a existência precede a essência, apontando uma movimentação, uma constante escolha de possibilidades de como se comportar, de estar no mundo. Ao atribuir existência somente ao homem, não é intenção afirmar que os outros entes tornaram-se ‘ficção’. Eles estão no mundo, mas não existem como o homem, por não poderem escolher seus modos de ser, que são atributos designados pelo homem. Neste momento, a denominação ente ‘simplesmente-dado’ faz mais sentido: por não existir, os sentidos/significados são ‘simplesmente dados’ pelo homem, pois tais entes só estão no mundo a partir de suas relações com o *Dasein*.

A existência é característica, privilégio do homem e refere-se à possibilidade de escolha de como se comportar; do homem ser ou não ser ele mesmo. A existência só se decide a partir do *Dasein* assumir-se ou perder-se. É o próprio existir que poderá esclarecer a questão da existência enquanto possibilidades: escolhidas pelo próprio *Dasein*, em meio a sua “facticidade”; o meio em que ele se encontra; o meio em que ele nasceu e cresceu. A compreensão existenciária — delimitação fatural do exercício de existir que sempre se propaga — é a compreensão da própria existência esclarecida pelo existir.

Em *Ser e tempo*, Heidegger trabalha com termos derivados de ‘*existenz*’ (existência) e são noções importantes para a sua compreensão.

Existenciais (*Existenzial*) são estruturas que compõem o ser do homem a partir da existência em seus desdobramentos advindos do *Dasein*. Existencialidade (*Existenzialität*) é o conjunto de existenciais; é a constituição ontológica de um ente que existe. Existenciário (*Existenziell*) refere-se à “delimitação fatural do exercício de existir” (Heidegger, 2002a, p. 310); é a compreensão da existência pelo próprio existir propagada por singularidades, condições,

⁴³ *Dasein* é traduzido como *pre-sença* na edição brasileira de *Ser e Tempo*. No presente trabalho, optou-se por utilizar o termo em alemão; apenas utilizará ‘pre-sença’ nas citações literais da referida obra.

situações, épocas, ordens; reflete as possibilidades de escolha que o *Dasein* tem para assumir-se ou perder-se.

A existência é constituída de conjuntos de existenciais e a sua compreensão é através do próprio existir. A análise da existencialidade visa compreender os existenciais.

A analítica existencial do *Dasein* é possível e necessária pela sua constituição ôntica. A analítica ontológica necessita de uma visualização prévia da existencialidade. Assim, a possibilidade de realizar uma analítica do *Dasein* sempre depende de uma elaboração prévia da questão sobre o sentido do ser em geral e deve-se procurar a ontologia fundamental de onde todas as outras podem se originar.

Em Heidegger (2002a, p. 40), a analítica existencial possui raízes existenciárias (ônticas). A possibilidade de uma abertura da existencialidade da existência é assumida existencialmente com a possibilidade de ser do *Dasein*.

A partir da analítica do *Dasein* — análise ontológica das estruturas da existência humana — exposta em *Ser e tempo*, o psiquiatra suíço Medard Boss propõe o exercício clínico desta analítica no que ele denominou de *Daseinsanalyse*.

Em *Ser e tempo*, Heidegger não aborda detalhadamente a questão do corpo e nem da dicotomia soma-psique. Inclusive é criticado por Jean-Paul Sartre por ‘ter esquecido do corpo’ “só escreveu seis linhas sobre o corpo” (Heidegger, 2001, p. 243) na referida obra; porém, em *Seminários de Zollikon*, há uma ‘resposta’ de Heidegger a tal crítica: “o corporal é o mais difícil e que, na época, simplesmente ainda não tinha mais a dizer a respeito.” (ibid., p. 243.)

Em *Seminários de Zollikon* (2001), encontram-se várias considerações sobre a questão psique-soma, apontando quais sentidos podem ser desvelados na Fenomenologia-Existencial enquanto prática clínica (*Daseinsanalyse*).

Heidegger esclarece que a questão do psíquico e do somático é uma questão de método. O filósofo aborda as palavras gregas *meta* e *odós* — “além, para lá” e, “o caminho” respectivamente — que conduz ao sentido “caminho que leva a algo, uma área, o caminho pelo qual estudamos um assunto” (ibid., p. 128) para chegar à questão da mensurabilidade que está conectada à do método. Pode-se, portanto, medir o soma, mas não a psique: há um equívoco neste parâmetro científico, pois um dos elementos a ser verificado não pode ser submetido aos padrões de testagem e verificação.

Heidegger propõe o “envolver-se especialmente em nossa relação com o que encontro” como indicação do “método totalmente diferente (...) em que já nos encontramos

sempre” (ibid., p. 136-137). Remete-se à noção de abertura de sentido; do ser enquanto abertura cujo constituinte originário é o cuidado (*Sorge*) que traz as possibilidades e modos de se relacionar com os entes simplesmente-dados e existentes. O autor aponta o sentido de ‘*meta odos*’: “caminho para...”; é o caminhar o caminho até si mesmo enquanto ser-no-mundo. Deste modo, percebe-se que o método para abordar a questão soma-psique dirige-se ao *ser-uns-com-os-outros*, ao *ser-com*.

Heidegger propõe, em *Ser e Tempo*, pensar o homem enquanto *Dasein*, existência e, o corpo enquanto corporar. O corpo está articulado ao *Dasein*, ao agir do homem: tudo o que é do ser corporal faz parte essencial do existir humano. O corpo é presentificação do poder-ser do *Dasein*, é a porta de acesso à existencialidade concreta. O corporal é algo que se realiza integral e conjuntamente em todas as dimensões do existir humano. *Dasein* não é somente corporal, pois corporar é um modo de expressão de sua condição originária de ser-no-mundo.

A dimensão orgânica caracteriza sua condição de ser-no-mundo sempre em relação com aquilo que lhe vem ao encontro — coisas e outros homens. Nesta dimensão, o caráter relacional da existência fica mais perceptível, sem necessariamente convocar/mencionar/direcionar-se à dimensão psíquica. Quanto mais somática for a realização de um modo de ser-no-mundo, maior será o grau de encobrimento das relações de sentido com o mundo, pois a compreensão do somático está restrita a um corpo cujo limite é a pele. Com o pensamento heideggeriano, desvela-se o sentido de corpo como uma abertura onde há possibilidade de corporar.

A partir das contribuições de Medard Boss, nos estudos e aplicabilidade da filosofia heideggeriana na prática clínica psicoterápica, pode-se ampliar a compreensão da dimensão corporal, que participa das realizações humanas, nas quais o homem é solicitado pelas coisas do mundo e pela própria realização.

O corporar e a corporeidade constituem uma dimensão humana. Por corporar compreende-se o próprio *sendo* da existência; já a corporeidade como o dar-se próprio do corpo que se abre para ação e suas possibilidades, pois todo ato próprio da existência pertence também à esfera corporal.

Assim, percebe-se que todo acontecimento corporal é presencial, é o tornar-se presente de algo que convoca o homem; é o desvelar de sentidos que convocam o homem a um olhar e atitude mais responsáveis às suas escolhas presentes em seu ‘*sendo* existencial’.

O olhar fenomenológico/daseinsanalítico de uma situação corporal em uma pessoa propõe não somente olhar a própria situação existencial mas, também para sua rede de

significações existenciais. Portanto, o sofrimento corporal remete ao existir como um todo da pessoa, pois o *Dasein* é, além de corporal, um existencial⁴⁴; um corpo que é-e-está-no-mundo-com-os-outros.

A dimensão corporal é constituinte da totalidade do existir. O existir humano não é compreendido como constituição de duas partes distintas — corpo físico e dimensão psíquica.

No Seminário⁴⁵ de 11 de maio de 1965, Heidegger expõe trechos da conferência de Hegglin, no Primeiro Congresso da Sociedade de Psicossomática da Suíça, que baseiam a crítica⁴⁶ heideggeriana à psicossomática: “(...) Para diferenciar soma e psique: os fenômenos psíquicos não podem ser pesados nem medidos, mas só podem ser sentidos intuitivamente, enquanto tudo que é somático pode, de alguma forma, ser apreendido por números”. (ibid., p. 105)

Heidegger indica que soma e psique são definidos, em seu conteúdo, a partir do modo de acesso a eles. O filósofo, dialogando⁴⁷ com Boss em 8 de julho de 1965, aborda o soma e a psique: não são variações, dois tipos diferentes de homem nem duas espécies do mesmo gênero; e sim, diferentes formas de manifestação, expressão do homem.

Em outro diálogo sobre esta questão, Heidegger aponta a inviabilidade de tal dicotomia, por serem modos de realização do *Dasein* e esclarece

então tudo o que chamamos a nossa corporeidade, até a última fibra muscular e a molécula hormonal mais oculta (...). Corporeidade (...) faz parte essencial do interior do existir; (...) não objetivável, não opticamente visível de significações do que vem ao encontro, do que consiste todo o *Da-sein* (ibid., p. 244).

Boss, no mesmo diálogo, faz uma importante colocação: o corporal provém e é formado a partir do ser-no-mundo e permanece o que se deve chamar de determinação da essência do *Da-sein* humano, ou seja, “a totalidade das possibilidades de compreensão e relação não-materiais e não apenas energéticas que abrangem o mundo inteiro e que perfazem fundamentalmente um *Da-sein*”(Heidegger, 2001, p. 246).

O filósofo aponta a psique e a Psicologia como tentativas de objetivação do homem: algo não-material é reconhecido pela Psicologia, mas esta se limita a determiná-lo pelo

⁴⁴ Como visto anteriormente, existencial (ou existenciais) são estruturas que compõem o ser do homem a partir da existência, em seus desdobramentos advindos do *Dasein*.

⁴⁵ Referência a um dos ‘Seminários de Zollikon’, realizados por Martin Heidegger e Medard Boss.

⁴⁶ Crítica no sentido de diferenciar, realçar. “Crítica como diferenciação significa: deixar ver o diferente como tal em sua diferença” (Heidegger, 2001, p. 104).

⁴⁷ Refere-se à segunda parte de *Seminários de Zollikon*, que é composta de diálogos entre Martin Heidegger e Medard Boss.

método das ciências naturais que visa objetivação material e validação científica (ibid., p. 229). É uma questão de método inadequado para estudar o psiquismo/psique.

O homem, enquanto abertura de sentido, é possibilidade para encontros. Esta possibilidade traz tanto a queda do determinismo causal quanto a força da liberdade para as escolhas e solicitações da existência. A liberdade é ser-livre-e-aberto para as solicitações — que são motivações do querer (constituente da liberdade). Ao falar em solicitações, refere-se ao motivo, motivação para o corresponder do homem, ou seja, o entrar em relação com o mundo, de ser-no-mundo-uns-com-os-outros. O querer só ocorre quando há o envolver-se com a motivação (a solicitação) e o seu assumir e aceitação.

O homem existe à medida que corresponde às solicitações da existência, e “os recursos psíquicos são compreendidos como *modi* do ser solicitado e do seu corresponder” (ibid., p. 232). Deste modo, compreende-se a existência do *Dasein* como um constante exercício de liberdade ao escolher, as possibilidades que são as solicitações a serem realizadas.

Como pensar este exercício constante da liberdade na ocorrência de uma doença? A doença pode ser compreendida, fenomenológica-e-daseinsanaliticamente, como restrição à liberdade da existência; uma limitação ao modo específico de correspondência — de ser-no-mundo, poder-ser — e impossibilidade de corresponder a outros apelos de sentido que surjam em seu existir.

Ao abordar a doença como distúrbio de sentido do *Dasein*, Sá (2000, p. 261) considera que o limite de abertura ao sentido está questionado por uma demanda de sentido que não o satisfaz e, assim, o limite é vivenciado como restrição à liberdade de corresponder às solicitações de sua existência. O distúrbio de sentido traz restrição, dificuldade, ameaça ao modo costumeiro, habitual como o horizonte de sentido é desvelado, através de um evento aparentemente sem sentido (velado) ou com outros sentidos não esperados pelo *Dasein*.

O distúrbio, a doença, enfim, a restrição de liberdade e sentido à existência do *Dasein* é, freqüentemente, a justificativa para uma psicoterapia. Torna-se relevante perceber que não é apenas ‘demanda para a terapia’, mas é a questão imposta pela vida ao cliente. O marco diferencial que justifica e legitima a relação terapêutica é acolher o sofrimento e sustentar o distúrbio até o limite em que as solicitações desvelem novos modos de correspondência, de poder-ser-no-mundo.

Medard Boss, na obra *Introdução à Medicina Psicossomática*, expõe que toda doença é psicossomática pois é a existência humana que sofre. Por isso, a *Daseinsanalyse* não se

detém em distinguir doenças somáticas de psicossomáticas; o primordial é “a identificação do benefício que a psicoterapia pode prestar em cada caso específico” (Sá, 2004, p. 5).

Segundo a perspectiva médico-psicológica, um transtorno orgânico considerado psicossomático é causado por questões psicológicas. Já a *Daseinsanalyse* compreenderá como “realização, a esfera corporal, de um modo de ser-no-mundo” (ibid.). Assim, duas questões podem nortear a questão da psicossomática segundo a *Daseinsanalyse*: ‘qual a relação com o mundo que está afetada?’ e, ‘de que modo esta relação se mostra na esfera corporal?’

De um modo geral, outra questão que envolve a psicossomática denomina-se ‘escolha do órgão’, ou seja, o porquê de determinado órgão ou sistema do corpo sempre ser acometido e/ou atualizar um distúrbio. A partir de leituras de Boss, Sá esclarece que “deve-se analisar qual o âmbito de relações com o mundo que diz respeito mais diretamente ao aspecto corporal envolvido e tentar compreender, então, qual o modo de existência como um todo que se realiza no corpo com aquela forma específica” (ibid).

Neste contexto, retorna-se à questão da cronicidade. A doença crônica traz à reflexão alguns porquês: o porquê daquele órgão; o porquê daquela doença; o porquê de ser uma doença crônica. A doença crônica, como já definida, está instalada no corpo no mínimo há três meses. Mas, a conotação mais encontrada é que leva à morte, ou que acompanhará o indivíduo até o seu último momento de vida.

A doença crônica aponta para um fim. Mas, qual fim está sendo referenciado? Fim da vida? A morte? Suspensão de certas atitudes, atividades, projetos? Desvelamentos de outros modos de poder-ser?

Nos tempos atuais, a eficácia da Medicina em pesquisar e fornecer soluções definitivas ou promessas a curto, médio ou longo prazo de cura — ou alívio do sofrimento causado pela doença. É necessário avaliar até que ponto vidas são mantidas em condições dignas de viver: é um ponto delicado por envolver a Ética, trazendo reflexões sobre o respeito ao ser humano, compromissos profissionais e de pesquisas. A cada ano, as indústrias farmacêuticas investem mais capital em pesquisas e novas medicações — ainda em teste — para o progresso, melhor qualidade e resultado nos tratamentos de doenças. Tal ocorrência é importante, porém se deve sempre avaliar qual o objetivo de propor um novo tratamento medicamentoso ao paciente: ‘apenas’ para ter mais um participante na pesquisa quanto à eficácia e os efeitos colaterais da droga ou, porque o ciente tem grandes possibilidades de conseguir uma melhora em seu quadro crônico ou, até mesmo, a extinção da doença.

Outro aspecto importante no tratamento de doença crônica envolve a prescrição de medicações para ‘aliviar’ ou eliminar ansiedade, angústia, dores, depressão, euforia, desânimo, falta de interesse e tantos outros modos-de-ser que são expressões do paciente. Não se está fazendo apologia contra o uso de medicações; ao contrário, há momentos críticos em tratamentos que são ‘bem-vindos’ tais ‘suportes’ para o paciente lidar com todas as questões existenciais atravessadas pela doença e tratamento, os quais muitas das vezes modificam seus hábitos e atividades. O que se quer é chamar atenção para o discurso lucrativo⁴⁸ da ausência de incômodos, dores, pois um ‘calmante’ é muito mais fácil de ser administrado do que perceber, entrar em contato com o que está deixando a pessoa mais agitada, ansiosa etc. Percebe-se uma dificuldade em atribuir sentido, compreender as dores, os incômodos, a doença crônica em um modo geral. Isto exige um exercício constante de ‘parada’: observar o que está ocorrendo no momento da dor, suspender os conceitos e os conhecimentos e entrar em contato com a própria existência, com o que está restrito e com o que está disponível para utilizar na geração de alguma espécie de conforto, alegria, contentamento e, fundamentalmente, de compreensão do que está sendo vivido naquele momento.

Neste momento, observa-se a importância de um espaço terapêutico e, é necessário frisar os ‘dois lados da moeda’: há médicos favoráveis e que encaminham seus clientes a profissionais *psi* e, aqui cabe uma observação: há o risco de o médico compreender algumas doenças como ‘psicossomáticas’ e, nisto atribuir a responsabilidade do tratamento ao profissional *psi*. Portanto, é fundamental o profissional *psi* utilizar seus métodos, critérios para avaliar a necessidade ou não de terapia para o cliente. No outro lado da moeda, há médicos que sequer mencionam esta possibilidade a seus clientes e, optam por receitar algum ‘alívio imediato’ ou encaminhar a um psiquiatra.

Pode-se perceber a presença da técnica neste aspecto: qual a melhor terapêutica para o cliente? A questão da técnica é uma questão de método. Como já dito, Heidegger propõe como ‘caminho para...’ o “envolver-se em nossa relação com o encontro.” (Heidegger, 2001, p. 136) Porém, é preciso olhar como a técnica está sendo utilizada atualmente e, desta forma, chegar-se-á ao que é encontrado no tratamento de doença crônica.

“A Questão da Técnica”, conferência pronunciada por Heidegger em Munique em 1953 e publicada em 1954 no *Anuário da Academia de Belas-Artes da Baviera*, é relevante para a compreensão de uma outra possibilidade de relação com a técnica: um relacionamento livre que baseia-se em colocar o homem diante do sentido essencial da tecnologia e, assim,

⁴⁸ O ‘lucrativo’ refere-se ao movimento economicamente lucrativo dos laboratórios farmacêuticos com drogas ‘milagrosas’ que comportam em suas cápsulas a felicidade, a alegria, a tranquilidade.

revela seu limite. Porém, o modo de desvelamento da técnica moderna, denominado por Heidegger de *Gestell*, impõe uma provocação para que tudo se torne matéria para que sofra intervenção da técnica.

A essência da técnica é compreendida e pode ser vivenciada de duas maneiras: como *consumo* que possibilita o *esquecer* da correspondência ao ser e; como *desvelamento* que possibilita o *lembrar* da escuta e correspondência ao ser. Assim, o fascínio pela técnica traz o risco de não se dar conta: do modo de relação consumista e dependente e do perigo de esquecer da correspondência ao ser. Porém, ao perceber tal esquecimento, este pode ser transformado em lembrança e gerar outras correspondências ao ser.

A crítica heideggeriana da ciência e da técnica pode ser compreendida em dois momentos: não questiona a veracidade destas e não pretende substituí-las por algum método ou modo de saber ‘mais verdadeiro’. A crítica refere-se ao “modo histórico de relação que se estabeleceu entre homem e técnica na época moderna” (Sá, 2004, p. 44). No outro momento, “a disposição de fascínio que impõe ao homem fazendo com que o sentido dos entes, sua essência se reduza, exclusivamente ao aspecto que e lê desvela” (Sá, 2003, p. 7). E que não há garantia da soma de muitos saberes científicos desvelarem uma visão mais correta dos fenômenos. Porém, uma compreensão mais apropriada da natureza da existência humana que pode esclarecer o alcance e limites de cada um desses diversos saberes científicos.

“Vivemos numa época estranha, singular, inquietante. Quanto mais a quantidade de informações aumenta de modo desenfreado, tanto mais decididamente se ampliam o ofuscamento e a cegueira diante dos fenômenos.” (Heidegger, 2001, p. 101-2)

Como não aumentar o ofuscamento e a cegueira diante dos fenômenos, do cliente com suas queixas e sofrimentos? É necessário um exercício para não se aprisionar no caráter produtivo e utilitarista do conhecimento e não ser regido pela verdade enquanto ‘a minha’ certeza e pelos entes — tanto simplesmente-dado quanto existente — enquanto objetos e mercadorias.

Heidegger, em 1959, propõe um outro modo de abertura em relação à técnica: *Gelassenheit*. A tradução para a língua francesa é “*Sérénité*” e, para a língua portuguesa, “*Serenidade*”. O filósofo explicita a Serenidade como uma postura em que a alma se coloca igualmente aberta e desapegada em presença de todas as coisas. Deste modo, é possível dizer *sim* e *não*, simultaneamente, à técnica moderna. *Sim* à presença e emprego circunstancialmente inevitável da técnica; *não* à mitificação histórica que a impõe como ‘modo’ superior, naturalmente necessário de conhecimento e mais verdadeiro.

O ‘não crítico à técnica’ é fundamental para não perder o acesso ao modo de ser mais originário. O *não* é para a dependência criada a tudo que é técnica, pois esta acaba tornando-se uma pele, um uniforme, enfim, uma peça indispensável, fundamental para o viver; o ser, o homem que questiona e se questiona pode ser dispensável — este é o perigo do esquecimento, do consumo e do fascínio pela técnica. À medida que o homem desvela a compreensão de utilizar a tecnologia/técnica e não de escravizar-se para realizar suas atividades, ele tornar-se-á mais livre e aberto para os fenômenos.

A partir de uma frase de Nietzsche⁴⁹, Heidegger (2001, p.154) opina sobre a ciência moderna e a técnica.

A ciência é dominada pelo método (...) [que] determina o que deve ser objeto da ciência e de que maneira ele seja acessível. (...) O principal não é a natureza, como ela interpela o homem a partir de si, mas o que é determinante é como o homem deve representar a natureza a partir da intenção de dominá-la.

Quando Heidegger aceita a proposta dos *Seminários* aos médicos, tem o desafio de desconstruir criticamente o modo técnico calculante de pensar; o de mostrar a necessidade de se estar numa pré-compreensão da verdade como desvelamento das inúmeras possibilidades de sentido dos entes. O filósofo observa que a objetivação científica dificultou o acesso ao modo de ser mais essencial do homem, contentando-se com representações arbitrárias ou mais adequadas.

Em *Serenidade*, Heidegger (2000, p.13) esclarece a ocorrência de dois tipos de pensamento legítimos e necessários: “pensamento que calcula” e “reflexão que medita”. O pensamento calculante visa a objetivação, representações adequadas do ser, das coisas, do mundo. O ‘pensamento que medita’ solicita a uma atenção livre de identificações exclusivas. É deste modo de pensar que faz parte da serenidade. É um pensamento que surge pouco espontaneamente; “exige um grande esforço, requer um treino demorado e carece de cuidados”. (ibid, p.14) Porém, qualquer pessoa pode praticá-lo, segundo seus limites e maneiras, pois é o homem o ser que pensa, medita.

Segundo Heidegger, a época atual é ameaçada pela perda do enraizamento — noção compreendida como condição do homem em relação à sua terra natal, ao local aonde se encontra: os vínculos, a utilização, apropriação. O desenraizamento não ocorre somente com a

⁴⁹ “Não é a vitória da ciência que destaca o nosso século XIX, mas sim a vitória do método sobre a ciência”. (Nietzsche. *Vontade de poder*) (Heidegger, 2001, p. 154)

saída do homem de sua terra natal; ocorre com o homem que está em terra natal mas, perdeu a ‘conexão’, ligação, a raiz com sua terra. Nisto, percebe-se que o uso da técnica está envolvido e tem grandes participações neste ‘movimento de desenraizamento’: pode-se dizer que é a consequência do fascínio da técnica.

Em Heidegger (2000, p. 21), percebe-se que o risco maior não é a técnica dominar o mundo mas, o homem não estar preparado para tais transformações por não lidar com o que está a emergir com o pensamento que medita. Tal preparação só ocorrerá a partir do momento que o homem resolva trilhar pelo caminho “mais longo e, por isto, o mais difícil. Este caminho é um caminho de reflexão” (ibid., p. 23). Desta maneira, há possibilidade do ‘homem da técnica’ se enraizar em um novo solo ou de se conquistar um solo para um futuro enraizamento. A partir deste caminho de reflexão que será possível dizer *sim* e *não* à tecnologia e, assim praticar a serenidade. “A serenidade em relação às coisas e a abertura ao mistério dão-nos a perspectiva de um novo enraizamento” (ibid., p. 25)

“A serenidade seria, então não apenas o caminho, mas também o caminhar, o movimento” (ibid., p. 45). Deste modo, pode-se remeter à compreensão de método proposta por Heidegger como “caminho para”, em que o método existe e acontece à medida ‘que se caminha’. O caminhar inquieto, incerto pelo “vaivém entre sim e não” (ibid., p. 51) da técnica, aponta para que se está suspenso entre os dois modos de lidar e relacionar-se com ela.

Este *entre*, este *caminhar* ‘zig-zag-ante’, ou até mesmo serpenteante, remete ao caminhar do Equilibrista⁵⁰ que, a cada passo, desenrola o fio de sua existência e constrói o chão em que pisa. Ao imaginar o Equilibrista caminhando em seu fio, deve-se visualizar também os dois lados entre o fio: o equilibrista só o é com a existência do fio e dos lados em que ele pode cair. Assim deve ser a relação do homem com a técnica: permanecer *entre* o sim e o não, pois este permanecer é, na verdade, o aguardar — que é a relação com a abertura de sentido. A “experiência do aguardar” é o “aguardar pelo abrir-se da abertura e estar na relação com este aguardar”(Heidegger, 2000, p. 50) é compreendida como serenidade.

Pensar a *serenidade* enquanto modo de abertura em relação à técnica é um desafio. O equilíbrio no fio que atravessa ‘o sim e o não’ e a permanência no *entre* são posicionamentos que exigem constante exercício e meditação a respeito do que seja ‘sim’ e ‘não’ em um tratamento de um ser com uma doença crônica.

O profissional de saúde deve estar atento aos seus princípios éticos quando propõe um tratamento ao seu cliente: qual a finalidade deste tratamento e as condições do cliente se

⁵⁰ Referência ao personagem-título de *O Equilibrista*, de Fernanda Lopes de Almeida.

beneficiar. O portador de doença crônica deve exercer seu direito de questionar sobre os procedimentos e benefícios de seu tratamento e, sempre que possível, escolher sobre sua adesão.

A *serenidade*, enquanto método, pode estar presente no paciente e no profissional de saúde, ao longo do tratamento, no sentido de “caminhar, movimento” (Heidegger, 2000, p. 45). O período do tratamento pode ser compreendido como uma caminhada constituída pelo caminhar inquieto e incerto de seus equilibristas-andarilhos, que poderão estar *ocupados* ou *preocupados* com cada passo neste percurso. E, nesta caminhada, a experiência do *aguardar* o próximo passo deve ser a vivência do passo que está sendo dado, ou seja, ao aguardar pela abertura de sentido — de novas possibilidades de se tratar —, deve-se buscar a relação com o aguardar: uma tentativa de permanecer no momento atual, num movimento de enraizamento, um caminho de reflexão.

1.1 Analisando as contribuições teóricas: distanciamentos e aproximações do pensamento fenomenológico-existencial

O momento é de avaliar as contribuições que se afastam e se aproximam do pensamento fenomenológico-existencial.

Dentre as contribuições descritas, observou-se que a Psicanálise aborda a causa da doença localizada no corpo ou no psiquismo. O homem é constituído de mente e corpo e, no caso de manifestações de doenças, um influencia o outro, havendo doenças causadas pelo corpo e que afetam o psiquismo e vice-versa.

E, especificamente em relação à doença crônica, aposta-se na fixação do sujeito ao ser enfermo, já que a análise trata de um sujeito que fala do que sofre. O ‘ganho secundário da doença’ é uma perspectiva de interpretação de uma das maneiras como o sujeito se relaciona com a doença. Este ganho ocorre sob a ação do inconsciente, já que, conscientemente, o sujeito não percebe que determinadas atitudes e reações do tratamento ou doença podem causar satisfação e prazer.

Com relação à Psicossomática, inúmeros autores abordaram doenças denominadas *psicossomáticas* como as que tinham o aspecto psicológico como sua etiologia. Escolheu-se abordar *Fenômenos Psicossomáticos* (Lewis e Lewis, 1999), por apresentar estudos sobre diversas doenças crônicas. Com uma visão próxima ao determinismo-causal, os autores

apresentaram as causas destas doenças como sendo determinadas emoções e tipos de personalidade dos sujeitos.

Os autores que divergem deste olhar causal na Psicossomática são Franz Alexander, Georg Groddeck e Danilo Perestrello.

Alexander⁵¹ (1989 apud Cerchiari, 2000, p. 65) afirma “cada doença é psicossomática, uma vez que os fatores emocionais influenciam todos os processos do corpo, através das vias nervosas humorais e que os fenômenos somáticos e psicológicos ocorrem no mesmo organismo e são apenas dois aspectos do mesmo processo”.

Groddeck, ao teorizar o *Isso*⁵², observou que toda doença física é também psíquica e toda doença psíquica é também física, já que tudo se refere à unicidade das expressões do *isso*.

Perestrello apontou que todas as doenças não são somente psicossomáticas, mas antropogênicas — os motivos do adoecimento estão no próprio homem.

A Fenomenologia-Existencial também diverge do posicionamento causalista da abordagem psicanalítica. Não acredita na existência do determinismo-causal de emoções e tipos de personalidade, determinando qual doença o indivíduo terá e não terá, como também não se aborda a visão do aspecto psicológico ‘gerar’ uma doença física. Com uma compreensão diferente do ser humano, do que seja psicossomática e da doença intitulada psicossomática, a Fenomenologia-Existencial aborda o indivíduo como um todo, somente utilizando as expressões mente-corpo; psicológico, psíquico e orgânico, físico por questões didáticas. Toda doença é considerada psicossomática por afetar a existência do ser. Em uma palestra proferida em 1984, Medard Boss apontou as bases filosóficas para uma Medicina Psicossomática, porém, constatou que já não se tratava somente de psicossomática, mas uma Medicina Antropológica por ser “uma Medicina em harmonia com o humano do homem” (Boss, 1997, p. 29).

O aspecto a ser observado na teoria psicanalítica é o ponto de vista econômico em relação aos diversos modos de circulação da energia pulsional em situações de adoecimento. Deve-se pensar como a pulsão, enquanto processo dinâmico, constituído de *pressão, alvo, objeto e fonte*, circula em quadros crônicos: os modos como o sujeito ‘circula’ pela vida, em

⁵¹ Alexander, F. *Medicina Psicossomática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

⁵² “O *Isso* engloba [...] o corpo e a alma, o fisiológico e o psicológico; perante o *Isso* não há fronteira demarcando o físico e o psíquico. Ambos são manifestações do *Isso*, formas de apresentação” (Nasio, 1995, p.118).

suas atividades e relacionamentos; as maneiras deste sujeito manter a circulação da pulsão; quais são os objetos⁵³ utilizados para obter satisfação e; se as fontes estão em relação com os órgãos atingidos pelas doenças crônicas.

Esta possibilidade de diversidade da circulação da energia pulsional, pode remeter à disposição do indivíduo estar aberto e fechado para a vida, suas obrigações, ocupações enquanto está adoecido e, quanto à fonte da pulsão ser corporal, o que se pode pensar quanto à doença crônica, é o sentido da função⁵⁴ do órgão-sede⁵⁵ da doença na existência do homem.

Georges Canguilhem abordou a doença como norma de vida e o indivíduo só é realmente doente quando admite apenas *uma* norma, já que a vida proporciona ao ser vivo a possibilidade de ter e exercer várias normas.

A compreensão de doença como norma de vida assemelha-se ao olhar da Fenomenologia-Existencial para a doença enquanto restrição da liberdade do ser.

Jaspers sinalizou as tentativas fracassadas de conceituar saúde e doença através de juízos de valor e de médias. À crítica do filósofo e psiquiatra, podem-se acrescentar as considerações de Martin Heidegger e Medard Boss, em *Seminários de Zollikon*, sobre a questão do psíquico e do somático serem uma questão de método: o fenômeno psíquico não pode ser pesado e nem medido, enquanto o que é somático pode ser quantificado.

É chegado o momento de desvelar outros sentidos fenomenológicos-existenciais para a Cronicidade. Sair e retornar da caverna quantas vezes forem necessárias para novos descobrimentos...

⁵³ Recordando o esclarecimento de Garcia-Roza (2000, p. 122) que o objeto é variável: a própria pessoa, outras pessoas, pessoas 'inteiras' ou partes do corpo; podendo o objeto ser real ou fantasmático.

⁵⁴ Neste momento, a palavra *função* refere-se às atividades exercidas pelo órgão-sede da doença e a relação do sentido destas atividades na existência do crônico. Por ex., uma das funções do intestino é auxiliar a digestão na absorção dos nutrientes dos alimentos e na eliminação do que não será utilizado pelo organismo. Dentre estas funções, os sentidos a serem observados, em um indivíduo com alguma doença crônica na região intestinal, serão os modos de absorver e eliminar as vivências, afetos e experiências de sua existência.

⁵⁵ A expressão 'órgão-sede' refere-se ao órgão que 'sedia', concentra a doença. Por ex., os pulmões são os órgãos-sede da pneumonia – o que não elimina a participação de outros órgãos no desenvolvimento da doença.

2. A Cronicidade à luz da Fenomenologia-Existencial: desencobrimientos possíveis

Quando se trata de uma doença crônica ou mesmo de casos sem esperança de recuperação, sempre importará, então aliviar os sofrimentos.

Hans-Georg Gadamer⁵⁶

Para a libertação própria, exige-se não somente violência, mas também persistência, uma longa coragem que dê para atravessar os graus e percorrer os degraus de todo nível e altura, que possa suportar retrocessos., Somente uma familiaridade assim, com as etapas necessariamente integradas, pode proporcionar sucesso.

Martin Heidegger⁵⁷

As páginas seguintes convidam a desencobrimientos possíveis para o estudo da cronicidade, na perspectiva fenomenológica-existencial. Sucintamente, foram abordadas obras de Françoise Dastur, Hans-Georg Gadamer e fragmentos de Hannah Arendt, Medard Boss e Martin Heidegger.

Desencobrendo o perdão e a promessa em Hannah Arendt

Hannah Arendt aponta a importância do perdão e da promessa na existência humana. O perdão vem como única solução para o problema da irreversibilidade⁵⁸, “serve para desfazer os atos do passado” (Arendt, 2008, p. 249).

Perdoar vem como ferramenta para o exercício do desapego; de abandono de vivências que marcam a existência, de tal modo que o indivíduo sente-se ‘dependente’ daquele fato: como se a vida só fizesse sentido com a existência de tal ocorrência em seu passado, em sua vida.

O perdão, como possibilidade de mudança no modo-de-ser, traz a proposta de desapego deste passado-no-presente e pode conduzir os modos do indivíduo ser e estar no mundo. A idéia do desapego advém do aspecto irreversível de situações ocorridas na

⁵⁶ Gadamer, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 174.

⁵⁷ Heidegger, Martin. *O ser e verdade*. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 154.

⁵⁸ Irreversibilidade refere-se à “impossibilidade de se desfazer o que se fez, embora não se soubesse nem se pudesse saber o que se fazia” (Arendt, 2008, p. 248).

existência e que podem gerar fechamento de sentido em relação a outros modos de lidar com tais situações. Desapegar não deve ser compreendido como sinônimo de ‘colocar de lado’, ‘esquecer’ ou ‘esconder debaixo do tapete’; mas pode ser compreendido como ‘não precisar mais’, ‘abandonar’.

Quantas situações constituintes da vida do indivíduo tornam-se referências e justificativas para seu comportamento, seu modo-de-ser? Quantas vivências irreversíveis têm o poder de destruir ideais e proporcionam visões restritas de possibilidades a serem vivenciadas, tolhendo e aprisionando a vida a padrões restritos, delimitados, sem possibilidade de perceber outros modos de viver mais leve e livremente?

Perdoar traz a possibilidade de o indivíduo liberar-se para a vida: não carregar mais um peso irreversível, como um castigo, e perceber a existência do peso, não podendo voltar no passado para evitar o erro. A pessoa percebe que o que lhe ‘resta’ são caminhos a escolher:

- continuar a carregar o peso, apostando na errônea chance de mudança do peso;
- reconhecer a existência e influência do peso e não se restringir a somente carregá-lo;
- negar a existência do peso e forçar-se a viver como se o peso nunca tivesse lhe incomodado.

O perdão traz a possibilidade de re-significar o fato, abrindo oportunidade para outras vivências e dando o devido destino para afetos guardados, abafados, sufocados. A ação do perdão e da re-significação pode ser percebida como uma liberação de espaço, uma leveza no corpo e nos pensamentos. A pessoa se liberta para novas experiências sem se sentir culpada: é permitir-se viver mais ampla e autenticamente sem se boicotar por julgar-se não merecedora de tal vivência.

O perdão ocorre de modo imprevisível: não é uma ação que se saiba seu início e fim, é uma faculdade que, ‘aparentemente’ sabe-se quando ela inicia; mas seu término só é percebido depois que já foi ‘concluída’. ‘Aparentemente’ porque, quando a pessoa se conscientiza da necessidade de perdoar alguma situação ou alguém, ela já está no ‘processo’ do perdão: o conscientizar é um passo *a posteriori*; pode-se dizer que o permitir-se perdoar seria o passo *a priori*. Portanto, não existe, de fato, um marco que indique o ‘início’ do ato de perdoar.

O perdão é um dos modos de pôr fim em algo que poderia prosseguir e privar a pessoa de outras vivências. Neste aspecto, remete-se à questão do perdão liberar a pessoa para a vida. Na prática do perdão, quem perdoa depende dos outros para se perdoar; pois se o sujeito-do-perdão ficar restrito a si mesmo, não conseguirá jamais se perdoar porque o sujeito-do-perdão carece “do conhecimento da pessoa em consideração à qual se pode perdoar” (ibid., p. 255).

A promessa vem como solução para o imprevisível e a incerteza do futuro, e prometer serve para criar “certas ilhas de segurança” (ibid., p. 249) no futuro.

O imprevisível parcialmente eliminado pelo ato de prometer possui duas origens: inconfiabilidade fundamental do ser humano – não há garantias de quem será amanhã – e impossibilidade de prever as conseqüências de uma ação.

Quando a promessa perde o sentido de ‘pequenas ilhas’ e torna-se ‘ilusórios continentes’ de certeza, ela ganha outro sentido, desvirtuando seu aspecto produtor. A promessa pode ser entendida como uma alavanca, um apoio para as grandes empreitadas. Um exemplo é quando a criança aprende a andar de bicicleta: costuma-se colocar rodas de apoio e, com o passar do tempo, são retiradas à medida que a criança aprende a equilibrar-se na bicicleta. As rodas de apoio são ilhas de certeza, uma forma de promessa de que a criança vai conquistar aquela meta.

É importante perceber o papel da promessa no cotidiano do doente crônico. Em vários momentos, há a tentativa de construção de ‘metrópoles’ de certezas em função da angústia e do chamamento que certas ocorrências geram no indivíduo. Porém, ao constatar que não há como programar tudo o que ocorrerá em seu tratamento e em sua vida, ele desistirá de construir a ‘metrópole das certezas’ e partirá para hospedar-se em pequenas ilhas pelo tempo necessário. O perdão e a promessa estão correlacionados com “conviver com outros na modalidade da ação e do discurso e são, assim, mecanismos de controle embutidos na própria faculdade de iniciar processos novos e intermináveis” (Arendt, 2008, p. 257).

Arendt constatou que o perdão e a promessa são importantes para o viver autêntico humano pois, sem estas faculdades, o ser humano tornar-se-ia “vítima de uma necessidade automática” (ibid., p. 258) que traria como característica os processos naturais.

Ao refletir sobre a importância destas faculdades, pode-se perceber o valor destas na existência humana, como um diferenciador do existente para os entes simplesmente-dados.

O perdão e a promessa proporcionam ao homem a possibilidade de interrupção de atividades e início de novos projetos, indicando a tendência humana à ação que perenemente adverte “os homens, embora devam morrer, não nascem para morrer, mas para começar” (ibid., p. 258). Este pensamento contribui para o pensar a vivência da doença crônica como uma condenação à morte ou um rótulo que contenha a “data de validade”. Vivenciar a cronicidade e, indiretamente, o seu remeter à finitude humana pode ocorrer de várias maneiras: total negação; reconhecimento sem apropriação da necessidade de mudança de hábitos; reconhecimento e mudanças, indicando novas perspectivas na existência.

Desencobrimientos de Hans-Georg Gadamer sobre o caráter oculto da saúde

Hans-Georg Gadamer (1900-2002), em ‘O caráter oculto da saúde’ (2006) traz reflexões filosóficas sobre a saúde e a doença abordando situações do “mundo da vida”. Merece atenção o texto-título da obra, por abordar o que pode ser compreendido por saúde e quais desvelamentos podem ser feitos para compreender o que seja doença.

Saúde pode ser sentida como um tipo de bem-estar, disposição para realizar tarefas, abertura ao conhecimento, pode-se auto-esquecer, não sentir fadiga e nem que se está fazendo esforço. Saúde é “estar-no-mundo, estar-com-pessoas sentir-se ativa e prazerosamente satisfeito com as próprias tarefas da vida” (Gadamer, 2006, p. 118).

Estar-no-mundo com as pessoas, ativo e satisfeito, traz à reflexão as oscilações do cotidiano: os contratempos, os acasos, os atrasos, as frustrações, os horários cumpridos, os encontros... Ao dizer ‘oscilações’ remete-se à idéia de “estado de equilíbrio”. Manter este estado refere-se ao tipo adequado de manutenção, ou seja, à intervenção mais adequada. Descobrir qual o melhor tipo de manutenção só é possível com a experiência, pois se pode fazer mais ou menos do que é necessário. Saúde “é o ritmo da vida, um processo contínuo, no qual o equilíbrio sempre volta a se estabilizar” (ibid., p. 119).

Ao citar Heráclito⁵⁹, Gadamer aponta todo tratamento como uma “harmonia não manifesta, cuja recuperação é o que importa e na qual se encontra, por fim, o milagre da reconvalescença e o segredo da saúde” (ibid., p. 121).

O filósofo, ao refletir sobre o pensamento de Heráclito, analisa os aspectos da harmonia para caracterizar o conceito de saúde, observando a integração do indivíduo com o meio social e ambiente natural e, “um milagre de uma forte mas oculta harmonia” (ibid., p. 136). Deve-se atentar para um sentido da palavra milagre: a sua não-freqüente ocorrência. E, por ter o caráter ‘oculto’, percebe-se que sentir a saúde é um exercício difícil e que, normalmente, as pessoas não estão preocupadas em experienciá-la conscientemente.

Ao pensar na saúde como estado de equilíbrio, a doença acaba sendo pensada como um desequilíbrio e “toda intervenção médica como uma tentativa de restabelecimento de um equilíbrio perturbado” (ibid., p. 45). A recuperação e a perda do equilíbrio ocorrem na forma de uma forte e abrupta transformação.

⁵⁹ “A harmonia oculta é sempre mais forte que a manifesta” (ibid., p. 120).

Gadamer aponta que, além de poder ser compreendida como perda de equilíbrio, a doença pode ser vista “como processo histórico de vida e um processo social” (ibid., p. 50), “é uma experiência do doente” (ibid., p. 62), “perda da imperturbada liberdade significa sempre um tipo de exclusão da vida” (ibid., p. 63)

A pergunta ‘o que a doença quer dizer ao doente?’ deve ser constantemente feita para o doente praticar um olhar para si, voltar o seu olhar para suas percepções, sentimentos — ir além dos sintomas e efeitos colaterais; suspender o saber tecnológico de sua patologia e encontrar-se com o seu sentir, vivenciar a dor, a doença, as limitações e as possibilidades que acompanham o ‘ser-doente’-no-mundo. A doença apresenta características do modo-de-ser do doente em se relacionar com o mundo, podendo pensar a escolha do órgão como um modo de compreensão sobre o órgão afetado por uma doença. O órgão é ‘escolhido’, inconscientemente⁶⁰, pelo indivíduo através da percepção de quanto a relação do funcionamento da função orgânica com o seu simbolismo na existência está desviada de sua realização adequada.

O indivíduo encontra-se limitado em suas possibilidades de se relacionar com o mundo em função da doença. Quais limitações que a doença gera no indivíduo e o quê estas limitações retratam e refletem no cotidiano do indivíduo — quais limitações são geradas a partir desta limitação ‘orgânica’?

“O enfoque não é no fato, mas no fenômeno do mundo vivido” (Ribeiro, 2008, p. 174) A questão não é ter uma doença crônica, mas como se vive e *con-vive* com ela, com suas restrições, como é o tornar-se presente no mundo com uma doença que está com o indivíduo há algum tempo e poderá acompanhá-lo, habitá-lo até o seu fim.

Um grande desafio ao cuidar do crônico é desvelar a possibilidade (quase necessidade) de aceitar e *con-viver* com a doença enquanto esta permitir. Portanto, a busca do alívio do sofrimento e da compreensão da importância dos tratamentos são pontos a serem observados, despertados e motivados no portador e esclarecidos aos familiares.

Através dos profissionais de saúde e seus êxitos, desvela-se a questão dos limites do *ser-capaz-de-fazer*⁶¹ humano: tanto o profissional quanto o paciente são limitados. Aprender a

⁶⁰ O termo ‘inconscientemente’ está sendo utilizado no sentido adverbial. Não está se referindo ao inconsciente freudiano.

⁶¹ “Constitui o conceito do ser-capaz-de-fazer o fato de ele não ser uma simples execução, mas sim, perante uma possível execução, a posse dessa possibilidade. Assim, pertence à consciência de todo ser-capaz-de-fazer autêntico ter ainda domínio sobre a aplicação de sua própria capacidade. Platão já havia dado atenção a essa flexibilidade interna no conceito de ser-capaz-de-fazer (*techne*), ao evidenciar que todo ser-capaz-de-fazer é, simultaneamente, a capacidade de ser-capaz-de-fazer alguma coisa e a capacidade de ser-capaz-de-fazer o seu contrário” (Gadamer, 2006, p. 58).

aceitar tal limitação é importante para o desvelamento de outros modos-de-ser e lidar com a existência que traz o marco da limitação funcional por causa de uma doença crônica. O profissional, ao compreender sua limitação enquanto ‘técnico’, provavelmente depara-se também com sua característica de limitação enquanto ser humano, com suas dificuldades e conhecimentos. O profissional, ao constatar sua limitação, abre a possibilidade de outras intervenções ainda possíveis e importantes para o alívio do sofrimento de seu paciente. Também pode abrir a possibilidade de ele e de seu cliente conviverem com a questão da finitude e dos sentidos ainda a serem desvelados em suas existências e do sentido da doença enquanto oportunidade de descoberta de outros modos-de-ser e circulação pela vida.

Os profissionais de saúde que acompanham os crônicos precisam se conscientizar do valor e duração de seu trabalho: não é somente um único encontro ou atendimento, mas inúmeros e uma relação a longo prazo. Como o paciente e o profissional lidam com esta característica de uma ‘longa e sinuosa estrada’⁶² a ser descoberta e percorrida? Até neste aspecto a cronicidade está presente: este vínculo é crônico. Como pensar as relações, procedimentos que se tornam constituintes de uma existência, em função de uma doença crônica? Quais os sentidos para as relações (hábitos, deveres e direitos) que o paciente passa a ter ao constatar o seu modo-de-ser afetado pela cronicidade?

A dificuldade do homem de encarar a morte como uma das fases da existência, traz o peso da possibilidade de sua vivência. Associar o final ao começo aponta para um outro modo de lidar com a morte. “A mais crônica de todas as doenças é encontrar o caminho da morte” (Gadamer, 2006, p. 97). Este caminho é crônico por ser percorrido ao longo da vida, estando ou não condenado ao Tártaro.

A descrição do Tártaro e a condenação dos deuses passarem por privações, trazem a possibilidade de pensar no caminho que o doente crônico percorreu e ainda percorre e sua existência até encontrar **uma habitante** do Tártaro que sinaliza o caráter de sua impossibilidade de realizar todas as possibilidades existentes para o seu ser.

Compreender a doença crônica enquanto habitante da existência humana é tão difícil quanto aceitar a questão da morte e finitude enquanto “o mais amplo destino” (ibid.) do homem.

A questão da cronicidade convoca à análise dos modos de autotratamento: até que ponto o homem se autotrata, autocuida e autoconhece? Normalmente, o homem se trata (ou contrata alguém) para ter condições de trabalhar — estar em bom funcionamento, como uma

⁶² Tradução livre do título da canção “The long and winding road” (Lennon e McCartney).

máquina que é vistoriada, para manter sua operação plena. Quando o homem se trata e permite ser tratado, volta o olhar para outros aspectos da vida que, naquele momento de adoecimento, são desvelados ou mais perceptíveis. Mas, ao se recuperar, abandona, aos poucos, os cuidados dedicados para si. É neste modo de lidar consigo e com o mundo que se deve perceber como é receber a notícia de um habitante em sua existência por tempo indeterminado, exigindo atenção, cuidado, mudanças no modo de viver?

Portanto, é importante aprender, conscientizar-se e ‘submeter-se’ um autotratamento constante, que consiste em “auscultar; escutar silenciosa e atentamente; preencher-se com o todo da riqueza do mundo em um momento imperturbado e não afetado pelo sofrimento.” (Gadamer, 2006, p. 107). E, este autotratamento é um exercício constante ao longo da existência, que levará o indivíduo a conhecer-se, entender seu corpo e sua mente como modos de expressar a existência que vive com ou sem dor, doença, sofrimento, alegria, coragem... Ao se auscultar, o indivíduo passa a compreender seus limites, dificuldades e facilidades e busca auxílio quando não tem meios de se tratar ou quando é o momento de ser acolhido por um profissional.

Gadamer é enfático ao abordar a impossibilidade de uma pessoa ser tratada⁶³ e de um médico ajudar a superar uma enfermidade se estiver exercendo apenas o *ser-capaz-de-fazer* rotineiro e de caráter especialista. O desempenho da técnica é importante mas, um tratamento não se resume nisto. O médico ou profissional de saúde e o paciente são parceiros não somente nesta relação de tratamento, mas também no mundo-da-vida (*Lebenswelt*) que os carrega e aponta que a tarefa de cada um é encontrar o seu caminho neste ‘mundo’. De certo modo, o homem encontra, constrói, desconstrói e reconstrói seu caminho através de suas escolhas e de suas parcerias; sendo que, abordando o profissional de saúde, tem-se o olhar mais apurado para a prática de sua técnica com o mundo-da-vida: enquanto provedor de saúde e de vida e enquanto envolver a vida em toda sua potência em suas intervenções.

A função da dor na vida, segundo Gadamer, aponta para uma perturbação na estrutura do equilíbrio do movimento da vida que constitui a saúde. A contribuição do autor pode ser compreendida como uma proposta de observância do fenômeno da dor na existência: o que desvela esta dor; quais sentimentos ela promove; em quais movimentos ela gera desequilíbrio;

⁶³ “Em ‘tratamento’ se escuta, literalmente, a mão, a mão sábia e exercitada que reconhece o tecido apalpando-o. Tratamento ultrapassa a progressividade das técnicas modernas. Nele há não somente a mão, mas também o ouvido sensível que escuta a palavra certa e o olho observador do médico que procura dissimular a si mesmo com um olhar cuidadoso. Existem muitas coisas que se tornam essenciais para o paciente no momento do tratamento. (...) Em alemão, ‘tratamento’ é, nesse sentido, *Behandlung*, que contém a palavra alemã *Hand*, a qual corresponde à ‘mão’” (Gadamer, 2006, p. 106).

qual a influência destes movimentos em desequilíbrio na vida; quais desvelamentos de diferentes modos-de-ser esta dor traz à vida do indivíduo.

O filósofo critica a atitude de a doença ser “tratada como um ser com vida própria, com o qual se tem de lidar” (Gadamer, 2006, p. 117). Esta observação relevante traz o fato do especialismo na Saúde, onde o ortopedista avalia o osso fraturado e não olha para aquela existência fraturada; o psicólogo avalia as funções psíquicas e comportamentais e não olha para aquela existência fraturada e ansiosa. O grande risco é o profissional perder-se em seu especialismo e voltar-se apenas para o órgão com lesão, sem cogitar uma ligação ou relação daquele órgão com o restante do corpo do indivíduo. Não se encontram corações, fígados, cérebros, intestinos, colunas vertebrais em bancos e cadeiras de salas de espera de hospitais e consultórios. “Os seres humanos têm de re-aprender que toda perturbação da saúde, pequenas dores e mesmo todas as infecções são, na verdade, sinais para se recuperar o adequado⁶⁴, o balanço do equilíbrio” (ibid., p. 141).

As doenças, dores e quaisquer reações orgânicas são modos enigmáticos e oraculares de desvelamento de sentido. É necessário ‘decifrar’ seus sentidos e mensagens que indicam quais são os modos de ser e estar no mundo que estão restringidos. Ao pensar uma doença crônica, deve-se remeter não somente à restrição de liberdade que a patologia desvela, mas ao tempo em que o indivíduo está restrito, quais as possibilidades que foram desveladas a partir desta restrição e quais possibilidades foram veladas, descartadas em função da doença.

Gadamer, em vários momentos de ‘O caráter oculto da saúde’, aborda a importância da pergunta que o médico faz “você está se sentindo doente?”, indicando que “o organismo possui um tipo de consciência que fornece uma resposta sobre o estado geral do organismo” (ibid., p. 163), sendo importante estar atento a esta resposta que protege de adoecer em função de padrões impostos pelas relações cotidianas e, principalmente, aos sinais de que o corpo está em um ‘ritmo descompassado’.

Ao perceber este descompasso ou desarranjo na sinfonia da existência humana, surge a pergunta: mas, o que é propriamente a doença entre o poder exercer algumas atividades do cotidiano, encaminhar soluções para as que possuem impedimento de exercício e abrir mão do exercício de preocupar-se e ocupar-se. O indivíduo trilhará este caminho oscilante, em busca de reestabelecer seu equilíbrio. Será que este equilíbrio pode ser reconquistado ou ele será constantemente metamorfoseado exatamente pelo indivíduo não ser o mesmo desde quando ficou ‘doente’ até o momento de estar saudável?

⁶⁴ “O adequado não é algo que se deixe verificar. (...) O verdadeiro sentido significativo do adequado é precisamente que ele representa algo que não se pode definir” (Gadamer, 2006, p. 138).

“O mistério da saúde permanece oculto (...) o caráter oculto, que se constitui no esquecer. (...) Não poder esquecer é um sofrimento pesado” (ibid., p. 143). A saúde está ‘fundamentada’ no esquecimento, ocultamento por não ser percebida por sua manifestação, mas pela ausência de queixas, dores, sofrimento. A saúde pode ser compreendida como encobrimento da condição finita do homem. Por ser vivenciada como um esquecimento, o indivíduo atua no mundo livremente, sem excessivas e exageradas preocupações com seu bem-estar. A questão do esquecimento como ‘característica-e-condição’ da saúde pode ser comparada com o poder do perdão como ‘atitude libertadora’ para o indivíduo vivenciar novas possibilidades em sua existência. A saúde enquanto esquecimento permite uma maior circulação do homem liberto pelas inúmeras oportunidades existentes. Estando o indivíduo saudável, ele poderá esquecer suas dores e circular livremente pelas oportunidades existentes e realizáveis para sua existência.

Gadamer relembra o mito de Prometeu, nos aspectos do esquecimento do momento da morte e do roubo do fogo aos mortais. Prometeu retirou o conhecimento prévio do momento da morte que os homens possuíam. Eles viviam esperando o seu fim em cavernas e, tomados pela esperança, despertaram para transformar o mundo em um lugar habitável. Através do roubo do fogo para os homens, Prometeu “provocou todo o grande ser-capaz-de-fazer-humano” (Gadamer, 2006, p. 158-9). De certo modo, uma interpretação para o esquecimento do momento da morte é o envolvimento do homem com o ser-capaz-de-fazer. “(...) o saber do momento da própria morte transforma a verdadeira distinção do ser humano, que se constitui no antever o futuro, exatamente em seu contrário, no apático voltar a viver nas cavernas.” (ibid., p. 159). Pensar no que foi velado enquanto se sabia do momento da morte e o que passou a ser desvelado a partir do velamento do momento da morte. Com este velamento, o homem se libertou para quais aspectos da existência?

“Conceitos de saúde e doença descrevem fenômenos vitais, aspectos da vitalidade flutuante que acompanha os altos e baixos do nosso sentimento de vida” (ibid., p. 173). Com esta passagem, há maior nitidez quanto à compreensão da saúde e doença como estados de equilíbrio da existência humana, não havendo mais espaço para separação mente-corpo-natureza⁶⁵. “De modo que nunca deveríamos esquecer que, ao se obter uma cura, o doente e o médico se juntam para conferir honras à natureza” (ibid., p. 121).

⁶⁵ “É o todo, dos movimentos astrais ao clima, à disposição das águas e condições dos campos e florestas, que cerca a natureza humana em seu estado geral e no que a ameaça” (Gadamer, 2006, p. 120).

Desencobrendo as noções de temporalidade e tornar-se presente em Martin Heidegger e Medard Boss

Em *Seminários de Zollikon*, Martin Heidegger e Medard Boss abordaram temas relevantes para o desvelamento de outras possibilidades de manejo com a questão da saúde, doença e de pensar as influências teóricas na prática de médicos e psicoterapeutas.

A questão da cronicidade não está abordada de maneira descritiva, porém pode-se encontrar várias contribuições nos *Seminários* para pensar o indivíduo com a doença crônica e os possíveis modos de compreendê-lo e tratá-lo.

A relação do homem com o tempo torna-se importante. “[O tempo] nos é concedido para que o usemos de uma ou de outra forma. Também é justamente quando não temos tempo, somos pressionados pelo tempo que nos é concedido. Somos atingidos pelo tempo. Ele nos diz respeito” (Heidegger, 2001, p. 87).

O modo como o homem lida com seu tempo remete ao seu viver e ao *ser-com*. O estar-doente traz a oportunidade e necessidade de mudança de hábitos e de ritmo de vida. O tempo torna-se um tema com várias facetas: tempo-duração da doença; tempo para curar-se; tempo para cuidar-se; tempo perdido em repousos, em exames, consultas; tempo consigo mesmo; tempo de vida.

Ter e não ter tempo refere-se, respectivamente, ao tempo que pertence e que não pertence ao homem. Será que existe o ‘não ter tempo’? Ou será que são as condições existenciais e escolhas do indivíduo que direcionam este ‘ter’ tempo? De certo modo. A vivência do não-ter-tempo está relacionada com a experiência de não poder realizar todas as possibilidades disponíveis na existência humana.

O ‘ter tempo’ está vinculado ao modo de aguardar, tornar presente e conservar do homem. Esta forma de se relacionar com o próprio tempo é o que dará ao homem a experiência de ter tempo, não ter tempo, sobrar tempo, não sobrar tempo, aproveitar tempo, jogar tempo fora... “A relação com o tempo que temos (...) é a que sustenta nossa morada no mundo” (ibid., p. 93). O que o indivíduo está aguardando, tornando presente e conservando em sua existência e, em especial, na experiência de portador de doença crônica?

O ‘tornar presente’ refere-se ao ‘estar lá’, estar em uma situação, local; é

uma maneira de estar junto de entes (...); é um modo possível do nosso estar-aqui” (ibid., p. 99). “Este estar junto de tem geralmente o caráter do perceber corporalmente coisas corporalmente presentes. Mas, o nosso estar-aqui também pode ocupar-se do estar junto de coisas não-corporalmente presentes. (ibid., p.100).

A intenção é refletir sobre os modos de estar-junto e estar-aqui do doente crônico: como ele se relaciona com o que o rodeia corporalmente presente e com o que se encontra não-corporalmente presente. De quais modos, o crônico pode se relacionar com o seu habitante⁶⁶ e torná-lo presente? Estes modos se relacionarão com o sentido da doença, com as restrições de liberdade e as possibilidades desveladas por ela neste indivíduo. É o estado de abertura, enquanto traço fundamental do ser humano, que rege o seu circular, caminhar na existência. Por mais que haja momentos de fechamento de sentido na existência humana e, em especial, na vivência de uma doença crônica, estes só ocorrem pelo ser humano ser abertura de sentido. A abertura traz a característica das diversas possibilidades, que é regida pelo “estar junto às coisas que nos dizem respeito corporalmente sem intermediações” (ibid., p. 100). No caso do doente crônico, deve-se atentar a quê este indivíduo está junto, quais são os fechamentos de sentido em função do adoecimento e quais são as possibilidades que lhe são abertas a partir do velamento de outros sentidos que não poderão ser mais executados como antigamente e, quais os novos olhares e sentidos podem ser desvelados das situações que, naquele momento, se apresentam como ‘fechadas’.

O fenômeno ‘tornar-se presente’ trata-se de uma simples relação com o mundo.

Heidegger e Boss contribuem para a compreensão do que acontece em fenômenos de dor e tristeza que, na verdade, são modos diferentes de dores. Não há como medir intensidade de dores; mas “é possível mostrar como um homem é solicitado” (ibid., p. 109) e as modificações em seu modo de ser-com no mundo e consigo.

O corpo está envolvido com o tornar presente à medida que desempenha o estar-aqui, que reporta ao modo de relação do corpo com o espaço. As formas de ocupar e se apropriar do espaço são importantes para compreender a abertura e o fechamento de sentido daquela existência com o espaço, com o mundo. As diversas possibilidades de estar-aqui e de se relacionar com o espaço remetem aos modos de que o indivíduo está exercendo de ser e estar no mundo, com maior ou menor restrição de liberdade.

Ao pensar a cronicidade, é importante a reflexão sobre os órgãos que constituem o corpo. Este exerce suas funções vitais por ter os órgãos necessários para o seu funcionamento. Porém, não são os órgãos que funcionam, mas sim o indivíduo que vive através de seus órgãos. O funcionamento adequado e inadequado de um órgão afeta a existência do ser e, aponta para a compreensão do todo. E, quando há alguma inadequação em um órgão não há

⁶⁶ Habitante refere-se à doença. Um desdobramento da idéia de que a doença habita o homem.

como tratar somente dele. Compreender a ligação dos órgãos entre si facilita a busca por opiniões de diversas especialidades. Esta meditação remete à compreensão de Boss sobre a psicossomática, que denomina todas as doenças como psicossomáticas já que estas afetam a pessoa: não é o órgão que dói mas, a existência que dói, e que se percebe limitada em determinadas atividades. É importante o profissional de saúde compreender que o ‘querer-ajudar’ trata do existir do paciente; ater-se apenas ao funcionamento do órgão é reter-se a alcançar objetivos.

O homem é essencialmente necessitado de ajuda, por estar sempre em perigo de se perder, de não conseguir lidar consigo. Este perigo é ligado à liberdade do homem. Toda questão do poder-ser-doente está ligada à imperfeição de sua essência. Toda doença é uma perda de liberdade, uma limitação da possibilidade de viver. (ibid., p. 180).

A imperfeição da essência do homem está relacionada com as possibilidades que aproveita e desperdiça na existência. O poder-ser-doente, ao estar ligado a esta imperfeição, contribui para a reflexão das essências que não estão sendo utilizadas, as que estão sendo utilizadas em excesso, as que predominam no modo-de-ser do indivíduo. A observação das essências que precisam ser ‘desenvolvidas’ poderá revelar aspectos importantes a serem vividos pelo indivíduo.

Em um dos diálogos com Boss em *Seminários de Zollikon*, Heidegger abordou o esquecimento de algo doloroso como se a postura do indivíduo informasse “não quero pensar nisto” (ibid., p. 190). Deve-se perceber a inversão: não é algo que escapa do indivíduo mas, o indivíduo que o deixa escapar através do ocupar-se de outras atividades para que o desagradável escape.

A dor indica que o indivíduo já foi e continua sendo atingido por evento doloroso. Por não se deixar envolver pela dor — por não aceitá-la e nem compreendê-la como habitante —, o indivíduo continuará a identificar este fenômeno como dor. Enquanto o indivíduo desviar-se de si, continuará sendo atingido pela dor. A atenção para com a sensibilidade à dor está relacionada com a compreensão do ser. A dor pode ser compreendida como um chamamento para o indivíduo compreender-se, olhar para si. Enquanto o indivíduo permanecer neste desvio de si, terá menos consciência de si e a dor terá um caráter não-temático: na proporção que o indivíduo desvia de si, a dor fica sem tema, a dor é somente dor, um desconforto a ser

aliviado com medicações. Este desviar de si contém o risco de o indivíduo cada vez mais se distanciar de si, num processo de desenraizamento⁶⁷.

“Também em todos os fenômenos patológicos deve-se respeitar sempre os três ekstases temporais e suas respectivas modificações” (Heidegger, 2001, p. 200). A importância do vigor-de-ter-sido, da atualidade e do porvir no adoecimento é em função do modo como o indivíduo se relaciona com sua doença e os respectivos tratamentos a partir de suas vivências.

O vigor-de-ter-sido, apesar de escondido, influencia no modo como o indivíduo vivencia sua atualidade. A pessoa está atualizando o seu ter-sido a todo instante. O porvir é atualização do vigor-de-ter-sido.

“A espacialidade e a temporalidade pertencem à clareira. (...) estar na clareira (...) demorar na clareira e ocupar-se com as coisas.” (ibid., p. 238) O demorar na clareira do ser relaciona-se com a consciência a partir da compreensão de que toda consciência é consciência de si.

A experiência do corporal deve partir do “ser-homem como Dasein, como existir (...), um âmbito de estar-aberto-no-mundo; o estado de abertura pois, de onde e à luz do qual as significações do que nos vem ao encontro falam ao homem” (ibid., p. 243).

A compreensão da experiência da cronicidade pode estar relacionada com o âmbito do paciente crônico estar-aberto-no-mundo. Como está sua disposição para com as suas relações: as que foram suspensas ou extintas, e as que surgiram. Como vivenciar tais mudanças no ritmo da vida; as escolhas obrigatórias, sugeridas e voluntárias quanto a atividades do cotidiano.

Neste viés, o refletir sobre o modo como o indivíduo está relacionado com tais escolhas e sua relação com a temporalidade. Como é o seu olhar para o passado, presente e futuro? O que ele busca: esquecer o passado somente pensando no futuro, atualizar o passado ou repetir o passado? Como é olhar o vigor-de-ter-sido e constatar que determinadas atividades contribuíram para seu adoecimento? Quais são as promessas⁶⁸ que o paciente faz? Como ele vivencia o presente?

De quais modos o paciente pode percorrer sua ‘longa e sinuosa estrada’? É um momento importante para perceber em quais circunstâncias o paciente tende à abertura e ao fechamento de sentido. Quais são as exigências de uma existência atravessada por uma doença crônica, que se tornam mais fáceis ou mais difíceis de serem realizadas? Em quais

⁶⁷ Noção desenvolvida por Heidegger em ‘Serenidade’.

⁶⁸ Referência ao conceito de promessa trabalhado por Hannah Arendt (2008).

momentos o indivíduo percebe maior facilidade e maior dificuldade em lançar-se na vida, em experimentar novos padrões de existir?

De certo modo, é importante perceber a capacidade de o indivíduo flexibilizar-se perante as situações da vida e problematizar os pontos, temas que ainda são difíceis de serem tocados de outro modo. É o que Boss (1981, p. 43) propõe como a meta mais alta da psicoterapia “(...) a abertura dos nossos pacientes para a capacidade de amar e confiar, a qual permite superar toda a opressão da angústia e culpa como sendo meros mal-entendidos”.

A partir do momento em que o paciente conseguir perceber, com um pouco mais de nitidez, quais situações exigem mais dele, gerando um movimento de fechamento de sentido, poderá melhor compreender o que está em jogo que lhe incomoda, angustia, assusta e promove tal movimento. Com esta compreensão e com a escolha por um outro modo de reagir a tal vivência, o indivíduo já inicia sua abertura para outras possibilidades e sentidos.

Outro aspecto relevante do processo de adoecimento, considerando o estar-aberto-no-mundo do paciente, é a sua compreensão quanto à restrição de liberdade que a patologia desencadeia em sua existência. Esta compreensão é importante para o paciente se apropriar de suas limitações, adequar-se ao que é permitido e recomendado pelos profissionais de saúde. O momento de apropriação e adequação é difícil para a grande maioria dos doentes crônicos, pois várias restrições vão de encontro a atividades que trazem alguma forma de prazer. Existe, portanto, a necessidade de o indivíduo ‘entrar em acordo consigo mesmo’ para que as prescrições terapêuticas possam ser ajustadas ao seu modo-de-ser e, assim, apostar no êxito do tratamento. O que está sendo denominado ‘acordo consigo mesmo’ inclui a conscientização do paciente quanto à sua doença, gravidade e riscos que podem ocorrer se não for tratado. A decisão do paciente em cuidar ou não de sua doença é considerada o exercício de sua liberdade em escolher e responsabilizar-se por seus atos. Um olhar diferenciado para as restrições é que estas proporcionam novas experiências, novas maneiras de lidar com uma situação já conhecida. De certo modo, a restrição aponta para a angústia existencial, ao promover um movimento no indivíduo, visando novas posturas e estratégias. A restrição vem como um meio de descristalização dos modos rígidos do homem ser-e-estar-no-mundo e consigo. A partir do momento que o paciente crônico se conscientiza de suas restrições, abre-se um espaço, em sua existência, para novas oportunidades que, de certo modo, ocuparão o espaço do que passou a ser restringido. Esta possibilidade de reinventar sentidos e práticas evidencia a característica do homem ter em jogo o seu devir temporal e ser, em sua constituição, abertura de sentido e *ser-com*.

Um outro olhar para a cronicidade é o tornar-se presente do paciente. A singularidade de cada paciente traz as inúmeras possibilidades de ele exercer o seu tornar-se presente. O que pode ser percebido é, em quais assuntos e situações, o paciente constantemente torna-se presente e, até se esta atitude já é crônica. Também se deve perceber em quais situações o indivíduo não consegue ou recusa a tornar-se presente: até que ponto estas situações têm relação com sua doença no aspecto da não-aceitação da restrição de liberdade e do fixar-se no vigor-de-ter-sido sem buscar novos sentidos na atualidade.

Desvelando a finitude em Françoise Dastur

Françoise Dastur⁶⁹, em seu livro *A morte: ensaio sobre a finitude* publicado em 1994, aborda o tema da morte à luz da fenomenologia. Através de seu estudo, poder-se-á compreender e criar outros modos de lidar com a cronicidade.

“A fenomenologia (...) se propõe unicamente a *descrever* a maneira pela qual o ser humano se relaciona com sua própria morte” (Dastur, 2002, p. 58-9). Como está sendo a experiência do existir para o indivíduo com doença crônica? Como ele se relaciona consigo e com a doença?

Até que ponto o doente crônico vivencia a solidão – experiência privativa da presença efetiva dos outros – ao longo de seus tratamentos e no cotidiano em função de ter limitado seus esforços, suas atividades por causa de seu estado físico?

A semelhança entre a morte e a cronicidade é a restrição a cumprir ou realizar total ou parcial, respectivamente, todas as possibilidades existentes para o homem.

A restrição de liberdade, causada pela doença e pelas exigências desta para mudanças no modo-de-ser, pode trazer questionamentos para o portador que percebe-se menos produtivo, sem tanta condição física para determinadas atividades exercidas anteriormente ou por pessoas com mais idade.

A consciência do indivíduo em ser finito é crucial para seu caminhar ser mais receptivo às suas possibilidades enquanto herdeiro, podendo ou não assumi-las. Assim, o poder-ser-autentico está relacionado com a aceitação da mortalidade.

⁶⁹ Professora emérita da Universidade de Nice Sophia Antipolis, nascida em 1942.

Pode-se analisar que os atravessamentos com o tema da morte, tratam de situações da vida, exatamente por ser uma das possibilidades da existência do *Dasein*. A cronicidade e o adoecer também são possibilidades na existência humana.

“Pois este [ser vivente] não poderia jamais *tornar-se* o que *não é ainda* se já não o fosse, de certa maneira, *desde sempre*” (ibid., p. 93). O indivíduo só pode tornar-se o que é se ele já o for desde sempre. O adoecer é uma possibilidade para o ser humano e a cronicidade adquire um aspecto a mais nesta possibilidade por envolver, remeter às questões da temporalidade e da finitude. A cronicidade só é possível porque o homem é um ser que tem uma relação com a temporalidade.

“‘Torna-te aquilo que és’: tal é a verdade, a lei do vivente, a qual já era enunciada por Píndaro” (ibid., p. 94). O indivíduo não pode tornar-se outro que não seja ele próprio. Não se está fazendo alusão ao cumprimento de um ‘destino-traçado’ ou de uma ‘essência’⁷⁰. A pessoa modifica o seu modo-de-ser, em função das oportunidades de realizar inúmeras possibilidades em sua existência.

A cronicidade pode ser compreendida como um modo-de-ser: ser-crônico é uma possibilidade que o indivíduo vivencia, sendo que esta pode ou não inundar, negar o seu próprio ser.

A intuição, por ser receptividade — para ser receptivo é necessário estar aberto e deixar-se ser tocado pelo que será recebido —, é sensível porque é finita. A receptividade é possível pela afetação nos órgãos dos sentidos, que estão a serviço do afetar-se, que é a consequência de o indivíduo relacionar-se consigo e com o mundo. O indivíduo, com seus órgãos dos sentidos, afeta-se de muitos modos e isto é consequência da finitude pois, “a existência é em si finitude” (ibid., p. 112).

Assim, pode-se compreender que a sensibilidade encontra na finitude a sua razão de ser, conforme seja a existência do indivíduo, a sua sensibilidade ou receptividade ao mundo estarão em jogo, segundo as relações existentes. O indivíduo estar ou não disposto a certas situações influenciará o seu modo-de-ser e a sua receptividade a eventos do cotidiano.

É importante pensar sobre o que afeta os órgãos dos sentidos, que promove ou não a recepção do indivíduo a si próprio e ao mundo. Os órgãos são afetáveis em função do modo como a finitude é exercida pela existência: até que ponto o indivíduo lança-se ou não no exercício de ser herdeiro do mundo das possibilidades preestabelecidas, assumindo ou não como suas.

⁷⁰ Neste momento, essência é utilizado no sentido filosófico de uma origem, de algo que predetermina o indivíduo.

Em síntese, a contribuição de Dastur, ao abordar a afetação dos órgãos dos sentidos em função da receptividade ou sensibilidade ao mundo, refere-se ao indivíduo estar propenso a abrir-se para as possibilidades das quais é herdeiro. Pode-se refletir sobre quais possibilidades o doente crônico esteve e está aberto em sua existência; quais escolhas ele fez e as que se permite fazer; qual a sua disposição para desvelar novos sentidos numa existência que ele considera restringida.

Uma possibilidade de pensar sobre esta questão é que um dos maiores desafios seja desvelar a este indivíduo, e também a seus familiares, a possibilidade de os órgãos de sentido poderem ser afetados por outras sensações e, assim, estabelecer outros modos-de-ser-e-estar-no-mundo autenticamente.

Desencobrendo a alegoria da caverna em Martin Heidegger

Na segunda parte de *Ser e verdade*, intitulada ‘Da essência da verdade’, Heidegger analisa o mito ‘alegoria da caverna’, de Platão, em quatro estágios: 1º: a situação do homem na caverna subterrânea; 2º: a libertação do homem dentro da caverna; 3º: a liberação, propriamente dita, do homem para a luz; 4º: a revisão e a descida de volta tentada para a presença na caverna. Heidegger esclarece que “o essencial não são os diversos estágios em si, mas o que se dá entre eles, as passagens de um para o outro” (Heidegger, 2007, p. 138). Assim, cada estágio é necessário para a compreensão e superação dos outros.

A tentativa, neste momento, é de uma aproximação da cronicidade ao estudo da alegoria da caverna, realizado por Heidegger.

O primeiro estágio — situação do homem na caverna subterrânea — é a apresentação da caverna e a descrição de seus habitantes. Heidegger aponta a condição de ser-homem enquanto “estar no descoberto e relacionar-se e comportar-se com o descoberto” (ibid., p. 141), sendo que para estes homens na caverna, o que lhes descobre é o que vem ao encontro deles, que Platão denomina *sombra*.

Heidegger alerta que esta situação da caverna é a do cotidiano do homem quando se entrega ao falatório e, esquecendo de si, perde-se no atropelo das coisas do mundo. “Esses homens não tinham nenhuma experiência nem de si mesmos nem dos outros. Eles vêm, no máximo, suas próprias sombras, se, reconhece-las como tais; eles se encontram totalmente entregues ao que lhes é dado. Não têm nenhum relacionamento consigo mesmos” (ibid., p.143). Neste momento, o filósofo indica uma importante questão: a de o homem relacionar-se consigo mesmo.

Ao pensar a cronicidade, a caverna pode ser compreendida como ‘uma parte do mundo’ e, os habitantes da caverna são pessoas com alguma ligação entre si. As algemas são os modos cristalizados de ser-na-caverna.

O segundo estágio — a libertação do homem dentro da caverna — ocorre quando um dos prisioneiros liberta-se das algemas e sai da caverna.

Heidegger observa que neste estágio, começa uma história, algo acontece. A retirada das amarras atinge a essência do homem. Pode-se compreender que, algo é possibilitado ao ser: não é somente ficar sem amarras, pois nem o sentido de libertação existe para este ex-prisioneiro; mas principalmente que ele deve se transformar. Ao sair da caverna e encontrar a luz, há um imenso desconforto e a busca pelo que não gera dor é inevitável: o ex-prisioneiro, ofuscado pela luz, retorna à caverna e às sombras. Sobre as amarras retiradas, Heidegger pondera que foi uma libertação externa: somente o corpo foi liberto e foi experimentar o que havia fora da caverna, porém ao constatar dor e dificuldade em se adaptar, retorna para onde encontra alívio. O ex-prisioneiro ainda não tem consciência do que seja o libertar-se das amarras e sair da caverna, descobrindo o mundo. “A libertação e o virar-se para o sendo e o ser das coisas” (Heidegger, 2007, p. 149) ocorrerá quando o homem souber do desencobrimento como desencobrimento. Por enquanto, ele não consegue diferenciar e nem compreender o desencobrimento que ele pôde experimentar.

Dentre as possibilidades de interpretação para o viés da cronicidade, opta-se por pensar as amarras como modos cristalizados de ser-no-mundo e a retirada destas, a descoberta de uma doença. A saída do padrão único de ser é compreendido como os desconfortos e restrições de liberdade que a doença traz para o indivíduo. O retorno à caverna pode ser visto tanto como um momento de dor, dúvida em relação a diagnósticos e tratamentos, quanto uma desistência a se cuidar e assumir o ‘habitante’ em seu ser. O indivíduo precisa, ainda, compreender o que significa ter determinada doença, quais possibilidades de tratamento e quais serão suas restrições para que possa desvelar outras possibilidades em sua existência.

O terceiro estágio — a liberação, propriamente dita, do homem para a luz — descreve o processo de adaptação do ex-prisioneiro ao exterior da caverna.

O filósofo relembra a tendência do homem em retornar para as sombras, após estar livre e ter contato com a luz, porque as considera mais verdadeiras, cômodas e não geram dor. Quando ocorre a libertação, surge perturbação e desconcerto causados pela luz. A libertação é violenta e requer esforço; ela inicia-se “fora da caverna com a mudança de padrão (...), uma vagarosa e contínua mudança de padrão” (Heidegger, 2007, p. 153). A transformação

necessita de uma adaptação, que se torna condição *sine qua non* para que se processe, realmente, a mudança.

O crônico pode optar em tentar viver como anteriormente: antes de saber de seu diagnóstico, mesmo sentindo a repercussão da doença no organismo. Porém, apesar de muitas vezes avassalador, o diagnóstico e a possibilidade de tratamento despertam a angústia que tende colocar o indivíduo em movimento, não o deixando estagnar ou retornar para a caverna para o convívio com as sombras. É nesta ‘vagarosa e contínua mudança’ que o paciente, seus familiares e profissionais de saúde devem percorrer. Mas, não se deve supor que compreender e vivenciar tais mudanças é fácil. Deve-se partir do olhar do segundo estágio quanto ao valor real do desencobrimento: o paciente só compreenderá sua doença e suas conseqüências, restrições e possibilidades quando descobrir cada uma destas vivências e re-significá-las através do embate destes desencobrimentos e de seus antigos padrões.

“Para a libertação própria, exige-se não somente violência, mas também persistência, uma longa coragem que dê para atravessar os graus e percorrer os degraus de todo nível e altura, que possa suportar retrocessos. Somente uma familiaridade assim com as etapas necessariamente integradas, pode proporcionar sucesso” (Heidegger, 2007, p. 154).

Com estas palavras, Heidegger sinaliza, além da violência, duas outras exigências da libertação — persistência e coragem — fundamentais na vivência de uma doença crônica, pois na libertação não somente há angústia que incomoda e impulsiona o indivíduo para algum movimento, mas necessariamente há persistência e coragem para prosseguir no caminho escolhido.

O quarto estágio — a revisão e a descida de volta tentada para a presença na caverna — aborda o retorno do ex-prisioneiro para a caverna com a possibilidade de ser morto pelos outros habitante por causa de suas opiniões sobre as sombras e a condição em quem viviam.

Heidegger indica que o estágio refere-se à história do homem, terminando a alegoria com a morte — tema freqüente para desfechos de histórias. Porém, a morte não é somente a do corpo. O ex-prisioneiro pode morrer ao renunciar o seu desencobrimento. Porém, ele torna-se solitário por não poder retornar e estabelecer-se na caverna. Mas, ele “deve estar na caverna, em pessoa, para libertar, ainda que seja somente um outro” (ibid., p. 191). E, deve conversar com os habitantes da caverna sobre “o que ele vê com os novos olhos” (ibid., p. 192), sabendo discernir a realidade que eles têm da que ele descobriu ao fugir da caverna. E, compreender que, à medida que os prisioneiros vão percebendo as sombras como sombras, este desencobrimento “encobre (...) o desencobrimento propriamente dito (...) que se dá e

acontece na história humana num debate ininterrupto e contínuo com a falsidade e a aparência” (Heidegger, 2007, p. 192), que alerta para a necessidade da libertação.

Quando o doente crônico tem a possibilidade de se tratar e reconhecer determinados padrões inadequados em seu cotidiano envolvendo outras pessoas, ele tentará dizer o que é melhor para si e para os outros. A dificuldade em ser compreendido e atendido em suas observações, pode levá-lo a ‘uma morte’. Como expôs Heidegger, neste estágio, a morte não é pensada somente como a do corpo. Em muitos momentos de seu tratamento, o crônico experiencia este tipo de morte como um ‘não-poder-fazer’ sendo necessário descobrir outras possibilidades para sua existência, não fixando-se nas sombras da caverna.

Acredita-se que o doente só sairá da condição ‘ser-doente’ quando compreender o sentido da doença para sua existência. Assim, poderá ‘soltar suas algemas’, que são uma possibilidade de vida, para desvelar o que há fora da caverna, de seu modo-de-ser cristalizado. Ao encontrar a ‘luz’ — o tratamento, o conhecimento sobre o que lhe acomete —, há dúvidas, questionamentos, medos, revolta. Até que ponto conhecer esta luz foi válido? Por um momento tenta-se retornar às sombras, voltar ao que era antes da saída da caverna. Porém, a dor sofrida pelo conhecimento demarca a possibilidade de outros modos-de-ser e, conscientemente, desperta o querer-mudanças.

De certa forma, a mudança já está se processando desde quando percebe algo de estranho em si — um estranho habitante — e se procura um profissional para esclarecer. Mas, o crônico só se conscientiza do que está ocorrendo consigo após o impacto e a compreensão tanto do diagnóstico, quanto do tratamento possível.

Assim, o crônico sai de sua caverna aparentemente acolhedora e parte para uma aventura sem certezas, em busca de tratamentos e recursos para sua habitante. O retorno à caverna é inevitável, por ser sua referência enquanto ser-no-mundo, porém o modo de se relacionar com ela é o que apontará para os desvelamentos que o indivíduo realizou e ainda realiza após a libertação de seus padrões rígidos, suas algemas.

“Vemos, então: o homem não é homem enquanto, amarrado na caverna, sente-se bem e conversa; também não o é enquanto assume a atitude contrária, fora da caverna; o homem só o é e é sempre trânsito e passagem da caverna para a luz e retorno de volta para a caverna” (ibid., p. 196).

O crônico, os familiares e o profissional de saúde somente são homens por estarem em movimento, caminhando pelas trilhas e estradas descobertas a cada passo.

3. Estudos sobre a noção de cuidado (Sorge) em Martin Heidegger.

Não temos cuidado. Somos cuidado.
Leonardo Boff⁷¹

Dasein é o ente que tem a possibilidade de questionar sobre seu modo-de-ser no mundo. Ao questionar e questionar-se, o *Dasein*, de certa maneira, está em contato, em relação com os outros entes — simplesmente-dados e existentes. Esta característica ontológica de ser sempre em relação é denominada, por Martin Heidegger, de cuidado⁷² (*Sorge*).

Cuidado pode ser compreendido nos sentidos ôntico e ontológico. Onticamente, cuidado possui os significados de “atenção; precaução, cautela; diligência, desvelo, zelo; encargo, responsabilidade, conta; inquietação de espírito; pessoa ou coisa que é objeto de desvelos; pensado, imaginado, meditado; previsto, calculado, suposto.” (Ferreira, 1999, p. 589). Já no sentido ontológico, cuidado traz o sentido de ‘relação’, exposto nos modos de ocupação e preocupação.

Em *Ser e tempo*, Heidegger distingue dois modos do cuidado — ocupação (*BeSorgen*) e preocupação (*FürSorge*) — que se referem à relação do *Dasein*: com os entes simplesmente dados (*BeSorgen*); e com outros *Dasein* (*FürSorge*). Nesta rápida abordagem, já fica clara a relação do *Dasein* com os entes que constituem o mundo.

Ocupação (*BeSorgen*) é o modo do cuidado expresso pelo *Dasein* ao relacionar-se com entes simplesmente dados. O importante desta relação é que os entes simplesmente dados *são*, eles não existem como o *Dasein* existe. Tais entes *são* exatamente porque a eles são atribuídos, pelo menos, um sentido/um significado. Por exemplo, a cadeira só é cadeira porque foi nomeada, definida enquanto tal pelo homem. Ocupação (*BeSorgen*) refere-se ao cuidado direcionado pelo uso que vigora na maioria das relações que o *Dasein* estabelece em suas atividades no mundo. Em contato com a facticidade, o ser-no-mundo do *Dasein* pode se

⁷¹ Boff, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

⁷² Na edição brasileira de *Ser e tempo*, utiliza-se o vocábulo *cura* como tradução de *Sorge*. Porém, esta palavra também pode ser traduzida por *cuidado*, como utilizada no presente trabalho.

fragmentar em modos de ser-em. Os modos de ser-em possuem o modo de ser do cuidado ocupação, podendo ser exemplificados por ter o que fazer com alguma coisa, produzir alguma coisa, tratar e cuidar de alguma coisa, aplicar alguma coisa, fazer desaparecer ou deixar perder-se alguma coisa, empreender, impor, pesquisar, interrogar, considerar, discutir, determinar... (Heidegger, 2002a, p. 95)

Preocupação (*FürSorge*) expressa o modo do cuidado do *Dasein* ao relacionar-se com outro *Dasein*. Heidegger diferencia ainda dois modos da preocupação: a *substituição* e a *anteposição*.

Substituição é o modo de preocupação em que o *Dasein*, ao relacionar-se com outro *Dasein*, tende a substituí-lo, livrando o outro do cuidado. É um colocar-se no lugar do outro, transpondo os obstáculos, as dificuldades, para ele. A substituição pode reduzir à dependência: o outro se decide por mim, propiciando, de certa forma, um fechamento das minhas possibilidades mais próprias de ser-no-mundo. Este modo de preocupação tem seu lado fundamental e positivo quando um *Dasein* vê-se estagnado em alguma relação e, ao relacionar-se com outro *Dasein*, este o substitui e ‘resolve’ a dificuldade; mas, para isto ‘ocorrer’, o *Dasein* que será substituído tem que estar aberto para tal movimento do outro *Dasein*. Fazendo uma reflexão sobre o ditado popular “*Não dar o peixe, mas ensinar a pescar*”, a substituição seria “dar o peixe” pois o outro *Dasein* não tem ‘ainda’, supostamente, condições de “aprender a pescar”.

Já a Anteposição é o modo de preocupação em que o *Dasein*, ao relacionar-se com outro *Dasein*, tende a antepor-se, colocando-se à frente do outro para, de lá, devolvê-lo ao cuidado de si mesmo. Neste modo, *Dasein* já tem condições de “aprender a pescar”.

Deve-se, portanto, compreender o cuidado como um fenômeno ontológico da existência, presente em todos os atos e situações do *Dasein*, ou seja, em todo tipo de relação que o *Dasein* possua em sua existência.

Torna-se importante expor o que Heidegger chama de “testemunho pré-ontológico”, que é o mito-fábula da Cura, por Higino⁷³.

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 argilosa, o que ele fez de bom grado. Como a cura quis então dar seu nome [o dela, Cura] ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o nome [dele, Júpiter]. Enquanto “Cura” e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (Tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os

⁷³ Escravo egípcio de César Augusto, depois diretor da Biblioteca Palatina em Roma e autor da fábula-mito do Cuidado essencial. Morreu no ano 10 de nossa era (Cf. Boff, 2003, p. 196).

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 húmus (terra)” (Heidegger, 2002a., p. 263-4).

A fábula do cuidado adquire significado especial por caracterizar o cuidado como aquilo a que pertence o *Dasein* enquanto este viver. O ser do *Dasein* é originado, mantido e dominado, enquanto for e estiver no mundo, pelo cuidado.

A fábula de Higino contém, basicamente, quatro personagens:

- Cura/Cuidado (‘criador’)
- Júpiter (*Jovis*) (‘espírito’)
- Terra (*Tellus*) (‘corpo’)
- Saturno (*Saturnum*) (‘juiz’)

Boff, em uma de suas reflexões sobre esta fábula, sugere que ela “quer explicar o sentido do cuidado para a vida humana” (Boff, 2003, p. 60).

Terra, que forneceu o material que Cuidado utilizou para moldar o ‘boneco’/ a forma; representa a “perspectiva imanente da realidade” (ibid., p. 64).

Sobre o húmus — antes de ser o nome para o que foi criado por Cuidado, é a terra argilosa que é moldada por Cuidado —, não se pode esquecer que um de seus significados é ‘terra fértil’.

O *Dasein* ser visto como ‘terra fértil’, húmus é importante, pela sua característica de liberdade, de poder ser o que quiser dentro de suas possibilidades que lhe são disponíveis, de escolher autêntica ou inautenticamente de desvelar e velar os sentidos dos entes e, conseqüentemente das possibilidades, enfim, de ser abertura de sentido.

Quanto a Júpiter, caracteriza-se como “criador e doador de vida e de espírito; configura a plenitude da divindade, quer dizer, da dimensão transcendente da realidade” (ibid., p. 62).

Saturno é o deus romano que sincretiza com Cronos, dos gregos. É o deus anterior a Júpiter, por isto é convocado para pôr fim ao conflito entre Terra e Júpiter na decisão sobre o nome que deve receber a forma que Cuidado moldou. Será somente este o motivo de tal ‘convocação’? Pode-se pensar também o sentido de Saturno/Cronos quanto ao tempo e seu papel na existência. Afinal, húmus pertencerá ao cuidado enquanto viver e, neste aspecto, toca-se na questão da temporalidade, ou como Heidegger expõe, “a determinação pré-

ontológica da essência do homem expressa na fábula visualizou, desde o início, o modo de ser em que predomina seu percurso temporal no mundo” (Heidegger, 2002a, p. 264).

Boff argumenta que o ser humano carrega em si as três dimensões⁷⁴ — Saturno, Terra e Júpiter — e, o cuidado é a forma de manter unida estas dimensões e, “construir sua existência no mundo e na história” (Boff, 2003, p. 67).

Feijoo (2000), ao abordar a fábula de Higino, frisa o cuidado como situação originária do homem; que moldou-lhe o corpo e reivindicou a Júpiter o espírito que lhe desse vida. E, dentro do julgamento de Saturno quanto ao nome da criatura moldada por cuidado, há resoluções quanto ao ‘destino’ de cada parte constitutiva: corpo retorna à Terra; espírito a Júpiter e, “cuidado acompanhará este ente enquanto estiver no mundo” (ibid., p. 84). E além de resolver o problema do nome do ente, Saturno ainda decide pela temporalidade.

Dasein apresenta a temporalidade do cuidado através de dois modos existenciais constitutivos: autenticidade e inautenticidade. Os modos dos existenciais autêntico e inautêntico, ao se referir à temporalidade do cuidado, possuem uma estreita relação com o fenômeno originário da *verdade*. Tais modos remetem à maneira pela qual os existentes lidam com suas possibilidades de escolha, com a liberdade e, a partir disso, optam por uma escolha original, própria do homem ou por uma escolha influenciada ou com grande contribuição de outros existentes. Assim, a escolha — tanto autêntica quanto inautêntica — passa a ter característica de verdade — desvelamento e velamento — pois, ao escolher uma opção (desvelar/descobrir), não se escolhe as outras possibilidades de opção (velar/encobrir).

A verdade é vista como processo de desvelamento e velamento de sentido, compreendendo que, quando há o descobrimento, a descoberta de um sentido para um determinado fenômeno, há, proporcionalmente, o encobrimento ou velamento de outros sentidos deste mesmo fenômeno e vice-versa. Para uma melhor compreensão do fenômeno da verdade pode-se fazer uma analogia com a característica da Percepção “figura-fundo”: pensar o desvelar como a figura, para onde a atenção está direcionada; e o velar como o fundo, que não está tão em evidência, mas que não deixa de existir no fenômeno.

Dasein é e está ‘na verdade’ — enquanto abertura —, e na ‘não verdade’ — enquanto decadência.

Somente na medida em que a pre-sença se abre é que ele também se fecha; e somente na medida em que, com a pre-sença, já sempre se descobriram os entes intramundanos é que eles, enquanto encontro possível dentro do mundo, já se encobriram (velaram) e deturparam (Heidegger, 2002 a, p. 290-291).

⁷⁴ Boff trabalha com o termo *dimensão* para explicar sobre o papel de cada um dos ‘personagens’ da fábula na mesma.

No sentido enfocado dos vocábulos desvelamento, descobrimento e descoberta não se pode esquecer o vocábulo *clareira* (*Lichtung*). “Como Dasein, o homem é o abandono errante no aberto, cuja abertura e clareira é o mundo.” (Heidegger, XLIX, 43. Die Metaphysik des deutschen Idealismus (Schelling) – aulas de 1941. apud Inwood, 2002. p. 37)

Heidegger retoma o vocábulo clareira com um sentido mais antigo: iluminação, iluminar. “Dasein é ‘iluminado’, o que significa: iluminado em si mesmo como ser-no-mundo, não por outro ente, mas sendo ele mesmo a iluminação ou claridade” (ST, p. 133; apud Inwood, p. 38).

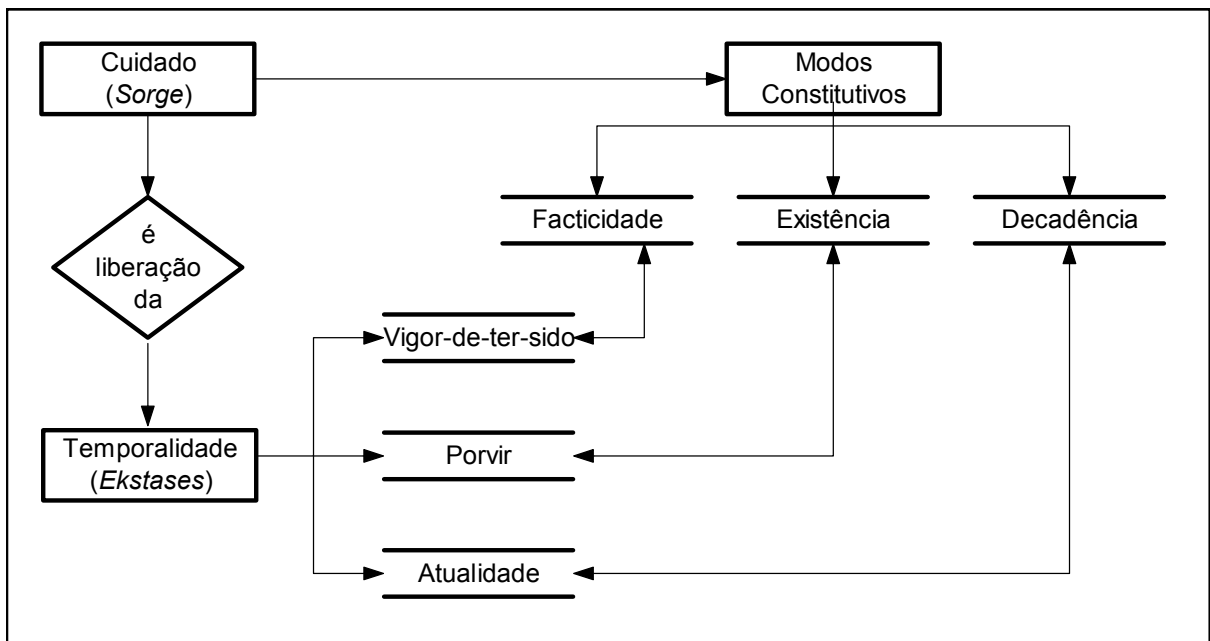
O homem tanto vela quanto ilumina; e há este movimento proporcional exatamente porque não se desvela/descobre o mundo em um único movimento: sempre há entes e possibilidades velados, encobertos. “O homem não poderia viver se soubesse tudo ou se não soubesse nada” (ibid., p. 39). E esta afirmação remete aos quatro fenômenos — querer, desejar, tendência, propensão — por envolver o lançar do *Dasein* às possibilidades escolhidas por ele para serem desveladas. Neste lançar às novas possibilidades, o *Dasein* lança-se à clareira que é o mundo e, neste movimento, ele não somente se transforma, mas também transforma o mundo, desvelando outras possibilidades de *ser-com*.

Os três modos constitutivos do cuidado são facticidade, existência e decadência. Ao relacionar estes modos constitutivos com os modos de prática e a temporalidade do cuidado, percebe-se:

- A facticidade é o estar-lançado, o poder-ser em jogo no cuidado e que constitui a própria existência e, relaciona-se com o cuidado (*Sorge*) por este modo constitutivo ser uma característica crucial em qualquer que seja o seu modo de prática/expressão; é o ser-já-em-um-mundo que traz a idéia de passado, do vigor-de-ter-sido.
- A existência ou existencialidade remete à idéia de projeto, projetar-se, da escolha de uma dentre todas as outras possibilidades disponíveis ao existente; há uma relação com preocupação (*FürSorge*), que pode tanto ser praticada como um projetar-se no lugar do outro livrando-o do cuidado, como ser um projetar, lançar o outro ao encontro do cuidado; é o ser-a-frente-de-si-mesmo que traz a idéia do futuro, do porvir.
- A decadência é o acomodar-se às coisas familiares, o não-lançar-se, fechamento de sentido, que pode ser relacionado com a ocupação (*BeSorgen*), utilização de instrumentos; é o ser-junto-a que traz a idéia de presente ou atualidade, por serem entes que vêm ao encontro dentro do mundo.

Pode-se perceber como os três modos estão relacionados: o estar-lançado conclama o projeto, que possui a decadência como uma das possibilidades deste ser vivenciado e realizado e, nisto, está implicado o estar-lançado do *Dasein*.

O sentido ontológico do cuidado é a liberação da temporalidade, que são as *Ekstases*. O esquema abaixo, elaborado pela autora, permite uma melhor visualização da relação entre os modos constitutivos do cuidado com as Ekstases e, não tem a pretensão e nem intenção de reduzir a compreensão filosófica das noções heideggerianas.



Ao pensar no cuidado como ser-para-a-morte, Heidegger aponta para a finitude do *Dasein* e a impossibilidade de realizar todas as possibilidades possíveis e disponíveis para a existência deste. Esta impossibilidade de realização de tudo que é disponibilizado ao *Dasein* constitui o ser e estar em débito. Ao vivenciar a própria morte, o *Dasein* deixa de ser o projeto, não tem mais possibilidades a realizar; passa a ser impendente e a não ter mais o cuidado — assim como é narrado na fábula-mito de Hígino — exatamente por não ter mais nenhum tipo de relação com o mundo.

Ao abordar finitude, morte, ser-para-morte, é inevitável não pensar ou lembrar da angústia enquanto abertura de sentido; fenômeno que coloca o *Dasein* em movimento, em busca de realizar as possibilidades que lhe estão disponíveis. A angústia é, em última instância, angústia de morte pelo aspecto do *Dasein* estar se lançando a novas experiências, buscando novos ou redescobrimdo sentidos para suas relações, ‘fugindo’ de um suposto-possível estado de homeostase e/ou completude.

Esta angústia que movimenta, gerando um desconforto por tirar o *Dasein* do fechamento de sentido e colocá-lo na abertura de sentido, é também um lançar-se ao desconhecido, ao desvelamento de novas experiências, possibilidades.

Ao entrar em contato e tornar-se consciente de sua finitude, do cuidado como ser-para-a-morte, o *Dasein* pode angustiar-se e buscar realizar o que ainda não realizou ou o que lhe é possível realizar. Nesta angústia existencial, o *Dasein* pode deparar-se com situações ‘inesperadas’, que são conseqüências do exercício de sua liberdade, que implica em escolhas e responsabilidade por estas. Tais situações podem gerar grande sofrimento ao *Dasein*, por lhe causar um fechamento de sentido.

A angústia pode ser vista como fator importante para a existência do homem, já que é a partir dela que ele se posiciona no mundo sendo abertura e fechamento de sentido, segundo o evento que o homem esteja experienciando.

O que está em jogo na angústia é o lançamento do *Dasein* perante a liberdade e responsabilidade de escolha de suas possibilidades próprias.

3.1 Sobre psicoterapia na abordagem fenomenológica-existencial

Em *Ser e tempo*, Heidegger elabora a análise ontológica das estruturas da existência humana, ou seja, a analítica do *Dasein* (*Daseinsanalytik*), originando a proposta do psiquiatra suíço Medard Boss do exercício desta analítica, denominada *Daseinsanalyse*⁷⁵, que é a tentativa de articulação da compreensão e prática clínica com o pensamento de Heidegger.

O documento literário mais importante que resultou de tal colaboração, foram os protocolos dos seminários realizados por Heidegger semestralmente durante um período de dez anos, de 1959 a 1969, para um grupo de médicos e estudantes de psiquiatria convidados por Boss. Tais protocolos, revistos e corrigidos pelo próprio Heidegger para serem fornecidos aos participantes do grupo, foram posteriormente editados por Boss sob o título de ‘Seminários de Zollikon’. (Sá, 2002, p. 13).

A *Daseinsanalyse* vem como possibilidade de abertura de sentido para este homem, cuja condição para o enfrentamento da situação em que se encontra não é clara ou não há resolução/outras possibilidades.

⁷⁵ Também grafada como *Daseinsanálise*. No presente trabalho será utilizada a grafia ‘*Daseinsanalyse*’.

No caso da *Daseinsanalyse*, trabalha-se com

a compreensão do Dasein, do ‘ser-aí’, como ‘ser-no-mundo’, como ‘ser-com’; como aquele que é chamado em suas possibilidades para realizar sua existência através do ‘cuidado’, é cobrado por isso e sente culpa; aquele que sonha, faz planos; sabe que é finito e se angustia diante da possibilidade do nada (Sapienza, 2004, p. 17).

É um espaço psicoterápico de questionamento do horizonte em que o *Dasein* se encontra em um determinado momento de sua existência.

A psicoterapia pode ser compreendida como um espaço onde duas ou mais pessoas se encontram para conversar; participar de dinâmicas e vivências; ouvir a própria voz; ser acolhido; chorar e rir; compartilhar experiências que dificultam o livre transitar do indivíduo em sua vida, a apontar um melhor engajamento perante a incerteza da existência. É um espaço onde há possibilidade de o cliente olhar de novo — e quantas vezes forem necessárias — experiências existenciais e, a cada ‘olhar de novo’ poder re-significá-las.

A psicoterapia é uma relação afetiva, na qual serão velados e desvelados assuntos, fatos e vivências relevantes do cliente. O cliente e o psicólogo construirão esta relação afetiva ao longo dos encontros terapêuticos. Nesta relação afetiva, há espaço para sentimentos de acolhimento, compreensão, desamparo, raiva, abandono, carinho, repugnância, apego, dependência, independência, empatia, antipatia, incompreensão, entre outros.

A postura do psicólogo de “ser-com”, é possível pela característica existencial-ontológica do *Dasein* de “ser-no-mundo-com-outro” enquanto abertura para o desvelamento de sentido de tudo aquilo que lhe vem ao encontro — característica denominada de *cuidado* (*Sorge*).

Como é pensar a prática clínica daseinsanalítica tendo como base ou fundamento o *cuidado*?

Considerando os significados⁷⁶ atribuídos, pela Filologia, ao termo *cura*, é o momento de lembrar o cuidado como ‘pensar um ferimento’. Apesar de ser uma expressão utilizada antigamente para tratamento de um ferimento, percebem-se aqui a extensão e importância deste sentido para a prática clínica, quando o cliente procura ou é encaminhado à psicoterapia para expor seus problemas existenciais, dificuldades em relacionamentos etc. De certa maneira, o paciente vem ‘curar’ o seu ferimento, mas este tratamento é através do ‘pensar’ e é

⁷⁶ “Tratamento, cuidado, amor, tratar de doentes (pensar/tratar de um ferimento)” (Pequeno Dicionário Latino Português, 1955, p. 53). “Curar, sarar (pensar/tratar um ferimento), fazer operação cirúrgica em alguém, administrar, dirigir” (Koehler, 1957, p. 204-205).

um pensar que só é possível através do *cuidado* (*Sorge*), que já é a própria relação estabelecida entre psicólogo e cliente.

É no espaço da psicoterapia que há o acolhimento e concentração do distúrbio. A *Daseinsanalyse* vem como possibilidade de abertura de sentido para este homem, cuja condição para o enfrentamento da situação em que se encontra não é clara. É um espaço para questionamento do horizonte em que o *Dasein* se encontra em um determinado momento de sua existência.

De certa forma, a ocupação (*BeSorgen*) — um dos modos fundamentais do cuidado (*Sorge*) —, é praticada ao ter o espaço da psicoterapia para o encontro com o outro como um ente simplesmente dado — paciente, cliente, doente — como um ente do qual já se ‘sabe o primordial’. Porém, na psicoterapia daseinsanalítica também, e primordialmente, deve-se buscar a prática do cuidado no modo fundamental da preocupação (*FürSorge*), enfocando o modo anteposição.

Quanto ao modo de preocupação denominado como anteposição, este deve ser privilegiado na prática clínica daseinsanalítica, o psicólogo está em relação com o outro para colocá-lo “diante de suas próprias possibilidades existenciárias de ser” (Sá, 2000. p. 264). A psicoterapia, sendo um espaço de acolhimento e reflexão, deve proporcionar ao cliente a oportunidade de colocar-se perante suas próprias possibilidades, aceitando as consequências de suas próprias escolhas.

Dos significados da Filologia e Etimologia para cura⁷⁷ e cuidado⁷⁸, lembremo-nos daqueles que possuem relação mais direta com o cuidado na clínica: amar; dar atenção; estar disposto para alguém; pensar um ferimento.

O “pensar um ferimento” traz para a clínica as possibilidades de: pensar, refletir, resignificar um ou vários ferimentos, dificuldades e questões existenciais dos pacientes; “curar” ou “cuidar” de um ferimento, ou seja, relacionar-se com a dor, sofrimento, tristeza, questões existenciais dos pacientes, tanto *preocupando-substituindo*⁷⁹-os do cuidado, mas

⁷⁷ “Do latim *cura* – curabilidade (1858). Do latim *curatus* – participio de *curare*. E os derivativos de cura: *curador* – O que cura o doente (XV); pessoa que tem por incumbência legal ou judicial, a função de zelar pelos bens e pelos interesses dos que por si só não o possam fazer (XVI). Do latim *curator -oris* = curador, cargo, poder de curador (1813). Curandeiro – sm – aquele que cura por meio de rezas ou feitiçarias. Curandeiro (1858) – do latim *curandu-u* – gerundivo de *curare-eiro*; Curar- verbo – Ter cuidado com, vigiar livrar de doença (XIII). Curativo – adjetivo – Que cura (1813). Curativo – s. m. – Aplicação local de remédios em feridas, incisões cirúrgicas etc. (1873). Do latim *curabilis* - e – cureta s.f. – instrumento cirúrgico em forma de colher e com bordas cortantes – para cortar (raspar)” (Cunha, Antonio Geraldo da. 1989, p. 234-5).

⁷⁸ “Cuidado – cogitar – imaginar – pensar – (por extensão) tratar de dar atenção a (por extensão) ter cuidado com a saúde de, curar. Do latim *cogitare* = cuidar; cuidado – *cogitatum*” (Cunha, Antonio Geraldo da. 1989, p. 232).

⁷⁹ O termo preocupando-substituindo remete a um dos modos do cuidado-preocupação, a substituição.

principalmente *preocupando-anteposicionando*⁸⁰-os novamente para o cuidado. E, por que não lembrar de Quíron⁸¹, ou de Orfeu⁸², que “pensa” feridas alheias e não “pensa” as próprias? Entrelinhas, pode-se perceber da necessidade do outro ente para ocorrer *cuidado* e, conseqüentemente, “pensar feridas”.

Quando o cliente procura ou é encaminhado à psicoterapia para falar de seus problemas existenciais, dificuldades em relacionamentos etc., de certa maneira, ele vem ‘curar’ o seu ferimento, mas este tratamento é através do ‘pensar’. Um pensar que só é possível por meio do cuidado (*Sorge*), que já é a própria relação estabelecida entre psicólogo e cliente.

Um fator importante a ser considerado é o modo-de-ser do psicólogo em relação ao estar atendendo pacientes com doenças crônicas: quais as implicações, afetos e, até, conseqüências de atender singularidades que trazem constantemente a lembrança e a certeza da finitude.

⁸⁰ O termo *preocupando-anteposicionando* remete a um dos modos do cuidado-preocupação, a anteposição.

⁸¹ Referência ao personagem mitológico Quíron, que cura os outros, mas não cura a própria ferida em sua perna.

⁸² Sharman-Burke e Greene, em *O tarô mitológico* relatam a lenda de Orfeu, que se assemelha a de Quíron, “a imagem do ferido que cura, aquela pessoa que por sua bondade e compaixão consegue curar os outros e que, no entanto, não consegue jamais curar as feridas do próprio coração” (p. 120).

4. O Cuidado na Psicoterapia com Portadores de Doenças Crônicas: analisando teoria, vivências e conto literário

Quando os enigmas se acotovelavam e nenhuma saída se anunciava, o caminho do campo oferecia boa ajuda: silenciosamente acompanhava nossos passos pela sinuosa vereda, através da amplidão da terra agreste. (...) O apelo do caminho do campo desperta um sentido que ama o espaço livre e que, em momento oportuno, transfigura a própria aflição na serenidade derradeira. Esta opõe-se à desordem do trabalho pelo trabalho: procurando apenas por si o trabalho promove aquilo que nadifica.

Martin Heidegger⁸³

4.1 Teoria

Ao pensar em cuidado, o que o cliente com doença crônica está esperando?

Quando se aborda um tratamento médico, o cuidado reporta a prescrições, dietas, atividades recomendadas, atenção dispensada a ouvir e examinar o cliente. O cuidado é o controle e a eficácia da técnica através das prescrições, regras e normas de tratamento.

Como pensar o cuidado heideggeriano nas correspondências do ser com uma doença crônica?

O cuidado heideggeriano pode desvelar, ao paciente, novos modos de ser, de corresponder. O portador de doença crônica relaciona-se mais com a ocupação ou preocupação? Como os outros *Dasein* se relacionaram e relacionam com ele após o diagnóstico ou durante um tratamento: o doente será compreendido pelos outros como ente simplesmente-dado e, por isto, o cuidado será no modo ocupação?, ou, o doente é percebido como um outro *Dasein* e, por isto, o cuidado será no modo preocupação enquanto substituição — que pode levar o paciente a uma dependência — ou, anteposição — devolvendo o paciente à relação?

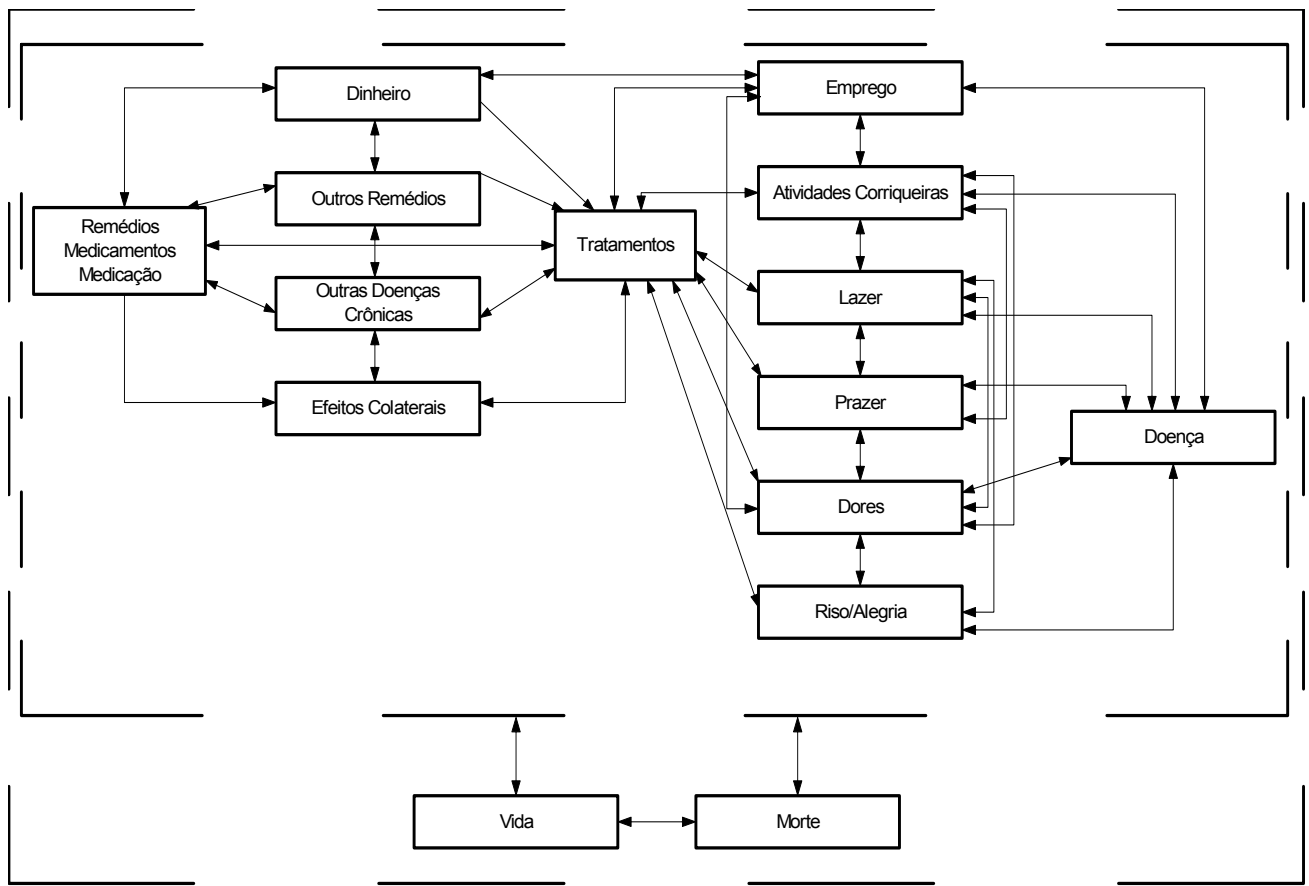
É importante pensar sobre qual cuidado (ou quais cuidados) o doente possui com a própria doença, ou seja, como ele se relaciona com ela. E, assim, perceber quais os sentidos que são desvelados para a doença e para a própria existência.

No gráfico⁸⁴ a seguir, cita-se vários “termos”⁸⁵ em que ocorrem momentos de angústia e desterritorialização⁸⁶ ao longo do tratamento da doença crônica.

⁸³ Heidegger, M. *O caminho do campo*. In: _____. Sobre o problema do ser. O caminho do campo. São Paulo: Duas cidades, 1969. p. 67 e 70.

⁸⁴ O gráfico aborda, sucintamente, alguns dos termos-pares perceptíveis nos movimentos de desterritorialização da existência de portadores de doenças crônicas e, os quais são tratados no texto. Importante sinalizar que estes

Um dos aspectos mais perceptíveis na clínica com paciente com doença crônica é a preocupação com o tempo: tempo de vida; tempo indefinido de vida. A finitude, característica do ser humano, torna-se mais presente no cotidiano dos crônicos. O existir finitamente aponta a impossibilidade de realizar todas as possibilidades e, conseqüentemente, remete ao ser e estar em débito.



termos-pares não são exclusivos deles e, nem são os únicos termos-pares. As margens ‘vazadas’ são propositais neste aspecto: simbolizam que outros termos podem entrar nas transrelações representadas.

⁸⁵ ‘Termos’ faz referência ao primeiro dos oito ‘Teoremas da desterritorialização’. “Jamais nos desterritorializamos sozinhos, mas no mínimo com dois termos: mão-objeto de uso, boca-seio, rosto-paisagem. E cada um dos dois termos se reterritorializa sobre o outro. De forma que não se deve confundir a reterritorialização com o retorno a uma territorialidade primitiva ou mais antiga: ela implica necessariamente num conjunto de artifícios pelos quais um elemento, ele mesmo desterritorializado, serve de territorialidade nova ao outro que também perdeu a sua. Daí todo um sistema de reterritorializações horizontais e complementares, entre a mão e a ferramenta, a boca e o seio, o rosto e a paisagem.” (Deleuze e Guattari. *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 3. São Paulo: 34, 2004, p. 40-41.)

⁸⁶ A noção de território faz-se necessária para compreensão de desterritorialização. “O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente ‘em casa’. O território é sinônimo de apropriação, subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.” “A espécie humana está mergulhada num imenso movimento de desterritorialização, no sentido de que seus territórios ‘originais’ se desfazem ininterruptamente” Guattari e Rolnik (2005, p. 388).

Em muitos casos, o tratamento para restabelecer o ‘território’ saúde traz sérias conseqüências para o emprego do cliente: necessidade de licenças com durações variadas: horas – durante o expediente; dias – anteriores e posteriores ao tratamento; meses – havendo afastamento por tempo determinado da atividade laboral. Em muitas circunstâncias, tais afastamentos trazem ansiedade e preocupação com a não-garantia de permanência em seu cargo; não esquecendo, na maioria das vezes, o desgaste orgânico e outras doenças que podem surgir com a medicação. O desânimo incomum para realizar tarefas corriqueiras gera desconforto e revolta no portador de doença(s) crônica(s): é difícil admitir que a doença ‘principal’, as doenças secundárias e seus respectivos tratamentos podem gerar uma radical mudança em seu ritmo cristalizado e formatado de vida. Não se pode ocultar, em contrapartida, a existência de pacientes que acham excelente a idéia da licença por tempo determinado do trabalho, exatamente em função do ambiente e natureza do trabalho não serem agradáveis.

Neste momento de dúvida, questionamento, satisfação, revolta e tantos outros sentimentos que inundam a existência, percebe-se o espaço para o trabalho clínico, onde o acolhimento de tais sofrimentos torna-se necessário para o re-lançar-se à vida com seus momentos de embates.

Outras questões envolvem o paciente crônico como o conflito da medicação para determinada doença crônica e a existência de outras doenças crônicas: a necessidade constante de falar o repertório de doenças e respectivos remédios para evitar quaisquer complicações e alterações orgânicas, além das já conhecidas pelo tratamento habitual. Neste aspecto, inclui-se o possível conflito medicamentoso, tal como: remédio para dores na coluna afeta o estômago, havendo necessidade de ingerir remédio para o estômago. Outra situação comum é aquela em que deve haver troca de medicações para um determinado diagnóstico em função de sua incompatibilidade com medicamentos que têm de ser recomendados para outra doença crônica. Também não é incomum a situação em que o cliente tem que optar⁸⁷ por qual doença quer tratar: a incompatibilidade das medicações obriga-o a interromper um tratamento para priorizar outro.

Além disso, o termo ‘remédio’ traz a questão financeira em jogo: um grande número de doenças crônicas continua em estudos e, conseqüentemente, as medicações desenvolvidas são caríssimas e, muitas das vezes, são as únicas possibilidades de tratamento. Conseguir

⁸⁷ Em muitos casos, o cliente não tem o privilégio de optar; o médico faz a escolha por ele.

medicamento através dos programas do Governo Federal (Ministério da Saúde) e Secretarias Estaduais de Saúde é uma possibilidade que envolve paciência para aguardar de seis a dezoito meses. E, neste momento, deve-se lembrar da fantasia-e-realidade do cliente ‘não se tem muito tempo’. Finitude... fim... Os atravessamentos dos termos-pares dos movimentos de desterritorialização apontam para os processos de subjetivação. E, então, o que fazer? Esperar por muito tempo a medicação através do governo; vender o que se tem para comprá-la; fazer empréstimos; ...;As saídas são inúmeras, mas nem sempre disponíveis e desveladas por todos. O ‘não-tratar-se’ traz conseqüências: preocupações, ansiedade, tristeza, revolta etc. O cliente tem a impressão da areia da ampulheta passar mais rápido que o habitual.

Outro aspecto em que se percebe o movimento da angústia na doença crônica é a vivência da alegria, do lazer e do prazer. Em algumas situações, o doente é cobrado por familiares e outras pessoas significativas por aparentar ou transparecer tais sentimentos e sensações, além de boa aparência e bem-estar. Pode parecer estranho, mas, em muitos casos, o doente ‘não pode’ aparentar uma melhora exatamente por ter uma doença ‘incurável’; a imagem do moribundo é a que lhe compete desempenhar. Em outras situações, o doente tem vontade de acompanhar os familiares, mas não consegue por sentir-se mal, fraco, indisposto, com dores. Às vezes, o doente é compreendido, porém, em diversos momentos, sua palavra pode ser colocada em dúvida: se está se sentindo mal ou está de ‘charminho’, ‘preguiça’, ‘fingindo’ ou até mesmo, se está com ‘depressão’. Há casos daqueles que convivem muito bem com suas atividades de lazer, prazer (inclusive laborais) e já iniciaram seu tratamento: existe o questionamento se realmente o tratamento está sendo seguido; se a medicação não é falsificada; se está sendo corretamente manipulada/aplicada e outras inúmeras fantasias. Também deve ser citado os que convivem bem com tais atividades, mas que ainda não iniciaram seus tratamentos necessários. Ao iniciá-los, sofrem conseqüências já esperadas, mas tão radicais que afetam os aparentes semblantes de bem-estar geral anteriores ao tratamento. Tal ocorrência promove diversas reações no paciente, familiares e amigos; dentre elas, é a de incentivar o abandono do tratamento uma vez que ele causa tantos efeitos colaterais e doenças oportunistas e secundárias. O abandono pode, inclusive, ser gerado pelo paciente não se cuidar devidamente, apontando, inconscientemente⁸⁸, um boicote, uma desistência. Ação esta que poderá trazer inúmeras conseqüências como culpa por desperdiçar oportunidade em se tratar; alívio por não viver com as reações das medicações; consciência de que, sem o tratamento, as possibilidades de remissão da doença são remotas; etc.

⁸⁸ O termo ‘inconscientemente’ é utilizado com o sentido de ‘não-consciente’. Não há qualquer menção ao conceito da instância psíquica denominada por Freud de inconsciente.

Vida e Morte: par de termos com uma grande carga de desterritorialização. A morte é fato para todos os seres vivos: é a última etapa do que se convencionou chamar vida; etapa que não tem data e hora previamente definidas para ser concluída. Mas, para o doente crônico, a morte torna-se algo muito mais presente do que antes do diagnóstico — sendo que ela sempre esteve presente. A atenção deve estar voltada para a ‘vivência’ mais acentuada da finitude. Os planos de vida e os investimentos visam um futuro-quase-hoje. Em muitos pacientes existe a preocupação de não deixar dívidas, pagar planos funerários, fazer investimentos para pessoas mais novas e com mais saúde — como se isto fosse garantia de que estas fossem viver mais.

Dasein está em constante inconclusão e pendência: por ser *projeto*; por seu existir estar sempre em jogo; e por existirem sempre várias formas de poder-ser, inclusive *o fim* de seu ser-no-mundo, ou seja, *a morte*.

Existem outros termos em jogo e isso não se pode esquecer: tais termos estão correlacionados, ou melhor, transrelacionados: são algumas das muitas características da existência de um ‘doente crônico’. A maneira como cada um vai lidar com as angústias e com os desafios gerados por elas é a ‘grande questão’: não existe “A maneira” mas sim inúmeras maneiras, formas de se conectar, inventar e reinventar a cada novo embate. O importante é a que se está ligando/conectando/correspondendo para dar continuidade ao caminhar do *Dasein*.

Em ‘A Questão da Técnica’ (1953), Heidegger aborda o tema da essência da técnica e dos modos como o homem está se apropriando desta. O filósofo alerta para o risco do aprisionamento do homem à tecnologia, este não percebendo-a como *um* dos inúmeros modos de lidar com o cotidiano. A técnica não vem como um fim, algo que não tem que ser acrescentado, modificado, questionado; mas sim como um modo de descobrimento.

A técnica tem como uma de suas características o pensamento calculante visando a objetivação, representações adequadas do ser, das coisas, do mundo. A necessidade do controle, da eficácia e da certeza apontam para possibilidades que a técnica pode realizar. O que deve ser percebido é a sua possibilidade de falha; a impossibilidade da perfeição.

Como já dito, a técnica é um dos modos de descobrimento, sendo que este leva a um encobrimento. De certo modo, percebe-se um movimento: a cada descobrimento, há encobrimento. Um exemplo aproximado deste movimento é o corte da fita de Moebius⁸⁹, no qual, ao iniciar o corte pelo lado interno, chega-se ao externo e deste se vai a novo interno.

⁸⁹ “A Fita de Moebius é uma superfície bidimensional que tem só um lado. Ela pode ser construída em três dimensões da seguinte maneira: pegue uma tira de papel retangular, vire uma das pontas curtas 180 graus em relação à outra ponta curta, e una as duas pontas. Agora é possível começar de um ponto A na superfície da fita,

O perigo do uso da técnica está em atribuir-lhe um valor de verdade única; sem flexibilizar seu uso e sem perceber sua versatilidade em ser um modo de desencobrimento. Ao trazer o tema da técnica para a conversa sobre a cronicidade, mais especificamente com os doentes crônicos, tem-se a necessidade de pensar o que se está entendendo por cuidar de um doente com uma patologia crônica. Pode-se remeter ao conceito de cuidado — tratar, cuidar, sarar — para perceber a estreita relação com a utilização de uma técnica específica para curar a doença.

O questionamento atravessa a escolha do melhor procedimento: o que é avaliado, quais os requisitos para tratar, medicar, manipular o doente. Neste momento, a técnica dos procedimentos pode encontrar um obstáculo a ser bem realizada: a pessoa que executa a técnica.

O profissional nem sempre está satisfeito com seu cargo, local e horário de trabalho, atividade a ser executada, clientela, salário. Mesmo que todos (ou quase todos) estes fatores fossem conhecidos pelo profissional antes de se candidatar ao cargo. Isto influenciará em seu modo de relacionar-se com o trabalho e principalmente com a clientela. Muitas vezes, são estes profissionais desinteressados, frustrados, que estão cuidando **dos** doentes crônicos, atendendo-os, acompanhando-os, além da lista de insatisfações, ainda têm de lidar com a constatação da finitude, tanto a finitude de sua clientela quanto a sua própria.

Os profissionais, em alguns casos, optam por serem ‘frios’, ‘racionais’, ‘diretos’, quase uma ‘cirurgia sem anestesia’; optam por usar somente a técnica — esta em sua *causa finalis*, com a qual se deseja obter resultados de exames, tratamentos, respostas a medicações, controle ou preferencialmente a cura ou extinção da doença. Porém, o profissional encontra a impossibilidade do controle, e a não-garantia da eficácia: a técnica enquanto ‘a verdade’ não tem os resultados esperados e protocolados... O que fazer com o que, aparentemente, estava seguro, capturado, mas que se mostra frágil, escorregadio e que foge pelos dedos? Será a técnica obsoleta? Ou será que o modo de apropriar-se dela está inadequado?

De certo modo, é possível observar a existência de discursos dos médicos aos seus clientes apontando para uma abertura, uma flexibilidade à técnica, porém, algo tão radical quanto o império da verdade única e eterna: os profissionais, ao explicarem sobre tratamentos,

e traçar um caminho pela mesma, passando por um ponto que aparentemente está no outro lado do ponto de partida.” Klein, Stanley August Ferdinand Möbius. Disponível em: <<http://inorgan221.iq.unesp.br/quimgeral/moebius/moebius.html>>. Acesso em: 6 outubro 2006. 11h30.

“August Möbius (1790-1868), matemático saxônico/alemão, discutindo sobre as propriedades de superfícies de um lado só, incluindo a "fita de Möbius" que ele descobrira em 1858, enquanto ele trabalhava em questões sobre geometria de políedros, propostas a ele pela Academia de Paris” (Cf. Klein, Stanley, op. cit.).

uso e reações a medicações, apontam para que o doente perceba qual é o seu ideal, a sua tolerância. Os doentes, em sua grande maioria, sentem-se como cobaias, à mercê do médico — aquele que antes transmitia segurança e conhecimento, hoje só afirma algo com exames em mãos — não prescreve com precisão; coloca no receituário “+/-” ou por ex. “de 2 a 4 doses” para o próprio paciente perceber o que é melhor. Tal atitude promove, pelo menos, duas reflexões:

- O médico ou profissional apropriou-se do lugar de não-saber qual dosagem exatamente trará bem-estar ou alívio ao paciente. Este lugar de não-saber também aponta para o aspecto da negligência e não-comprometimento com o cliente.
- Deixar em aberto uma prescrição, para que o paciente avalie qual a melhor dosagem, exige deste um autoconhecimento que nem sempre existe. Infelizmente, muitos pacientes vivenciam este risco desnecessário, com variadas conseqüências: conseguirá perceber com qual dosagem sente-se melhor; aumentará a dosagem por perceber que nada mudou; abandonará o tratamento por não se sentir cuidado o suficiente pelo profissional.

Este é um momento delicado no qual o paciente vincula-se ao tratamento, ao profissional e consigo mesmo. Momento difícil pela série de adaptações e restrições; momento em que o acolhimento do profissional é crucial para que o paciente ‘entre no tratamento’ com confiança e, principalmente, sentindo-se cuidado, tratado, bem orientado. Por ser um momento passível de regressões por sentir-se frágil, indefeso, amedrontado e com a vida sem sentido, o ideal é o profissional acolher tais vivências para criar condições de o paciente ser cuidado.

Quantos sorrisos, caretas, abraços, apertos de mãos? Quantas ligações telefônicas, visitas domiciliares?

Estes modos de cuidado não estão quantificados em nenhum manual de procedimentos. Talvez, por este caminho, se possa compreender a dificuldade dos profissionais, que só agem de acordo com a técnica protocolada, em lidar com o paciente crônico.

A prestação de serviço ou tratamento de saúde a um doente crônico pode tornar-se enfadonha, cansativa devido ao comportamento comum de esperar-se ‘resultados satisfatórios’ — que pode ser sinônimo de cura — em um espaço de tempo previamente calculado pela aplicação e eficácia das técnicas terapêuticas. Quando se trata de doentes crônicos, nem sempre o desaparecimento de um sintoma através de medicações ou

tratamentos é indicativo do restabelecimento da saúde; pode desvelar novos sintomas, ou mesmo, desencadear novas doenças. Este fato pode desmotivar o profissional cuja *causa finalis* é a extinção de sintomas e/ou dos indicativos (dados em exames) da existência da doença. Importante mencionar que tal fato pode ser encarado como ‘desafio’ onde o profissional utilizará de outros medicamentos, métodos, técnicas para tratar de seu cliente, sendo que, neste contexto, há o risco do uso de várias medicações para inúmeros efeitos colaterais e/ou doenças secundárias ou preexistentes e a conseqüente sobrecarga de medicação no paciente.

Em *Seminários de Zollikon* (2001), Heidegger aborda o problema da dicotomia mente-corpo (da psicossomática) como um problema de método. O mesmo ocorre com o *cuidado* dos profissionais de saúde com os portadores de doenças crônicas: é um problema de método, de técnica; onde o ideal é um modo de se apropriar da técnica sem escravizar-se.

Neste momento, torna-se oportuno refletir sobre os tratamentos existentes, o investimento científico-tecnológico-financeiro e a ética profissional: para quem este profissional trabalha; qual o objetivo de indicação de tratamento. A Ética está presente e deve ser constantemente negociada e pactuada. Ao pensar, por ex., na aplicação de um tratamento de saúde experimental: que ganhos e perdas terão os pacientes a curto, médio e longo prazo?; de quais argumentos utilizados para convencer um indivíduo a aderir a um tratamento desta natureza?; quais argumentos o pesquisador dispõe para apostar sua clientela num novo tratamento?; quais as pressões e as tensões existentes para pesquisadores e pesquisados?

Ocorre grande dificuldade no cuidado com pacientes crônicos quando a patologia se intensifica e impossibilita o indivíduo de sair de casa ou as saídas são mais seletivas – reservadas aos tratamentos essenciais, especificamente para o alívio de dores e outros sintomas físicos. A psicoterapia, então, costuma ser posta em segundo plano ou até mesmo ser suspensa pela dificuldade de deslocamento do indivíduo.

E o profissional *psi*: como pode agir? Como pode se sentir?

O ideal é o profissional conseguir manter os atendimentos na residência do paciente ou em outro local em que seja possível a presença deles – por ex., algum local de tratamento a que o paciente compareça com mais assiduidade. Não se trata de um menosprezo pelo espaço terapêutico, mas de viabilizar o tratamento e minimizar os sofrimentos físicos – desgaste de locomoção – e psíquico – medos, angústias, queixas – que estão presentes em maior ou menor ‘quantidade’ na existência do paciente crônico.

Tais deslocamentos e disponibilidades exigirão um manejo especial do profissional e, especialmente, de seus horários, suas atividades e, de um modo geral, de sua vida. Daí surge o

momento, de responder à questão: ‘como se sentir?’, pois o profissional lidará com a necessidade de realizar o atendimento e com as dificuldades de estar em outros locais para realizá-lo: sendo que, muitas das vezes, o profissional sequer terá condições de atender. Torna-se necessário avaliar quais as outras dificuldades para este profissional que, mesmo reconhecendo a necessidade e vendo a melhora de seu paciente com a abordagem psicoterápica, não consegue lidar com a piora do quadro clínico do paciente. Lidar com isto não é fácil e exige um amadurecimento, uma suspensão dos juízos, valores e aceitar ver emergir as emoções, angústias de ver, estar, tratar, cuidar de alguém que não tem muitas perspectivas de melhora do quadro clínico: a perspectiva torna-se a de aliviar as dores, o sofrimento. A psicoterapia torna-se uma espécie de ‘cuidado paliativo’⁹⁰.

O profissional, ao entrar em contato com tais sentimentos e conseguindo re-significá-los – saindo do lado da cobrança e culpa e indo para o da escolha e responsabilidade – conseguirá lidar melhor com a situação complexa e limitada do paciente e, encontrará meios de prestar um suporte ou, simplesmente, estar ao lado do cliente em um momento doloroso. O ‘caminho do meio’ talvez seja o de caminhar: reconhecer o que o paralisa e tentar encontrar meios para libertar-se — seja mudando o modo de trabalhar, seja abrindo mão do paciente e o encaminhando a outro profissional que tenha disponibilidade para deslocamentos e maior atenção... Porém, pode-se perceber que este profissional não deve ‘sair de cena’ inesperadamente, ‘morrer’ para o paciente: independente do que seja acordado, este deverá ser informado previamente e ouvido em suas demandas.

A clínica psicoterápica Daseinsanalítica possui a flexibilidade e a abertura para inúmeras técnicas. Uma clínica que trabalha a desnaturalização e o conformismo de estereótipos nocivos e doentios. O fundamento filosófico instiga e amplia os modos de perceber a sociedade e, conseqüentemente, as pessoas. Caminhando pode-se perceber como a produção de subjetividade ocorre em qualquer lugar exatamente por ocorrer na vida, no dia-a-dia. E, como o lugar de psicólogo é um lugar móvel, flexível e que se propõe a questionar, refletir sobre o ser-e-estar-no-mundo dos clientes e o que está sendo processado, produzido de modos de existência e resistências às imposições mercadológicas deste “momento histórico”. É a aposta de uma clínica onde a vida esteja presente: riso, choro, saúde, doença, alegria, tristeza, medos, depressão, morte, vida, música, pintura, filme, livros, desenhos, jogos,

⁹⁰ “Segundo a Organização Mundial de Saúde, Cuidados Paliativos consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Isto significa a identificação precoce e o tratamento da dor e outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.” (O que são cuidados paliativos? – INCA http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=26)

expressão corporal, amor, ódio, raiva, afetos, preocupações, tensões, ..., ..., a existência enquanto fluxo, enquanto linha, enquanto fio do equilibrista, enquanto fita de Moebius.

A clínica tem lugar importante neste funcionamento para garantir a produção de desarranjos e de novos arranjos. A relevância da psicoterapia, tanto para os portadores de doenças crônicas quanto para os familiares, deve ser considerada pelo modo de lidar com a doença: imposições, limitações e cuidados especiais que o cliente e as pessoas com quem ele vive deverão saber e, sempre que possível, seguir. A possibilidade de ter um espaço para: compartilhar suas queixas, alegrias, tristezas — tudo que seja importante para o processo de subjetivação e que se sinta confortável para contar e confiar⁹¹; e compreender, escolher assumindo a responsabilidade por suas escolhas e praticar as mudanças em seu ritmo de vida, envolvendo percepção de seus próprios limites para com as atividades que desenvolve.

A clínica psicoterápica enquanto espaço de acolhimento da dor, sofrimento, mas, também, como espaço de lançar-se, caminhar na vida e desvelar novos sentidos para a existência.

O relato de casos clínicos é um modo de refletir e pensar a prática psicoterápica. Através do escrever, ler e pesquisar; do meditar e interpretar, fenomenologicamente, os fenômenos relatados e vivenciados nas sessões, o psicólogo adquirirá uma maior possibilidade de suspender seus juízos e permitir-se cuidar de seu cliente. A seguir, apresento o que prefiro chamar de fragmentos de três existências – e não apenas de três relatos de casos – que a autora teve o privilégio de compartilhar e cuidar: duas mulheres com o diagnóstico da Hepatite C, em estágio avançado e; um homem com o diagnóstico de Doença de Crohn em remissão e, Epilepsia. São pessoas que não se entregaram à condição de pacientes-passivos. São exemplos e lições de vida...

⁹¹ “Confiar é co-fiar: seguir junto o mesmo fio. (...) Paciente fala. E o terapeuta? Segue o fio da fala. Assim confia: seguindo, no correr do tempo, o discurso do outro. Participando, a seu modo, da trama que as palavras vão tecendo” (Canello, 1991, p. 43).

4.2 Vivências (Casos clínicos)

“Larissa”⁹²

Introdução

Larissa, 46 anos, casada, duas filhas. Moradora de Queimados – RJ. Ela procurou o SPA-UFF⁹³ por intermédio do Grupo Gênesis⁹⁴ para ter atendimento psicológico, sendo iniciado em maio/2005.

Larissa tinha os diagnósticos de diabetes – já usando a insulina duas vezes ao dia; asma; bronquite; anemia; cálculo renal; hepatite C e varizes no intestino. Quanto aos tratamentos medicamentosos, Larissa utilizava insulina, duas vezes ao dia para diabetes; corticóide para asma. Fazia acompanhamento hepatológico, em função da hepatite C, no Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP⁹⁵), após o diagnóstico em março/2005. O diagnóstico clínico de Larissa já era indicativo para transplante de fígado — a hepatite C estava no estágio de cirrose.

A aparência de Larissa, nos primeiros atendimentos, era a de uma pessoa com mais de sessenta (60) anos: aparentava cansaço, desânimo, desmotivação. Algo a motivava a se tratar mas, em seus primeiros relatos, percebia-se revolta, raiva, rancor, medos... e, ao mesmo tempo, uma censura por sentir todos estes sentimentos para com as filhas. “Uma mãe não pode odiar as próprias filhas”(sic).

Em seu diagnóstico psicológico, ao iniciar os atendimentos no SPA, constatava-se que Larissa atravessava momentos de crise familiar; com dúvidas sobre a doença (hepatite c); grande tristeza, mas sem desanimar de viver. Em seu prognóstico hepatológico, o médico do HUAP, em fevereiro/2006, disse à cliente que ela ainda tinha “cinco anos de vida” (sic). Psicologicamente, ao interromper⁹⁶ por um mês os atendimentos, em março/2006, Larissa estava bem, conseguindo lidar melhor com os problemas familiares e com a própria vida.

⁹² Os dados de identificação são fictícios, permanecendo apenas o gênero e a idade.

⁹³ SPA-UFF: Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal Fluminense

⁹⁴ Grupo Gênesis: Grupo de Apoio a Portadores do Vírus da Hepatite C. Em 2005, o grupo prestava assistência somente a portadores da hepatite C, mas, a partir de 2006, presta assistência a portadores de hepatite, sem delimitar o tipo.

⁹⁵ HUAP: Hospital Universitário da Universidade Federal Fluminense.

⁹⁶ Houve interrupção nos atendimentos em função da saída da estagiária do SPA/UFF e da organização de um local para atendimento popular aos portadores de hepatite do Grupo Gênesis de Apoio a Portadores de Hepatites.

Desenvolvimento das sessões

Larissa relatou, em seu primeiro atendimento, que teve o diagnóstico da hepatite C em março/2005 em uma internação por causa da anemia. Ao receber alta hospitalar, o médico lhe disse: “Descobrimos o problema da senhora: é hepatite C; é uma doença que não tem cura, mas, tem tratamento no Antonio Pedro⁹⁷”. Ela disse ter se sentido perdida, sem ter nenhuma informação sobre a doença: contágio, tratamento, alimentação. Após a alta hospitalar, durante mais de quinze dias ela se isolou em sua própria casa para não contaminar seus familiares.

Larissa sempre demonstrou desconforto ao ouvir dos médicos que seus sintomas eram psicológicos. Ela questionava a postura onipotente dos médicos e sempre comentava em terapia “vou procurar outros médicos, quero outras opiniões sobre meu caso. Porque dizer que é psicológico só porque eles não sabem o que tenho e não dizem ‘não sei o que a senhora tem’, é algo que não tenho que aceitar”.(sic)

Com o início do tratamento (consultas) no HUAP, ela começou a compreender a doença e teve o contato com o Grupo Gênesis⁹⁸, do qual obteve informações e explicações sobre exames, tratamentos, direitos do portador de doenças crônicas.

No decorrer do tratamento e com o acompanhamento, se deparou com um problema: para cuidar da hepatite C e das varizes no intestino (que são uma consequência da cirrose hepática), ela deveria suspender o uso do corticóide que usava para evitar as crises de asma. Este foi um dos primeiros grandes momentos de angústia que Larissa vivenciou, pois ela expôs ter o medo de morrer em uma crise asmática ou de bronquite. Abrir mão por um tempo do que poderia salvá-la em caso de uma crise, em prol de um procedimento que também visava salvá-la do risco de hemorragias — que poderiam ser fatais por causa da diabetes. Larissa fez sua escolha e conseguiu fazer duas cauterizações nas varizes do intestino. O médico lhe garantiu que o tratamento atingira a meta, e ela poderia retornar ao uso do corticóide em menor quantidade.

Nos primeiros meses de terapia sempre voltava à conversa a existência de problemas de saúde e problemas familiares/pessoais. Ambos mereciam ser tratados e ela já estava fazendo o possível... Aguardar era necessário. Mas, angustiante. A sensação é que o tempo era pouco... Ao longo dos atendimentos, ela conseguiu perceber como os problemas e aborrecimentos familiares influenciavam nos resultados dos exames e em seu estado de saúde.

Alguns aspectos existenciais abordados nas sessões psicoterápicas:

⁹⁷ Antonio Pedro: referência ao Hospital Universitário Antonio Pedro.

⁹⁸ Grupo Gênesis: Grupo de Apoio a Portadores de Hepatites. Em 2005, o grupo se restringia aos portadores da hepatite tipo C. Atualmente (2008), o grupo está abarcando portadores de todos os tipos de hepatite.

- Compreender melhor o que é a ‘hepatite c’ e o que ela trouxe de “bom” e de “ruim”.

Quanto aos aspectos “bons”: saber realmente qual era o seu problema de saúde — já que ela sofria com uma “anemia profunda” (sic) sem saber o que a causava. Conhecer e conviver com outros portadores de hepatite C, através das reuniões do grupo de apoio; acesso às informações sobre a doença. Quanto aos aspectos considerados “ruins”: preconceito; intervenções invasivas, desconhecidas e desconfortáveis; aumento nas restrições alimentares.

- Independência: aplicar-se insulina.

Ao iniciar a terapia, Larissa relatou ser dependente de insulina e, quem a aplicava era o esposo. Ao ser questionada do porquê de tal cuidado ser designado a ele, ela respondeu que, além de o marido sempre ter tomado a frente disto, que ela não gostava de aplicar-se.

Com o passar das semanas e de suas mudanças em relação ao seu modo de ser e cuidar dos familiares, ela assume a aplicação da insulina e, considera isto como um passo de independência que foi importantíssimo, por ex., para ela viajar sozinha sem deixar de se cuidar.

- Alternativas para melhor lidar com o esposo, filhas, genro, netas e a própria mãe: aprender a lidar com as próprias expectativas, a ceder e a conversar.

Com relação ao esposo, Larissa conseguiu criar um espaço para conversa. Ela demonstrou ter muito ciúme do marido e, certa desconfiança dele. Foi um momento importante para lidar com os fatos reais e com as fantasias. Larissa compreendeu a necessidade de conversar e estar atenta ao que ela presencia. A partir da realização de uma atividade (contorno do corpo em uma folha de papel pardo) realizada em casa, visando enfocar uma maior percepção corporal da cliente, seu marido demonstrou ainda ter atração por ela — fato que ela já desconsiderava, achando mesmo difícil de ocorrer entre eles. Porém, a cliente permitiu-se vivenciar novamente a prática sexual e ter prazer com seu esposo. Tal fato foi uma grande surpresa pois ela considerava-se “feia, podre” (sic) e incapaz de ter e proporcionar prazer com seu corpo.

Larissa constatou que ela e o marido erraram ao permitir que a filha mais velha construísse em cima da casa deles, gerando um relacionamento de dependência, exploração e manipulação. Ela admitiu que eles fizeram isto para a filha não passar pelas dificuldades que eles (ela e o marido) passaram logo quando se casaram: pagar aluguel até poder comprar um terreno e material para construir a própria casa. Ela percebeu que, através desta ajuda, a filha

continuava dependente e imatura. Foi um passo difícil para Larissa cortar certos privilégios para a filha, mas tal atitude foi fundamental para a cliente e seu esposo terem mais autonomia e liberdade dentro da própria casa. No Natal, Larissa conversou com a filha e elas se perdoaram pelas agressões, brigas e começaram a reconstruir a relação. Com o passar dos meses, Larissa foi construindo o caminho do meio em relação ao relacionamento com a filha: não se permitia ser abusada ou explorada; ajudava a filha quando ela [cliente] queria. Quanto à filha caçula, Larissa relatou vários problemas — entre eles, financeiros e de comunicação — principalmente em relação à falta de atenção, cuidado e carinho. Logo após o início do tratamento, esta filha saiu de casa e foi morar com a irmã. Alguns meses depois, foi para casa de uma tia (cunhada de Larissa). O contato entre elas ficou muito escasso. Nos últimos meses de atendimento, Larissa ainda falava com tristeza e mágoa da filha e optou por não procurá-la enquanto ela não reconhecesse seus erros e atitudes intolerantes. Larissa mencionou que a filha não falava mais com ela.

Quanto à mãe da cliente, a relação era difícil havia muitos anos. A mãe de Larissa foi contra o seu casamento e nunca fez nada para ajudá-la em momentos críticos, como nascimento das filhas, dificuldades financeiras e momentos de doença. Com o passar dos anos, e sempre que precisava, a mãe da cliente pedia-lhe ajuda e começou a interferir em sua vida. A cliente relatou inúmeras situações conflitantes que a faziam ter raiva da mãe e não querer muita aproximação. Porém, ao começar a compreender a necessidade de perdoar (mudar o modo de ver a situação), compreendeu que precisava se reaproximar de sua mãe, até porque ela entendia melhor muitas ocorrências após ter sofrido o afastamento de sua filha mais nova. Um dos modos de se aproximar foi viajar com ela: uma experiência importante mas ainda prematura.

Com relação às netas — filhas da filha mais velha —, Larissa precisou aprender a delimitar seu espaço e tempo. E, por mais difícil que fosse, mostrar para as netas que nem sempre podia estar disponível quando a filha precisasse e que gostava de ter a casa arrumada, sem brinquedos espalhados e podendo repousar em seu quarto quando precisasse. As netas se tornaram 'objetos' de chantagem da filha com Larissa, mas ela conseguiu mostrar quem, realmente, saía perdendo com estas atitudes infantis. Larissa conseguiu compreender que, por causa de ter tido uma relação difícil com a própria mãe, ela acabou abrindo mão de inúmeros limites na tentativa de ser diferente da mãe. Porém, constatou que, apesar das boas intenções dela e do marido, as filhas não tinham limites e sempre exigiam determinadas atitudes dos pais. Conseguir modificar-se foi muito difícil, pois havia a sensação de estar fazendo algo

errado ou de estar agindo como a sua própria mãe — sendo indiferente e insensível —, mas pôde perceber a importância de criar/apontar os limites. E, parte destes limites surgiram e ficaram mais claros para os familiares a partir da relação dela com as netas.

- Limites: aprender a dizer *sim* e *não* para as filhas, ao esposo e à mãe.

Larissa começou a exercitar-se em não atender todos os pedidos dos familiares. Como sempre era convocada a atendê-los, via-se como um objeto-funcional. Dizer *sim* e *não* foi crucial para ela, apesar de muito difícil pois sempre havia a dúvida de estar agindo corretamente, já que sempre agiu de outro modo. Experimentar outro modo de ser foi fundamental para Larissa compreender sua co-responsabilidade nas relações consideradas desgastadas que vivenciava.

- Divertir-se viajando a Poços de Caldas e São Lourenço (MG).

A partir do momento em que Larissa foi tornando-se mais independente em relação a cuidados com a própria saúde e à família, ao conseguiu realizar uma excursão a Poços de Caldas. Foi importante para ela se tornar mais independente, perceber os tipos de relacionamentos à sua volta e buscar uma melhoria em suas relações.

Já a viagem a São Lourenço foi cansativa em função de um contato mais intenso com sua mãe, fazendo emergir questões difíceis que ainda não tinham sido resolvidas e que despertavam raiva, tristeza e revolta na cliente.

- Melhor percepção corporal e de seu ser.

No início da terapia, Larissa fazia menções depreciativas sobre o próprio corpo, considerando-o “um monstro”, “todo podre” (sic); apesar de utilizar maquiagem e demonstrar ser vaidosa. Após perceber-se, ver seus contornos numa folha de papel, começou a ter um outro olhar sobre as marcas de seu corpo e a aceitá-las. Começou a ver beleza em si mesma, possibilitando um maior cuidado de si, compreendendo o porquê de alguns sinais corporais (marcas das aplicações de insulina) e passou a valorizar-se.

- Leitura de livros e mensagens.

Além da fala, um dos possíveis modos de se trabalhar em psicoterapia é a proposta de leituras de textos, livros que possuam temas relevantes para o cliente — desde assuntos que abordam a problemática do cliente, como informações sobre doenças, até leituras que

forneçam conteúdos que lhe sejam necessários ao seu momento existencial. Leitura de histórias em quadrinhos, romances e aventuras podem convidar a pessoa ao riso, meditação, lembranças e, até, resignificações de fatos vivenciados.

- Pintura de mandalas.

A proposta de pintura de mandalas visou um contato maior da cliente com suas questões e um resgate da criança interior, proporcionando-lhe um momento com ela mesma, percebendo os formatos de cada mandala, a intensidade das cores sugeridas e suas combinações e a possibilidade de realizar algo belo.

Em uma das sessões, ela relatou a sensação ao pintar as mandalas “há anos não coloria nada; me senti uma criança de novo. Inclusive minha neta quis colorir comigo e eu não deixei (risos). Arrumei papel para ela desenhar e, desenhamos, colorimos juntas (...)” (sic)

O permitir-se odiar, exteriorizar tais sentimentos considerados “negativos”, “ruins” foi uma das grandes possibilidades desveladas por ela ao longo dos dez meses de terapia, podendo experienciar o ‘perdão’ — quanto à mudanças de modo de ser com os outros e com ela mesma — e a ‘promessa’ — dentre muitas, a aposta nos cinco anos de vida em que veria as netas crescerem — segundo a abordagem de Arendt (2008).

O último atendimento de Larissa ocorreu no SPA-UFF em 29 de março de 2006. Havia um ar de despedida: tanto a psicóloga quanto a paciente acreditavam ser a despedida da UFF.

Em abril, ela teve uma piora em seu quadro, em função de uma pneumonia e de hemorragia nas varizes do intestino, agravando a anemia; porém, conseguiu se recuperar após vários dias de internação.

Dias após a alta, teve crise de bronquite e asma, obrigando sua re-internação em um hospital de sua cidade. O quadro de saúde agravou-se, sendo encaminhada para o Centro de Tratamento Intensivo (CTI), onde teve uma parada cardio-respiratória, entrando em coma e, falecendo em 4 de maio de 2006.

Interpretação fenomenológica

Larissa viveu intensamente seus últimos doze meses de vida. Lutou por seus direitos de tratamento e recorreu a todos que ela teve acesso. A fisionomia, expressão corporal da mulher que aparentava mais de sessenta anos e, com o passar dos meses, ‘rejuvenesceu’ são marcas indiscutíveis do apropriar-se do cuidado e reassumir a direção da própria existência.

Larissa verbalizou e demonstrou acreditar e compreender que “o corpo e o psicológico (a mente) são um só” (sic), expressando claramente que o que é afetado/atingido é a pessoa e, não uma parte (corpo) ou outra (mente). Ela pôde vivenciar tanto a dor e o sofrimento quanto alegria e alívio: Larissa conseguiu perceber como tais situações reagiam em seu corpo, em sua existência. Tais constatações foram preciosas para ela aproveitar as possibilidades que a vida lhe oferecia: viagens; reaproximar-se da mãe e da filha mais velha; permitir-se ter, novamente, prazer e gostar de ter relações sexuais com o esposo.

A clínica psicoterápica *daseinsanalítica* vem como possibilidade de abertura de sentido, cuja condição para o enfrentamento da situação, em que se encontra, não é claro ou não há resolução/outras possibilidades. É um espaço para questionamento do horizonte em que o *Dasein* se encontra em um determinado momento de sua existência.

A existência aborda a condição do homem: ele existe; enquanto todas as outras coisas, seres vivos, animados, inanimados, objetos, ... , são: eles não existem. A inversão da máxima “a essência precede a existência” aponta para o que Heidegger expressa na noção de existência. Para o homem, “a existência precede a essência”, traz o caráter de possibilidades, de constante mudança: para o homem ter essência ele tem que, primeiro, existir. A essência sai do caráter imutável e substância primordial da existência humana e passa ao patamar de construção permanente, inacabada, de constante modificação. Um olhar mais atento constata que, no homem, a existência e a essência são co-originárias.

Ao perder o caráter determinista, a existência tem como uma de suas “aliadas” a complexidade da vida, do mundo e do homem. “O complexo é a propriedade de certos fenômenos cuja explicação exige de nós o esforço de evitarmos as simplificações reducionistas.” (Passos e Barros, 2003. p. 81)

Complexidade⁹⁹ aponta para a característica da própria existência de múltiplas variáveis, não possibilitando o encaixe dos problemas em fôrmas-de-soluções previamente

⁹⁹ Segundo Nicolescu (2005), o conceito “complexidade” é um dos pilares da metodologia de pesquisa transdisciplinar.

definidas e prontas; aponta para a variabilidade, mudanças, possibilidades, potência criadora da vida e, conseqüentemente, de produção de subjetividades.

No caso clínico, a complexidade é perceptível na multiplicidade de doenças, nos conflitos e dificuldades que seus respectivos tratamentos traziam a Larissa.

Velamento e desvelamento apontam para a percepção e compreensão do homem às situações da existência. Velar refere-se ao encobrir, esconder e, desvelar ao ‘des-encobrir’, fazer vir à luz, fazer aparecer. Velar e desvelar são atitudes contrárias, mas sempre estão juntas: ao se velar um sentido, desvela-se outro sentido e, ao desvelar um sentido, vela-se todos os outros possíveis sentidos.

O exercício do “retorno às coisas mesmas” também pode ser encarado como possibilidade de o homem perceber as coisas assim como elas aparecem, se dão à consciência. Como este “exercício” tem grande influência da percepção, da abertura e fechamento de sentido do homem, este “retorno” trará exemplos vívidos de diferentes níveis de realidade.

Os *níveis de realidade*¹⁰⁰ estão estreitamente relacionados com os níveis de percepção que se tem do mundo, das situações vivenciadas, assistidas, relatadas, presenciadas: é o que se constitui o entendimento e a compreensão das realidades, do mundo. Portanto, crer numa única realidade para todas as pessoas é alienar-se da vivência no mundo. “Um nível de realidade é uma dobra do conjunto dos níveis de percepção e um nível de percepção é uma dobra do conjunto dos níveis de realidade. [...] De dobra em dobra, o homem inventa a si mesmo” (Nicolescu, 2005, p. 81).

Na sutileza do velar e desvelar pode ser vista a existência dos níveis de realidade: é a percepção em jogo, mostrando o que o homem pode e não pode perceber naquele momento de sua existência.

No caso clínico, os níveis de realidade podem ser percebidos no momento em que o médico comunicou a Larissa que ela teria cinco anos de vida. Quando Larissa relatou tal prognóstico, surgiu o espanto na psicóloga e a meditação: “Mas, só cinco anos? Tão pouco tempo.” A paciente demonstrou uma imensa alegria em ter a previsão de cinco anos de vida: “Cinco anos! Poderei ver minhas netas crescerem”.(sic).

Pala (2006) aproximou a noção heideggeriana de cuidado a um dos pilares da metodologia da pesquisa transdisciplinar, o terceiro incluído¹⁰¹.

¹⁰⁰ Segundo Nicolescu (2005), o conceito “níveis de realidade” é um dos pilares da metodologia de pesquisa transdisciplinar.

¹⁰¹ Segundo Nicolescu (2005), o conceito “terceiro incluído” é um dos pilares da metodologia de pesquisa transdisciplinar.

Cuidado (*Sorge*) como nível de estruturação do homem em qualquer relação, ou seja, trata-se do modo pelo qual o homem se coloca em relação com os entes simplesmente dados e com os outros entes existentes (*Dasein* ou homem). O cuidado existe enquanto o *Dasein* existir.

O *terceiro incluído* aponta para a quebra do dualismo: A pode ser A e não-A. É a utilização do “e”, é a aposta no “entre”, na multiplicidade de modos-de-ser. A definição do terceiro incluído é provisória, por sempre se dar na relação; por isso, é devir, é fluxo incessante.

Relação é a palavra-chave nesta aproximação: é na relação que o terceiro incluído se dá, pode ser fluxo incessante; e o cuidado é a característica fundamental do homem *com* o mundo, com os outros homens e consigo mesmo.

A ‘lógica’ do terceiro incluído é percebida numa frase de Larissa, em um dos atendimentos: “o corpo e o psicológico (a mente) são um só”.(sic). Através dos atendimentos psicológicos, de sua capacidade de compreensão e de sua intensa vivência de sofrimento, dores, alegrias e alívios, ela conseguiu perceber que não era uma parte do corpo que doía, mas sim sua existência; não era a mente/psicológico que estava preocupada, mas ela estava preocupada.

Larissa exerceu o cuidado no modo *ocupação* com sua alimentação, lazer, viagens, tarefas com a casa e suas medicações. E o cuidado no modo *preocupação* com seu esposo, com as brigas com as filhas e as pazes com uma delas, genro e netas. Com o exercício de delimitar seu espaço em relação às outras pessoas com quem convivia, experienciou o modo *preocupação-anteposição*.

O cuidado com Larissa foi um desafio: uma mulher com saúde frágil, com várias doenças crônicas complexas, que dificultavam a medicação. Um olhar mais atento perceberia o que colaborava para estas doenças permanecerem e, cada vez mais, se agravarem: a falta de vida, alegria, espaço para expressar seus sentimentos e re-delimitar seu espaço em seus relacionamentos.

Um dos primeiros passos com Larissa foi extravasar sua raiva, decepção, tristeza e ódio pelas filhas. No dia em que a cliente permitiu-se odiá-las, ela tornou-se mais leve e sentiu-se melhor; ela conseguiu verbalizar uma vivência tão íntima e dolorosa para uma mãe. Mas, ao odiá-las, trouxe a possibilidade de olhá-las com outros olhos e, aos poucos, perdoar a filha mais velha.

Outro passo foi Larissa perceber e aceitar o próprio corpo com as deficiências, dificuldades e limitações expressas por seu ser. De um corpo intitulado “feio, podre, um lixo”

(sic) para um corpo “com marcas, cansado, limitado”(sic) que exigia e merecia cuidados especiais. A cliente passou a encarar as marcas e manchas em sua pele como consequência dos tratamentos e não como o indício de que ela não tinha mais nada para viver ou de não poder se orgulhar de seu corpo.

A sensação transmitida por Larissa, no início do tratamento psicológico, era de uma pessoa sofrida, com limitações físicas, com um olhar autodepreciativo, com poucas alegrias e muitas obrigações. Com o passar das semanas, Larissa foi compartilhando, dividindo o peso que carregava sozinha e re-significando várias questões o que a levou a assumir atitudes consideradas radicais por seus familiares, mas que eram necessárias para ela não se cuidar como *ocupação*, mas como *preocupação*. De certa maneira, Larissa foi percebendo que era um bom e útil objeto aos familiares e que ela não obtinha mais satisfação em se anular em prol deles. Surtiu um grande impacto sobre os familiares o seu posicionamento de ajudar quando ela pudesse e não quando eles quisessem: experimentar o *não* foi de grande importância, apesar de difícil manejo, tendo de lidar com chantagens familiares. Ela construiu seu caminho: ora abria mão, ora não; e aprendeu a seguir o caminho que tem um coração¹⁰². E foi caminhando... e, em vários momentos, ela dizia “Por que não fiz isto antes? Por que não procurei terapia antes?” — eram lamentos que valorizavam o momento que ela vivenciava e reforçavam o que não queria mais ter como modo-de-ser.

Ao analisar o tema do cuidado no tempo de convívio com Larissa, pode-se perceber várias nuances dos modos de cuidado. Nos tratamentos de saúde, ela já não permitia ser um objeto; ela já ‘exercia’ e cobrava o cuidado enquanto preocupação dos profissionais que a atendiam. O desafio foi com a família, com a qual Larissa tinha um modo-de-ser obediente, subserviente ao marido, às filhas, aos irmãos e à mãe. A raiva, o ódio e a revolta lhe incomodavam: “como eu posso sentir isto tudo por eles? É errado, é pecado.” (sic)

Aos poucos, ela conseguiu suspender seus juízos e observar as situações relatadas; tal exercício foi crucial para Larissa perceber até que ponto os atos de cada um eram ou não ‘aceitáveis’ e quais seriam as consequências e/ou reações — sentimentos, atitudes — para tais atos. Com esta prática, ela foi percebendo que raiva, ódio, revolta, nojo, ..., eram afetos mais do que fidedignos para tais ocorrências. Porém, percebeu também a necessidade de mudar e criar limites. Ela constatou que ser ‘a vítima’ não era uma obrigação, mas havia uma parcela

¹⁰² “Olhe cada caminho de perto, deliberadamente. Experimente-o tantas vezes quantas julgar necessária. Então faça a si mesmo, e só a si mesmo, uma pergunta. Esta pergunta é do tipo que só um homem muito velho faz. Meu benfeitor falou-me sobre ela uma vez, quando era jovem e meu sangue vigoroso demais para que eu a compreendesse. Agora eu a compreendo. Eu te direi qual é essa pergunta: ‘Esse caminho tem um coração?’ Se tiver, é um caminho bom. Se não tiver, é um caminho inútil” (Kornfield, J., 2005, p. 24 *apud* Castañeda, C.).

própria de colaboração para isto ocorrer. Em vez de culpar, ela começou a responsabilizar-se. Larissa conseguiu vivenciar a importância da escolha-responsabilidade-liberdade e praticar o cuidado enquanto preocupação — ora substituição, ora anteposição. Talvez um dos maiores ganhos tenha sido desvelar a possibilidade de viver mais autenticamente.

Conclusão do caso

Quais expectativas deve-se ter ao iniciar um atendimento psicológico com um portador de doença crônica?

Quais expectativas o portador de doença crônica tem ao iniciar um tratamento psicológico?

Ao pensar em permissão, talvez a única expectativa permitida ao psicológico seja de poder ajudar o indivíduo a compreender-se melhor, percebendo suas relações consigo e com o mundo. Voltar o olhar para si mesmo em um momento em que a raiva, revolta e nojo estão em alta ‘cotação’ é muito difícil. É necessário ‘esvaziar-se’ para poder tornar-se mais leve e se perceber. Na verdade, o perceber-se é concomitante ao esvaziar os sentimentos e afetos que inundam o ser.

Este foi o trabalho psicoterápico realizado com Larissa. Hoje só tenho hipóteses, mas aposto que ela viveu intensamente seus últimos meses: esteve mais plena, mais risonha, mais feliz, alegre. Mágoas, raiva, ódio e revolta ainda existiam em seu ser, mas de um modo diferente. Considero como o grande passo de Larissa, em sua caminhada psicoterápica, ter se permitido odiar as filhas, ou melhor, conscientizar-se que odiava sem sentir-se em pecado. Após isto, ela conseguiu compreender o porquê de odiá-las e pôde perdoar uma das filhas.

Atendimentos intensos, onde ficava nítido o interesse de Larissa em compreender-se. atendimentos descontraídos onde cabiam piadas, risos, troca de receitas e até comermos acerolas que ela colhia em seu quintal. Os atendimentos retrataram a intensidade da vida: leveza, dificuldades, sofrimento, alegrias, choro, riso.

A revolta e a tristeza ao saber da morte de Larissa foram inevitáveis para mim, enquanto psicóloga e enquanto ser humano. Pensar no que foi realizado... Avaliar o trabalho com Larissa foi a saída para minha impotência de ser humano e não-onipotência de profissional de saúde: lembrar da mulher que conheci em maio/2005 que aparentava mais de 60 anos e da mulher mais rejuvenescida com 46 anos que se despediu de mim com um abraço caloroso e muito agradecida por tudo que tinha conquistado até aquele dia... 29 de março de 2006.

'Sara'

Introdução

Sara, 63 a, casada, duas filhas, moradora da cidade de Niterói-RJ. Por recomendação médica e orientação do Grupo Gênese – Apoio a Portadores do Vírus de Hepatite – (Niterói-RJ), procurou atendimento psicológico. O atendimento foi iniciado em abril/2007, duas semanas após o início do tratamento para hepatite C. Sara tem o diagnóstico de hepatite C, já na fase de cirrose; é cardiopata, utilizando marcapasso há mais de sete anos; é hipertensa; e tem disfunção na tireóide.

Sara, na entrevista inicial, demonstrou insatisfação e irritação com o esposo, a quem se refere como “o pai de minhas filhas” (sic); e deseja “tratar-se e curar-se para ver as netas crescerem” (sic). É uma pessoa com poucas atividades, restringindo-se, na época, a ir à casa da filha caçula para ajuda-la a cuidar de suas netas; ir à clínica para o tratamento da hepatite C; consultas médicas; psicoterapia e, às vezes, fazer compras.

Sara percebeu a mudança em si quando iniciou o tratamento medicamentoso: falta de disposição física e de apetite, enjôo, febres, tremores, esquecimento, dores nas articulações. Um dos maiores desafios era compreender e aceitar as mudanças e limitações; e os familiares compreenderem que a mudança em seu biorritmo ocorria em função das medicações, e não dependia da sua vontade.

Desenvolvimento das sessões

Logo nos primeiros atendimentos psicoterápicos, Sara exteriorizava sua revolta em ter “esta doença” (sic). Explicou que havia a suspeita de ter contraído o vírus numa transfusão de sangue realizada em uma cirurgia na década de 1980. É importante mencionar que o mesmo tratamento medicamentoso é aplicado a casos de leucemia, o que levava Sara a referir-se a ele como “quimioterapia”. O que pode parecer apenas “jogo de palavras”, trouxe uma diferença na cliente: questionar-se o porquê de referir-se a um tratamento que ela de fato não estava fazendo, possibilitou o abandono de um “peso” que ela carregava sem perceber. Dizer “vou tomar as injeções” (sic) em vez de “tenho a quimioterapia hoje” (sic) trouxe uma mudança no modo de Sara encarar o tratamento e lidar com ele: ela começou a cuidar de si verdadeiramente.

Revolta, raiva e indignação são palavras que traduzem um pouco do que Sara sente e vivencia ao longo de sua existência: não ter tido oportunidade de estudar como seus irmãos;

um casamento que, já na lua-de-mel, demonstrou ser um erro; ter trabalhado fora desde os nove anos para ajudar em casa; falta de diálogo com o esposo e traições. Ela considera que as duas únicas coisas boas do casamento foram as filhas. Lamenta, hoje em dia, não ter procurado estudar mais tarde e de não ter se separado do marido e, por ter sustentado um casamento de aparência por tantos anos.

Após iniciar o tratamento para hepatite C, Sara relatou ter se tornado irritada e impaciente e, em meados de maio/2007, ela colocou o marido para fora de casa, alegando não suportar mais a presença dele. Tal postura foi encarada como absurda e desnecessária pelas filhas e irmãs; mas Sara conseguiu experimentar o morar sozinha, cuidar de sua casa sem que ninguém desarrumasse desnecessariamente, enfim “ter a minha casinha, o meu cantinho sossegada, sem ninguém tossindo em cima de mim, falando de doenças ou que estou fingindo estar mal porque minha aparência é ótima.” (sic)

Sara foi constatando, ao longo dos meses, que ela segurou, reprimiu e até fingiu por muito tempo ter uma vida feliz ao lado do marido. Ela reconhece que ele provia financeiramente a casa e nunca faltou nada materialmente, porém, “não é só de dinheiro e bens que se vive” (sic).

A cliente valoriza muito a família – os irmãos, as filhas, os genros e os netos – e, após três meses de terapia, ela vivencia duas situações muito difíceis: a morte inesperada de um irmão – que ela considerava “o melhor de todos” (sic) – e, dias depois, um acidente com a neta de três anos, em que a filha a culpa por não ter “tomado conta” da criança. Na ocasião do falecimento do irmão, ela liga para a psicóloga, pedindo uma sessão extra; não quis dizer o que havia ocorrido, apenas que precisava muito conversar pessoalmente. No dia seguinte, a sessão inicia com um abraço muito forte, e ela relatou o fato, pedindo que a profissional “a aliviasse daquele peso todo no peito, que a sufocava, a angustiava” (sic). Conversou-se bastante, ela chorou pouco e, dizia que queria chorar mais, mas não conseguia e que só ali (no espaço terapêutico) tinha conseguido. Ela despediu-se com outro abraço muito forte e disse sentir-se um pouco aliviada. Dois dias depois, ocorreu o acidente com a neta e ela veio para a terapia extremamente angustiada e revoltada com Deus. Na ocasião do falecimento do irmão, cogitou-se que o atendimento passasse a ser feito duas vezes por semana em função do que ela vinha sentindo e dos efeitos do tratamento medicamentoso; com o acidente da neta, acordou-se dois encontros semanais. Sara ficou em dúvida se poderia ou não, já que é a filha caçula – mãe da criança que se acidentou – que pagava a psicoterapia e outras despesas.

Angústia, sofrimento, dor, mal-estar, revolta, raiva, indignação... Sara foi visitada por todos estes sentimentos e exterioriza sua raiva e revolta com Deus: por que tanto sofrimento?;

por que o irmão tinha que morrer se ele era tão bom?; por que a neta precisava passar por aquilo tudo?; por que ela tinha que estar doente e passar por todo aquele tratamento que só a desgastava, tirava as energias, deixando-a fraca, desanimada, enjoada de tudo e... da vida?

Neste momento de perdas, total descrença na vida e em si própria, Sara passou a ser atendida duas vezes por semana e, assim foi até fevereiro/2008, no término do tratamento medicamentoso para hepatite C.

Sara só via a injustiça divina ao seu redor: a morte de seu irmão, o acidente da neta, a sua doença e as conseqüências, o tratamento que mudou radicalmente o ritmo de sua vida; o preconceito dos familiares, especialmente das filhas — medo de transmissão do vírus através do toque e manuseio de objetos.

Em função dos efeitos colaterais, o portador de hepatite C pode desenvolver outras doenças. Sara teve uma série de erupções no corpo — face, couro cabeludo, membros superiores, colo, abdômen e região lombar — que provocavam desconforto e coceira, deixando-a irritada. Ela fez um curto acompanhamento dermatológico, que trouxe alívio. Sara também percebia que as feridas aumentavam e/ou a coceira surgia quando ela se irritava demais com o esposo ou com alguma outra pessoa.

Ao perceber tal conexão, esforçou-se para conseguir verbalizar a sua irritação. Apesar de ter ‘tendência a desenvolver tais dermatites, alergias, por causa do tratamento’, ela se machucou menos e, principalmente, encontrou um modo mais saudável de se expressar.

Outra queixa de efeito colateral do tratamento são o esquecimento e pensamento lentificado. Sara queixou-se muito do esquecimento e até preocupava-se, pensando estar com a doença de Alzheimer. Ao ser questionada sobre o que ela vinha esquecendo, Sara apontou dados numéricos — datas de aniversários, telefones de pessoas próximas – e compromissos e atividades relacionadas com locomoção — itens de compras no supermercado e consultas médicas. Ela foi questionada sobre o que ela quer ou queria esquecer em sua vida e também enfocando o aqui-e-agora. A resposta “esquecer que eu tenho esta doença e que o Nicodemus [esposo] existe” (sic). De certo modo, Sara desejava a sua vida anterior ao diagnóstico da hepatite C: quando tinha maior circulação entre as pessoas, sem o olhar preconceituoso e com mais disposição para realizar suas atividades. Esquecer a existência do marido pode até ser possível, mas da doença que a habita e a ‘obriga’ a se tratar e ter muitos efeitos colaterais torna-se mais difícil.

Era o momento de começar a perceber o que a doença trouxe de bom para sua existência. Apesar de ser um passo delicado e quase irônico, um tratamento longo e repleto de

efeitos colaterais trazia, pelo menos, um ponto bom: a hipótese e aposta de uma cura — fator angustiante por ser na verdade uma incerteza de cura pois são difíceis os casos de ‘negativar o vírus’. Surgem, então, dois aspectos: não se trata de *cura* num caráter definitivo; e, a carga viral pode aumentar novamente, tornando o paciente ‘positivo’. Desde o início do tratamento, Sara comentava algo de bom advindo do tratamento: a perda de peso, pois era obesa.

O tratamento mostrou novas possibilidades de Sara ser e estar no mundo. As limitações físicas exigiram outros modos de executar tarefas e, com isto, desvelaram outros modos de ser e circular pela vida. Atividades que envolviam a obrigação de servir o marido foram finalmente descartadas: Sara relatou não suportar mais lavar as roupas dele, cozinhar e arrumar o quarto e guarda-roupas. Por não conseguir nem lavar as próprias roupas, ela comunicou que não poderia mais fazer tais tarefas para o marido. Quanto a cozinhar, os odores de alimentos e temperos a faziam se sentir enjoada, então, parou de cozinhar para o marido. Ela se alimentava de frutas, sucos e almoçava, de vez em quando, na casa da filha caçula. Fazer só o que queria e não ser obrigada a servir o marido era uma grande conquista para Sara, que ela alcançou através dos efeitos colaterais do tratamento em sua existência. Ela constatou a força que tinha para fazer e não fazer o que desejava.

Com relação às filhas, Vânia e Isadora, ela sempre demonstrou gratidão à filha caçula e comentava que ela era muito preocupada, que demonstrava grande medo de não saber como viver, após a morte de Sara. Sara mencionou várias vezes de Vânia ser exagerada e até sufocante quanto a preocupar-se com o estado de saúde dela. É uma filha atenciosa, que sempre quer conversar e estar com ela. Já Isadora é mais distante, sem tanta demonstração de afeto. É nítida a preferência de Sara à filha mais velha, mas a mágoa pelo distanciamento e falta de sacrifício e contato da filha fazem Sara sentir-se rejeitada, excluída por ela, ao ponto de, num dia por telefone, Sara falar “Ué, sou tua mãe? Para mim, você era filha de chocadeira.” (sic) e desligar o telefone. Sara relatou como cuidou da mãe e se dedicou ela quando esta teve câncer; do carinho que ela tinha com ela e que as filhas presenciaram isto e ela esperava um pouco disto das duas, neste momento do tratamento.

Trabalhar e desconstruir as expectativas é difícil por tratar de fantasias, ideais que a pessoa constrói para si, sendo que ao outro caberia realizá-las sem ter sido avisado. Com o passar dos meses, Sara conseguiu aproximar-se mais de Isadora e conversar com ela sobre o que a incomodava, o que ela esperava da filha. No fundo, não houve grandes mudanças na relação, mas na expectativa de Sara para com a filha. Com relação a Vânia, ela conseguiu desapegar-se um pouco da idéia de ter que estar sempre ajudando a filha como forma de prestação de serviço para o que a filha paga para ela. Ela conseguiu dizer *não* para esta filha

nas vezes em que não está com vontade de almoçar com ela ou de tomar conta das netas: ela conseguiu exercer seu direito de liberdade de escolha.

Sara conseguiu exercer sua liberdade, apesar disto ser algo novo para ela. Lidar com a angústia que era gerada a cada *não*, a cada *sim* quando tais respostas eram inesperadas para ela — por estar acostumada a sempre atender os pedidos, ordens e/ou costumes dos que a rodeavam — e para os outros (filhas, genros, netos, marido, irmãos) por acharem que ela estava deprimida (por não querer sair) ou irritada (por não atender algum pedido).

O tratamento medicamentoso de Sara foi custeado pelo plano de saúde, após longos meses de audiências na Justiça. A espera representou um grande desgaste para a sua família por todos sentirem que esta era um fator negativo para o sucesso do tratamento de saúde. Esta conquista foi um desgaste para Sara ao longo das quarenta e oito (48) semanas de tratamento, pois para a liberação semanal da medicação, ela precisava realizar uma série de exames de sangue para ‘comprovar’ a necessidade de tais medicamentos. Este é um fator importante: o paciente tem que comprovar que está doente para receber os direitos de seu plano de saúde. Por mais que se saiba que o ‘combustível’ que alimenta os planos de saúde e os profissionais (e todo o mundo capitalista) seja o capital, não se deve fechar os olhos e usar o discurso ‘é assim mesmo’. É importante perceber os efeitos desta máquina no cotidiano do paciente crônico e de seus familiares. Apesar do desânimo e cansaço físicos, a cliente sempre resolveu os problemas do plano de saúde, mesmo sendo demorados e desgastantes. Tais situações só traziam a angústia e revolta de ter a doença habitando seu ser: quanto mais ela tentava esquecer, mais era forçada a se lembrar e a comprovar sua existência.

Após quatro meses do início do tratamento para hepatite C, o portador faz um exame para verificar a carga viral. Este exame determina o destino do tratamento: prosseguir ou interromper e aguardar um outro tratamento. Sara tentava ser racional quanto a suas expectativas em relação ao exame e, não se importava com o resultado: se este fosse favorável a parar o uso da medicação, não ficaria triste porque estava cansada e revoltada com seu estado físico em função das medicações; se o resultado fosse favorável a continuar, ela prosseguiria porque tinha se proposto a ir até o fim. Sara estava cansada de tantos exames, efeitos colaterais, preconceitos... e também estava cansada do que sua vida tinha se tornado após o diagnóstico da hepatite C. Sua esperança era de curar-se para ter sua vida de volta — mesmo sabendo que a cura é temporária e, depende muito dos hábitos de vida do paciente.

Sara vinha se sentindo bem, com um pouco mais de disposição, comparado ao início do tratamento. Houve grande expectativa dela e de suas filhas quanto ao resultado do exame.

O tempo de espera é um martírio pois não se tem muito o quê fazer a não ser seguir o tratamento e o sofrimento que este proporciona e aguardar o resultado. A carga viral de Sara estava ‘negativada’, o que indicava condições de permanecer no tratamento em função do organismo estar respondendo bem à medicação. Ela ficou muito feliz com este resultado, pois percebeu que “o sacrifício está valendo a pena” (sic). Este é um momento de grande alegria e comemorações para a cliente e sua família. É um momento também de reconciliação com Deus. Quando ela se submeteu ao exame, já havia certa mudança no modo de pensar sobre Deus — da revolta para um ‘querer entender’ o que Deus queria lhe ensinar. Ela acreditou que “Deus me deu forças para seguir até aqui e, vou seguir até o fim.” (sic.)

O momento pós-exame é sempre delicado porque os portadores apostam no resultado ‘negativo’ como sinônimo de cura e de melhora no quadro clínico — diminuição de sintomas. Porém, o que é costume¹⁰³ é um agravamento nos efeitos colaterais existentes e aparecimento de novos sintomas. Sara teve uma piora significativa em menos de uma semana depois do resultado do exame e uma de suas irmãs se hospedou em sua casa, o que gerou mais irritação e cansaço. A cliente desejava ficar sozinha, repousando, mas a obrigação de receber a irmã a incomodou, o que originou um pedido às filhas: que não chamassem ninguém para ficar com ela, ainda mais alguém que a irritava por não se cuidar (a irmã era diabética e não fazia dieta alimentar).

Quanto à piora em seu quadro geral, Sara voltou a ter febres altas, dores, enjôos, tonteadas, erupções na pele. Na ocasião da visita da irmã, a cliente chegou à consulta muito séria, acompanhada desta, e, ao entrar na sala de atendimento, deitou-se encolhida no sofá e chorou muito; pediu ajuda e alívio a tudo que ela sentia; não entendia o porquê de se sentir tão mal após o resultado do exame e, que não agüentava mais tanta pressão familiar para continuar o tratamento — que só ela sabia o que ela sentia — e que ela queria interromper, não sofrer mais com tanto efeito dos remédios. Sara buscava a certeza da cura e constatar que tal posicionamento não era possível, a angustiava imensamente. Ela dizia não ter motivos para viver e nem se sacrificar tanto: as netas, em pouco tempo, estariam crescidas e não lembrariam mais dela; as filhas já cuidam de si e os outros netos nem lembram mais dela.

Este foi um dos momentos mais difíceis da terapia com Sara: ela pedia que outra pessoa decidisse por ela — exatamente o que ocorreu em toda sua vida. O que pôde ser oferecido foi o apoio à decisão dela, sabendo da incerteza de cura ao prosseguir e da dúvida de ter ou não se curado, caso interrompesse o tratamento; conversar com as filhas sobre o

¹⁰³ Observação a partir de clientes atendidos durante o tratamento e de relatos de portadores nas reuniões do Grupo Gênese.

tratamento, as dificuldades e outros pontos necessários. Ela aceitou a proposta da conversa. Após dois dias, a cliente retorna à sessão e informa que decidiu continuar o tratamento, apesar dos efeitos colaterais, mas que não considerava necessária a conversa com as filhas porque elas não mudariam de opinião. Porém, foi exposto a ela a necessidade de um encontro para abordar certos assuntos que envolviam as três. Foi elaborado com a cliente um roteiro de temas a serem abordados com as filhas.

A conversa com Vânia e Isadora foi importante por compreender a dificuldade delas em se relacionar com a mãe e por esclarecer aspectos do tratamento para hepatite C que afetavam o modo de ser e de se relacionar de Sara.

A cliente percebeu sinais de melhoras na relação com as filhas após a conversa, mas começou a sentir, mais claramente, uma pressão por parte delas para que o marido retornasse a morar com ela. Sara sentia o risco de perder sua liberdade em morar sozinha. Após dias de conversa e argumentos, Vânia alugou um apartamento para os pais, resolvendo o problema de acomodação do pai — ele estava na casa de Isadora, mas foi obrigado a se retirar — e de sua preocupação com o estado de saúde da mãe. Sara sentiu “pena” (sic) do marido, que ficaria sem lugar para morar, podendo parar em algum quarto alugado e ser vítima de violência o que a faria se sentir culpada por não ter sido mais flexível. Também cedeu aos pedidos de Vânia, que sempre demonstrava muita preocupação, ansiedade e angústia pela possibilidade de a mãe sentir um mal-estar e não conseguir socorrê-la. Um apartamento grande, cada um em seu quarto, sem precisar maiores contatos: uma boa proposta para a cliente.

Em menos de duas semanas, a cliente começou a perceber que não deveria ter cedido ao pedido da filha — o qual passou a considerar chantagem. Apesar de pouca convivência com o marido, já era motivo para despertar a raiva, revolta, rancor e desprezo que sentia por ele. Ela compreendeu que não deveria ter aberto mão de seu espaço em prol de uma pessoa que a fez sofrer desde o início do casamento, mais precisamente na lua-de-mel, com sua indiferença. Sara relatou que, ao conversar com sua mãe sobre o casamento e o desejo de separar-se, ela ouviu: “Casamento é até o fim, até que a morte os separe.” (sic) — frase que a fez permanecer com ele, como uma forma de cumprimento de uma promessa feita a Deus. Com o nascimento das filhas, Sara não se sentia mais sozinha: tinha um motivo para viver. A relação com o marido tornava-se cada vez mais difícil, o que a fez desconfiar e confirmar a existência de uma amante. Ela conversou com as filhas — na época, ainda crianças — sobre a necessidade de separação, porém, a pedido de Vânia, ela resolveu permanecer com o marido, mas com o mínimo contato. Toda irritação, raiva e rancor pelo marido estavam ‘à flor da pele’

de Sara: novamente as erupções cutâneas surgiam em seu rosto, abdômen e costas. Era necessário verbalizar estas insatisfações, revoltas... delimitar seu espaço neste apartamento e fazer-se respeitada. Conversou com as filhas, apontando a questão da “chantagem emocional” (sic) e de que ela tinha cedido, mediante o marido respeitar os limites impostos — atitude não cumprida por ele.

A cliente percebeu que precisava aprender a lidar com a situação da melhor forma possível: era difícil para ela aceitar que tinha perdido seu “cantinho” (sic), mas era fundamental agir de um modo que ela se protegesse dos sentimentos e lembranças oriundos do contato com o marido. Foram exercitados três modos de ação: buscar meios de se divertir; expressar na terapia tais sentimentos; e verbalizar com as filhas ou até com o marido, quando necessário, o que sentia, lembrava e gerava tais afetos.

Um dos modos de se divertir foi aproveitar os convites das formaturas e casamento de três sobrinhas para viajar. Fisicamente, as viagens foram cansativas e não conseguiu comparecer a todos os cerimoniais dos eventos, mas não desistiu de prestigiá-los e nem de se permitir estar feliz e com pessoas de que ela gostava. Esta foi uma aposta na psicoterapia com Sara: ousar percebendo seus limites e não deixando de exercer o cuidado consigo mesma.

É chegado o último mês do tratamento medicamentoso. Sara não suportava mais os sintomas, as injeções, as burocracias com o plano de saúde, dividir o mesmo espaço com o marido, afastamento de Isadora e preocupação em excesso de Vânia. O que mudou? A cliente sentia os sintomas muito mais presentes e fortes; não compreendia o porquê de tal intensificação já que estava no final do tratamento e, chegou a pensar, em abandonar o tratamento. Ela estava em seu limite: precisava de resultados, indicativos de que o resultado do primeiro exame permanecia e de que seu sacrifício tinha valido a pena. O médico adiantou em duas semanas o pedido do exame de carga viral. A cliente o fez e a expectativa para o resultado ser negativo era de muitas pessoas. Como lidar com esta cobrança? Como reagir ao resultado ‘positivo’? O que dizer, pensar para justificar um resultado de um exame? Sara tentava se proteger com a resposta “não estou preocupada” com o resultado; “o que vier está bom.” (sic). Era o momento da psicoterapia despertar reflexões e avaliações sobre o que significava todo o tratamento: para quem ele foi direcionado, dedicado; sobre o sacrifício e sintomas que os medicamentos ocasionaram em sua existência; sobre vitórias, derrotas e espaços conquistados; sobre o conhecimento do próprio corpo; da influência dos afetos em seu funcionamento e o despertar para a noção de unidade — corpo e mente são um só.

O resultado do exame atrasou alguns dias, e isto bastou para despertar fantasias de que seu quadro piorara ou de que haviam descoberto outros problemas de saúde. Esperar era preciso. E ela esperou.

Sara sentiu-se recompensada por todo sofrimento, dores, incômodos, efeitos colaterais... O resultado do exame foi ‘negativo’. O resultado foi comemorado com as filhas, genros, netos. Ela comemorou este resultado com a psicóloga, reconhecendo todo o trabalho desenvolvido até o momento, dizendo “Parabéns para você também... Não conseguiria sozinha” (sic).

Com o resultado ‘negativo’, a cliente percebeu a mudança de comportamento de Vânia que passou a permitir que a mãe fizesse determinadas atividades em sua casa, que ao longo do tratamento não era permitido. Tais percepções fizeram-na pensativa quanto ao tema do preconceito: o valor e efeito de um nome/palavra num pedaço de papel na vida de uma pessoa e das que convivem com ela. Estar ‘negativada’ trouxe leveza à existência de Sara: sem as medicações, ela começava a sentir-se animada, com disposição para alimentar-se melhor.

Ao longo da terapia, houve momentos de planos de atividades a serem realizadas após o término do tratamento. O momento chegara... A disposição ainda era pouca e as cobranças aumentavam: já que não existia mais o tratamento medicamentoso e os sintomas; ela poderia fazer caminhadas, hidroginástica, cuidar das netas e outras atividades. Aos poucos, Sara foi incorporando as atividades que desejava em seu dia-a-dia; seu corpo ainda tinha efeitos da medicação e era necessário conscientizar-se de que o resultado é passível de mudanças — a cura é um estado e não uma estagnação, permanência. Cuidar de si era fundamental e ela reaprendeu isto ao longo dos meses: conhecer seus limites, direitos e verbalizar suas vontades.

Com o término da medicação, as sessões psicoterápicas tornaram-se semanais visando uma contribuição e manutenção do trabalho desenvolvido, principalmente o espaço para Sara desabafar, expor seus sentimentos e pensar em possibilidades de melhor lidar com seus familiares.

No final de abril/2008, a cliente comunica que viajaria por um mês para visitar algumas irmãs e aproveitar para passear, se distrair e se afastar um pouco das filhas e do esposo, e logo que retornasse, entraria em contato. Algo indicava que ela não retornaria por dois motivos: ela não gostava de gerar despesas para Vânia — a terapia foi necessária durante o tratamento —; indiretamente, a terapia remetia Sara à condição de portadora de hepatite C.

A ‘Sara’ que se despediu naquele 29 de abril de 2008 era uma mulher mais forte, convicta do que desejava. O cuidado com ela a fez compreender e vivenciar momentos onde

pôde entrar em contato com suas questões e vivências do passado, mas que estavam a acompanhando por tantos anos. Re-significar, perdoar e prometer: verbos que a cliente aprendeu, conforme seu ritmo, a vivenciar e colocar em prática a cada dia, a cada embate. O mecanismo das expectativas em sua existência foi compreendido: nem sempre foi possível se desvencilhar de uma ou muitas expectativas, exatamente por serem constitutivas de seu modo de ser. Perceber a influência destas em sua vida e avaliar se eram ‘positivas’ ou ‘negativas’ o que exigiu dela grande esforço e exercício de mudança em seu modo de ser.

“Edson”

Introdução

Edson, 48 anos, separado judicialmente de Lilian, dois filhos — Igor, 24 anos e Keyla, 19 anos —. Mora em Cabo Frio–RJ e faz tratamento para epilepsia e *doença de Crohn*¹⁰⁴ no Hospital Universitário Antonio Pedro – HUAP, da Universidade Federal Fluminense – UFF, há mais de 15 anos. Edson tem a doença de Crohn diagnosticada em 1980 e a epilepsia em 1990, sendo que já tinha “crises” (sic) das duas patologias, desde final da adolescência.

Neste trabalho, será mais focado a doença de Crohn, porém a epilepsia será citada por ‘fazer parte’ da existência de Edson e, por ser um fator ‘complicador’ no tratamento medicamentoso já que algumas medicações para epilepsia afetam o aparelho digestivo.

Edson fez curso profissionalizante de Mecânica e Torneiro Mecânico. Trabalhou em várias empresas e, em 2000 foi recomendado pelo Serviço Social da empresa, a se aposentar em função de seu estado de saúde. Edson relatou, em seu primeiro atendimento, que relutou muito em se aposentar mas, percebeu que era melhor se aposentar pois vinha tendo mais dores abdominais e “pré-crisis da epilepsia”¹⁰⁵ (sic) em função de muita pressão que sofria dentro da empresa. A aposentadoria acabou sendo uma ‘vantagem’ para que Edson cuidasse mais de sua saúde.

O Serviço Social do HUAP, em 2003, encaminhou Edson para atendimento psicológico no Serviço de Psicologia da Área Cirúrgica – SPAC, justificando que o paciente se queixava muito de problemas familiares.

A demanda de atendimento psicológico de Edson é justificada por problemas familiares, principalmente com o filho. Com os aborrecimentos com este, as dores abdominais e diarreias aumentaram muito e, reconhecia que precisava de ajuda para lidar melhor com o filho. O paciente iniciou a terapia em Abril/2003, no SPAC. Em função de mudança de estágio da estagiária para o Serviço de Psicologia Aplicada - SPA, Edson foi atendido na instituição até Março/2006. Até os dias atuais, é atendido pela psicóloga em consultório particular.

¹⁰⁴ Doença de Crohn ou Mal de Crohn é uma doença inflamatória, sem etiopatogenia esclarecida sendo considerada multifatorial e, que pode afetar todo o aparelho digestório, desde os lábios até o ânus. Os principais sintomas são dores abdominais e elevado número de diarreias diárias.

¹⁰⁵ Edson define as pré-crisis da epilepsia com os sintomas que ele sempre sente antes de ter as ‘crises’ propriamente ditas. Tais sintomas são: dores de cabeça, sensação de ‘déjà vu’ e visão ‘turva’, escurecida.

Desenvolvimento das sessões

Edson, em seu primeiro atendimento, falou de sua vida, de seus pais, dos 7 irmãos que tem — sendo ele o segundo filho e, o primeiro homem —, que nasceu e viveu muitos anos no Ceará e, sua família veio para o Rio de Janeiro quando ele já estava na adolescência. Diz como conheceu Lílian — a ex-esposa — e como foi a gravidez e a infância de Igor, a gravidez “acidental” (sic) de Keyla.

Em todo seu discurso, é percebido uma grande angústia e necessidade de falar, desabafar. O assunto que foi por muito tempo abordado por Edson é o filho e a escolha sexual deste. Igor assume ser homossexual e, isto para o pai é muito difícil pois sente-se um pouco culpado por sempre ter dito “Ele vai ser o que ele quiser quando crescer”, quando lhe perguntavam se aquele rapaz era o filho dele. Igor já saiu e retornou para residência dos pais inúmeras vezes, e já morou na casa de parentes e amigos(as). Quando foi iniciada a terapia, em 2003, Igor não estava morando na casa de Edson.

A relação de Edson com Lílian era ótima, segundo o paciente, até o nascimento da filha. A partir daí, a relação foi tornando-se difícil e piorando nos últimos anos, quando o filho assumiu a homossexualidade. Segundo o paciente, a ex-esposa fazia “vista grossa” e não aceitava ou acreditava que o filho fosse homossexual. O paciente afirmou nunca ter tido amantes; porém com o passar dos meses de atendimento, ele diz ter tido alguns casos durante suas viagens de trabalho mas, nada além de relação sexual. Ele também trouxe a queixa “procuro Lílian mas, ela sempre diz que não quer ter relação, por não estar bem” (sic). Num atendimento, inclusive, expôs que diria a ela que procuraria na rua o que ele não tinha em casa. Tal conversa não repercutiu o efeito que ele esperava. Desde final de 2003, ele inicia um relacionamento com Rita, onde diz que eles não só tem relação sexual mas, conversam, se distraem; não há um clima de cobranças para ele assumi-la pois, segundo ele, Rita não quer um marido mas, um amante, um namorado. Edson não se sentia confortável neste papel mas, também não queria se separar de Lílian.

Edson, depois de se aposentar, freqüentou mais assiduamente o Centro Espírita, que participava desde a década de 1990 e, integrou, até 2007, uma Comissão Popular que atua no Posto de Saúde no bairro onde morava em Queimados. Suas ocupações eram: ir às reuniões do Centro Espírita e do Posto; prestar auxílio e dinamizar os atendimentos no Posto; ir à Niterói para consultas e compra de medicamentos; fazer companhia à mãe e; fazer compras com Lílian. Em 2004, ele conseguiu realizar um sonho: a compra de um terreno no litoral, em Cabo Frio. Mesmo a distância de sua antiga casa até o terreno não o assustou; pelo contrário,

isto foi uma motivação para ele não desistir de seu sonho e iniciar a construção da casa planejada ele e a filha. Segundo o paciente, Lílian não quis participar do que ele intitulou “fase de planejar, opinar na planta da casa” (sic); e somente conheceu a obra nas férias de Julho/2005. Ele expressou que a futura casa de praia seria uma espécie de refúgio para os momentos e situações difíceis que enfrentava em sua casa, em Queimados. Também expressou insatisfação com a ida da esposa para o seu ‘refúgio’ e, principalmente com o inesperado comportamento dela — compreensivo, sem habituais reclamações. Percebeu que a casa da praia poderia tornar-se, futuramente, um lugar de convívio com Lílian, mas que naquele momento, não havia espaço para ela.

Edson foi percebendo uma melhora em seu quadro clínico com as curtas estadias em Cabo Frio, em função da obra da casa. O relacionamento com Lílian foi se agravando e, com o desinteresse desta pela casa de praia, Edson começou a desvelar a possibilidade de separação. O que sempre o fazia relutar era não ter condições financeiras de pagar uma pensão. Em contrapartida, seu relacionamento com Rita estava cada vez mais interessante e prazeroso. Ela o acompanhava nas idas para Cabo Frio, apoiando nas escolhas de materiais para a casa, contribuindo com idéias. A situação que era cômoda, começou a tornar-se angustiante e, em Junho de 2006, Edson resolveu sair de sua casa, em Queimados, e morar em Cabo Frio. Um passo para libertar-se e resolver os problemas ou para fugir destes? Abandonar a casa que construiu foi um dos passos mais difíceis para o paciente: a sensação de desenraizamento e do não-pertencimento eram assustadoras: suas referencias eram em Queimados. Mas, era o momento de olhar e conscientizar-se que suas raízes já não estavam tão profundas naquele solo e que um novo enraizamento começara, de modo despercebido, em Cabo Frio. A casa ainda está sendo construída (Setembro/2008) mas, ele sente-se enraizado em Cabo Frio. Com relação às atividades, ele tem trabalhado em sua obra, ido às consultas e cuidado do quintal de sua casa.

Ao sair de casa, Edson propôs a separação para Lílian, oferecendo uma pensão provisória até que a oficial fosse decretada pelo juiz. Ela não aceitou a proposta de separação, argumentando que eles poderiam tentar novamente. Mas, ele já não tinha disposição para tentar; não via mais o porquê de permanecer numa relação falida. Ele também não tinha interesse em ‘tentar de novo’ por causa do convívio com Rita. Alguns dias após esta conversa, Edson recebeu uma intimação, deixando-o extremamente perplexo: Lílian o denunciou por agressão física, numa suposta briga que eles tiveram no dia da conversa sobre a separação. Neste momento, ele vê parte de sua família apoiando a esposa e as informações da filha no depoimento foram cruciais para que ele pagasse uma indenização à Lílian. Foram meses

muito desgastantes para Edson e, na véspera da primeira audiência, em sua sessão psicoterápica, ele vivia ‘seus últimos momentos de liberdade’, como se estivesse indo para a prisão. O momento era de acolher tal angústia, encoraja-lo para enfrentar o problema já que ele tinha consciência de não ter agredido a esposa e, por mais difícil que poderia ser, acreditar na Justiça.

Em Junho de 2007, ocorreu a separação de Edson e Lílian. A sensação de liberdade era estranha e o passo seguinte era aguardar um ano para entrar com o pedido de divórcio, que ocorreu em Junho de 2008. Este passo foi feito de forma mais amena com Lílian: ela não se opôs a assinar os documentos para encaminhar o divórcio mas, tentou convence-lo de que “eles poderiam voltar e começar do zero” (sic). Edson conseguiu ser sucinto com as respostas à ex-esposa e dizer que “não tinha mais volta” (sic).

Com a filha, Keyla, a relação era muito boa, considerando-se bons amigos. Ele depositava nela toda confiança que depositou em Igor e, que este desperdiçou não seguindo os passos que o pai traçou para ele. Inclusive, quando a filha começou a namorar, ele comentou na terapia “Ela, pelo menos, não vai ser igual ao irmão”; ao pedir para ser mais claro, ele complementou “ser homossexual, pois um já está de bom tamanho” (sic). A filha, por algum tempo, serviu de intermediária entre os pais: uma espécie de ‘pombo-correio’.

A confiança de Edson em Keyla foi destruída a partir do posicionamento dela em relação à denúncia de agressão — informando que o pai era muito nervoso — e de preferir morar com a mãe, ocorrendo a separação. Edson precisou compreender quais expectativas tinha criado para a filha e, que esta não tinha obrigação de cumpri-las e, que o diálogo — exteriorizar a mágoa, raiva e decepção — com Keyla era fundamental para que ele se libertasse da desconfiança e se permitisse demonstrar seu afeto por ela.

Ao sair de casa, a relação com Keyla tornou-se distante e difícil em função da desconfiança após o episódio do depoimento sobre a denúncia de suposta agressão. Edson percebeu que a filha só telefonava quando precisava de algo ou quando queria ir à praia em Cabo Frio. Sentir-se usado pela filha foi muito difícil mas, ele precisou suspender seus juízos e tentar olhar com os olhos de Keyla — colocar-se no lugar de uma adolescente, que está descobrindo o mundo —. Ser generoso com a filha foi e ainda é extremamente difícil, pois isto requer reconhecer e desvencilhar-se de expectativas em relação a ela. Desde Julho de 2008, Keyla está mais próxima ao pai, em função do irmão ter retornado para casa e gerar diversos problemas para ela e estar desafiando a mãe. Ela diz que, agora, o compreende em certas atitudes supostamente radicais em relação ao irmão. Edson preocupa-se com a filha neste ambiente tenso mas, consegue reconhecer que não pode resolver este problema por ela.

Ele sentiu-se justificado ao ouvir tal comentário da filha, pois os olhares sempre foram de que ele não tinha paciência ou era essencialmente radical com o filho.

Edson possuía uma relação muito intensa com a mãe — Sr^a. Maria —. Desde o falecimento de seu pai, ele assumiu várias funções junto a ela, como acompanhá-la ao banco, em consultas, em compras. Mãe e filho eram vizinhos em Queimados – RJ. Sr^a Maria faleceu em Março/2005, causando grande sofrimento para Edson por não ter conseguido chorar tudo que julgava que deveria chorar pela mãe e, pelas discussões entre os irmãos por causa da divisão dos bens. Na época, foi decidido que, qualquer decisão quanto à casa de Sr^a Maria, seria resolvido com o retorno do irmão que mora no exterior, em Setembro/2005. Decisão que não ocorreu até os presentes dias.

Outra vivência foi o retorno do filho para casa (Janeiro/2005) e a tentativa de assassinato que este sofreu, semanas após o falecimento de Sr^a Maria. Para Edson, o retorno foi muito gratificante mas, sempre deixou claro a não-confiança no filho. Igor teve vários problemas dermatológicos e renais, cujo tratamento foi custeado por Edson, inclusive optando em não comprar seus remédios para cuidar do filho. A tentativa de assassinato de Igor foi uma situação muito angustiante e conflitante para o paciente: o medo de mais alguém da família sofrer algum tipo de ameaça ou violência. Igor saiu de casa, após o pai cobrar um posicionamento quanto a um trabalho.

Após sair de casa, Edson teve poucas notícias do filho, que ligou duas vezes ao pai, para pedir dinheiro, e não obteve êxito. Edson diz conseguir não se preocupar com o filho e prefere não ter notícias, pois quando tem, é indício de que ele está precisando de ajuda financeira e, que ele só serve para “dar dinheiro” (sic). Igor não é mais a grande demanda de atendimento do cliente, sendo nítido que, este busca compreender aonde errou na criação do filho para justificar a postura arrogante e indiferente deste em relação aos pais e a vivência promíscua — prostituição — de sua escolha sexual. De certo modo, Edson sente-se ter fracassado como pai, por causa de alguns comportamentos dos filhos. Em Julho/2008, o filho retornou à casa de Lílian.

Além do falecimento da mãe, o paciente vivenciou outras duas perdas: o falecimento de um irmão em Julho e, a aposentadoria da neurologista que o acompanhava há mais de 10 anos no HUAP. O que pôde ser percebido foi a ocorrência de crises epiléticas muito próximas destes eventos e, principalmente no mês de Julho, um aumento das crises propriamente dita e do que o paciente chama de “pré-crise”. E, além destas crises, o paciente relatou um aumento de dores abdominais e diarreias. Ele mesmo comentava “o que não estou conseguindo pôr para fora de tristeza, choro e revolta, acho que estou expressando com meu corpo” (sic).

Atualmente, Edson começa a observar mais seus sintomas e a se interrogar do porquê sentir tal dor naquele momento. Ainda é difícil ter um olhar mais abstrato, solto em relação aos sintomas: sempre tenta encontrar uma resposta. Porém, com o passar dos anos estando em terapia, ele já consegue descolar-se da idéia de uma causa para o efeito-dor, conseguindo questionar-se sobre o que está sentindo e quais ações que realizou contribuíram para tal desconforto.

Quanto à alimentação, Edson possui uma série de restrições alimentares. Dentro do possível, ele segue a dieta recomendada pela nutricionista. Quanto a este assunto, exemplifica-se a importância do paciente não comer grande quantidade de pão, pois causa muitas dores abdominais e, às vezes, até aumento no número de diarreias. Edson, por inúmeras vezes, relatou um movimento de auto-flagelação, ao comer muito pão. Ele sofre muito com as dores e outros sintomas da Doença de Crohn mas, expôs, na época, com ar de frustração “sem comer, eu tenho dor, então eu como para poder ter uma justificativa para a dor que eu sinto, mesmo que seja mais agravada...” (sic).

Com a obra em Cabo Frio, Edson nem sempre faz uma alimentação balanceada e, faz muito esforço físico — além do que é recomendável —. Quanto à alimentação nem sempre tem reações, porém quanto ao esforço físico, vem aumentando as dores pelo corpo — principalmente na coluna e no abdômen — e, esporadicamente, tem diarreias em maior quantidade. Há uma certa dificuldade dele aceitar ajuda de outras pessoas para construir a casa, principalmente ver algum serviço que ele sabe fazer, sendo mal executado. Além disto, é perceptível em Edson, a dificuldade em aceitar suas limitações físicas para certas atividades.

Quando Edson decidiu sair de casa, teve dificuldade em assumir o cuidado de sua alimentação, Além da tensão da separação, da adaptação em uma casa sem tanta infraestrutura, ele alegava não ter condições e nem motivação de cozinhar. Ele saiu da dieta e, em pouco tempo, pôde-se perceber um quadro de inchaço e desconfortos da doença de Crohn — diarreias e dores abdominais. Somente sofrendo com a dor, ele consegue conscientizar-se da necessidade de uma alimentação adequada e de repouso. Ele já percebe o limite de seu organismo, mas não consegue seguir, constantemente, as prescrições por sentir-se “inútil, inválido, diferente” (sic) e por incomodar-se com comentários e olhares das pessoas sobre seu modo-de-ser. É um grande desafio para Edson aceitar tais restrições e desvelar outras para o seu cotidiano. O desafio é maior quando envolve alguma atividade que, aparentemente, não exige esforço, que ele saiba fazer e que as pessoas ao seu redor apontam estes argumentos e, ele não consegue contra-argumentar sobre sua restrição porque as pessoas não entendem a

gravidade de suas doenças. Com relação ao alimento, o fato é semelhante: muitas das vezes, ingere algo que não é adequado para satisfazer a vontade de outras pessoas ou para saciar uma vontade. Normalmente, após certos ‘abusos’, ele tem reações e costuma-se arrepender-se de ter feito tais exceções: às vezes, não assume a responsabilidade por sua escolha e encontra uma justificativa para ter cedido à vontade própria ou a dos outros.

Interpretação Fenomenológica

Em “Introduction a la Médecine Psychosomatique” (Introdução à Medicina Psicossomática), Medard Boss aborda “comportamentos” e ações do aparelho digestivo como posse, sujeição e digestão. Especificando os do intestino delgado, tem-se a absorção, assimilação e integração; os do intestino grosso: conservação, descartar ou expelir.

Assim, o aparelho digestivo apresentará alterações em seu funcionamento, quando, ao menos, uma das relações está afetada, não sendo vivenciadas de uma maneira mais ‘adequada’: apossar; digerir; apropriar-se; integrar-se; conservar e, repudiar.

O modo-de-ser de Edson aponta para a dificuldade de assimilação, apropriação e integração em suas relações com outras pessoas.

Quanto à absorção, pode ser percebido uma certa facilidade e até uma abertura de sentido para novas idéias, opiniões, tratamentos de saúde mas, para a continuação do processo de “digestão” — assimilação e apropriação —, percebe-se um grau elevado de resistência. Muitos conceitos, ensinamentos e exemplos de pessoas importantes interferem e conduzem as decisões de Edson.

Por exemplo, antes da separação, a conciliação com a ex-esposa era possível, porém apropriar-se e integrar-se nesta ‘ação’ percebendo que é um movimento constante dos dois e não somente da esposa, é de difícil assimilação para Edson. Neste caso, o que pode ser percebido nele é o fechamento de sentido para criar situações de contato e comunicação com a esposa; não há abertura do paciente para as tentativas de Lílian para com ele. O que ele expôs, numa primeira tentativa da esposa, foi o desejo de testá-la e “não-entregar-se” (sic). Com o passar dos meses, desvela-se também outro motivo para este fechamento de sentido na relação com Lílian: o seu envolvimento com Rita, considerando ser uma relação mais saudável e prazerosa. Assim, não se integrava na relação com Lílian e não a vivenciava “como antigamente, com a troca de pensamentos” (sic). Neste exemplo, ainda pode-se perceber a dificuldade de descartar fatos e situações consideradas desagradáveis e, conseqüentemente,

uma certa facilidade em conservar tais fatos. Edson, em vários momentos, remete a situações antigas, ocorridas há anos e já resolvidas, porém ainda ‘não digeridas’ por ele.

Uma interpretação para a saída de casa e a separação é da conquista de Edson em realizar esta ‘digestão’. Absorver a impossibilidade de permanecer ao lado de LÍlian; assimilar os ganhos e perdas em sair de casa naquele momento; integrar que o papel de pai continua sendo ‘válido’ mesmo não estando mais próximo à sua filha; conservar o lugar de pai e o vínculo enquanto necessário com LÍlian para resolução de problemas da casa — até a separação judicial, em 2007 — e dos filhos; descartar situações que envolvam LÍlian e que não lhe dizem respeito. Em outras palavras, compreende-se que Edson realizou a digestão desta situação e, ter absorvido a possibilidade de sair de casa e ousar viver melhor. E, esta ousadia, foi percebida por ele como grande protagonista de sua melhora. Apesar de não sentir-se bem, algumas vezes, por abusar da alimentação ou esforço físico, ele salienta que não vive mais num ambiente tenso, desagradável. Às vezes, lamenta não ter tido esta coragem anteriormente, porém reconhece que ainda não estava preparado e não conseguia perceber que poderia separar-se. Pode-se perceber que o cliente somente desvelou esta possibilidade quando estava preparado para ela.

Ao sair de casa, Edson sentiu-se mais tranquilo em sua relação com Rita. Com o passar dos anos, ela mudou seu modo de encarar o relacionamento, já aceitando a possibilidade de morar com ele em Cabo Frio. Apesar do cliente ter estranhado tal mudança, intimamente, ele ficou contente. Com relação à família de Rita, o cliente relaciona-se bem com a filha e netos; já com o filho, há um distanciamento. Desde Setembro de 2008, Rita e Edson estão experienciando morar juntos, sendo que Rita fica alguns dias em sua antiga casa, por causa dos filhos. Eles estão aprendendo a se conhecer no convívio diário, tentando expressar seus aborrecimentos e insatisfações tão logo estes ocorram. Tal ‘exercício’ é extremamente difícil e, para os dois torna-se um desafio, já que ambos costumam calar-se, preferindo sofrer com as dúvidas, hipóteses e ‘pseudo-certezas’ criadas por si mesmos. Neste novo relacionamento, Edson sente-se obrigado a não cometer os mesmos erros de seu casamento. Nas sessões psicoterápicas são pontuados aspectos para auxiliá-lo a refletir, p. ex.: Rita e LÍlian serem diferentes; que ele mudou ao longo dos anos e, está vivenciando momentos de adaptação — morar sozinho e novamente dividir seu espaço com outra pessoa; montar a casa com o que ele quer, não permitindo que sua vontade seja ‘expelida’ ou ‘descartada’ por opinião alheia.

Quanto ao filho, Edson, ao iniciar a terapia, mostrava-se como um pai liberal, que aceitava a escolha sexual de Igor. Porém, com o passar dos meses, ele demonstrou não aceitar

a opção sexual do filho e, o poder-assumir e verbalizar “eu não aceito” (sic) foi um grande passo para Edson na busca de sua melhora. Ele permitiu-se tanto revoltar com as atitudes do filho, quanto ajuda-lo quando achou justo e correto. Uma hipótese para esta relação é que já esteja ocorrendo, além da absorção, a assimilação da opção sexual de Igor e, talvez haja momentos de integração.

Com relação às atividades que realizava e realiza, há uma dificuldade de aceitação de suas limitações físicas. O exagero em atividades físicas demonstra a difícil relação do paciente com o limite que o corpo possui e que tal limite é variável, segundo as condições psicossomáticas dele. Neste aspecto, pode-se também considerar a alimentação como outro item de difícil integração na existência de Edson. Absorver e assimilar as limitações físicas e alimentares já é um grande passo, porém, o integrar-se não é perceptível.

Eis porque a vida os joga em situações tão indigestas para eles que sua existência se reduz em uma grande medida de defesa e fuga. Se não podem escapar às ameaças exteriores, rejeitam/repudiam as mesmas o mais cedo possível que lhes conduz a isto neste mundo exterior. (Boss, 1959)

Edson, em vários atendimentos, já expôs que tudo que conseguiu até hoje foi com muito sacrifício. Ele não via que isto poderia ser comum para as pessoas: somente ele ‘sofria muito para conquistar as coisas na vida’. E, quando percebeu que tinha que tomar decisões, quando entra em contato com a angústia existencial, normalmente, costuma ter o movimento de defesa e fuga — um bom exemplo foi a situação com a esposa e com a amante: não decidia, não escolhia... prefere “deixar do jeito que está” (sic) — “(...) considera-se a colite ulcerosa como um fenômeno físico parcial numa atitude de defesa temerosa, das mais intensas contra as coisas do mundo (...).” (ibid.)

Quanto à epilepsia, uma interpretação é de Edson defender-se dos olhares, situações difíceis, julgamentos e comentários das pessoas através da doença. Quando o mal-estar que sentia, foi diagnosticado como epilepsia, houve o alívio de compreender o que ocorria consigo. Porém, o “rótulo” da doença trouxe o peso de “ser doente” (sic).

O que também pode ser percebido é a dificuldade de relação de Edson com as coisas e pessoas no mundo. Tentava sempre ter explicações causais para as situações que vivenciava — grande influência de sua religião — porém, com o passar dos meses de psicoterapia, foi sendo exposto para Edson e aos poucos absorvido, assimilado e até integrado em muitos casos, a não-existência de uma única causa para os eventos que ocorrem em nossa existência

e, principalmente, trabalhar com a essência de uma máxima de Jean-Paul Sartre: ‘não importa o que fizeram de nós mas, sim o que nós fazemos do que fizeram de nós’.

No final do primeiro semestre de 2005, Edson trouxe muito a relação de aumento de dores abdominais com o não-exteriorizar e não-externalizar as dores, o choro, a tristeza pela perda da mãe e do irmão.

Importante informar que, quanto à doença de Crohn, Edson a estabilizou em 2004. Mas, é crucial frisar que a estabilização não exclui do paciente sentir dores e ter os sintomas, pois o intestino delgado de Edson está afetado pela inflamação e, além disto, este órgão possui várias funções que envolvem o seu estar-e-ser-no-mundo.

Nos atendimentos psicoterápicos, fica nítida a dificuldade de Edson conscientizar-se de seu corpo e seus limites existenciais. Como compreender o cuidado neste caso ? Edson consegue relacionar-se com o mundo através da ocupação e da preocupação-substituição. Apesar de não gostar de se sentir usado, exercer a ocupação lhe traz um bem-estar, a certeza de não ser “uma pessoa doente e inútil” (sic). Ele tem prazer em ajudar as pessoas ao seu redor, tendo dificuldade em deixá-las caminhar e descobrir sozinhas as saídas para os seus problemas. De certo modo, Edson sente-se útil ao ajudar ou resolver problemas alheios e, sente-se extremamente angustiado quando não pode fazer anda em prol do outro. Um dos grandes exercícios que Edson vem praticando é desapegar-se de atividades e compromissos que não lhe pertence e, devolve-los a quem de direito. Praticar a preocupação-anteposição é difícil para o paciente em função da dificuldade dele em conscientizar-se ‘plenamente’ de seus limites existenciais e desvelar outros modos de agir. Mas, em situações que envolvam os irmãos, ou até mesmo a ex-esposa, e que é solicitação para resolver, ele já consegue avaliar e devolver o problema, pontuando a distância geográfica de sua nova residência, e, quando necessário, que não tem relação com a situação em questão. Apesar da dificuldade em dizer ‘não’ e ficar preocupado, ele sente-se aliviado por não estar carregando problemas alheios.

4.3 Conto literário

Um dos modos de se aproximar do cliente é através de obras literárias que abordam suas questões de uma maneira peculiar, quase beirando a ingenuidade, e utilizando, sempre que possível, a imaginação. A brincadeira e o riso fazem parte da vida e são importantes na prática psicoterápica. Através de uma história simples, é possível acessar questões perdidas, esquecidas, escondidas ou guardadas em ‘fundos de gavetas’ que influenciam no modo-de-ser das pessoas em suas existências.

O que será que os crônicos e seus profissionais de saúde guardam, escondem em suas gavetas ou... esqueceram, perderam nos fundos dos armários?

Marcia Cristina Silva, em ‘O Colecionador de Segredos’, conta o dilema de Beto que mora em um país onde a lei determina que, ao completar doze (12) anos, deve-se começar a colecionar alguma coisa. Aproximava-se o dia de seu 12º aniversário e ele não sabia o que colecionar. Em sua jornada pela escolha, Beto tem contato com algumas coleções: lembranças, preocupações, medos; e questiona a cada colecionador sobre suas respectivas utilidades. Beto desperta, nestes colecionadores, a possibilidade de avaliação e de mudança de suas coleções, proporcionando a conscientização e vivência da angústia existencial, que os coloca em movimento, em condições de escolher outras coleções que foram esquecidas ou engavetadas.

A trajetória de Beto para compreender as coleções dos outros personagens vai constituindo o seu ‘objeto’ de coleção. Mas, o que é mais evidente na história é a influência de cada coleção na existência de cada pessoa; e o mais surpreendente é a possibilidade de mudança de objeto de coleção. Sem dúvida, uma história que enriquece o pensamento fenomenológico sobre as noções de abertura e fechamento de sentido e as escolhas que o homem possui em sua existência.

O que se quer pensar é quais sentimentos, emoções são ‘colecionados’ pelos portadores de doenças crônicas, quais coleções eles podem abandonar e quais eles poderão iniciar, visando uma melhor qualidade de vida.

Vale ressaltar que não é um olhar em que ‘o paciente faz a doença’ conscientemente. É um olhar mais sutil e compreensivo com a existência humana. Compreende-se que o indivíduo lidou com as inúmeras circunstâncias da vida conforme suas possibilidades e compreensão do problema e soluções conhecidas, apresentadas ou descobertas. A partir de cada contato e da experiência consigo e com o mundo, o homem cuida e é cuidado. O

interessante é perceber que tipos de cuidados, no sentido heideggeriano, os crônicos vão colecionando e praticando ao longo de suas existências. É a partir destas ‘coleções’, destes modos de cuidar que o homem se constitui e o seu mundo.

Ninguém joga fora seus momentos. O que acontece é que certas pessoas escondem tão bem suas lembranças que acabam acreditando que nunca as tiveram. Mas um dia, quando menos esperam, sempre encontram uma caixinha no fundo da gaveta. Nada na vida é certo, Beto. Grandes lembranças podem caber em pequenas caixas de fósforo, e sempre é possível esconder essas caixinhas dos outros e até de nós mesmos. (Silva, 2004, p. 6).

Como já dito, não há a aposta do indivíduo ‘conscientemente fazer’ a sua doença crônica. É a partir de seu modo-de-ser e de suas escolhas que as condições de vida vão sendo constituídas. Algo muito comum é, em momentos de agravamento do estado de saúde, o indivíduo sentir necessidade de resolver pendências ou, por algum motivo, concluir que seu estado hoje é consequência de certas situações vivenciadas ao longo de toda existência e que, quase sempre, foram vistas como injustas ou contrárias ao que a pessoa queria realizar. Torna-se o momento de decisões, às vezes, impactantes ou incompreensíveis para os que estão ao seu redor. Ouvir ‘mas, por que isto agora?’, traz à tona a questão da incompreensão dos outros; respondê-la pode ser algo difícil e quase ‘sem argumentos’, mas tais mudanças trazem ganhos imensuráveis na existência destes indivíduos e, quase sempre, o libertar-se de certas influências, atitudes e pseudo-responsabilidades traz uma melhora no quadro clínico.

Em um trabalho terapêutico, pode-se perceber como “as caixinhas no fundo da gaveta” vêm à tona e que, certas lembranças e vivências podem ajudar a compreender o modo-de-ser daquela pessoa e a constatar que re-significar e revisitar tais situações são importantes para a pessoa libertar-se de certas ‘coleções’ e vislumbrar novas possibilidades na existência.

Beto gostou tanto das palavras de Margarida que resolveu guardá-las no cofre que o pai havia lhe dado de presente de Natal. (...) Como Beto achou que de alguma forma aquelas palavras seriam importantes para seu futuro, tratou de trancá-las antes que se perdessem. (ibid.)

A possibilidade de guardar boas lembranças, sentimentos, emoções, vivências traz o conforto e a certeza de que não são ‘trancadas’ somente situações angustiantes, tristes, conflitantes. Tais ‘guardados’ poderão ser úteis – e até mesmo grandes remédios – tanto para os momentos de embate na vida, quanto para apontar ao indivíduo que ainda existem outras possibilidades em sua existência. No momento, tais ‘guardados’ podem ser equiparados aos sonhos ‘engavetados’, ‘arquivados’ que foram considerados impossíveis por uma série de

atividades e de decisões na vida, mas, num momento de adoecimento ou mesmo de tratamento, podem se tornar possíveis.

Eu comecei a colecionar preocupações por acaso, meu filho; quando vi, já estava com dezenas delas. Hoje se pudesse escolher, teria feito outra coleção, mas não posso mais viver sem minhas preocupações. Por isso é importante que você escolha bem, pois, quando a gente começa a colecionar alguma coisa, parece que ela se multiplica tão rápido que não dá mais para voltar atrás. (ibid., p. 9).

Quais serão as coleções dos portadores de doenças crônicas? Há quanto tempo fazem tais coleções? Quais as que podem ser ‘desfeitas’, mantidas, praticadas e iniciadas?

Neste momento da história, o pai de Beto não percebe a possibilidade de viver sem sua coleção de preocupações: o fechamento de sentido não permite uma abertura para outros modos-de-ser e para outras coleções.

Ao questionar sobre as coleções dos doentes crônicos, não há interesse em quantificar quais emoções, sentimentos, vivências eles colecionam, mas em voltar o olhar para os modos-de-ser constituídos por estas pessoas e perceber a abertura e fechamento de sentido presente em cada existência, principalmente, para vivência de uma (ou várias) patologia(s) que exige(m) cuidados, tratamentos e mudanças pouco ou muito radicais no cotidiano.

Quanto às coleções que devem ser desfeitas, mantidas, praticadas e iniciadas, correlacionam-se com as posturas, hábitos e modos de ser que o indivíduo já possui e/ou adquirirá em sua existência não somente em função da doença, mas, provavelmente, motivado por ela.

Não vê sua mãe com a coleção dela de medos? Cada dia aparece com um medo novo. (...) Outro dia fui abrir a gaveta e os medos dela caíram todos no chão. Ela ficou desesperada, com medo de perder algum medo. Quando colocou tudo no lugar confessou que não deveria ter começado aquela coleção. Seus pais lhe passaram tanto medo que foi mais fácil continuar a colecionar o que estava por perto dela. (ibid.).

Tal descrição traz um fato importante sobre a escolha: optar pela possibilidade mais fácil ou simplesmente, aquela que se conhece, dispensando o esforço do indivíduo para descobrir e mergulhar em novas experiências ou até mesmo desconhecidas pelos que o rodeiam. Esta opção é uma escolha e, ao olhar com mais atenção, é um modo de cuidado que se refere tanto ao lidar dos indivíduos com a situação como um ente simplesmente-dado e, portanto, exercendo a ocupação; quanto também a preocupação substitutiva, pois o indivíduo aguarda vir do outro a solução para seus problemas, ou simplesmente, para as questões da existência em que se encontra impossibilitado, aparentemente, de decidir, escolher e agir.

Este tipo de escolha – optar pelo que já se conhece em detrimento do desconhecido – aponta para a fuga da vivência da angústia existencial, que traz a experiência do novo, de analisar e conhecer as opções existentes e escolher com responsabilidade qual a melhor opção para aquele momento da vida. A escolha com responsabilidade traz a importância do indivíduo libertar-se da culpabilização que não colabora no processo de conscientização e mudança nos modos de ser cristalizados, fechados em seu sentido.

“A primeira idéia de Beto foi colecionar certezas, mas logo percebeu que elas não eram apenas difíceis de ser encontradas. Eram simplesmente impossíveis” (ibid., p. 11). Uma coleção minimamente sedutora é a das certezas. Esta coleção ‘visita’ em muitos momentos os tratamentos medicamentosos e, ao acompanhar portadores de doenças crônicas, percebe-se como que a ilusória certeza é geradora de ansiedade, angústia e tristeza. Muitos confundem a certeza com a fé: há todo o trabalho da pessoa acreditar no tratamento, num aspecto de aposta, mergulho, investimento na proposta terapêutica, porém, ter a certeza que somente a terapêutica utilizada o curará, o ‘salvará’ pode ser um fator complicador. Ao pensar no tratamento de uma pessoa com doença crônica, é importante a conscientização dos riscos, das chances de cura e/ou melhora do quadro. A partir do momento que o indivíduo e sua família sabem da incerteza do resultado do tratamento – sem dúvida, um fator angustiante –, as expectativas quanto a uma cura tornam-se mais realistas, não deixando de existir fantasias de cura, melhora. Um dos desafios é este: trazer para o campo psicoterápico tais questionamentos e reflexões.

O questionamento de Beto “por que preferiu colecionar medos e não iniciar sua coleção de coragem?” (ibid.) traz a reflexão sobre as escolhas que um indivíduo faz ao longo da vida e, muitas vezes, não se percebe ‘escolhendo’, mas sendo ‘obrigado’ a ter/assumir determinadas posturas contrárias ao seu modo-de-ser ou ao que idealizou para si.

Ao refletir sobre o medo, por ex., pode-se recorrer ao que Boss (1981, p. 26) apontou como o que fundamenta, ‘essencializa’ a angústia existencial – o medo da morte, da finitude. Ao analisar a questão do medo, percebe-se o desconhecimento do objeto e/ou situação ‘geradora’ de tal fenômeno, juntamente com o ‘medo’ da morte. Ou melhor, medo da vida e do viver.

O senhor vê: existe cachoeira; e pois? Mas cachoeira é barranco de chão, e água se caindo por ele, retombando; o senhor consome essa água, ou desfaz o barranco, sobra cachoeira alguma? Viver é negócio muito perigoso... (Rosa, 2006, p. 7)

Além de perigoso, viver é incerto: é a angústia de não ter certeza.

O principal medo da mãe de Beto é o de se expor. Pode-se relacionar o ‘estar exposta’ à idéia de clareira que Heidegger aborda em *Ser e tempo*, que vem a ser um outro modo de se referir ao homem enquanto abertura de sentido. De certo modo, expor-se é estar aberta a novas experiências, vivências. E, a mãe de Beto acaba por permitir-se experimentar tal possibilidade a partir do momento em que conversa com o filho sobre a sua coleção de medos.

(...) Beto percebeu que um dos medos da mãe estava para pular da gaveta. Era um dos maiores da sua coleção: o medo de se expor. Beto tentou segurá-lo dando um abraço bem apertado na mãe. E ficou surpreso, porque, quanto mais forte a abraçava, mais medos iam saindo e se quebrando pelo chão. (Silva, 2004, p. 12).

Este é um momento importante da história, quando Beto ajuda a guardar os medos da mãe, mas a tentativa gera exatamente o oposto: os medos vão se espalhando, saindo, escorrendo e correndo pelo chão. Uma possível interpretação é o fato de Beto ter um olhar diferente para os fatos relatados como medo: olhá-los como possíveis de serem vivenciados, realizados, ou mesmo um pouco descartados para darem espaço aos desejos e sonhos.

Ao abraçar sua mãe, Beto proporciona um cuidado substitutivo – ao tentar livrá-la de se expor —, mas o contato gera um “efeito” que libera angústia e coragem para ela receber o abraço e o transformar num cuidado antecipação. De um momento de angústia para um momento mesclado de acolhimento, compreensão e libertação (e liberação) de alguns medos.

A importância da relação, do vínculo estabelecido, fica evidenciada: numa relação terapêutica, a confiança (*com-fiar*), a atenção, o olhar e a presença – tanto pessoalmente, quanto contato telefônico – fazem-se importantes e essenciais para o cuidado se estabelecer, fortalecer e realizar mudanças, modificações na existência do cliente e do psicólogo. Não se deve ter a ‘ilusão’ de que o profissional sai ileso deste e neste vínculo. Se há a aposta na troca, então o profissional também “aprende” com o cliente a partir de suas vivências, dificuldades e modos-de-ser no mundo.

— (...) certas lembranças vão ficando tão amareladas que com o tempo transformam-se em medos. Medo do que não fomos, do que poderíamos ter sido e principalmente medo dos desejos que ficaram guardados nas gavetas.

— Por que você deixou seus desejos guardados tanto tempo?

— Porque havia tanto medo no meu quarto que eu não tinha onde colocar os desejos. Aí, um dia, resolvi guardar todos numa gaveta e fui me esquecendo deles. (ibid.)

Dois pontos a serem meditados: lembranças que se tornam amareladas e se transformam em medos e desejos guardados e esquecidos numa gaveta.

De certa maneira, as lembranças amareladas podem ser interpretadas como afetos, idealizações, sonhos, sentimentos, vivências, situações não bem solucionadas, resolvidas e que se transformam em medos no aspecto de fechamento de sentido: não existir outros modos de lidar com tais ocorrências, a não ser “cultivar” como situações antigas, sem condições de serem revisitadas e resignificadas.

A aposta, numa prática psicoterápica com a noção heideggeriana de cuidado como fio condutor, é perceber quais são os modos de cuidado presentes em cada cliente e abrir-lhes mais o sentido para vislumbrar os inúmeros outros modos de relacionar-se com sua existência — englobando situações passadas, às vezes, dilacerantes e geradoras de sofrimento para a atualidade¹⁰⁶ do indivíduo.

Tais sofrimentos — raivas, revoltas, tristezas, frustrações, decepções, ... — podem se tornar constantes na existência e, ‘moldando’ um modo-de-ser, fixando a pessoa como *o único* modo possível de ser-e-estar no mundo. Apontar para o cliente a possibilidade de escolher outro modo de ser e estar no mundo, resignificando o sofrimento através do que Hanna Arendt (2008) denomina de “perdão” e permitir-se aproveitar as oportunidades. A aposta é da abertura de sentido para tais sentimentos, afetos e situações traumáticas: vislumbrar outros sentidos para estas ocorrências, libertando-se de padrões antigos e do fechamento de sentido para uma melhoria na qualidade de vida desta pessoa. Mudanças aparentemente pequenas e graduais fazem a diferença no cotidiano do indivíduo: são adaptações a novos padrões; experimentar estes novos modos de lidar, pensar... Entrar na angústia ao constatar que a mudança também traz repercussões, incertezas, o inesperado e clama por novas aberturas de sentido, mas também ‘provoca’ para o retorno ao antigo padrão, o de fechamento — já conhecido, um pouco ‘premeditado’, previsto. A importância da angústia é por trazer o homem a mudanças e decisões. E, deve-se perceber a presença da coragem pois, qualquer que seja o movimento realizado, ela é fundamental para o indivíduo vislumbrar e mergulhar na abertura de sentido por ele percebida. Pode-se compreender a idéia de perdão, em Hannah Arendt, como uma mudança no modo de olhar, compreender a situação desagradável, que ‘machuca’, incomoda e não permite a pessoa viver mais livremente, sem ter esses pesos e grilhões que, na realidade, não são necessários para a sobrevivência do ser. E, além do perdão, há a idéia de promessa, que traz contribuições para a compreensão do modo-de-ser do crônico.

¹⁰⁶ Atualidade está referindo-se a uma das *ekstases* da temporalidade em *Ser e tempo*.

“Medo do que não fomos, do que poderíamos ter sido e principalmente medo dos desejos que ficaram guardados nas gavetas” (Silva, 2004, p. 12).

Em um primeiro, olhar, o medo “do que não realizou e do que não foi” aparenta algo absurdo: por que ter medo de algo que não se fez ou do que não se foi/tornou? Uma compreensão para este medo é do indivíduo perceber que tais possibilidades descartadas outrora ainda são possíveis de serem realizadas e, principalmente, ainda desejadas. O medo de lançar-se na vida e apostar nas oportunidades tem como dois de seus constituintes a angústia e a incerteza. Há momentos em que o mais adequado ou coerente é não arriscar, alçar vôos desconhecidos, porém tais possibilidades exatamente por serem fascinantes e, no fundo, possíveis de serem concretizadas, não são descartadas; elas são guardadas no fundo da gaveta para serem realizadas mais tarde ou, quiçá, tornarem-se lembranças de ‘possibilidades-possíveis-mas-renunciadas’. Deve-se meditar sobre isto: o porquê guardar tais lembranças e não permitir-se viver tais experiências. Angústia, medo, coragem, boicote, sabotagem, ... , palavras que podem auxiliar a meditação. O medo de viver, dos planos darem certo, de conquistar algo aparentemente impossível. Medo e angústia de lançar-se no desconhecido; a coragem necessária para percorrer a escolha e assumir suas conseqüências. O boicote vem ao auxílio do medo de viver: atitudes e escolhas encaradas como as mais adequadas e possíveis para o momento, mas que, na verdade, corroboram com a fuga do embate da vida, do viver. O boicote tem um caráter inconsciente – adjetivamente falando – e, por isto, o indivíduo não tem consciência de que seus atos e escolhas, por mais bem intencionados, não auxiliarão de fato ao que ele almeja. O medo de vencer, de dar certo, está presente e deve ser compreendido: os porquês do indivíduo não se permitir conquistar tal ‘desejo’. Ousar é preciso e, está junto da coragem e da angústia.

Meditar sobre “o que poderia ter sido” pode tornar-se uma grande espiral de sofrimento, raiva, revolta, tristeza. Momento de fechamento de sentido por fixar-se num tempo que não retorna.

As perguntas e a imaginação divagam: “e se tivesse... poderia hoje estar...”; lembram de situações vividas e que remetem a injustiças, equívocos e não-ditos.

Recorrer ao passado como alavanca, trampolim, força para agir na atualidade é o que move para o porvir. É o momento de remeter a um dos sentidos de ‘crônico’ advém de *Molles*, cujo significado é *força*: o tempo tem a sua força. “Só no vigor-de-ter-sido, vigente no porvir, que se desperta para a atualidade” (Heidegger, 2002b, p. 124). Utilizar o “vigor-de-ter-sido” como trampolim para o mergulho nas novas experiências existenciais é um indicativo da angústia e da coragem na existência humana. Prender-se ao vigor-de-ter-sido é um risco ao

viver: aprisionar-se a situações não vividas – apenas idealizadas – e, mal-experenciadas – no sentido de mal-interpretadas e mal-significadas. Re-significar vivências traz a condição de libertar-se de situações consideradas mal-experenciadas e de criar novos caminhos e possibilidades de viver: dar espaço para o novo, a novos sonhos e desejos.

Os desejos guardados e esquecidos na gaveta... Por que guardar algo para ser esquecido? Pode-se esquecer que guardou algum objeto no fundo de uma gaveta; mas não guardar para esquecer. Tais desejos podem ser revistos e revisitados a qualquer momento que esta gaveta seja aberta.

O pintor Salvador Dalí (1904-1989), considerado Pai do Surrealismo, possui inúmeras obras cujo olhar reporta às questões humanas e suas 'coleções'. Dentre suas esculturas, *Metamorfose Topológica da Vênus de Milo Atravessada por Gavetas*, traz uma imagem elucidativa para reflexão dos desejos engavetados: a imagem de uma mulher com gavetas – desde sua cabeça até as pernas; gavetas abertas, semi-abertas e fechadas. Para quais questões a Vênus, de Dalí, está aberta e fechada?



Qual o melhor momento para se revisitar desejos e sonhos guardados? Não há resposta para esta pergunta; há hipóteses. Reportando para a condição de doentes crônicos, a revisitação pode ocorrer em diversos momentos: ao receber o diagnóstico e recomendações para um “bem-viver” e melhor qualidade de vida; ao enfrentar decisões quanto a tratamentos, procedimentos cirúrgicos e mudanças de hábitos/rotina.

É importante ressaltar que doenças crônicas não são totalmente algozes ou torturadoras; elas trazem condições de mudança para a existência dos portadores. E, muitas das vezes, tornam-se a oportunidade de desengavetar sonhos e desejos pelas condições consideradas limitadoras em que o corpo se encontra. Uma interpretação para os sonhos e desejos engavetados é a esperança de realizá-los em algum outro momento da vida, talvez ‘quando estiver com a vida estabilizada’ ou ‘quando tiver filhos’ ou ‘quando estiver aposentado(a)’ ou ‘quando tiver netos’...

Mas o tempo do porvir pode ser ‘aparentemente’ antecipado. É importante perceber a flexibilidade e a intensidade com que os fatos ocorrem: nada ocorre exatamente como planejado, pois a incerteza está presente em todo o momento – seja velada ou desvelada. Não se tornar inflexível às mudanças é perceber que estas podem ocorrer a qualquer momento: as gavetas podem ser abertas a qualquer instante e os desejos e sonhos podem “pular da gaveta” (Silva, 2004, p. 12) antes do tempo idealizado – chegada dos filhos, netos, aposentadoria, vida estabilizada...

— Então por que você não jogou fora um pouco dos medos para dar espaço aos desejos?

— Porque o medo gruda em todos os lugares.

— Não tem como removê-lo?

— Ter até que tem, só que os removedores custam muito caro. São todos feitos à base de coragem, e você sabe como é difícil encontrá-la.

— (...) Por que você não compra aquele produto novo que anunciam na televisão, o REMOVE-DOR? (ibid., p. 12-13)

Os removedores podem ser compreendidos como os tratamentos que os crônicos precisam “encarar”. Ao pensar no medo que gruda, pode-se avaliar o quão difícil é enfrentá-lo sozinho, sem auxílio de algum removedor ou ‘ameniza-dor’ – seja uma medicação, um tratamento clínico, uma psicoterapia ou até mesmo um apoio religioso. Neste momento, reporta-se para o papel da psicoterapia enquanto removedor: muitas das vezes, o cliente, movido pela angústia, utiliza sua coragem para assumir que precisa e busca ajuda; dividir seus segredos, desejos e sonhos que fogem das gavetas e não se consegue mais guardá-los.

— (...) Muito bem, agora me ajude aqui a varrer esses restos de medo do chão.

Beto então deu um beijo na mãe e os restos de medo desapareceram” (ibid., p. 13). A mágica literária nem sempre ocorre no cotidiano, mas, o que vale ressaltar, é a importância dos modos de cuidado exercidos pelo terapeuta para com seu cliente e do que é produzido em cada encontro terapêutico: o efeito imediato e a repercussão de uma intervenção na existência do cliente. O trabalho psicoterápico deve sempre visar a abertura de sentido de seus clientes e ser um dispositivo libertador: o espaço terapêutico que visa aprisionar o cliente, não proporcionando ou sequer construindo condições deste seguir ‘sozinho’, cuida do cliente no modo *ocupação*.

Alguns dias se passaram e a casa estava cada vez mais limpa. Beto tinha certeza de que a mãe havia encontrado o REMOVE-DOR e andava espalhando algumas gotinhas do produto por todos os lugares. (...) Aliás, nunca perguntou para a mãe como se usava o REMOVE-DOR. Ele já havia percebido que algumas coisas não têm explicação. O pai de Beto também percebeu que havia algo diferente no ar. A casa estava com muito mais espaço, dava até para respirar melhor. E a mulher? Quanta diferença! (ibid. p. 15)

O papel da família é importante ao acompanhar os efeitos de tratamentos em algum membro da família. Ao tratar de psicoterapia, há todo o imaginário sobre o que ocorre nas sessões: do que é dito e ouvido; e há também a percepção de mudanças no modo-de-ser da pessoa. E tais mudanças trazem repercussões nos familiares, por estarem acostumados com determinadas atitudes que o doente modifica ou abole de seu cotidiano. O doente desvela outras possibilidades de ser e começa a praticá-las, podendo gerar desconforto ou incompreensão dos familiares. Esta mudança pode ser compreendida como o indivíduo desvelar outros modos-de-ser, é a percepção da possibilidade de abertura de sentido para outras vivências. Os modos-de-ser cristalizados podem ser compreendidos também como uma escolha que o indivíduo faz: não mudar por estar satisfeito com suas escolhas e, assim fechando-se a outros modos-de-ser. O fechamento de sentido traz o velamento de novas descobertas; é uma postura, uma escolha que traz a ilusão das mesmas vivências e soluções dos problemas: a mudança é mínima possível. Buscar novas experiências; permitir-se mergulhar (já que nunca se mergulha ou se atravessa o mesmo rio) não são práticas muito desejadas, ou melhor, desveladas por quem se encontra em fechamento de sentido. A abertura e o fechamento não são instâncias ‘desconexas’ no indivíduo: estão presentes até porque a abertura é o que caracteriza o homem enquanto homem, ser-no-mundo; porém, fechamento e abertura podem ser percebidos como características marcantes/determinantes de modos-de-ser. Enfim, não se é nem total e constantemente abertura e nem fechamento de sentido.

— Querido, estou pensando em trabalhar fora. Afinal ainda sou muito jovem e está na hora de ser independente. (...) (...) Eu passo o tempo todo em casa só organizando os meus medos. Está na hora de mudar.

— Meu amor, eu não estou conseguindo engolir essa idéia.

Nesse momento, o pai aproveitou que a casa estava mais vazia e começou a espalhar suas preocupações (ibid., p. 16).

A cronicidade pode trazer uma série de dependências e restrições físicas que levam o indivíduo a certa acomodação. Saber lidar e respeitar os limites do corpo é diferente de entregar-se a uma condição de total letargia. Quando o indivíduo possui um padrão de estagnação e acomodação, os outros com quem convive já se acostumaram com este modo de ser e estar no mundo. Porém, quando o indivíduo é motivado a realizar algo que ainda tem condições existenciais, pode-se perceber um movimento de resistência dos indivíduos com quem ele convive. A inércia e a acomodação desnecessárias a muitas patologias crônicas produzem estereótipos equivocados para os crônicos e, quando estes resolvem ‘se movimentar’ ou fazer atividades que possam fazer sem se lesionar, sofrem com os comentários e julgamentos injustos. Em vários momentos, os crônicos relutam em lançar-se na mudança por receio dos comentários depreciativos. Além da dor e desconforto, têm que enfrentar olhares e perguntas desnecessários.

(...) Mas ela insistia em experimentar os novos temperos que havia descoberto e estava cada vez mais confiante.

— Vou trabalhar com a minha amiga. (...)

— Querido, não tenha medo, é assim mesmo. Algumas idéias têm esse saber forte, mas com o tempo vão caindo dentro da gente até que se transformam, ficam igual a pudim de vento e o peso vai embora.

— Quanto tempo leva pra isso acontecer?

— Depende da digestão de cada um. Tome esse remedinho que vai ajudar.

(...) A mãe de Beto, que agora passou a ter nome: Linda, notou que finalmente o REMOVE-DOR estava fazendo efeito no seu marido.

(...) Depois que os dois saíram da sala, ele foi olhar o nome do remédio que o pai tomara: VIDA. (ibid, p. 18; 20)

As mudanças nem sempre são aceitas pelas pessoas que estão próximas. Modificar uma característica do modo-de-ser traz repercussões para o indivíduo e para os outros que têm relação com o que foi modificado. Experimentar o sabor diferente e agradável da mudança traz a confiança da escolha ‘certa’, mesmo sabendo do que se está deixando para trás: hábitos que foram companheiros e que justificaram por um determinado tempo o modo-de-ser da pessoa. Mudar também traz o desacostumar-se com tais hábitos e perceber outras possibilidades de ser e estar no mundo.

As mudanças quase sempre sugeridas (e, às vezes, impostas) por profissionais de saúde aos crônicos devem ser experienciadas de uma forma não-agressiva: o indivíduo precisa compreender o porquê de tais mudanças e optar por realizá-las ou não; responsabilizando-se assim pelas conseqüências de suas escolhas. É importante ressaltar que os profissionais de saúde são responsáveis por uma quota considerável no resultado do tratamento, pois é através de suas atitudes, explicações, atenção e atendimentos que passarão ou não credibilidade e confiança contribuindo para o cliente seguir, ou não, suas prescrições. O profissional de saúde com um discurso vazio, sem a vivência da eficácia de suas recomendações, terá maior dificuldade em ‘atingir’, ‘convencer’ seu cliente. É perceptível no discurso dos clientes satisfeitos com seus profissionais de saúde que, mediante necessidade, cuidam de si, buscam profissionais para se cuidarem. O discurso do profissional só tem aderência se ele vivencia o que ele pratica em prol da saúde, bem-estar de seu cliente.

- Seu pai não passou bem a noite. Olhe, deixou as preocupações dele espalhadas pela casa. Acho melhor desistir dessa idéia de trabalhar fora, não é, meu filho?
- Claro que não, mãe. Vai desistir mais uma vez dos seus desejos? Lembra o que aconteceu antes? Os desejos ficaram amarelados e viraram aquela porção de medos. E quem sabe o papai, vendo que você jogou fora um monte de medos, resolve jogar fora as preocupações dele também?
- Sabe, meu filho, você cresceu tanto, eu nem havia notado (ibid p. 20).

A tendência de retornar aos antigos e costumeiros padrões é comum ao compreender que mudanças não ocorrem e nem afetam somente um aspecto da existência. Ao se desvelar uma possibilidade de viver melhor, com mais liberdade, sempre há quem se incomode e se julgue ‘prejudicado’ com tal mudança. Mudança desdobra-se em velar e desvelar possibilidades; em realizar ou não atividades; novos padrões são descobertos e vivenciados. Um pequeno exemplo: uma mãe-esposa-dona-de-casa recebe a recomendação de não mais fazer a faxina em sua casa. Por não ter condições financeiras de pagar uma empregada, opta em dividir o serviço com o marido e filhos e, logo há reclamações e questionamentos sobre tal prescrição. Ela se sente melhor por não ter grande desgaste físico, mas se aborrece com os comentários e angustia-se por não poder realizar todas as atividades.

Linda deu um beijo em Beto e foi para seu primeiro dia de trabalho. (...) Antes que a mãe fechasse a porta, Beto pegou aquele seu Último olhar. (...) Era como o olhar dos pássaros antes do primeiro voo.
Durante o dia, o pai de Beto mal conseguiu trabalhar; a toda hora ligava para casa e mandava um pouco de suas preocupações. (...) O apartamento estava tão cheio que nem dava para andar. À noite, (...) Linda chegou trazendo flores no olhar (...) Assim que o marido olhou para ela, viu o jardim que florescera em seus olhos. Ficou tão emocionado de ver tanto colorido em Linda, que correu para abraçá-la, sentir mais

de perto aquele perfume diferente. Linda, então, tirou um girassol do olhar e deu para ele.

— Querido, é preciso acreditar. (ibid, p. 22)

A aposta nos tratamentos e nas prescrições dos profissionais de saúde é fundamental para que o indivíduo possa ter algum resultado em seu estado de saúde. Em outras palavras, o lançar-se é preciso. E este ‘lançar-se’ é um mergulho no cuidado: cliente e profissional devem encontrar-se abertos para estabelecer a aliança, a relação de cuidado — que preferencialmente visa a *preocupação-anteposição*. É fato que, em momentos de crise, o cuidado passa a ser *substituição* e, é um grande fato quando o cliente permite ser substituído, acolhido, cuidado por outra pessoa que reconhece seus pontos fracos, mas busca torná-los fortes. Reconhecer a fraqueza, o desânimo e o abatimento não é tarefa fácil e nem tão corriqueira — o reconhecimento ocorre principalmente quando o indivíduo constata que está sendo cuidado por um outro ser humano que o ouve, acolhe e aponta possibilidades de melhoras.

Nas semanas seguintes o pai de Beto estava cada vez mais diferente. As preocupações aos poucos foram sendo removidas da casa (...). Então começou até a aprender a cozinhar e um dia preparou uma surpresinha para Linda e Beto.

— Que tal comemorar o aniversário do Beto, semana que vem, num acampamento?

Os dois levaram um susto. Que idéia mais diferente! Onde será que ele havia conseguido aquela receita? Sim, porque Linda sabia que sozinho o marido jamais conseguiria preparar aquela surpresa.

— Mas, querido, você nunca quis acampar, vivia preocupado com cobras, lugares desertos, falta de hospitais por perto...

— Linda, olhe só como está grande o girassol que você me deu. Você não disse que era preciso acreditar? Pois é, todos os dias eu passei a regá-lo, acreditando. Então percebi que você estava certa.

Linda então corrigiu seu pensamento: sempre é possível descobrir novas receitas sozinho. E só ir tentando, até chegar no ponto.

Beto captou aquele pensamento da mãe e guardou no cofre. Coisas assim não podem se perder no vento, pensou. (ibid., p. 25)

A importância deste trecho é a reflexão que se pode fazer da dificuldade da mudança e de sua internalização. Ao se acostumar a enfrentar as críticas e comentários depreciativos, o cliente não percebe que o outro pode mudar através do contato consigo. A mudança, quando vivenciada ‘verdadeiramente’ com o coração, vai ‘contaminando’ as outras pessoas. Mudar o modo-de-ser não é uma atividade rápida e fácil: exige perdas e ganhos necessários. E, quando as mudanças são feitas com embasamento, credibilidade e seriedade, os próximos começam a respeitar e, até mesmo, a experienciar tais mudanças.

Beto (...) andava tão a vontade, sentindo-se mais leve, que se esquecera do que iria colecionar. Mas algo dentro dele também havia mudado e o mais incrível é que nem precisou tomar remédio. Beto não conseguia mais se preocupar com a coleção. Sabia que na hora certa tudo se resolveria. Olhou para o girassol e acreditou. (...) Chegou então o dia de todos partirem para o acampamento. O pai de Beto parecia um menino: de short, camiseta e boné. Linda levava pouca coisa, dizia que não agüentava mais carregar muito peso. E Beto só carregava os sorrisos que andavam escondidos pela casa. (ibid., p. 26)

Este ‘caminho do campo’ aponta a mudança na família. Quando a família participa do tratamento através de seu questionamento, apoio, compreensão, o cliente não se sente sozinho e todos, de certa maneira, usufruem de ganhos, aprendizados. Ao acompanhar portadores de doenças crônicas (e mesmo as agudas) em seus tratamentos, muitos familiares passam a perceber a vida e as atividades diárias de outro modo: têm a consciência do que tem que ser feito, mas com cuidado, sem exagero. De certo modo, o limite vai sendo apreendido e vivenciado. Talvez seja oportuno, aqui, mencionar o que Heidegger comenta sobre a questão da morte: que se pode acompanhar, estar ao lado de quem está ‘no leito de morte’, mas não se pode dizer que se vivenciou a morte daquele indivíduo. Ou seja, os familiares e outras pessoas podem estar junto do crônico, mas não há condição de saber exatamente o que ele sofre, sente e vivencia.

Chegou o dia do aniversário de Beto. (...) À noite, todos se reuniram ao redor da fogueira. Até aquele momento Beto não sabia o que iria revelar, apenas tinha a sensação de que, às vezes, o mais importante nunca é de fato revelado. Então, depois dos parabéns, seu pai disse todo orgulhoso:

— Atenção, atenção, que agora chegou a hora de Beto revelar sua coleção.

Todos pararam de falar. De repente fez-se um silêncio tão grande que Beto pôde até ouvir o que se passava dentro dele. Foi então que se lembrou do seu cofre e mostrou para todos.

— Meu filho, você vai colecionar dinheiro?

— Não, pai; você não disse que o cofre era para garantir o meu futuro?

— Sim, meu filho, e nada melhor do que muito dinheiro para isso, não é mesmo?

— Mas tem coisas, pai, que valem mais que dinheiro, né?

O pai entendia o que o filho estava querendo dizer, era só se olhar no espelho. (...) No momento em que Beto ia revelar sua coleção, o cofre escorregou e caiu dentro da fogueira (ibid., p. 28, 29).

Quais as coleções que os crônicos possuem? E os profissionais?

Os portadores de doenças crônicas, profissionais de saúde e familiares já fizeram 12 anos e já escolheram suas coleções? Será que percebem que podem escolher outras coleções ao longo da existência? É importante que o doente, os familiares e os profissionais de saúde reconheçam suas coleções e as funções destas em suas existências. Até que ponto as coleções geram prazer, alegria e contentamento no cotidiano?

Na história, os convidados de Beto só estavam diante da fogueira porque estavam abertos para esse momento — só estavam abertos porque também tinham suas coleções e sabiam da importância dos 12 anos. Apenas um aspecto a ser levado em consideração: fogueiras normalmente são feitas em clareiras. Não se deve perder o olhar para os sentidos de clareira do ser e da função da coleção em *O colecionador de segredos*: a coleção tem uma característica de ‘direcionar’, apontar o modo-de-ser mais presente e vivenciado de cada personagem. A clareira do ser remete à abertura de sentido que todo ser humano é, sendo que lhe é dada a liberdade de escolha quanto ao que se deseja abrir ou fechar nas relações com o mundo.

De repente Beto percebeu que não precisava mais do cofre, porque tudo que era importante já estava guardado dentro dele mesmo. Guardado tão bem, que ele não sabia como colocar para fora. Sentia que, se revelasse a coleção, algo se perderia. Beto então decidiu o que iria colecionar: segredos. Todos adoraram a idéia de Beto; apesar de não poderem ver a coleção. (ibid., p. 30).

O cofre serviu como um depósito de experiências vividas por Beto. Na verdade, a cada vez que ele tinha o ímpeto de guardar alguma experiência, ele já a guardava dentro de si.

Quantos segredos os crônicos, profissionais de saúde e familiares não colecionam? É importante perceber a diferença de lembranças para segredos, pois o segundo remeterá cada indivíduo às suas saídas, idéias, *insights* para problemas, angústias, dificuldades. Segredos podem ser inúmeros e ilimitados: um lugar especial, um livro, uma pessoa, uma música, uma palavra, uma frase, uma vivência, um remédio, uma sobremesa, uma experiência... Segredo pode ser compreendido como um aprendizado, uma lição, algo que se considera importante, valioso no momento que é desvelado e, portanto é desconhecido.

As coleções são atualizadas à medida que se vive e podem ser comparadas aos diversos modos-de-ser que os indivíduos vão adquirindo ao longo de sua existência. Neste sentido, é importante pensar qual é a coleção denominada ‘crônica’, ‘doença crônica’? Que modos-de-ser estão em jogo? Até que ponto esta coleção ocupa a existência do indivíduo no sentido de conduzi-la, guiá-la? Deve-se estar atento para a finalidade que a coleção tem na vida da pessoa. Até que ponto as coleções são úteis e saídas para seu colecionador.

“Era costume ter algo para se transmitir às pessoas” (ibid., p. 4). As coleções podem ser interpretadas como maneiras de expressar o modo de ser do indivíduo e, na história, também são encaradas como conteúdo de conhecimento, vivência, ou, simplesmente, experiências de vida. Deve-se refletir sobre o que se está colecionando, os efeitos destas coleções para o ser, o que está sendo transmitido para as outras pessoas e o que as outras pessoas estão transmitindo.

CONCLUSÃO

*Você não sabe o quanto eu caminhei, pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas antes de dormir...
(Garrido, Lazão, Da Gama, Bino)¹⁰⁷*

A dificuldade em concluir sobre o tema da cronicidade na prática psicoterápica vem pelo desvelar, a cada atendimento com portadores de doenças crônicas, de novos sentidos e pelo sentido atribuído ao desencobrimento que, cada um faz, ao ‘retornar à sua caverna’.

Compreender a cronicidade sob várias abordagens teóricas contribuiu para perceber os discursos existentes e repetidos, sem uma reflexão sobre o sentido da doença crônica na existência humana e como é a existência ou viver com os órgãos dos sentidos afetados, com suas funções restringidas e, conseqüentemente, restringindo a vida do portador.

O estudo etimológico e filológico do vocábulo *crônico* contribuiu para desvelar tanto o sentido de tempo remetendo à questão da temporalidade, quanto a uma interpretação do mito de Cronos, enfocando o doente crônico enquanto habitante temporário ou definitivo do Tártaro.

A etimologia da palavra *doença* trouxe valiosas informações e condições de outros desvelamentos para o tema. Doença não está relacionada somente com enfermidade, dor, sofrimento, mas também com sentimento, tristeza indignação, mau humor. Fica evidente que a doença não afeta o corpo ou a mente; mas, sim a existência humana.

A Medicina traz seu olhar técnico e dissecante quanto ao mau funcionamento de um sistema ou órgão do corpo.

A Psicanálise desenvolveu sua teoria de forma bem cientificista — o que é compreensível pela época em que surgiu —, abordando o funcionamento do aparelho psíquico de modo extremamente causalista. Por isto, seu olhar sobre as doenças depende dos modos de manifestação da pulsão no corpo do sujeito. Outra contribuição para a análise realizada neste trabalho é aquilo que a Psicanálise define como ‘ganho secundário da doença’: sob a égide do inconsciente, o indivíduo não realiza determinadas atividades que seriam sua responsabilidade, recebendo atenção e cuidados de outras pessoas. A crítica feita a esta

¹⁰⁷ GARRIDO, Toni, LAZÃO, DA GAMA, BINO. *A estrada*. Quanto mais curtido melhor. Rio de Janeiro: Epic/Sony. 1998.

abordagem é da visão de homem que não exerce suas decisões por conta própria, mas segundo a energia pulsional e os desejos do id e super-ego. Não é percebido algo semelhante ao que, na perspectiva fenomenológica-existencial, compreende-se como liberdade para escolher e responsabilidade pela escolha.

A história da Psicossomática apontou a busca pela compreensão das doenças corporais, cuja influência da *psique* é relevante, mantenedora ou desencadeadora do quadro patológico. Como ex., foi realizado um estudo do livro *Fenômenos Psicossomáticos* (Lewis e Lewis, 1999) no qual determinadas doenças crônicas estão relacionadas a padrões comportamentais freqüentes dos portadores, com o intuito de estes serem as causas das doenças. A Fenomenologia e a Daseinsanálise divergem deste ponto de vista e apostam na compreensão e nos sentidos que possam ser desvelados do fenômeno-doença, sendo que este não é interpretado através da dicotomia mente-corpo. Boss contribuiu, em *Introdução à Medicina Psicossomática*, na compreensão de todas as doenças como psicossomáticas, por todas afetarem não somente o corpo mas também a mente.

A contribuição de Karl Jaspers (1883-1969) foi apontar o fracasso em definir saúde e doença através de juízos de valor e médias. Tal contribuição ganha grande reforço com o texto *A questão da técnica*, de Martin Heidegger, e das considerações deste filósofo e de Boss sobre a questão da psicossomática enquanto um problema de método.

O intuito, ao abordar Georges Canguilhem (1904-1995), foi abordar as idéias sobre saúde e doença e a possibilidade de aproximá-las aos estudos fenomenológicos. Canguilhem compreendia a vida como normas diversas e a doença como *uma* norma de vida. O doente só admite a norma da doença. Neste aspecto, encontra-se semelhança ao que, fenomenologicamente, é denominado ‘restrição de sentido’. Canguilhem não teve um olhar reducionista quanto a doenças físicas ou às chamadas psicossomáticas. Ele as compreendia como “doenças de todo o orgânico”.

Uma das contribuições de Georg Groddeck (1866-1934) foi a postura monista através do *Isso*, contrariando a concepção dualista mente-corpo. Considerava que toda doença era expressão do *Isso* e, ao descobrir um dos objetivos da doença, já era suficiente para o desaparecimento do sintoma. A idéia de Groddeck, referente a toda doença física ser psíquica, e vice-versa, por remeter à expressão do *Isso*, aproxima-se da idéia da Daseinsanálise quanto a toda doença ser psicossomática.

Danilo Perestrello (1916-1989) compreendia a doença não somente como psicossomática, mas antropogênica, por considerar que os motivos para adoecer estavam no próprio homem. Medard Boss, em uma palestra proferida em 1984, amplia o sentido do termo

‘Medicina Psicossomática’ para Medicina Antropológica, por ser a proposta de uma medicina “em harmonia com o humano do homem”. (Boss, 1997, p. 29)

Pierre Marty, Michel de M’Uzan e Peter Sifneos contribuíram com os conceitos de ‘pensamento operante’ e ‘alexitimia’ enquanto características dos doentes intitulados ‘psicossomáticos’. Como a construção de conceitos que fechem a possibilidade de o homem ser e estar no mundo em rótulos não é interesse da Fenomenologia e da Daseinsanálise, não serão utilizados tais conceitos, por fecharem a potencialidade do indivíduo, impossibilitando-o desvelar outros meios de expressar e descrever suas emoções.

As contribuições de Bellkiss Romano abordaram intervenções psicológicas com portadores de doenças crônicas e a importância do cuidado com os familiares, em função dos desgastes físicos, por assumirem mais responsabilidades; e, emocionais, por serem intermediários do doente.

O profissional de saúde deve considerar a singularidade do cliente e, na cronicidade, deve motivá-lo a tornar-se independente e responsável. É importante compreender quais sentidos podem ter o crônico tornar-se independente. Em muitos casos, a cronicidade traz o ensinamento de o indivíduo aprender a conviver com os outros, aceitar e pedir ajuda por não poder realizar determinadas tarefas. Independência pode ser compreendida enquanto possibilidade de o indivíduo assumir-se e decidir, responsabilmente, sobre seu tratamento e cuidados, enfim, sobre sua existência.

Rolland¹⁰⁸ (apud Romano, 2000) apontou três fases de tempo para o adoecer crônico: crise; crônica; e terminal. A divergência com tais fases é de sua ocorrência em modo seqüencial. Tratando-se de doença crônica, as oscilações no estado de saúde são constantes: adaptar-se a novos sintomas; tentar realizar suas atividades, respeitando seus limites; e lidar com as questões da perda e da finitude, aprendendo a desvelar novas atividades mediante sua condição existencial.

Romano apontou a importância de os familiares também se tratarem, por ser muito desgastante o acompanhamento de um paciente crônico. E trouxe importante reflexão sobre o que mais desencadeia a dor: tratamento ou doença, ponderando a necessidade de tratamento para amenizar a dor. Gadamer (2006, p. 174) ponderou a importância do alívio de “dores das doenças crônicas em casos sem esperança de recuperação”.

O alívio das dores pode ser compreendido e vivenciado como um instrumento a serviço do crônico ter condições de refletir sobre os sentidos já desvelados de sua patologia,

¹⁰⁸ Rolland, J. S. *Chronic Illness and the life cycle: a conceptual frame work*. Family Process, 1987; 26: 203-211.

questionar-se sobre e permitir-se outras possibilidades de desvelamento para a doença e para a própria existência.

Uma colocação delicada de Romano é a do lugar da Psicologia enquanto minimizadora dos impactos da doença e impeditiva de iatrogenia. Este lugar não é somente da Psicologia, mas de todas as profissões relacionadas com a saúde. E não existem garantias de que a Psicologia não possa promover maiores impactos no paciente e em seus familiares sobre a doença, sendo assim, produtora de iatrogenia.

Martin Heidegger (1889-1976) trouxe valiosas contribuições para o campo da psicoterapia através de suas obras. Em *Ser e Tempo*, publicado em 1927, abordou a questão do sentido do ser e distingue o modo-de-ser em função do modo como os entes se relacionam com o devir temporal, como simplesmente-dado e existente, denominado de *Dasein*.

Em *Ser e Tempo*, Heidegger denominou de “Fenomenologia Hermenêutica¹⁰⁹” o “caminho para”¹¹⁰ a analítica do *Dasein* (*Daseinsanalytik*), que consiste na *descrição interpretativa*¹¹¹ das estruturas ontológicas fundamentais da existência humana, possibilitada pela atitude de suspensão de qualquer forma de objetivação do ser do homem como pessoa, eu, consciência, sujeito, seja num sentido psicológico ou transcendental.

Nascimento (2005) apontou que a fenomenologia em Heidegger é ontológico-hermenêutica uma vez que, por intermédio da analítica do *Dasein*, é possível alcançar uma compreensão de seus aspectos essenciais. E a compreensão fenomenológico-hermenêutica de Heidegger situa-se numa perspectiva outra que torna inviável esta visão essencializada e cientificante do homem.

A partir da Analítica do *Dasein*, o psiquiatra suíço Medard Boss (1903-1990) propôs o exercício clínico denominado *Daseinsanálise*, que não é o emprego de métodos e técnicas prontas, acabadas, nem substituição das antigas práticas clínicas e, muito menos, denomina-se um novo método psicoterápico. Este exercício “deve estar sempre subordinado a uma compreensão fenomenológico hermenêutica do *Dasein*”.¹¹²

¹⁰⁹ “A palavra hermenêutica deriva do grego *hermeneuein* que costuma ser traduzido como ‘interpretar’, e no substantivo *hermeneia*, ‘interpretação’. [...] A idéia de hermenêutica vincula-se ao fato de ‘tornar algo compreensível.’ ” (Nascimento, 2005. p. 57)

¹¹⁰ A expressão “caminho para” refere-se ao sentido de “método”.

¹¹¹ Descrição: referente à Fenomenologia, que visa dirigir-se às coisas mesmas tal como elas aparecem/se dão para a consciência. Interpretativa: referente à hermenêutica, “perspectiva de abordagem capaz de revelar aspectos parciais do sentido dos entes e não sua essência última” (Sá, 2003, p. 165). Quanto à hermenêutica, também se faz correlação com Hermes, filho de Zeus e mensageiro alado que tinha por função a transformação de qualquer coisa que fugisse à compreensão humana em algo inteligível; sendo a descoberta da escrita e da linguagem atribuída a ele, pelos gregos, instrumentos estes destinados a alcançar o significado das coisas..

¹¹² Sá, 2004. p. 46.

Com relação às questões do corpo, doença e saúde, em *Ser e Tempo*, não se encontram descrições detalhadas; porém, as noções elaboradas e expostas sobre o sentido do ser tornam-se embasamentos para reflexões sobre os temas. Já em *Seminários de Zollikon* (2001), Heidegger e Boss elaboraram contribuições para o estudo do adoecimento humano, compreendendo-o como um acontecimento que restringe a liberdade daquela existência. É uma limitação em corresponder-se com os outros entes e a outros modos-de-ser que sejam desvelados a partir do adoecimento.

A doença, enquanto distúrbio de sentido, é um questionamento sobre o limite da abertura, apontando aspectos “existenciários” que merecem maior atenção, mas que não interessam ao indivíduo naquele momento. Assim, o limite é vivenciado como restrição e dificuldade em exercer seu modo-de-ser habitual.

Neste viés, deve-se refletir sobre o sentido dos limites de abertura dos doentes crônicos: quais correspondências às solicitações de suas existências que foram, são e serão restringidas; quais os sentidos que os crônicos atribuem ao conviverem com a *habitante* ao longo do tempo. Tem este sentido a crítica quanto às fases de Rolland, citadas por Romano (2000), que delimitam as ocorrências da vivência de uma doença crônica em momentos delineados e calculados.

A doença crônica pode trazer a experiência de levar

às costas uma enorme Quimera (...) a monstruosa besta não era um peso inerte, ao contrário, ela envolvia e oprimia o homem com seus músculos elásticos e potentes; ela agarrava-se ao peito de sua montaria, com suas duas vastas garras e a cabeça fabulosa sobrepunha-se à frente do homem (Baudelaire, 2006, p. 39).

No poema de Charles Baudelaire, há menção do modo como os homens carregavam suas quimeras “coisa curiosidade se anotar: nenhum desses viajantes tinha um ar irritado contra a besta feroz pendurada em seu pescoço e colada às suas costas. Dir-se-ia que as consideravam como fazendo parte deles mesmos” (ibid, p. 39;41). Neste fragmento, pode-se interpretar que o homem está vivendo, desvelando, novas possibilidades para sua existência, habitada pela doença crônica.

Outro aspecto é a utilização de medicação para eliminação de sintomas resultantes da doença crônica, como ansiedade, angústia, irritação e depressão. Deve-se questionar sobre o sentido de tais expressões do indivíduo neste momento de adoecimento. Mediar por mediar, em função da eliminação ou alívio de tais vivências, não trará a compreensão para o indivíduo do que ocorre consigo. São importantes o constante questionamento e olhar minucioso do sentido destas e outras expressões do ser em função de sua doença, pois compreendendo, p.

ex., o que o angustia e gera ansiedade, torna-se mais prático o alívio e a diminuição do desconforto. Partir para ingerir um remédio, para acabar com a ansiedade e angústia, está apenas *cuidando-ocupando* do efeito no corpo. Esta é uma opção — muito utilizada — em tratamentos de doenças crônicas, porém o que se percebe é cada vez mais remédios serem prescritos, organismos mais sobrecarregados de substâncias químicas a serem metabolizadas e existências sem sentido próprio, sobrevivendo em função das medicações.

A possibilidade de ampliar o horizonte de desvelamentos da existência do crônico é de suma importância. Espera-se que o psicólogo abra-se para o diálogo esclarecedor, acolhendo as limitações do crônico e expondo as limitações enquanto ‘técnico’ e as da técnica que está cuidando do paciente. Por isto, torna-se crucial a reflexão de Heidegger sobre a técnica¹¹³ para o dia-a-dia de doentes crônicos: a quem e a quem se deve dizer sim e não? O exercício da Serenidade (*Gelassenheit*) — ‘a reflexão que medita’, solicitando uma atenção livre de identificações e protótipos — torna-se fundamental por ser uma postura de abertura e desapego em presença de todas as coisas, possível em função do enraizamento do homem consigo e no mundo. Pode-se compreender a Serenidade como o próprio caminhar, o movimentar-se. Este talvez seja um dos desafios ao cuidar de crônicos: apontar a possibilidade de perceber e nutrir as próprias raízes, através de seus vínculos e relacionamentos em suas existências, para novos enraizamentos.

Como já visto, Heidegger não abordou, diretamente em suas obras, a questão da cronicidade. O esforço do segundo capítulo foi pesquisar, em autores da abordagem fenomenológica-existencial, possíveis desvelamentos para o tema. A proposta foi trazer a reflexão fenomenológica-existencial para uma questão contemporânea. Esta reflexão foi um ensaio, um esboço: não teve a pretensão de colocar pontos finais mas, reticências e pontos-e-vírgulas; abrir para o diálogo e a troca.

Hannah Arendt contribuiu com as noções de perdão e promessa. O perdão pode ser compreendido como possibilidade de mudança no modo-de-ser e desapego de situações já vivenciadas, e a promessa como soluções para o imprevisível e a incerteza da vida. O perdão libera a pessoa para a vida, libertando-a de situações passadas que não podem ser modificadas em si, mas o possível é modificar o modo de compreendê-las na atualidade.

A promessa é um modo de apoio para o indivíduo na vida, sem a possibilidade de ter a certeza do futuro; é uma alavanca que o impulsiona para os embates do cotidiano,

¹¹³ Referência ao texto “A questão da técnica” (1953), publicado em *Ensaio e Conferências*. Petrópolis: Vozes, 2002.

conseguindo lidar com a não-garantia do porvir e da imprevisibilidade dos efeitos de uma ação.

Uma analogia para estas noções seria um balão, pronto para o vôo, cujo cesto ainda está amarrado. Após as cordas serem soltas, o balão é ‘libertado’ para voar em direção a um destino, cujo conteúdo do percurso não é passível de previsibilidade.

Estas noções contribuem para compreender o caminhar autêntico do indivíduo na vida: a pessoa com doença crônica e vida com restrições e recomendações que apontam para as necessidades de cuidados, avaliação de atividades, interrupção e início de novos caminhos.

Hans-Georg Gadamer (1900-2002) abordou diretamente os temas saúde, doença e, inclusive doença crônica, ressaltando a importância do relacionamento entre profissional de saúde e paciente. A doença é compreendida como processo histórico da vida, portanto, é uma experiência da vida do doente. Então, a doença crônica pode ser percebida como uma experiência crônica e duradoura, que o indivíduo poderá ou não aceitar e conviver em sua existência.

O filósofo apontou que o ser humano é limitado, devendo aceitar esta condição humana para que possa desvelar outros modos-de-ser que compõem a sua limitação. O profissional de saúde deve conscientizar-se de suas limitações existenciais e técnicas para exercer o ‘cuidado-preocupação-anteposição’, sem o desejo de domínio ou aprisionamento do paciente, quando não há mais o que ser feito ou o profissional não tem ‘a técnica’ apropriada, mas retém o paciente por outras questões. O paciente deve conscientizar-se da sua limitação e, fazer o que for possível para melhorar sua condição de vida. A conscientização do limite do ser humano, em exercer suas tarefas, abre a possibilidade de descobrimento de novos sentidos e, até mesmo, ampliar limites em sua existência. De certo modo, a vida propõe-se como um constante retornar à caverna para novas descobertas e descobrimentos.

Gadamer alertou sobre a importância do ‘autotratamento’, que conduzirá o indivíduo à compreensão de seus limites, capacidades e dificuldades. O fenômeno da dor pode ser compreendido à medida que o indivíduo descobre o seu sentido, os sentimentos promovidos, os movimentos que ficam em desequilíbrio, a repercussão do movimento em desequilíbrio na vida e desvelamentos de outros possíveis modos-de-ser.

O olhar da psicoterapia com doentes crônicos é de desvelar a importância de se autotrotar e compreender o que lhe ocorre em um momento de dor.

“Deixe que ela entre
 Que ela contamine
 Que ela te enlouqueça
 Que ela te ensine
 Não fuja da dor
 (...)

Querer sentir a dor
 Não é uma loucura
 Fugir da dor
 É fugir da própria cura”

(‘Não fuja da dor’, 2001, Fromer, Gavin, Mello, Bellotto)

O convite para compreender e desvelar sentidos da dor e da doença crônica é um importante passo para o paciente assumir sua existência, que pode deixar de ser limitada de sentidos já conhecidos para tornar-se mais autêntico com a oportunidade de novas vivências, libertando-se de antigos conceitos e abrindo caminho para novas jornadas. Sutilmente, os versos dos Titãs trazem a proposta de compreensão da dor e da doença como caminho para o cuidado de si. Pois, ao assumir e conscientizar-se destas, abre-se uma possibilidade de ‘cura’ (*Sorge*), seja como ocupação ou preocupação. A fuga da dor e da doença, apesar de ser uma escolha do indivíduo, é um modo de fechar-se, não se permitir desvelar outras formas de ser no mundo.

A saúde, com seu caráter oculto, remete ao encobrimento da condição finita do homem. O homem saudável permite-se a maiores experiências e lançamentos na existência, não se remetendo à própria finitude. A doença por ser, na maioria dos casos, perceptível, remete à questão da morte; e a cronicidade traz o peso de ser incurável. O que deve ser constantemente lembrado é a importância de não fixar-se à limitação, mas respeitá-las e construir novos modos de transitar, circular pela vida. Por mais difícil que possa ser para o doente crônico, que está na caverna e acostumado com as sombras, é um ‘ganho’ ele compreender que a *habitante-doença* permanecerá com ele e que ela sempre traz ganhos para a existência. Porém, para perceber tais ‘ganhos’, o doente deverá modificar seu ritmo para compreender o ritmo da *habitante* e, então, organizar novos ritmos para o seu caminhar.

Em *Seminários de Zollikon*, Heidegger e Boss contribuíram para a reflexão da cronicidade através das noções de temporalidade e ‘tornar-se presente’. De certa forma, as noções estão correlacionadas, já que ‘tornar-se presente’ remete à maneira de estar junto de coisas corporalmente presentes, reportando à atualidade e às coisas não-corporalmente presentes, podendo reportar ao vigor-de-ter-sido.

O modo de o homem lidar com o tempo remete ao seu modo de *ser-com* e é o que o sustenta em sua morada no mundo. Até que ponto o homem se responsabiliza pelo uso do

próprio tempo em sua existência? O que o motiva a ‘perder’ ou ‘aplicar’ o tempo em atividades? Será que, realmente, existe o ‘perder tempo’ ou é a incapacidade de responsabilizar-se pelo seu querer? A experiência do ‘não-ter-tempo’ traz o caráter de finitude: o homem não poderá realizar todas as possibilidades de que é herdeiro.

A relação do crônico com o tempo é interessante por existir uma pressa em curar-se ou tratar-se por ter a sensação de não ter muito tempo de vida. Há o sentimento de culpa por não ter descoberto a doença anteriormente, pois isto lhe dá a ilusão de que ‘teria mais tempo’. O paciente crônico deve libertar-se do ‘pseudo-consolo’ das sombras e sair da caverna: fazer o que for possível no hoje, pois nem as sombras o ajudarão como ele espera. O paciente poderá lidar com as sombras, ou seja, com seus antigos padrões, idéias e atitudes, a partir de suas atualizações. As sombras não serão vistas identicamente como as antigas; elas serão vistas com os ‘olhos-da-atualidade’.

O corpo torna-se presente desempenhando o estar-aqui, reportando aos possíveis modos de relação desta existência com o espaço e o mundo. Quais os modos de uma existência crônica relacionar-se com o mundo? Quais são as limitações que o corpo propõe ao mundo e quais as que este proporciona ao corpo?

O psicólogo e outros profissionais de saúde devem estar atentos aos tipos de relação que o paciente tem com seu corpo: uma ‘relação-atual’, consciente de suas atuais capacidades e limitações; uma ‘relação-desatual’, onde as referências corporais ainda são as do vigor-de-ter-sido. Auxiliar o paciente a descobrir sua condição atual é um modo de ‘cuidar-preocupando-antecipando’ fundamental para que ele possa, tanto cuidar de si como ele realmente está, quanto desvelar outros sentidos para sua existência. O paciente pode exercer o seu ‘tornar-se presente’ de inúmeras maneiras. O que deverá ser percebido pelo psicólogo é, se as situações, em que o paciente se torna presente, as que ele não consegue e recusa-se a tornar-presente, são sempre as mesmas. Isto deverá ser analisado com o paciente, buscando desvelar as relações que ele faz deste modo de agir com sua doença, suas restrições de liberdade e o fixar-se em determinados sentidos, sem permitir-se lançar em outros.

Outra contribuição de Heidegger e Boss é a reflexão do esquecimento de algo doloroso, através do ‘não querer pensar nisto’. Como já visto, é o indivíduo que deixa escapar o que ele quer esquecer. A dor e a doença crônica vêm como possibilidade do homem compreender-se e enraizar-se mais. Torna-se presente o conteúdo dos versos da música “Não fuja da dor”: as habitantes doença e dor vêm ensinar e proporcionar o desvelamento de algo para quem as hospeda; cabendo a este descobrir seus sentidos.

A compreensão da cronicidade está relacionada com a abertura de sentido do paciente ao mundo: sua disposição afetiva para as relações restringidas, extintas e para as que surgem ao longo de seu caminhar crônico.

Ao abordar sucintamente o aspecto da finitude, foi relevante a contribuição de Françoise Dastur. Alguns de seus questionamentos em relação à morte foram adaptados para a vivência do doente crônico.

A consciência do indivíduo, enquanto ser-finito, possibilita um caminhar mais liberto pelas estradas das quais é herdeiro. As inúmeras situações que ocorrem na vida refletem as possibilidades da existência humana, como a morte e o adoecimento. A cronicidade envolve a vivência do adoecimento e remete à finitude do ser. Ao citar Píndaro, “Torna-te aquilo que és”, Dastur forneceu uma pista para o caminhar sobre a cronicidade: tornando-o possível pois o homem possui uma relação com o tempo e modifica seu modo-de-ser em função das possibilidades desveladas.

A morte e a cronicidade podem ser aproximadas quanto à restrição de liberdade, sendo que a primeira é a restrição total; e, a outra, parcial.

Uma interessante contribuição de Dastur foi da receptividade enquanto afetação dos órgãos dos sentidos. Deve-se atentar para o que afeta e não afeta o doente crônico. Enquanto abertura de sentido, ele está aberto às afetações do mundo; porém existem ocorrências que afetam mais e outras menos. Para quais afetações o doente crônico está mais disponível? Quais órgãos dos sentidos são mais afetados? Eles possuem alguma relação com a doença crônica do indivíduo? Ou é a reação à afetação que atinge o órgão afetado pela doença crônica? Quais sentidos são desvelados por estes órgãos e estas afetações na existência do paciente? Quais são as outras afetações, ainda veladas, que estes órgãos podem receber?

A contribuição de Heidegger, na segunda parte de *Ser e verdade*, é uma leitura hermenêutica do mito da caverna, compreendendo a analogia da alegoria com o cotidiano. Transpor a questão da cronicidade para o mito de Platão e para os comentários de Heidegger foi um desafio e não tem a pretensão de ser ‘a’ transposição correta; é um ensaio hermenêutico, um convite a desvelamentos e velamentos.

Uma interpretação é que o doente só sairá da condição ‘ser-doente’ quando compreender o sentido da doença para sua existência. Assim, poderá ‘soltar suas algemas’¹¹⁴, para desvelar o que há fora da caverna¹¹⁵.

¹¹⁴ Algemas no sentido de ‘uma possibilidade de vida’.

¹¹⁵ Caverna, neste momento, será interpretado como o modo-de-ser cristalizado do homem.

Ao encontrar a ‘luz’ — o tratamento, o conhecimento sobre o que lhe acomete —, há dúvidas, questionamentos, medos, revolta e outras vivências. Até que ponto conhecer esta luz foi válido? Por um momento, tenta-se retornar às sombras, voltar ao que era antes da saída da caverna. Porém, a dor sofrida pelo conhecimento demarca a possibilidade de outros modos-de-ser e, conscientemente, desperta o querer-mudanças.

De certa forma, a mudança já está sendo processada, a partir do momento em que se percebe algo de estranho em si — uma estranha habitante — e procura-se um profissional para obter esclarecimentos. Mas, o crônico só se conscientiza do que está ocorrendo consigo, após o impacto e a compreensão do diagnóstico e da possibilidade de tratamento.

Assim, o crônico sai de sua caverna, aparentemente acolhedora, e parte para uma aventura sem certezas, em busca de tratamentos e recursos para sua habitante. O retorno à caverna é inevitável, por ser sua referência enquanto ser-no-mundo, porém o modo de se relacionar com ela é o que apontará para os desvelamentos que o indivíduo realizou e ainda realiza após a libertação de seus padrões rígidos, suas algemas.

“Vemos, então: o homem não é homem enquanto, amarrado na caverna, sente-se bem e conversa; também não o é enquanto assume a atitude contrária, fora da caverna; o homem só o é e é sempre trânsito e passagem da caverna para a luz e retorno de volta para a caverna” (Heidegger, 2007, p. 196). O crônico, os familiares e o profissional de saúde somente são homens por estarem em movimento, caminhando pelas trilhas e estradas descobertas a cada passo.

O terceiro capítulo tratou da noção heideggeriana de cuidado e a psicoterapia na abordagem fenomenológica-existencial.

O cuidado é a característica ontológica do *Dasein* ser sempre em relação. Quando o *Dasein* se relaciona com entes simplesmente-dados, está exercendo a ocupação. É o modo do cuidado direcionado pelo uso, vigorando na maioria das relações que o homem estabelece em suas atividades no mundo. A preocupação é o modo do cuidado de um *Dasein* com outro *Dasein*, podendo ser exercido através da substituição e da anteposição.

O chamado “testemunho pré-ontológico” — mito-fábula de Cura — torna-se importante para a compreensão do cuidado enquanto o mantenedor do *Dasein*. Um olhar atento a um dos personagens do mito: Saturno ou Cronos é chamado para resolver o conflito de Terra e Júpiter. A resolução do conflito envolve o tempo: o homem, enquanto viver pertence ao cuidado.

Os três modos constitutivos do cuidado — facticidade, existência e decadência — possuem uma relação com as *ekstases*¹¹⁶. A facticidade é o estar-lançado, remetendo à idéia de ser-já-em-um-mundo, do vigor-de-ter-sido; a existência é o projetar-se, é o ser-a-frente de si mesmo, o porvir; e a decadência é o acomodar-se, não-lançar-se, é o ser-junto-a, remetendo à atualidade.

Quando Heidegger afirmou que “o cuidado é ser-para-a-morte” (Heidegger, 2002b, p.124), esclareceu sobre a finitude do *Dasein* e de sua impossibilidade de realizar todas as possibilidades de sua existência. “O ser-para-a-morte é, essencialmente, angústia” (ibid, p. 50) pelo *Dasein* lançar-se às novas experiências, movimentando-se e abrindo-se para as possibilidades de que é herdeiro.

A prática psicoterápica na abordagem fenomenológica-existencial tem sua origem na análise ontológica das estruturas da existência, elaborada por Heidegger cuja articulação com a prática clínica foi proposta por Medard Boss, denominando-a de *Daseinsanálise*.

A *Daseinsanálise* é um espaço psicoterápico de questionamento do horizonte e da possibilidade de abertura de sentido para o enfrentamento da situação angustiante em que se encontra, não conseguindo lançar-se ao mundo, mas fechando-se por não conseguir desvelar outros sentidos para seu problema existencial.

A psicoterapia é uma relação afetiva construída a cada contato, a cada sessão. Deve-se atentar para a afetação dos órgãos dos sentidos, comentada por Dastur: como e quais sentimentos, palavras, gestos, emoções, semblantes e relatos afetam os órgãos do psicólogo e do cliente.

Com base no cuidado (*Sorge*), a psicoterapia fenomenológica-existencial propõe-se a “pensar um ferimento” através da preocupação (*Fürsorge*). A anteposição pode ser compreendida como uma das metas da prática clínica, colocando o cliente perante suas questões e possibilidades para encaminhá-las. Porém, a substituição pode ser necessária nos momentos de maior sofrimento, em que é fundamental o acolhimento, o aguardar para que o cliente possa compreender quais são as possibilidades existentes e disponíveis. Recordar Quíron ou Orfeu, como já visto, é fundamental para a compreensão do valor de cada um na relação terapêutica: não existe psicólogo sem o cliente e vice-versa. O psicólogo pensa os ferimentos alheios e não os próprios. O cliente busca no psicólogo aquele que cuidará de suas feridas e o fará compreender seu modo-de-ser para não se ferir. Percebe-se, portanto, a

¹¹⁶ As *Ekstases* referem-se às noções temporais denominadas vigor-de-ter-sido, atualidade e porvir.

necessidade de um outro ente para ocorrer o cuidado e, no caso da psicoterapia, precisa-se um do outro para existir a relação, o cuidado e o ‘pensar feridas’.

Ao pensar sobre o doente crônico, deve-se compreender como ele cuida de si e da doença: se há esta separação para o cliente ou se ele se percebe como ‘um só’, com a doença o habitando, fazendo parte de sua existência. Neste momento, o relacionar-se com a doença é fundamental para a vivência de todas as rotinas e cortejos que os tratamentos proporcionam ao crônico.

Os sentidos ôntico e ontológico do cuidado podem ser percebidos no percurso de uma prática clínica. É importante observar que, apesar de se privilegiar o cuidado ontológico – ocupação e preocupação – numa psicoterapia, o cuidado ôntico não está excluído do *setting* e práticas terapêuticas.

O profissional de saúde, no caso, o psicólogo, precisa compreender quais as dificuldades e vantagens de ser-crônico para que possa, junto com seu cliente, proporcionar a possibilidade de descobrir novos caminhos a serem trilhados. O psicólogo deve apropriar-se de sua técnica, seu embasamento teórico, sem escravizar-se: a técnica está a seu serviço e não ao contrário. Portanto, atitudes como transferência do local das sessões e suspensão de atendimentos poderão ser realizadas em função da dificuldade do paciente locomover-se. Porém, tais atitudes exigem disponibilidade do profissional em executá-las e, do cliente em receber ou não tais cuidados.

O psicólogo poderá perceber até que ponto as dificuldades em atender o cliente são ‘apenas’ questões de locomoção e horários perante as dificuldades deste. O psicólogo não deve esquivar-se de suas questões, dificuldades e limitações referentes a permanecer ao lado do cliente cujo quadro só se agrava, não ocorrendo uma estabilidade. O profissional de saúde, no momento referindo-se principalmente ao *psi*, precisa cuidar de si e ser cuidado, permitindo emergir suas emoções em relação ao trabalho com seu cliente que, de certo modo, o remete à própria finitude, e re-significar o seu modo de agir com aquele cliente. A psicoterapia, neste caso, torna-se um cuidado paliativo no alívio do sofrimento.

Escrever sobre o cuidado na clínica com portadores de doenças crônicas torna-se um desafio por se estar construindo este caminho com os clientes. Como foi exposto, não há técnicas ou teorias fenomenológicas-existenciais específicas sobre a psicoterapia com crônicos. O aspecto de tornar-se ‘pesquisadora-artesã’, buscando e criando intervenções para o paciente descobrir a possibilidade de cuidar e de ser cuidado e compreender a singularidade do tempo de cada cliente em suas ‘idas e vindas na caverna’.

A descrição dos casos clínicos é a aposta em tornar presente a intensidade, a angústia e o desafio de cuidar não de fígados, intestinos, corações, rins, pulmões, ..., mas de existências.

A escolha dos casos não foi aleatória. O falecimento de Larissa desvelou uma lacuna no que era o projeto de seleção para este Mestrado: o psicólogo não fica ileso ao conviver com a cronicidade de seu paciente e, a finitude incomodará o psicólogo enquanto for encarada idêntica à idéia de falecimento. Além da questão da finitude, Larissa vivenciou intensamente o espaço psicoterápico, abraçando as técnicas sugeridas e caminhando em busca de sua vida mais autêntica. Esta busca não foi uma promessa longínqua; mas foram momentos em que ela encontrou em seu caminho. Larissa permitiu-se re-significar aspectos de sua existência — relacionamentos familiares, cuidado com a própria saúde e o próprio corpo, o valor do limite e de respeitar seus desejos, além do prazer pelo viver. Ao analisar o caso clínico, pode-se perceber que Larissa, ao vivenciar a experiência da própria finitude, não pôde realizar pelo menos uma das possibilidades ainda veladas em sua existência: perdoar a filha caçula.

O Termo de Consentimento, para uso do caso clínico de Larissa, foi assinado pelos familiares — viúvo e filhas — e o contato telefônico com o viúvo foi emocionante e gratificante por perceber o reconhecimento e valorização do trabalho psicológico realizado com Larissa.

O caso clínico de Sara foi escolhido por alguns motivos: o diagnóstico e a fase da Hepatite C ser idêntico ao de Larissa — uma maneira de mostrar o valor e resultados do tratamento; o engajamento da cliente nos atendimentos; e por ter ‘negativado’ o vírus da hepatite C.

Sara percorreu uma estrada desconhecida, onde cada passo era uma aposta e um reforço na promessa da cura. No início do tratamento, a promessa tinha o peso da previsibilidade e da certeza, que podem ser expressos pelos versos “Só quero saber do que pode dar certo / Não tenho tempo a perder” (Britto e Netto, 1984). Era necessário a paciente desvelar o caráter imprevisível e incerto da promessa e da vida. E, ao longo dos meses e dos efeitos colaterais que ora surgiam e ora desapareciam, Sara foi desconstruindo e enxergando a incerteza de cada dia. A vivência da busca pela certeza do êxito do tratamento a angustiou inúmeras vezes. De um modo geral, é um desafio argumentar com o paciente sobre a impossibilidade de se ter certeza da cura em um tratamento e, com Sara não foi diferente. Ela defrontou-se diversas vezes com esta impossibilidade angustiante: era o convite para compreender e aceitar a finitude como possibilidade e constituinte da vida.

Sara desvelou várias possibilidades de ser e permitir-se agir de outros modos: reconhecer e assumir a insatisfação em morar com o marido; respeitar-se e expressar sua vontade aos familiares; perceber-se mais e aprender a escutar as mensagens que seu corpo lhe transmitia através dos sintomas; outros modos de executar tarefas de casa, respeitando os limites do corpo; tentar aceitar o afastamento e comportamento da filha mais velha; compreendeu a necessidade de colocar-se em primeiro lugar e não ‘abrir mão’ de seu bem-estar; permitir-se ter momentos de prazer, diversão e expressar seus sentimentos; exercitar o não-guardar raiva e indignação em situações que se considerava atacada ou vítima, através de expressar o que sentia no momento da ocorrência, evitando rancores e ressentimentos.

Quanto ao tema do cuidado, Sara o exercia, na maior parte das vezes, como ocupação: ela servia e era servida. Seus familiares praticavam a preocupação-substituição, pois Sara foi aconselhada a não realizar determinadas atividades. Desta forma, eles a impediram de realizar algumas tarefas, principalmente em função do preconceito e preferiam fazer e escolher por ela. Ao longo dos meses, Sara foi experimentando outras possibilidades de se relacionar e percebendo ganhos com tais posturas. Ela conseguiu sair, por várias vezes, do modo ocupação e exercer a preocupação substituição e anteposição, respectivamente, ao aceitar e negar ajuda à filha caçula.

Quando Sara foi consultada sobre o consentimento do uso do relato da experiência clínica neste trabalho, ela concordou prontamente, acrescentando a importância do tratamento para sua vida e, compartilhou a alegria de ter feito mais dois exames de carga viral, cujos resultados foram ‘negativos’.

Sara aprendeu a sair da caverna, mas desvela poucas possibilidades para sua existência. A idade, baixa escolaridade e a dependência financeira influenciam em permitir-se ousar mais.

A escolha pelo caso de Edson é em função de ser portador de uma doença crônica com etiopatogenia multifatorial. A rigidez do paciente foi se modificando ao longo dos anos e ele foi permitindo-se mudar, segundo seu ritmo.

A grande questão trabalhada, ao longo destes cinco anos de terapia, é a do próprio limite, conscientizando-se quais atividades são permitidas, as não recomendáveis e as proibidas. De certo modo, compreende-se que a dificuldade de perceber o próprio limite está relacionada com a questão do controle — característica da Doença de Crohn (não controlar o intestino, os esfíncteres) e da epilepsia (o ausentar-se por instantes é um modo de fuga, por não conseguir controlar a situação).

Edson percebeu a melhora de sua saúde após a separação, concluindo que o clima tenso de sua casa o predisponha a passar mal. Ele já compreende que a estabilidade da doença de Crohn depende de seu cotidiano e de como executou suas atividades. A terapia possui um papel, tanto de suporte para o seu caminhar, quanto de espaço para reflexões de seu modo-de-ser.

Em função da necessidade de controle, Edson exerce mais a preocupação substituição, sendo trabalhado na terapia a tentativa da prática da anteposição como um modo de libertar-se e liberar-se para cuidar de si. Lidar com a sensação de ser dispensável pelos outros é extremamente difícil, mas traz o lado ‘positivo’ da relação que é o contato que não envolve um interesse determinado, além de ele passar a ter mais tempo para estar consigo.

Em vários momentos dos atendimentos com os clientes fica nítida a espera por uma resposta pronta e funcional. A frustrante compreensão de que não há fórmulas, receitas e mapas para seguir, mas a possibilidade angustiante e corajosa de poder criá-los.

Há momentos em que o paciente precisa da substituição em função de seu estado de estagnação e dúvidas. A angústia pode tornar-se assustadora, por ser uma ‘força’ que o arrasta para posicionamentos tão estranhos de seu cotidiano, gerando uma ‘paralisia’. Ao desvelar para o cliente a sua capacidade de vencer os embates, lutar e conquistar pelo seu querer e ver a fluidez da vida, aponta-se a possibilidade do seu poder-ser-autêntico, exercitando a preocupação-anteposição.

Em função da clínica psicoterápica fenomenológica-existencial não possuir técnicas rígidas, abre-se possibilidade da utilização de diversos materiais, técnicas adaptadas de outras abordagens e atividades relacionadas com as questões existenciais do cliente. Por isto, uma das técnicas utilizadas é a leitura — histórias em quadrinhos (HQ), contos, crônicas, literatura classificada infantil e infanto-juvenil e outros. *O Colecionador de Segredos* desvela, encantadoramente, a característica humana de colecionar algo. O que pode ser refletido é a semelhança do ato de colecionar alguma coisa com o ter uma doença crônica: desprendem tempo, dedicação, gastos; geram angústias, alegrias, tristeza... Quais são as coleções dos doentes crônicos e as suas funções? Procura-se despertar o interesse em reconhecer o que é colecionado, há quanto tempo e qual a finalidade para a sua existência. A partir disto, o cliente pode despertar a atenção para seu modo de ser, agir e lidar com a própria vida e com as suas relações. E, tratando-se de doenças crônicas com as suas devidas restrições, o paciente é convidado a perceber as coleções que estão facilitando e dificultando o seu caminhar e as que podem ajudá-lo a viver com maior harmonia consigo mesmo e, conseqüentemente, com a habitante-doença.

Quais os sentidos possíveis para a coleção de segredos? Quantas e quais são as coleções que são adquiridas, abandonadas e que acompanham o ser em sua existência? Quantos segredos — no sentido da coleção do personagem Beto — podem ser desvelados e velados em uma vivência e em toda a existência? Quais são os segredos que os doentes crônicos, os familiares e profissionais de saúde colecionam ao longo de suas existências?

A intenção, ao abordar *O Colecionar de Segredos* foi de despertar os olhares não somente para as coleções existentes no crônico, familiares e profissionais, mas para as coleções engavetadas e passíveis de serem colocadas em prática, os sonhos e idealizações que merecem ser ditos, compartilhados para melhor serem compreendidos e, em alguns casos, realizados; também, para o indivíduo permitir-se conhecer, detectando as coleções que deseja abandonar e conquistar para sua existência e compreendendo os próprios obstáculos para não conseguir colecionar o que deseja.

De certo modo, as coleções podem ser interpretadas como constituintes da herança: recebida do encontro com outras pessoas; construída e adquirida, ao longo da existência, para viver e transmitir para outras pessoas através do convívio do cotidiano; enfim, ‘sendo-no-mundo-e-cuidando’.

Assim, percebe-se a proximidade das coleções com as possibilidades que o *Dasein* herda ao estar no mundo: ele não realiza e nem conhece todas as possibilidades mas, apropria-se das quais ele tem maior condição de abertura. Existe, portanto, a possibilidade de ser e não ser.

Ao concluir este trabalho, não há intenção de colocar pontos finais e nem construir ‘a verdade’ sobre o cuidado com portadores de doenças crônicas. Ao contrário, a intenção é de colocar interrogações, reticências e apontar considerações e interpretações fenomenológicas-existenciais da vivência do cuidar e ser cuidada por portadores de doenças crônicas.

Quanto ao cuidar, os desafios são intensos, constantes, angustiantes e prazerosos. Acompanhar a pessoa sair de sua caverna, deparando-se com conhecimentos ofuscantes, e recolhendo-se por não se achar forte o suficiente para lidar com o conhecimento. Angustia-se por não conseguir mais a ‘calma’ de outrora e, aprende a compreender todo este conhecimento com idas e vindas à caverna. Em todo este percurso, o psicólogo está cuidando de seu cliente ex-prisioneiro-da-caverna.

Porém, como foi exposto, o cuidado é característica ontológica de ser sempre em relação. Portanto, é importante mencionar o cuidado do paciente com o psicólogo, pois somente com este cuidado é que o outro pode ser considerado psicólogo. Em quais momentos,

o cliente se ocupa com o psicólogo? Quando ele preocupa-se, substituindo e anteposicionando, com o psicólogo?

Estes questionamentos trazem um olhar do poder de afetação: não somente os clientes se modificam ao longo do processo terapêutico, mas também o psicólogo, quando está aberto ao que lhe vem ao encontro nas sessões psicoterápicas e nos desafios de sua própria existência.

Em quantos momentos o paciente traz relatos que o psicólogo é substituído? Ao acolher o paciente e suas dores, o psicólogo está abrindo-se para compreender o sofrimento do cliente e devolvê-lo à vida com os embates e desafios. É nesta relação que o psicólogo constrói o seu ‘caminho-caminhando’, aprendendo a cuidar do sofrimento de cada ex-prisioneiro-da-caverna, em cada encontro terapêutico.

A relação não se limita a ‘o psicólogo atende o cliente’ pois, assim, ocorreria uma redução a uma relação sujeito-objeto. Com o olhar fenomenológico “o que vale para o exemplo da árvore¹¹⁷ também é válido para todos os outros fatos do nosso mundo, inclusive para nossos semelhantes e para nós próprios” (Boss, 1981, p. 60). Deste modo, pode-se pensar que o cliente só é considerado cliente através de seu vínculo com o psicólogo e, este só é psicólogo através da existência de seu cliente.

Assim, a psicoterapia fenomenológica-existencial consiste num querer libertar o paciente para si mesmo e para o próprio existir humano, compreendido como as possibilidades de cuidado enquanto ser-no-mundo, ou seja, os modos de se relacionar com os entes simplesmente-dados e com os outros existentes.

Uma importante reflexão é a da motivação para cuidar de alguém crônico, pensando somente no indivíduo como indivíduo. Até que ponto o cuidado está direcionado para a doença crônica do indivíduo e não para ele propriamente dito? É importante o psicólogo olhar para seu cliente enquanto uma existência e não como a ‘queixa principal’ que justifica a busca pela psicoterapia. Cuidar do indivíduo e não somente do ‘paciente crônico’ é um desafio que deve ser exercitado constantemente e isto pode ser conquistado com a postura do psicólogo

¹¹⁷ Medard Boss relata o exemplo de Heidegger sobre o fato ‘ver uma macieira em flor’. “ ‘Ali a árvore floresce. Nós estamos diante de uma árvore em flor — e a árvore está diante de nós.’ (...) ‘Nós nos colocamos diante de uma árvore, em frente dela, e a árvore se apresenta a nós.’ (...) ‘Nós nos colocamos defronte a uma árvore, em frente dela’. Portanto ele deixa a árvore estar-no-mundo, lá fora, onde ela originalmente se mostrou para nós. (...) Heidegger saltou para o modo de enxergar fenomenológico, mais humilde. Só que este modo de ver, pode deixar intactas as coisas do nosso mundo, como coisas que elas são e aonde elas estão. Nele é a árvore em flor que se apresenta a nós (...) como aquilo que ela é, de acordo com os próprios significados que a constituem. Ela mesma nos comunica estes significados. Nós homens, *apenas* nos colocamos em frente da árvore em flor. Mas com isto nós nos pomos à disposição dela como o seu local de aparecimento. (...) Se o espectador entrou com toda sua essência no novo relacionamento com o mundo, fenomenológico, (...) sereno e o que permite ser, então a mesma árvore pode mostrar-se com significados muito mais ricos e abundantes.” (Boss, 1981, p. 58-9)

enquanto abertura de sentido, desvelando outros modos de ser em seu cliente, enfocando o seu existir e não o psicólogo se fechar para um único aspecto da existência de seu cliente. E, provavelmente, o psicólogo conseguirá cuidar do indivíduo quando este compreender a sua doença crônica e aprender a lidar com ela. E o paciente conseguirá perceber-se como indivíduo a cada vez que ele compreender a sua doença crônica, suas restrições e desvelar novos sentidos para sua existência enquanto ser-no-mundo, descolando-se do ‘ser-crônico’ ou ‘ser-doente’.

Apesar de ter privilegiado, nos relatos de casos clínicos, doenças crônicas que podem ser consideradas mais severas, o presente estudo sobre a cronicidade abrange toda e qualquer doença classificada como crônica, exatamente por considerar a restrição de liberdade, descobrimento de novos sentidos, a afetação dos órgãos, experiência crônica na vida do paciente, compreensão de si e enraizamento, a compreensão de *como* ele cuida de si e da doença ou dele como um todo, e as coleções utilizadas que podem ser descartadas e preservadas.

Um fator relevante na psicoterapia é a prática enquanto aprendizado: os relatos, as descrições, os modos-de-ser, as soluções para os problemas, enfim, cada existência que passa pelo espaço psicoterápico, contribuindo para a compreensão do homem enquanto habitante do ‘mundo-da-vida’.

Os relatos dos clientes mostram também a capacidade do ser humano em superar limites e na real possibilidade de desvelamento de novos sentidos e modos-de-ser na existência.

Em vários momentos no presente texto foi utilizado o termo ‘profissional de saúde’, ao invés de psicólogo ou, até mesmo, de médico, com a intenção de, não somente, convidar à reflexão da noção heideggeriana de cuidado com os demais profissionais que se relacionam com os portadores de doenças crônicas mas, principalmente, descobrir a possibilidade da vivência do cuidado em suas práticas. O uso da expressão ‘profissionais de saúde’ tornou-se condição *sine qua non* após a reflexão das contribuições de alguns autores: Romano, com a prática do psicólogo hospitalar, envolvendo inevitavelmente outros profissionais; de Heidegger e Boss, em *Seminários de Zollikon*, com enfoque às práticas médica (psiquiátrica) e psicológica; e de Gadamer, ao abordar o sentido da palavra ‘tratamento’. Por mais que o enfoque deste trabalho seja o ‘cuidado psicológico’, enquanto prática e vivência do psicólogo, torna-se imprescindível uma compreensão transdisciplinar com as profissões que atravessam o tratamento — com seu tocar, olhar ouvir e outros modos de acessar o paciente. Tal observação não somente abarca as práticas dos profissionais envolvidos, mas a importância e

a presença do cuidado no modo-de-ser de cada profissional, a quem também é facultada a possibilidade de tornar-se um ‘doente’ ou até mesmo um ‘doente crônico’.

Caminha-se para o ponto-final desta jornada, numa ‘longa e sinuosa estrada’ da existência. Este percurso foi constituído de muitos passos, desvios, paradas, encontros, desencontros, ganhos, pseudo-perdas, dores, alívios e desvelamentos de modos de compreensão. Este trabalho trouxe a oportunidade de refletir sobre os modos de cuidar do ser humano — paciente e profissional de saúde — através da ocupação e da preocupação, desveladas pelas alegorias da condenação e a saída do Tártaro; das coleções praticadas e desejos engavetados; e da fuga e retorno à caverna.

O cuidado não se esgota enquanto tema por tratar do homem enquanto ser-no-mundo, proporcionando outros modos de articulação da noção heideggeriana com outros questionamentos da vida contemporânea, inclusive envolvendo o pensar do todo, “o *holon*¹¹⁸ da natureza” (Gadamer, 2006, p. 95) no cuidado terapêutico com o homem.

¹¹⁸ “Um *holon* é também o saudável, que em razão de sua própria vitalidade, em si fechada e sempre auto-regenerante, se inseriu no todo da natureza.” (Gadamer, 2006, p. 95)

OBRAS CITADAS

ADAMS, Patch. e MYLANDER, Maureen. *A terapia do amor: trazendo saúde com a melhor das terapias: humor e alegria*. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

ALMEIDA, Fernanda Lopes. *O Equilibrista*. São Paulo: Ática, 2005. 11ed.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

Apresentação de trabalhos monográficos de conclusão de curso / Universidade Federal Fluminense, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. – 9.ed.rev por Estela dos Santos Abreu e José Carlos Abreu Teixeira. Niterói: Eduff, 2007.

BAUDELAIRE, CHARLES. *Pequenos poemas em prosa*. Rio de Janeiro: Record, 2006.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis,RJ: Vozes, 2003. 9 ed.

BOSS, Medard. *Angústia, culpa e libertação*. São Paulo: Duas Cidades, 1981. 3ed.

BOSS, Medard. *Introduction a la Médecine Psychosomatique*. Tradução: Heloisa Margarida da Silva Pala. Paris: Press Universitaires de France, 1959.

BOSS, Medard. *Medicina psicossomática: ciência ou magia? Bases filosóficas para uma medicina psicossomática*. Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse, nº 8, 17-29, 1997.

BRANDÃO, Junito de Souza. *Mitologia grega*. Petrópolis: Vozes, 1986. 2ed vol 1.

BRITTO, Sérgio e NETO, Torquato. *Go back*. In: “Titãs”. Rio de Janeiro: WEA, Max Limonad Ltda.1984

BUENO, Francisco Silveira. *Grande Dicionário Etimológico-Prosódico da Língua Portuguesa*. São Paulo: Saraiva, 1964. vol 2.

CANCELLO, Luiz A. G. *O fio das palavras: um estudo de Psicoterapia Existencial*. São Paulo: Summus, 1991. – Novas Buscas em Psicoterapia v. 45. 4 ed.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. 5ed. (Campo Teórico)

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. *Psicossomática – um estudo histórico e epistemológico*. In: Psicologia: ciência e profissão. Ano 20 Nº 4 2000.

CUNHA, Antonio Geraldo da. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

DASTUR, Françoise. *A morte: ensaio sobre a finitude*. Rio de Janeiro: Difel, 2002. (Coleção Enfoques. Filosofia)

DeCS – Descritores de Ciências da Saúde. Descritor: Doença Crônica. Disponível em <<http://www.decs.bvs.br>>

Dicionário Médico Blakiston. Organização: Andrei Editora. São Paulo. 1979 2ed.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. *A escuta e a fala em psicoterapia: uma proposta fenomenológica-existencial*. São Paulo: Vetor, 2000.

FERREIRA, Antônio Gomes. *Dicionário de Português-Latim*. Porto: Porto Editora, 1976.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 3 ed.

FORTES, Hugo e PACHECO, Genésio. *Dicionário Médico*. Rio de Janeiro, 1968.

FROMER, Marcelo; GAVIN, Charles; MELLO, Branco e BELLOTO, Tony. *Não fuja da dor*. In: *A melhor banda de todos os tempos da última semana*. Rio de Janeiro: Warner Chappell, 2001.

GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000. 17 ed.

GARRIDO, Toni, LAZÃO, DA GAMA, BINO. *A estrada*. Quanto mais curtido melhor. Rio de Janeiro: Epic/Sony. 1998.

GUATTARI, Félix. e DELEUZE, Gilles. *Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia. V.3*. Trad. Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. São Paulo: 34, 2004.

GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 2005. 7 ed rev.

HANH, Thich Nhat. *Aprendendo a lidar com a raiva: sabedoria para a paz interior*. Rio de Janeiro: Sextante, 2003. 4ed.

HEIDEGGER, Martin. *A questão da técnica*. In: *Ensaio e Conferências*. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. *O caminho do campo*. In: _____. *Sobre o problema do ser. O caminho do campo*. São Paulo: Duas Cidades, 1969.

_____. *Seminários de Zollikon*. ed. Medard Boss. São Paulo: EDUC; Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. *Ser e Tempo*. Trad. Márcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2002a. 12 ed. v. 1.

_____. *Ser e Tempo*. Trad. Márcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2002b. 10 ed. v. 2.

_____. *Ser e verdade: a questão fundamental da filosofia; da essência da verdade*. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2007. (Coleção Pensamento Humano)

_____. *Serenidade*. Trad. Maria Madalena Andrade e Olga Santos. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.

HESÍODO. *Teogonia: a origem dos Deuses*. Trad.: Jaa Torrano. São Paulo: Iluminuras, 1995. 3ed.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=26 *O que são cuidados paliativos ?*

INWOOD, Michael. *Dicionário Heidegger*. Trad. Luísa Buarque de Holanda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

JASPERS, Karl. *Psicopatologia Geral*. São Paulo: Atheneu, 2005. 8ed. vol 2.

KLEIN, Stanlei. *August Ferdinand Möbius*. Disponível em: <<http://inorgan221.iq.unesp.br/quimgeral/moebius/moebius.html>> . Acesso em: 06 Outubro 2006. 11:30h.

KOEHLER, Henrique. *Dicionário Escolar Latino-Português*. Porto Alegre: Globo, 1957. 7 ed.

KORNFIELD, Jack. *Um caminho com o coração*. São Paulo: Cultrix, 2005. 5 ed.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J-B. *Vocabulário da Psicanálise*. Lisboa e Santos: Moraes e Martins Fontes, 1970.

LENNON, John e McCARTNEY, Paul. *The long and winding road*. In: The Beatles / 1967-1970. Londres: EMI House; Inglaterra: Northern Songs Ltda. 1970.

LEWIS, HOWARD e LEWIS, MARTHA. *Fenômenos psicossomáticos: até que ponto as emoções podem afetar a saúde*. Rio de Janeiro: Jose Olympio, 1999. 5ed.

MELLO FILHO et al. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

NASIO, J-D. *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Trad. Vera Ribeiro; revisão: Marcos Comaru. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. (Transmissão da Psicanálise)

NASCIMENTO, Crisóstomo Lima. *A Epocha Husserliana e a Clínica Psicoterápica*. Niterói, 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, 2005.

NICOLESCU, Basarab. *O Manifesto da Transdisciplinaridade*. Trad. Lucia Pereira de Souza. São Paulo: Triom, 2005. 3 ed.

PALA, Ágnes Cristina da Silva. *Caminhando: aproximação dos conceitos de Transdisciplinaridade e de Clínica Psicoterápica Daseinsanalítica*. Monografia de Conclusão da Pós Graduação em Psicossomática e Cuidados Transdisciplinares com o Corpo. Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense, 2006.

PASSOS, Eduardo e BARROS, Regina. *Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade*. In: Tânia Mara Galli Fonseca; Patrícia Gomes Kirst (Org.). Cartografias e devires. A construção do presente. Porto Alegre, 2003, v. 1, p. 81-89

Pequeno Dicionário Latino-Português. Revisto por Fernando de Azevedo. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1955. 6 ed.

PEREIRA, Isidro. *Dicionário Grego-Português e Português-Grego*. Porto: Livraria Apostolado da Imprensa, 1957.

PERESTRELLO, Danilo. *A Medicina da Pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu Editora, 1989. 4ed.

PI, A. F., ARRUBARRENA, F e TREVIÑO, H. *Diccionario Medicobiologico University*. Mexico: Editorial Interamericana, 1966.

PIGNATIELLO, Antonio et al. *Aplicações da Psicanálise no tratamento de pacientes com enfermidade inflamatória intestinal*. In: Opção Lacaniana. Nº 39 Maio/2004.

RIBEIRO, Elizabeth da Costa. *Temor e enfrentamento como paradoxos de uma existência: um estudo de caso numa perspectiva fenomenológico-existencial* In: Interpretações fenomenológico-existenciais para o sofrimento psíquico na atualidade. Ana Maria Lopez Calvo Feijoo (org.) Rio de Janeiro: GdN, 2008. (Existência e Pensamento).

ROMANO, Belkiss Wilma. *Psicologia e Cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____. (org.) *A prática da Psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ROSA, João Guimarães. *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2006.

SÁ, Roberto Novaes. *A noção heideggeriana de cuidado e a clínica psicoterápica*. Porto Alegre: Edipucrs, 2000.

_____. *A psicoterapia e a questão da técnica*. Texto Didático. 2002.

_____. *A questão do método na clínica daseinsanalítica*. In: Fenômeno Psi (Instituto de Psicologia Fenomenológica-Existencial do Rio de Janeiro). Ano 2, nº 1 (maio/2004). Rio de Janeiro: IFEN, 2004.

_____. *A questão da psicossomática no pensamento de Heidegger e na terapia daseinsanalítica*. in: III Jornada IFEN “Psicossomática numa perspectiva fenomenológica-existencial”, 22 maio 2004. (Comunicação oral)

SAPIENZA, Bilê Tatit. *Conversa sobre terapia*. São Paulo: EDUC; Paulus, 2004.

SEIXAS, Raul. e COELHO, Paulo. *Canto para minha morte*. Há dez mil anos atrás. Rio de Janeiro: Philips, 1976.

SHARMAN-BURKE, Juliet e GREENE, Liz. *O tarô mitológico*. Trad.: Anna Maria Dalle Luche. São Paulo: Siciliano, 1988. 22 ed.

SILVA, Marcia Cristina. *O colecionador de segredos*. São Paulo: Brinque-Books, 2004.

STEDMAN'S Medical Dictionary. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. 27 ed.

TORRINHA, Francisco. *Dicionário Português-Latino*. Porto: Domingos Barreira, 1939. 3º milhar.

VALENTIM, José Henrique. *Notas sobre a psicossomática*. Texto didático., 2003.

VOLGO, Marie-José Del. *O instante de dizer. O mito individual do doente sobre a medicina moderna*. São Paulo: Escuta, 1998.

World Health Organization (WHO). *Health Promotion Glossary*. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.

OBRAS CONSULTADAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org.). *Depressão e psicossomática*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

_____. *E a psicologia entrou no hospital...* São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

_____. *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto, NICOLETTI, Èdela, CHIATTONE, Heloisa Benevides. *O doente, a psicologia e o hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. (Coleção novos umbrais.)

AUDRAS, Monique. *O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes, 1981. 2 ed.

BOEMER, Magali. *A morte e o morrer*. Ribeirão Preto: Holon, 1998.

BOSS, Medard. *Existential foundations of Medicine & Psychology*. London: Jason Aronson, 1994. 5th ed.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 2002. 23 ed.

_____. *Sabedoria Incomum*. São Paulo: Cultrix, 2004. 10 ed.

CASTRO, Dagmar Silva Pinto de. (org.) et al. *Corpo e existência*. São Bernardo do Campo: UESP, FENPEC, 2003.

DAHLKE, Rüdiger. *A doença como linguagem da alma: os sintomas como oportunidades de desenvolvimento*. São Paulo: Cultrix, 2002. 4 ed.

_____. *A doença como símbolo: pequena enciclopédia de psicossomática*. São Paulo: Cultrix, 2003. 4 ed.

_____. *As crises da vida como oportunidades de desenvolvimento: fases de transformação e seus sintomas de doenças*. São Paulo: Cultrix, 2005.

DETHLEFSEN, Thorward e DAHLKE, Rüdiger. *A doença como caminho*. São Paulo: Cultrix, 2002. 10 ed.

ECKHART, Mestre. *O livro da divina consolação e outros textos seletos*. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2006. (Coleção Pensamento Humano).

GADAMER, Hans-Georg. *Hermenêutica em retrospectiva*. Petrópolis: Vozes, 2007. Vol. 1. Heidegger em retrospectiva.

KELEMAN, Stanley. *Anatomia emocional: a estrutura da experiência*. São Paulo: Summus editorial, 1992.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *A morte: um amanhecer*. São Paulo: Pensamento, 2005.

_____. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 8 ed.

LESHAN, Lawrence. *Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer*. São Paulo: Summus editorial, 1994.

_____. *O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde*. São Paulo: Summus editorial, 1992. 3 ed.

OLIVEIRA, Maria de Fátima P. de. e ISMAEL, Silvia Maria Cury. (orgs.) *Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia*. Campinas: Papirus, 2001. 2 ed.

PERLS, Frederick, HEFFERLINE, Ralph e GOODMAN, Paul. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus editorial, 1997. 2 ed.

ROMANO, Bellkiss Wilma. *Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SAFRANSKI, Rüdiger. *Heidegger, um filósofo da Alemanha entre o bem e o mal*. São Paulo: Geração Editorial, 2005.

SHIELD, Benjamin e CARLSON, Richard. *Curar, curar-se*. São Paulo: Cultrix, 1997. 10 ed.

APÉNDICE

(Modelo do Documento Preenchido e Assinado pelos Responsáveis Legais de 'Larissa')

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de Identificação

Título do Projeto: “O cuidado psicológico com doentes crônicos em uma perspectiva fenomenológica-existencial”

Pesquisadora Responsável: Ágnes Cristina da Silva Pala

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável: Universidade Federal Fluminense - UFF

Telefones para contato: (21) 9874-0913 e (21) 9747-24**

Nome da voluntária: _____ **RG.:** _____

Idade: ___ anos

Responsável Legal: _____ **RG.:** _____

Responsável Legal: _____ **RG.:** _____

Responsável Legal: _____ **RG.:** _____

Os senhores familiares estão sendo convidados a participar da pesquisa “O cuidado psicológico com doentes crônicos em uma perspectiva fenomenológica-existencial”, através do consentimento da utilização de relatos de atendimentos psicoterápicos realizados com _____, sob a responsabilidade da pesquisadora Ágnes Cristina da Silva Pala.

O objetivo da pesquisa é compreender de que modo o cuidado psicológico pode contribuir no atendimento psicoterápico com portadores de doenças crônicas. Neste contexto, o conceito de cuidado refere-se ao modo como o indivíduo se relaciona consigo, com as outras pessoas e, quais conseqüências destes relacionamentos em sua vida, saúde e nos momentos de adoecimento e tratamento.

Esta pesquisa consiste em tema de estudo da pesquisadora no Curso de Pós-Graduação — Mestrado em Psicologia: Estudos da Subjetividade — da Universidade Federal Fluminense, onde busca-se perceber a vivência do conceito de cuidado na vida dos portadores de doenças crônicas e, trazer a reflexão da importância de apropriar-se da própria vida e das relações com as outras pessoas.

O uso de relatos de atendimentos clínicos é importante por contribuir para a formação de psicólogos e outros profissionais da saúde quanto à necessidade de ouvir seu paciente e compreender como ele se relaciona consigo e com as outras pessoas, pois estes modos de se relacionar influenciarão em seu tratamento, recuperação e melhoria na qualidade de vida.

Os participantes da pesquisa não receberão qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido à participação na pesquisa. Não será feito nenhum procedimento que lhes traga qualquer desconforto ou risco às suas vidas.

A participação não é obrigatória, sendo certo, ainda, que a qualquer momento os participantes poderão desistir do voluntariado, retirando seu consentimento, o que não trará nenhuma conseqüência em vossas relações com a pesquisadora ou com a instituição.

É garantido o anonimato e a descaracterização dos dados de identificação da voluntária, assegurando o sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, informando que somente serão divulgados aqueles diretamente relacionados ao objetivo da pesquisa.

A cópia deste Termo será emitida, constando o telefone e endereço da pesquisadora. Por meio destes contatos, os participantes poderão esclarecer dúvidas sobre a pesquisa e de vossas atuações no período de sua duração.

Declaramos ainda que recebemos uma cópia deste Termo de Consentimento.

Eu, _____, RG nº _____, responsável legal por _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em consentir com a sua participação, como voluntária, do relato clínico de seus atendimentos psicológicos, na pesquisa acima descrita.

Eu, _____, RG nº _____, responsável legal por _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em consentir com a sua participação, como voluntária, do relato clínico de seus atendimentos psicológicos, na pesquisa acima descrita.

Eu, _____, RG nº _____, responsável legal por _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em consentir com a sua participação, como voluntária, do relato clínico de seus atendimentos psicológicos, na pesquisa acima descrita.

Niterói, 07 de Agosto de 2008.

Responsável Legal

Ágnes Cristina da Silva Pala

Responsável Legal

Testemunha

Responsável Legal

Testemunha

Quaisquer dúvidas relacionadas aos vossos direitos como participantes da pesquisa, favor entrar em contato com a Psicóloga e Mestranda Ágnes Cristina da Silva Pala – CRP 05/32409 / M044.206.005
Contato: agnespala@ig.com.br Telefones: (21) 9874-0913 e (21) 9747-24**
Endereço: Av. Amaral Peixoto, nº 60 – Sala 616 – Centro – Niteroi – RJ – 24020-074

(Modelo do Documento Preenchido e Assinado pela Voluntária 'Sara')

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: “O cuidado psicológico com doentes crônicos em uma perspectiva fenomenológica-existencial”

Pesquisadora Responsável: Ágnes Cristina da Silva Pala

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável: Universidade Federal Fluminense - UFF

Telefones para contato: (21) 9874-0913 e (21) 9747-24**

Nome da voluntária: _____ **Idade:** ____ anos **R.G.** _____

A Sr^a está sendo convidada a participar da pesquisa “O cuidado psicológico com doentes crônicos em uma perspectiva fenomenológica-existencial”, através do consentimento da utilização de relatos de atendimentos psicoterápicos, sob a responsabilidade da pesquisadora Ágnes Cristina da Silva Pala.

O objetivo da pesquisa é compreender de que modo o cuidado psicológico pode contribuir no atendimento psicoterápico com portadores de doenças crônicas. Neste contexto, o conceito de cuidado refere-se ao modo como o indivíduo se relaciona consigo, com as outras pessoas e, quais conseqüências destes relacionamentos em sua vida, saúde e nos momentos de adoecimento e tratamento.

Esta pesquisa consiste em tema de estudo da pesquisadora no Curso de Pós-Graduação — Mestrado em Psicologia: Estudos da Subjetividade — da Universidade Federal Fluminense, onde busca-se perceber a vivência do conceito de cuidado na vida dos portadores de doenças crônicas e, trazer a reflexão da importância de apropriar-se da própria vida e das relações com as outras pessoas.

O uso de relatos de atendimentos clínicos é importante por contribuir para a formação de psicólogos e outros profissionais da saúde quanto à necessidade de ouvir seu paciente e compreender como ele se relaciona consigo e com as outras pessoas, pois estas maneiras de se relacionar influenciarão em seu tratamento, recuperação e melhoria na qualidade de vida.

O participante da pesquisa não receberá qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido à sua participação. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

A participação não é obrigatória, sendo certo, ainda, que a qualquer momento a participante poderá desistir do voluntariado, retirando seu consentimento, o que não trará nenhuma conseqüência em vossa relação com a pesquisadora ou com a instituição.

É garantido o anonimato e a descaracterização dos dados de identificação da voluntária, assegurando o sigilo dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, informando que somente serão divulgados aqueles diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa.

A cópia deste Termo será emitida, constando o telefone e endereço da pesquisadora. Por meio destes contatos, o participante poderá esclarecer dúvidas sobre a pesquisa e sobre vossa atuação no período de sua duração.

Declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, da pesquisa acima descrita.

Niterói, 11 de Agosto de 2008.

Voluntária

Ágnes Cristina da Silva Pala

Testemunha

Testemunha

Quaisquer dúvidas relacionadas ao vosso direito como participante da pesquisa, favor entrar em contato com a Psicóloga e Mestranda Ágnes Cristina da Silva Pala – CRP 05/32409 / M044.206.005.

Contato: agnespala@ig.com.br

Telefones: (21) 9874-0913 e (21) 9747-24**

Endereço: Av. Amaral Peixoto, nº 60 – Sala 616 – Centro – Niterói – RJ – CEP: 24020-074

(Modelo do Documento Preenchido e Assinado pelo Voluntário 'Edson')

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: “O cuidado psicológico com doentes crônicos em uma perspectiva fenomenológica-existencial”

Pesquisadora Responsável: Ágnes Cristina da Silva Pala

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável: Universidade Federal Fluminense - UFF

Telefones para contato: (21) 9874-0913 e (21) 9747-24**

Nome do voluntário: _____ Idade: ____ anos R.G. _____

O Sr está sendo convidado a participar da pesquisa “O cuidado psicológico com doentes crônicos em uma perspectiva fenomenológica-existencial”, através do consentimento da utilização de relatos de atendimentos psicoterápicos, sob a responsabilidade da pesquisadora Ágnes Cristina da Silva Pala.

O objetivo da pesquisa é compreender de que modo o cuidado psicológico pode contribuir no atendimento psicoterápico com portadores de doenças crônicas. Neste contexto, o conceito de cuidado refere-se ao modo como o indivíduo se relaciona consigo, com as outras pessoas e, quais conseqüências destes relacionamentos em sua vida, saúde e nos momentos de adoecimento e tratamento.

Esta pesquisa consiste em tema de estudo da pesquisadora no Curso de Pós-Graduação — Mestrado em Psicologia: Estudos da Subjetividade — da Universidade Federal Fluminense, onde busca-se perceber a vivência do conceito de cuidado na vida dos portadores de doenças crônicas e, trazer a reflexão da importância de apropriar-se da própria vida e das relações com as outras pessoas.

O uso de relatos de atendimentos clínicos é importante por contribuir para a formação de psicólogos e outros profissionais da saúde quanto à necessidade de ouvir seu paciente e compreender como ele se relaciona consigo e com as outras pessoas, pois estas maneiras de se relacionar influenciarão em seu tratamento, recuperação e melhoria na qualidade de vida.

O participante da pesquisa não receberá qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido à sua participação. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

A participação não é obrigatória, sendo certo, ainda, que a qualquer momento o participante poderá desistir do voluntariado, retirando seu consentimento, o que não trará nenhuma conseqüência em vossa relação com a pesquisadora ou com a instituição.

É garantido o anonimato e a descaracterização dos dados de identificação do voluntário, assegurando o sigilo dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, informando que somente serão divulgados aqueles diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa.

A cópia deste Termo será emitida, constando o telefone e endereço da pesquisadora. Por meio destes contatos, o participante poderá esclarecer dúvidas sobre a pesquisa e sobre vossa atuação no período de sua duração.

Declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntário, da pesquisa acima descrita.

Niterói, 11 de Agosto de 2008.

Voluntário

Ágnes Cristina da Silva Pala

Testemunha

Testemunha

Quaisquer dúvidas relacionadas ao vosso direito como participante da pesquisa, favor entrar em contato com a Psicóloga e Mestranda Ágnes Cristina da Silva Pala – CRP 05/32409 / M044.206.005.

Contato: agnespala@ig.com.br

Telefones: (21) 9874-0913 e (21) 9747-24**

Endereço: Av. Amaral Peixoto, nº 60 – Sala 616 – Centro – Niterói – RJ – CEP: 24020-074

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)