



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: PRÁTICA PSICOLÓGICA CLÍNICA EM INSTITUIÇÕES
LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA CLÍNICA FENOMENOLÓGICA
EXISTENCIAL

ELLEN FERNANDA GOMES DA SILVA

**A AÇÃO CLÍNICA DO PSICÓLOGO DIANTE DO DESABRIGO DA
ANGÚSTIA**

RECIFE/PE
2018



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: PRÁTICA PSICOLÓGICA CLÍNICA EM INSTITUIÇÕES
LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA CLÍNICA FENOMENOLÓGICA
EXISTENCIAL

**A AÇÃO CLÍNICA DO PSICÓLOGO DIANTE DO DESABRIGO DA
ANGÚSTIA**

Tese apresentada à Banca Examinadora,
como requisição para a obtenção do título de
Doutora em Psicologia Clínica pela
Universidade Católica de Pernambuco.

ELLEN FERNANDA GOMES DA SILVA

Profa. Dra. CARMEM LÚCIA BRITO TAVARES BARRETO

RECIFE/PE
2018

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: PRÁTICA PSICOLÓGICA CLÍNICA EM INSTITUIÇÕES
LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA CLÍNICA FENOMENOLÓGICA
EXISTENCIAL

ELLEN FERNANDA GOMES DA SILVA

A AÇÃO CLÍNICA DO PSICÓLOGO DIANTE DO DESABRIGO DA
ANGÚSTIA

BANCA EXAMINADORA

Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo

Prof^{fa}. Dra. Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo – UERJ
Avaliadora

Heloisa Szymanski

Prof^{fa}. Dra. Heloisa Szymanski – ECOFAM PUC/SP
Avaliadora

Maria Cristina Lopez de Almeida Amazonas

Prof^{fa}. Dra. Maria Cristina Lopez de Almeida Amazonas – UNICAP
Avaliadora

Ana Lúcia Francisco

Prof^{fa}. Dra. Ana Lúcia Francisco – UNICAP
Avaliadora

Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto

Prof^{fa}. Dra. Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto – UNICAP
Orientadora

S586a Silva, Ellen Fernanda Gomes da
A ação clínica do psicólogo diante do desabrigo da
angústia / Ellen Fernanda Gomes da Silva, 2018.

165 f.

Orientador: Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto
Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Pró-reitoria Acadêmica. Coordenação Geral de Pós-
graduação. Doutorado em Psicologia Clínica, 2018.

1. Psicologia clínica. 2. Psicanálise. 3. Fenomenologia.
4. Angústia. 5. Práticas psicológicas. 6. Hermenêutica. I.
Título.

CDU - 159.922.4

Ficha catalográfica elaborada por Josefa Vital de Oliveira – CRB-4/543

“A angústia torna-se para ele num espírito servidor que não pode deixar de conduzi-lo, mesmo a contragosto, aonde ele quiser”. (Kierkegaard)

***Eu acredito no poder da palavra.
Ela criou, ela sustenta, ela restaura
e fará tudo ser perfeito de novo.***

AGRADECIMENTOS

À Deus pela sabedoria, cuidado paterno e providência em tempos de regozijo e angústia.

Ao meu esposo que, em todo o tempo, me incentivou e foi abrigo na experiência angustiante e prazerosa de ser pesquisadora.

Aos meus pais por insistirem e investirem em minha educação. Obrigada porque nosso lar foi a minha primeira escola. Foi lá que aprendi a ser-no-mundo-com e é para lá que eu sempre volto e habito!

A minha família que, mesmo longe, me oferece cuidado e amor, ao seu modo. Obrigada por me ensinar sobre a vida.

Aos amigos por trazer leveza ao cotidiano, pelo compartilhamento, pela fé, a sabedoria e a poesia.

A minha orientadora, Carmem Barreto, pelo encontro fértil nesses seis anos entre mestrado e doutorado e pelas contribuições enriquecedoras.

À Ana Feijoo, Ana Lúcia, Cristina Amazonas e Heloísa Szymanski pela colaboração em atmosfera de diálogo e provocações para conversas futuras.

À Suely, Dani e Ana pela caminhada persistente no estudo da fenomenologia hermenêutica. E ao professor Jesus Vásquez que, com entusiasmo, tem nos guiado no grupo de estudo à *la* Heidegger.

Aos meus pacientes pela riqueza dos encontros e pelo compartilhar da angústia que nos constitui. Em especial à Margarida que, mesmo sem saber, me inspirou na construção desta tese.

Às colaboradoras desta tese – Emma, Isis, Luna e Zoe – por narrarem suas experiências clínicas diante do fenômeno da angústia.

À CAPES por fomentar esta pesquisa de doutorado.

RESUMO

Silva, E. F. G. da (2018). A ação clínica do psicólogo diante do desabrigo da angústia. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife-PE.

Esta tese partiu de inquietações que se apresentaram na experiência clínica da pesquisadora. Em sua prática, o fenômeno da angústia ganhou realce ora enquanto sintoma a ser evitado, ora como disposição afetiva fundamental. Aos poucos, a angústia, enquanto condição constitutiva e de indeterminação originária, foi se mostrando como “libertadora” à medida que rompe a familiaridade cotidiana e descobre o poder-ser mais próprio. A partir desse horizonte, este trabalho de tese se propôs, de um modo geral, a compreender como se constitui a ação clínica em Psicologia diante do fenômeno da angústia, expresso na queixa/fala dos pacientes. Nessa direção, quatro psicólogas foram convidadas a narrar suas experiências. A análise compreensiva dos fenômenos, que se desvelaram nas narrativas das entrevistas e do diário de bordo da pesquisadora, foi realizada com contribuição da Hermenêutica Filosófica de Gadamer. Em um diálogo com pressupostos fenomenológicos hermenêuticos, a prática do psicólogo se mostrou comprometida a acolher a disposição afetiva da angústia, em seus modos de mostraçã. Para tanto, o diagnóstico e a medicalização da vida foram interrogados enquanto recursos predominantes que atravessam o campo das práticas clínicas e podem obscurecer a existência. A intervenção do psicólogo foi se distanciando de premissas teórico-explicativas e se aproximando da experiência em sua mostraçã e vigor. Nesse movimento, revelou-se que a previsibilidade e objetificação, marcas da compreensão do tempo em sua linearidade, são insuficientes para disponibilizar atençã e cuidado às demandas dos pacientes, diante das situações que mobilizam angústia. Por fim, as ressonâncias de tal disposiçã afetiva se revelaram diretamente no clínico, indicando que a intervençã está atravessada pelo modo como compreende e é mobilizado pela angústia. Esta tese aponta, então, a necessidade de a ação clínica, diante do desabrigo da angústia, sustentar a obscuridade de viver no mundo, acolhendo o desenraizamento, a finitude, os paradoxos e as possibilidades da existência; abrindo, assim, outros modos de corresponder às solicitações da contemporaneidade, sem expectativas e garantia de resultados.

Palavras-chave: Angústia; ação clínica; prática psicológica; fenomenologia hermenêutica.

ABSTRACT

Silva, E. F. G. da (2018). The clinical action of the psychologist before the homelessness of anguish. Doctoral thesis, Postgraduate Program in Clinical Psychology, Catholic University of Pernambuco, Recife-PE.

This thesis started from restlessness of the researcher's clinical experiences. In her practice, the phenomenon of anguish gained evidence sometimes as a symptom to be avoided or sometimes as a fundamental affective disposition. Gradually, the anguish, as a constitutive condition and of indeterminacy originating, was becoming like "liberator" insofar as it breaks the familiarity and uncovers the ability to be more own. From this perspective, this thesis has proposed, in a general way, to understand how the clinical action of the psychologist is constituted before the phenomenon of anguish, expresses in the complaint/speech of the patient. In this edition, four psychologists were invited to describe her own experiences. The comprehensive analysis of phenomena, which were revealed in the interviews narratives and the researcher's logbook, was carried out with the contribution of the Philosophical Hermeneutics of Gadamer. In a dialogue with hermeneutic phenomenological presuppositions, the psychologist's practice has shown committed to receiving the affective disposition of anguish, in its ways of exhibition. For such purpose, the diagnostic and the medicalization of live were interrogated as predominant resources that cross the field of clinical practice and may obscure the existence. The intervention of the psychologist was distancing itself from theoretical-explanatory premises and getting closer to the experience in its exhibition and vigor. In this movement, it was revealed that the predictability and objectification, marks of time understanding in its own linearity, aren't enough to provide attention and care to the demand of patients, before the situations that mobilize anguish. Lastly, the resonances of such an affective disposition were revealed directly in the clinician, indicating that the intervention is crossed by the way it understands and is mobilized by anguish. This thesis points the necessity of the clinical action, before the homelessness of anguish, sustain the obscurity of living in the world, welcoming the uprooting, the finitude, the paradoxes and the possibilities of existence; Thus opening up, other ways of responding to contemporaneous requests, without expectations and guarantee of results.

Keywords: Anguish; clinical action; Psychological practice; hermeneutic phenomenology.

SUMÁRIO

<u>NARRADORA À MODA ANTIGA: APRESENTANDO A QUESTÃO E SEUS QUESTIONAMENTOS.....</u>	11
OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA	15
POR QUE A FENOMENOLOGIA HERMENÊUTICA? SOBRE A FORÇA ILUMINADORA DO PENSAMENTO	17
ORGANIZAÇÃO DO PERCURSO	19
<u>1 A EXPERIÊNCIA CLÍNICA E A COMPREENSÃO DO FENÔMENO DA ANGÚSTIA</u>	21
<u>2 A PRÁTICA PSICOLÓGICA ATRAVESSADA PELO DIAGNÓSTICO E PELA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO: CONTRAPONTO A PARTIR FENOMENOLOGIA HERMENÊUTICA.....</u>	35
2.1 SOB AS LENTES DO DIAGNÓSTICO	40
2.2 A TARJA PRETA DA MEDICALIZAÇÃO: É SEMPRE NECESSÁRIA UMA PRESCRIÇÃO MÉDICA?	46
<u>3 ANGÚSTIA COMO CONSTITUTIVA DA EXISTÊNCIA: A FILOSOFIA INSPIRA O CAMINHO.....</u>	53
3.1 “A ESCOLA DA ANGÚSTIA” – CONSIDERAÇÕES A PARTIR DO PENSAMENTO DE KIERKEGAARD	56
3.2 A DIMENSÃO EXISTENCIAL DA ANGÚSTIA EM HEIDEGGER – O “NÃO SE SENTIR EM CASA”	63
3.3 ANGÚSTIA COMO “DOTE EXISTENCIAL”: APROXIMAÇÕES DE BOSS COM A CLÍNICA PSICOLÓGICA	73
<u>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</u>	79
4.1 PESQUISA FENOMENOLÓGICA HERMENÊUTICA: CAMINHOS E DESAFIOS	81
4.2 PARA COMPREENDER A EXPERIÊNCIA: CAMINHO PERCORRIDO	84
4.2.1 PARTICIPANTES:.....	85

4.2.2 RECURSOS METODOLÓGICOS	86
4.3 ANÁLISE HERMENÊUTICA-COMPREENSIVA DO FENÔMENO	88
<u>5 CLAREIRA COMO ABERTURA QUE POSSIBILITA A ILUMINAÇÃO/ COMPREENSÃO DAS EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS.....</u>	91
5.1 A VERTIGEM DA ANGÚSTIA	93
5.2 DIAGNÓSTICO: SOBRE A NECESSIDADE DE DIZER “QUEM SOMOS”	102
5.3 EXISTÊNCIA MEDICALIZADA: “FICO TÃO QUASE FELIZ QUE ATÉ PARO DE CHORAR”	110
5.4 ENREDADOS NOS FIOS DA TRADIÇÃO: A ANGÚSTIA NA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO	119
5.5 A RESPEITO DO FAZER CLÍNICO: ANGÚSTIA, ARTE E TÉCNICA?	126
5.6 ANGÚSTIA E O TEMPO DO CUIDADO	136
5.7 E QUANDO A ANGÚSTIA NOS TOMA?	143
<u>6 O APELO DA ANGÚSTIA A CAMINHO DE UMA NOVA MORADA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....</u>	150
<u>REFERÊNCIAS.....</u>	158

NARRADORA À MODA ANTIGA: APRESENTANDO A QUESTÃO E SEUS QUESTIONAMENTOS

“Cada manhã somos informados sobre o que acontece em todo o mundo. E, no entanto, somos tão pobres em histórias maravilhosas! Isto, porque nenhum acontecimento nos chega que não esteja impregnado de explicações. Por outras palavras, quase nada do que acontece é favorável à narrativa e quase tudo o é à informação”. (Walter Benjamin)

Nesta tese, adoto a figura de narradora¹ que parece estar desaparecendo na época em que fomos dados a viver. Não almejo transmitir ao leitor apenas um relato de uma pesquisa de doutorado; busquei me aproximar da experiência vivida, da mensagem da linguagem, da singularidade do acontecimento, situando possibilidades compreensivas, afetações.

Quando estou a falar de narrativa, realço que ela não lida com informações verificáveis, pois se refere à notícia que vem de longe – seja a distância temporal da tradição ou a distância espacial de terras estranhas. Tal perspectiva dificulta a comprovação “científica” da veracidade do que foi dito; não carregando o “peso” das explicações demonstráveis objetivamente.

Reconheço que ser narradora é atribuir minha marca no que testemunho – afetação, tradição, expressão de opiniões como proposta de diálogo com a experiência. À semelhança da atividade artesanal quando o artesão coloca nos produtos a sua marca pessoal, também, enquanto narradora, imprimo na história que aqui será contada, a minha singularidade. Um dos grandes desafios do doutorado foi realizar um trabalho autoral – dialogar com a experiência, com os pressupostos teóricos e metodológicos e me manter implicada nisso.

¹ Benjamin (1992) apresenta o narrador como um nome que é familiar, mas que, na época atual está em extinção. O narrador, ao contrário do mero transmissor de informações, tem como sua matéria a vida humana e estabelece com ela uma relação artesanal.

Ao adotar a condição de narradora à moda antiga, compreendi que: “Jamais aprendemos o que é nadar através de um manual sobre natação. O que é nadar é dito saltando na correnteza” (Heidegger, 1927/2012, p.120). Para nadar é necessário entrar nas águas, arriscar-me, molhar-me, envolver-me ao saltar na correnteza. A minha implicação como narradora se deu na íntima relação entre ser/saber, visto que nadar implica mais que conhecimentos teóricos sobre o assunto, demanda experimentar o mergulhar.

Esse chamado a “saltar na correnteza” se aproxima da proposta de uma pesquisa fenomenológica hermenêutica. Tal como aprender a nadar, pesquisar não é conhecido em manuais, não se restringe à simples aplicação de teorias. Foi desse modo que mergulhei e tentei nadar por entre as experiências narradas por minhas colaboradoras na busca de compreender como se constitui a ação clínica em Psicologia diante do fenômeno da angústia, expresso na queixa/fala dos pacientes.

Antes disso, a escolha por tal temática surgiu da minha experiência clínica no serviço de saúde pública. Fui percebendo o quanto o encaminhamento das demandas mobilizadas pela angústia era crescente. Nos atendimentos clínicos, comumente, escutava o pedido dos pacientes por um diagnóstico que explicasse a causa de seus sintomas, bem como era solicitada a prescrição de medicamentos que amenizassem e curassem os problemas, as inquietudes da vida. Algumas pessoas iam a minha procura, pensando ser eu a profissional que receitava os “remédios de tarja preta”. Não raro ocorriam situações de pacientes saírem insatisfeitos e chateados por não conseguirem o diagnóstico e as pílulas desejadas.

Foi no percurso de minha experiência clínica que se desvelou, de modo corriqueiro, a atribuição de causa e nomenclatura para o sofrimento que aflige o paciente, bem como o uso indiscriminado de medicamentos e sua representação de alívio e cura. Sob tal perspectiva, o sofrimento se torna intolerável, precisando ser negado; e cabe à substância química livrar esse paciente, de maneira instantânea e indolor, do sofrimento que a angústia desencadeia. Frente a tal contexto, outras possibilidades de compreensão que demandassem reflexão e apropriação do sofrimento relatado aparentavam não ser bem quistas, pois requerem tempo, investimento e escolhas.

A partir dos atendimentos clínicos, fui me dando conta do contraste entre o desenvolvimento biotecnológico, que propõe modos de intervenção eficazes, e a existência de um sentimento crescente de vulnerabilidade da vida. Não obstante às tentativas que o homem tem feito para “se sentir em casa”, ainda vive angustiado. *“Eu não entendo o que está acontecendo comigo, mesmo depois de ter tomado os remédios ainda me sinto mal”*; *“Minha vida é boa, não tenho motivo para sofrer [...] mas minha vontade é só chorar”*. Essas são algumas falas que ecoavam e ainda se fazem ouvir nos atendimentos clínicos, e que me levam a realçar que, apesar das promessas de bem-estar contemporâneas, a angústia põe em questão o domínio do devir, ressaltando que a vida não é uma engrenagem controlável. Tais reflexões encaminham a algumas indagações: será que a redução à perspectiva orgânica e individual da existência, para além de proporcionar conforto diante da precisão diagnóstica, não engessa outras possibilidades de ser, compreender e intervir? Se alguma dimensão da vida não caminha como desejamos, provocando sofrimento, seria a medicalização a única via de intervenção e ajuda?

Foi a angústia, anunciada na fala dos pacientes, que me despertou para escutar o sentido de suas narrativas tão afetadas pelo sofrimento. À medida que me aproximava disso, fui compreendendo que não cabia procurar, no paciente, o que falta para adequá-lo aos sentidos sedimentados pelo mundo – controle, empoderamento, alegria, paciência. Foi desse estranhamento que nasceu a possibilidade de pesquisar a temática desta tese.

Ao revisitar minha experiência, a ação clínica foi se anunciando atrelada à lógica instrumental, bem como aos ideais de eficiência, produtividade, utilidade. Como psicóloga, nesse território referencial, convocavam-me – pacientes, profissionais de saúde e até eu mesma – a intervir no sentido de resolver os problemas, cumprir as metas determinadas. Embora mergulhada nessa convocação técnica, defrontei-me com o vigor da experiência: as promessas de um lugar seguro e controlável parecem não se sustentar diante da vida mesma! Aos poucos, a angústia foi revelando-se como condição de existir, de possibilidades e de mudanças. E os atendimentos clínicos não mais se reduziam à tentativa de encobrimento da angústia, passando a acolher e acompanhar o paciente na busca de se encaminhar na vida.

Ao lado de tais inquietações, é interessante apontar que, em minha dissertação de mestrado, a questão dessa tese já se apresentava, só que, naquele momento, de um modo singelo para mim. Ao revisitar minha pesquisa (Silva, 2013), cujo objetivo era compreender a experiência de homens inférteis que frequentavam um serviço de Reprodução Humana Assistida, a angústia presente nas narrativas de meus colaboradores já se revelou com outra tonalidade e vigor. Nesse momento, reconto, brevemente, essa história a partir do modo como hoje repercute em mim.

A dimensão estigmatizante e patológica da infertilidade, a escassa informação a respeito dos tratamentos, filas de espera, relações sexuais programadas, a possibilidade de procriação fora dos “moldes naturais”, as intervenções médicas no corpo como matéria-prima supervisionada e aperfeiçoada, bem como a insuficiência de um espaço clínico de fala e apropriação da experiência de infertilidade contribuíam para a experiência de angústia. Experiência que, no momento da dissertação, não consegui tematizar como fenômeno da angústia. Hoje, ao ler as narrativas percebo o apelo, o vigor da angústia presente nas falas cujos porta-vozes eram homens que se sentiam estrangeiros na “própria casa”, no próprio corpo, frente à impossibilidade, mesmo que temporária, de ter um filho biológico.

A medicalização da vida também foi apontada pela minha pesquisa de mestrado. Hoje me dou conta do quanto esse fenômeno se fazia presente nos corredores do serviço de Reprodução Assistida – as pessoas que estavam inférteis eram o público-alvo, as técnicas médico-científicas instrumentos e o melhoramento da vida a finalidade. Nessa lógica técnica, questões humanas eram tidas como científicas; dimensões do viver, como o sofrimento frente à dificuldade de procriar, patologizadas.

A tematização da minha dissertação de mestrado foi me guiando, tocando-me para minha questão de tese. A angústia de estar infértil, a necessidade de uma escuta que acolha o sofrimento, o “peso” do diagnóstico e a medicalização da vida foi ganhando, com o vigor que lhe é próprio, contornos e linguagem na minha experiência como clínica e pesquisadora – o que me instiga a pôr em andamento essa pesquisa.

Objetivos e justificativa

Esta pesquisa teve como fio condutor a seguinte questão: “*como a compreensão de angústia ressoa/atraversa a ação clínica em Psicologia?*”. Os desdobramentos desta problemática levaram aos seguintes objetivos: **objetivo geral**: compreender como se constitui a ação clínica em Psicologia diante do fenômeno da angústia, expresso na queixa/fala dos pacientes. E **objetivos específicos**: tematizar os pressupostos biologizantes da angústia, atravessados pelo fenômeno da medicalização; analisar a compreensão da angústia como disposição afetiva fundamental da existência, a partir da fenomenologia hermenêutica; compreender como as psicólogas acolhem o fenômeno da angústia nos seus atendimentos clínicos.

A escolha do termo desabrigo para intitular esta tese ocorreu por a angústia ser uma disposição de humor que abre o ser-no-mundo em seu todo, de tal maneira que "a gente" se sente estranho. A angústia pode ser compreendida ontologicamente como disposição da estranheza por excelência, ou seja, do *não-sentir-se-em-casa*. O ser-aí angustiado se *encontra* (*sich befinden*, e por isso o conceito de *Befindlichkeit*) inteiramente *desabrigado*. Como sabemos, a familiaridade característica do ser-aí cotidiano nada é senão uma fuga, um desvio que se esquiva desse sentir-se estranho originário, sempre mantido dormente pelo próprio ser-aí, que se lança sofregamente nas possibilidades de ocupação e preocupação impessoais e substituíveis, de modo a esquecer dele mesmo enquanto o ente, a cujo ser pertence o ser-para uma possibilidade que ele sempre já é e tem de ser: não-ser, morrer. A angústia, portanto, nunca oferece morada; ao contrário, ela revela para o próprio ser-aí angustiado, que ele originariamente não tem abrigo (Heidegger 1927/2012).

Já a compreensão de ação clínica adotada nesta tese, e sinalizada no título, apresenta-se como um modo de atenção própria e específica do psicólogo. Uma “ação pré-ocupada”, um “inclinarse para” o acontecer do paciente, atento ao modo como vive o seu cuidar de ser. Tal ação remete também a um aguardar paciente e solícito ao acontecer dos fenômenos que se apresentam na situação clínica (Barreto, 2013; 2017).

Cabe agora explicitar que a realização deste trabalho justifica-se, inicialmente, pela minha experiência clínica, ao revelar a atualidade e a possibilidade de problematização da temática proposta. Também se mostra relevante pelos trabalhos consultados, os quais apontaram para duas direções: a patologização da angústia e a compreensão da angústia enquanto constitutiva da existência, dimensão que ainda carece de maiores estudos. Os resultados encontrados nas pesquisas realizadas indicam também a necessidade de tentar responder a diversos questionamentos e desafios que emergem na situação clínica, frente às demandas dos pacientes, diante das experiências que mobilizam angústia.

Em tal contexto, Aguiar (2004) faz uma análise crítica sobre o reducionismo biológico psiquiátrico, questionando o aprisionamento da vida nas malhas do poder tecnológico. Dantas (2014), ao discutir o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea, interroga o mito da “saúde em pílulas”, apontando para o perigo da tecnificação da vida. Figueiredo (2014) também contribui para essa discussão ao sinalizar a fantasia do controle minucioso das intervenções psicológicas, as quais, em busca da sanidade, desconsideram a possibilidade do sujeito de viver o luto, de sofrer. Rodrigues (2003) aponta que a medicação tem sido utilizada como salvação para aliviar e curar a angústia, mas também é tida enquanto parte de um sistema produtor de subjetividades privatizadas, pautadas no fundamento de uma normalidade, a qual promete restauração. E Toso (2017) interroga a compreensão da angústia como sintoma a ser combatido e indica a possibilidade de apropriar-se da angústia como um acontecimento, um fenômeno que caracteriza o homem e revela o seu modo de ser.

A presente tese também se justifica como contribuição para o trabalho clínico em uma perspectiva fenomenológica hermenêutica. Recorrendo a alguns escritos de Heidegger e textos de autores que comungam dessa perspectiva epistêmica, busquei subsídios para compreender a clínica como lugar de acolhimento da angústia. Tal compreensão me aproxima da experiência humana em sua condição mais fundamental; e também me direciona a questionar a tradição da Psicologia, fundamentada em um campo movediço e constituída como profissão que, de algum modo, é atravessada pela perspectiva contemporânea que busca uma existência saudável.

Por que a fenomenologia hermenêutica? Sobre a força iluminadora do pensamento

Debruçar-me sobre o modo de pensar fenomenológico foi um dos grandes desafios do doutorado. Quando aceitei essa tarefa, fui tomada pela indeterminação, angústia do novo, do não-saber. Contudo, tal angústia se desvelou como um despertar, convocação para a tarefa de conhecer e me apropriar.

Quando os enigmas na minha caminhada como psicóloga/pesquisadora se apresentavam, o pensamento heideggeriano, silenciosamente, me acompanhava e permanecia tão próximo das minhas inquietações. Ao procurar respostas prontas, deparava-me com mais perguntas e meditações – marca de um modo de pensar que não pretende simplificar e responder apressadamente. Ao me lançar nesse caminho, compreendi a relevância daquilo que, nas áreas do saber que se organizam na ordem do cálculo, raramente tem vigor – o mistério², a angústia, o pensar que medita e se demora.

Os pressupostos fenomenológicos hermenêuticos que contribuíram para realização desta tese são assumidos como indicativos-formais (*“formale Anzeige”*), os quais se configuram como sinalizadores de direções e auxiliam na tarefa de ver e compreender os fenômenos. Com o diálogo entre dois horizontes amplos – Psicologia e Filosofia – não se almeja aplicar o pensamento filosófico à clínica, mas enveredar por caminhos de pensamento que podem conduzir a novos ângulos e novas possibilidades de experiências. Podem também “fecundar nossas práticas e enriquecer nossa capacidade de pensar não tanto *sobre* elas como, e principalmente, *a partir delas*” (Figueiredo, 1994, p.44, grifos do autor).

De acordo com Stein (2011), quem busca esse novo começo se torna um estranho no mundo técnico atual, pois almeja algo que não é valorizado.

²Mistério, aqui, diz daquilo que abriga o velado, apontando para a dimensão ontológica do ser enquanto abertura e indeterminação. Pois, conforme salienta Heidegger (1959/2011, p. 202), “o que não se fala não é somente o que não se deixa verbalizar, mas o não dito, o que ainda não se mostrou, o que ainda não chegou a aparecer. O que, portanto, deve manter-se impronunciado resguarda-se no não dito, abriga-se no velado como o que não se deixa mostrar, é mistério”.

Estar na condição de estrangeiro, muitas vezes, foi angustiante! “Nadar contra a maré” técnico-científica me exigiu rigor de pensamento (um pensar que se demora no que está próximo, questiona, reflete), atenção vigilante no dizer (por meio da linguagem da *poiesis*, não explicativa) e atitude fenomenológica diante dos fenômenos (um deixar acontecer, permitir que o “ainda não” possa se revelar ao seu modo).

Interessante mencionar que a perspectiva fenomenológica hermenêutica se movimenta no exercício do pensamento e não na simples repetição de palavras. Um pensamento que se encontra “para além de qualquer ordem disciplinar”, seja ela a Filosofia ou a Psicologia, tão característica do modo como se organiza o saber na atualidade, e que tenta “sempre se dirigir ao mistério da existência que se esconde em sua incontornabilidade” (Feijoo, 2017, p. 75).

Heidegger (1959) esclarece que a experiência do pensamento é algo que se encontra esquecido em nossos dias. E nos “convoca” ao pensamento que pensa e não ao pensar que é mera tagarelice, questionando, assim, as diversas áreas do saber que se organizam na ordem do cálculo e da antecipação. É nessa atmosfera que a clínica psicológica, a partir da fenomenologia hermenêutica, encontra seu modo de atuação: “no exercício do saber-fazer guarda na experiência do pensamento a sua maior potência” (Feijoo, 2017, p.81).

Outra contribuição fecunda do pensamento heideggeriano para a experiência clínica e para o desenvolvimento desta tese se encontra na compreensão de existência que norteia sua obra; a qual distancia as reflexões do campo do teórico-explicativo e as traz para o caráter da experiência viva, concreta e histórica da vida. Nessa direção, esta tese não será guiada por uma “razão teórica desenraizada e fragmentada em uma multiplicidade de disciplinas fechadas em si mesmas –, mas sim dirigida por aquele saber que se mostra como intuição total ao interrogar apaixonado do ente em sua totalidade, cuja evidência brota das entranhas da vida concreta e histórica” (Michelazzo, 2005, p. 384).

A crítica, realizada por Heidegger, ao horizonte histórico e o desenraizamento do homem contemporâneo pode também ser ressaltada. Ao longo dos seus escritos, Heidegger realça questões cruciais enfrentadas pela

era da civilização planetária atravessada pela técnica. O seu pensamento assume a tarefa de refletir acerca da essência do homem, em um tempo histórico no qual a escalada compulsiva da técnica parece ameaçar tal essência. Nessa perspectiva, sou instigada a despertar da “compulsão de percorrer os mesmos caminhos, que, em vez de salvação, potencializam o perigo, enredando-nos mais profundamente na alienação” (Giacchia, 2013, p.11).

É importante salientar que Heidegger é um pensador em “tempos de indigência”, tempo no qual o homem se encontra desenraizado, não tem mais onde morar. Tal preocupação é atual e me encaminha para a tarefa de compreender o modo como o homem convive no mundo com os outros e consigo mesmo. Em tal contexto de massificação e esvaziamento de sentido a dimensão da angústia parece saltar aos olhos, convocando uma “parada” no mundo da produção e da realização técnica, demandando um olhar próprio que explicita sua ressonância na vida do homem contemporâneo. Por fim, a compreensão da angústia como constitutiva me auxilia também no questionamento do “fascínio pelo teórico, contra a obsessão pela generalização, contra a idolatria pela objetividade” (Michelazzo, 2005, p.386). Retomando o elemento vivo da vida, na direção de uma nova origem, novo fundamento para experiência fáctica enquanto existência.

Organização do percurso

De início, importa mencionar que a construção desta tese não teve uma direção pré-determinada. Ela se deu no caminhar da pesquisa, a partir das compreensões desveladas na experiência investigada, no encontro, nas descobertas e nas mudanças que foram sendo anunciadas. Por essa via, esta tese foi organizada em 6 capítulos, sendo o **primeiro** voltado a narrar as ressonâncias dos encontros com a paciente Margarida em minha experiência clínica. Com tal escolha, busco sustentar a proposta de uma pesquisa fenomenológica hermenêutica que parte da experiência e não de arcabouços teóricos previamente definidos.

No **segundo capítulo**, de cunho teórico, apresento questionamentos acerca das práticas psicológicas norteadas pela tradição metafísica de

conhecimento. Em seguida, tematizo os pressupostos biologizantes da angústia interrogando o diagnóstico e a medicalização – fenômenos relevantes na atualidade e que têm atravessado a prática do psicólogo.

Passo, então, para o **terceiro capítulo**, no qual, junto à Filosofia, busco uma reflexão para compreensão da angústia de modo radical/originário. Encontro, nas pistas indicadas por algumas dimensões do pensamento de Kierkegaard, Heidegger e Boss, elementos que permitem a apropriação da angústia enquanto condição constitutiva da existência.

No **quarto capítulo** objetivo tematizar o percurso metodológico desta tese. Partindo de uma perspectiva fenomenológica hermenêutica, a qual privilegia a compreensão da experiência, o diário de bordo e a entrevista narrativa foram escolhidos como recursos metodológicos; e a Hermenêutica Filosófica de Gadamer foi adotada para uma análise compreensiva do fenômeno.

Segue-se, então, o **quinto capítulo** narrando uma hermenêutica clínica em diálogo com a minha compreensão/interpretação dos fenômenos que emergiram a partir da conversação com as narrativas das colaboradoras e do meu diário de bordo. Para tanto, agrupo os fenômenos em constelações tendo como fio condutor a questão de tese.

Por fim, no **sexto capítulo**, apresento possibilidades compreensivas acerca da ação clínica como espaço possível de acolhimento às mostrações da angústia. Nessa direção, foi se delineando as ressonâncias da tese para o meio social e acadêmico, sobretudo, sua contribuição para a clínica psicológica.

1 A EXPERIÊNCIA CLÍNICA E A COMPREENSÃO DO FENÔMENO DA ANGÚSTIA

A angústia, enquanto disposição afetiva fundamental, expressa o encontrar-se lançado. Nesse mundo, o *Dasein* ao confrontar-se com seu próprio ser é tomado por um sentimento de não se sentir em casa, de vulnerabilidade e de desassossego. Por outro lado, a angústia desvela não somente o modo como o *Dasein* compreende o mundo, mas também a atitude que assume decorrente dessa compreensão. Como disposição afetiva, a angústia revela “como se está” ou, em outras palavras, como a estranheza e o desabrigo acompanham o existir que, nessa condição, rompe com a cotidianidade mediana e com a tranquilidade de estar em casa.

Imerso nesse sofrimento, o homem pode procurar ajuda na tentativa de lidar com essa “dor de existir”, lançando um apelo que pode ser dirigido aos profissionais de saúde e, mais especificamente, a profissionais de Psicologia. Diante deste contexto, podemos perguntar: qual o sentido desse apelo e como o psicólogo acolhe a solicitação que lhe é dirigida?

Tal questão aponta a necessidade de uma reflexão voltada para o modo como os profissionais em Psicologia compreendem a angústia, já que tal compreensão vai nortear a intervenção clínica. A ação clínica pode privilegiar as relações causais que levaram ao sofrimento e, nessa direção, as intervenções seguem tal compreensão. Já a perspectiva fenomenológica hermenêutica, ao adotar a compreensão de homem como poder-ser, acompanha o paciente na busca de poder ser ele mesmo, apropriando-se de sua história e do destinar-se na vida; ou ainda se assumindo de acordo com as demandas do impessoal. Daí entendermos que os modos como os profissionais em Psicologia compreendem a angústia e o sofrimento existencial repercute diretamente na maneira como se disponibilizam para acompanhar o paciente, ou melhor dizendo, orienta o modo como acontece sua ação clínica.

Na direção de compreender como o fenômeno da angústia pode ser acolhido na clínica psicológica, buscamos nos aproximar da maneira como os profissionais em Psicologia experienciam tais mostrações e, assim, apreender qual a compreensão de angústia que permeia sua ação clínica. Iniciamos

tomando a experiência clínica³ como horizonte compreensivo e, nessa direção, passamos a usar a primeira pessoa do singular já que vamos nos ater à experiência da pesquisadora enquanto psicóloga clínica.

A “matéria-prima” da narrativa que será apresentada foi registrada no meu diário de bordo, a partir dos encontros com a paciente nomeada de Margarida. A escolha por partilhar essa experiência clínica justifica-se pela recorrente presença da disposição afetiva da angústia e pela perspectiva metodológica que pretendo assumir: partir da experiência para compreender as diversas possibilidades de interpretar a angústia e a ação clínica decorrente. Tendo como guia a minha experiência clínica, interrogarei o fenômeno que pretendo conhecer. O intuito não foi analisar a história de Margarida com o fim de explicar ou interpretar seus comportamentos, mas dialogar com as indagações que foram revelando-se durante os atendimentos realizados e que serão discutidas durante a construção desta tese.

Início, então, o relato da minha experiência:

Era uma tarde de março de 2013 e uma nova paciente – a qual nomeei de Margarida – entra na minha sala. Ao se apresentar, afirmou ter 37 anos e, em seguida, mostrou o encaminhamento realizado pelo enfermeiro do serviço de saúde.

De início, Margarida realça ter sido diagnosticada pelo psiquiatra como tendo transtorno de pânico, devido ao seu medo de sair de casa e de enfrentar situações ligadas à morte, tais como: saber que alguém está doente, ter que levar seus filhos ao hospital, se submeter a exames biomédicos. Pergunto a Margarida como é ter transtorno de pânico e, prontamente, ela narra suas idas e vindas ao médico e à farmácia... parece que sua vida se resumia a isso.

Emocionada, Margarida falava de seu diagnóstico, mas, ao mesmo tempo, não sabia bem o que se passava com sua vida. Embora tenha mudado de médico algumas vezes e feito uso da medicação diária corretamente, continuava sentindo os mesmos sintomas. A salvação

³ A experiência aqui narrada está registrada no diário de bordo da pesquisadora-doutoranda, o qual contém registros de sua prática clínica em um serviço de saúde pública do interior de Pernambuco, vivenciada entre os anos de 2013 e 2015. Importa também destacar que os nomes utilizados são fictícios, a fim de resguardar o anonimato dos pacientes.

prometida pelo modelo médico parece que estava demorando! Seus remédios eram um antidepressivo e um ansiolítico, os quais lhe ajudavam a dormir. Segundo Margarida, quando tinha crises ela mesma aumentava a dosagem do remédio: **“O remédio não tira totalmente o que eu estou sentindo, mas alivia”**.

Percebo como deveria ser difícil para ela lidar com essa situação de sofrimento, visto que, conforme Margarida relatou, já tinha ido ao psiquiatra, ao neurologista, ao clínico, realizado exames simples e específicos como o eletrocardiograma e o eletroencefalograma, mas nenhuma anomalia foi detectada. Margarida mostrava ansiar por uma cura imediata para sua dor: **“Preciso de um tratamento pesado. Se eu continuar com essa vida não vou aguentar”**.

Tem a sensação de que as pessoas não gostam dela, sente-se feia e não compreendida em seu sofrimento. Diante disso, sua reação é chorar e ficar no quarto, longe do convívio social. Quando caminha pela rua, sente inveja das pessoas que estão ao seu redor: **“Elas são tão saudáveis”**. O seu modo de viver o relacionamento com o mundo e com os outros é, em grande medida, restrito, apático, triste.

Fiquei impressionada e afetada diante do choro contínuo de Margarida. Ela me parecia, por meio de seu depoimento, modo de olhar abatido e postura cabisbaixa, uma pessoa fragilizada emocionalmente, à procura de um sentido para as situações da vida carregadas de sofrimento.

O primeiro atendimento durou muito tempo, creio que acolhi seu sofrimento. Ao final, Margarida sinalizou sua intenção em voltar a conversar comigo, pois se sentiu bem à medida que se aproximava de suas experiências e falava de seus sentimentos. E eu tive a sensação de querer acompanhá-la de algum modo.

Ao longo dos encontros, Margarida continuou a relatar acerca da sua vida sofrida. Ela atribui ao esposo grande parte de sua dor, **“Ele é mesmo que nada... não se preocupa com a família, faz tudo para ele, compra TV, moto... mas não liga se o filho precisa de uma calça e se tem comida em casa”**.

Ao ser convidada a falar sobre o sentido da sua relação conjugal, Margarida comentou do temor frente a uma possível separação – **“Não sei como seria se isso acontecesse. Não sei se teríamos dinheiro para sustentar a casa”**. A incerteza do amanhã parece mostrar-se como um vazio desesperador no qual não encontra respostas, só questionamentos. Tal situação mobiliza angústia, levando Margarida a continuar sua relação; abandona, mesmo que temporariamente, o projeto de ter uma casa própria, longe dos xingamentos da sogra, bem como de oferecer maior conforto aos seus filhos. Não consegue apropriar-se da atmosfera da angústia em que outras possibilidades se mostram como tais. Margarida, então, retoma o apoio do impessoal que na familiaridade se tranquiliza.

Três meses se passaram...e a experiência de desalojamento persistia em fazer morada na vida de Margarida. Contudo, a despeito da dor, parecia que minha paciente estava começando a se colocar no mundo de outro modo. A angústia de Margarida apontou que ela já se permitia abrir a outras possibilidades de cuidado, rompendo, mesmo que temporariamente, a tutela do mundo.

Alguns indícios de mudanças, como fluidez no falar e questionamentos reflexivos sobre a sua vida e sofrimento, começaram a estar presentes em suas narrativas. O falatório que trazia muitas queixas, mas pouco falava de si começou a se emudecer, colocando-a na escuta de sua angústia. Interessante que Margarida também modificou sua aparência: unhas pintadas, cabelo arrumado e solto, roupas mais coloridas. No entanto, ainda não posso falar de transformação.

Essa mesma atitude vai se dirigindo a outras dimensões da vida, tais como: por não se sentir bem, algumas vezes não foi trabalhar com o marido, apesar da insistência dele (o que antes não aconteceria); indagações acerca do sentido de morar com a sua sogra e permanecer na vida corriqueira. Todavia, o que mais expressa desejar não conseguiu fazer. Refiro-me a algumas oportunidades que surgiram de alugar uma casa na rua onde reside. **“É uma confusão na minha cabeça. Uma hora eu quero, outra hora não”**. Será que a liberdade de escolher revelou o

perigo da errância, a angustiante indeterminação, condição de possibilidade para que se possa escolher?

Vejo-me refletindo sobre a possibilidade sempre presente de cair na armadilha de posicionar-me ao modo da substituição, orientando Margarida no sentido do que considero pertinente fazer. Recuo! Tento manter recolhido o meu sentimento de piedade, trazendo à memória que a vida de Margarida está sempre em jogo e sob sua responsabilidade. Sua existência é tarefa intransferível.

*No tecer da trama de Margarida, percebo também que sua condição de sofrimento afetou seu modo de ser mãe. Denominava-se uma mãe preocupada, que acompanhava o desempenho escolar dos filhos. Hoje não apresenta essa postura – **“É como se tanto faz”**. Antes reclamava quando os filhos discutiam entre si, atualmente passa mal, chega a desmaiar quando brigam – **“Eu batia, gritava. Hoje eu fico sem reação e choro”**. Simultaneamente a esse cuidado ao modo da indiferença, Margarida mostra-se preocupada com o futuro dos seus filhos, ao relatar os riscos que o mundo oferece com relação à marginalidade, violência, ao uso abusivo de drogas, bem como a má influência de algumas amigas.*

*Mais um tempo se passa, e continuo acompanhando Margarida... para poder escutá-la foi preciso paciência, serenidade! Sua existência, em nossos encontros, apresenta-se como estando à sombra da morte. Margarida narra ter um cotidiano de **“tristeza, luta e sofrimento”**. Passa os dias entediada e não sente vontade de levantar da cama – **“Não precisa acontecer nada de especial para me sentir assim. Às vezes estou bem, mas na maioria dos dias tenho recaídas”**.*

*Nesse horizonte de tempo longo, o vazio aparece. Na ausência de possíveis, o tédio de Margarida aponta para situações limite: expressões como **“sinto que vou explodir”**; **“parece que estou num buraco”** são comuns em seu discurso. A disposição afetiva do tédio traz à tona a condição do homem, que em última instância é finita, transitória.*

O que o tédio pelo qual Margarida era tomada tinha a dizer? Foi preciso me aproximar dessa disposição afetiva e deixar que expressasse o que quer, afinal. E, nesse “diálogo”, mostrou-se uma existência enfada,

desinteressada por si mesma, à medida que obscurece outros sentidos possíveis de estar no mundo.

Tal condição repercute na maneira de estar em situações e vai ficando evidente o seu modo de investir na vida: Margarida não apresenta vontade de comer – **“Me sustento com café, cigarro e remédio”** –, de se arrumar, de trabalhar, realizar os serviços domésticos, de passear – **“Não me sinto bem em lugar algum! Vou para a casa da minha mãe, irmã, comadre, mas fico lá no canto e logo vou embora”**.

Cai sobre a existência de Margarida um tédio profundo, disposição afetiva marcada pela radical indiferença, dissabor, desinteresse por si mesmo e pelo mundo. Aqui lembro de Merwille (2008) quando descreve a indiferença e o desinteresse do escriturário Bartleby. A repetição da expressão “prefiro não fazê-lo” traz a ausência de sentido, do insuportável do cotidiano.

Todas essas atividades da vida diária já foram importantes para Margarida, mas, no momento, perderam esse vínculo. Ela traz, em sua narrativa, o vigor do ter sido ao recordar o tempo longínquo no qual era **“sorridente, com coragem para trabalhar, carinhosa com os filhos”**. Ao ser mobilizada a falar mais desse “período feliz”, acrescentou: **“Hoje não me reconheço... queria ser como antes. Tinha mente e corpo de ferro, hoje sou frágil... Sempre sofri muito, mas eu ria, era alegre. Hoje, qualquer sorriso que eu der não será verdadeiro”**.

Margarida pensa e deseja a morte para acabar com a dor que lhe é companheira. Quer pegar esse atalho, esse caminho mais rápido, antecipação do inevitável a fim de aliviar seu sofrimento duradouro. Reconhece sua própria condição finita na vivência de morte de seus parentes e amigos, e aguarda sua vez: **“Tive uma crise de choro ontem, pedi a Deus que ele me tirasse a vida. A morte é a saída!”** É como se Margarida carregasse a sombra do perecer; é a morte que se aproxima, e, ao mesmo tempo, escapa, ameaça e lembra a sua finitude.

Suas narrativas, na maioria das vezes, são repletas de emoção e choro. Quando expressou tentativas de suicídio e episódios de automutilação (espancamento e batidas da cabeça na parede) não foi diferente. Era como se estivesse arrependida do que fez, embora,

simultaneamente, soubesse que esse foi, naquele momento, o modo encontrado para apaziguar os inconvenientes da vida; foi o “remédio forte” descoberto para uma dor de grande tamanho, todavia, posteriormente, tenha se revelado ineficaz.

*Algo freia Margarida de levar a termo sua morte. Segundo ela, quando pensa em suicídio lembra-se de Deus – essa atitude seria condenada por Ele –, e dos filhos – quem vai cuidar deles e educá-los? E acrescenta: **“Quando penso em sumir, tomar remédios para morrer, penso também que você iria imaginar que tudo o que fez por mim não valeu nada”**. Sua fala me emocionou! Minha resposta foi o silêncio, um silêncio reflexivo. Creio que ficaria triste ao saber de sua morte, talvez, como Margarida disse, sentiria-me impotente, frágil. Ao mesmo tempo, reconheço a importância de nossos encontros e sei que a vida e a morte de Margarida não estão sob o meu domínio.*

Não era fácil escutar, acompanhar e suportar a dor trazida por Margarida. O meu objetivo não era abafar os apelos de sua angústia, investir em uma prática clínica tutelar e de controle, mas manter um espaço de mostraçãõ dessa disposição afetiva, manter aberta a possibilidade de Margarida se ouvir, ser escutada atentamente e, quem sabe, apropriar-se da sua condição de indeterminaçãõ. Os atendimentos se configuraram, para mim, como um convite a acompanhar o desenrolar da história de vida de minha paciente, narrada a cada encontro.

Na grande parte dos atendimentos, Margarida relatava os mesmos acontecimentos, marcados por um sofrimento infundável. Suas narrativas densas, por vezes, provocavam-me incômodo ao apresentarem o universo da finitude como algo tão familiar – a sua morte, a minha morte, a possibilidade de que ela venha a acontecer a qualquer instante, seja de modo espontâneo ou induzido.

*Percebo um paradoxo que constantemente se faz presente na vida de Margarida: concomitantemente ela deseja e teme a morte. Esse temor também se revela em situações que a lembrem de sua condição finita – doenças, hospitais, acidentes, sirenes de ambulâncias: **“Vejo doença onde não tem. Tenho medo de exame, médico, hospital... da morte”**. Essa ameaça rotineira mobiliza sofrimento, coloca em xeque sua*

existência e a dos seus parentes: **“Fico imaginando que meu pai vai morrer. Eu não consigo ter forças para cuidar dele como meus irmãos têm. Acho que a notícia da morte dele é capaz de me matar”**.

Ao mesmo tempo em que se mostra frágil, Margarida se revela tão forte, duas dimensões que se interpelam, unidas como os fios de uma colcha de retalhos. Em meio às dores rotineiras, consegue se manter de pé - aquilo que lhe faz doer, faz também viver. Logo, a experiência de Margarida aponta para a compreensão de que a dor e o existir são condições inseparáveis. A angústia pela qual Margarida era tomada apontava-lhe outras possibilidades: é como se sua angústia fosse, simultaneamente, o esconderijo da sua força, a qual conserva toda a sua beleza revelada em espontaneidade no falar, lágrimas francas e solitárias, no pedido de acolhimento endereçado a cada encontro.

“Eu gosto de estar aqui, é o lugar que eu desabafo, choro quando quero [...] Quando converso parece que limpa a minha alma. Quando você estava de férias eu pensei que ia enlouquecer, porque não tinha com quem conversar”.

Nos mais de dois anos junto à Margarida, os encontros clínicos me possibilitaram acompanhá-la, acolhê-la; escutar os apelos de sua angústia e me angustiar também. Estive interessada em me aproximar de sua história de vida, dos detalhes de sua rotina. Descobrimos, juntas, uma relação cuidadosa, de compartilhamento.

Aqui lembro do pensamento de Kierkegaard quando diz que a angústia abre a paciência. E é no exercício da paciência que o paciente pode ver-se a si mesmo. A profundidade de tal paciência consiste em descobrir o perigo, mas não fazer muito barulho e, calmamente, socorrer um homem. O clínico, exercitando-se em paciência, pode acompanhar o paciente em sua saga, ajudando-o a preservar-se na luta contra o perigo. Sustenta as inquietações do paciente de modo que este, talvez, possa aprender com a sua própria existência e assumir a tarefa que é requerida a cada homem – ser ele mesmo.

Por fim, importa mencionar que certa vez Margarida me disse: **“Se eu fosse contar a minha história dava mais que um livro”**, e eu nem

imaginava que, um dia, escreveria a seu respeito, sobre sua angústia e sua coragem de viver em um mundo tão inóspito.

Esta narrativa, registrada no meu diário de bordo, coloca-me diante das expressões da angústia vivida por Margarida. Angústia que, desvelada nos diversos encontros, apelava por um espaço de fala e escuta. Ao procurar atendimento psiquiátrico, o sofrimento da paciente levou a um diagnóstico e a indicações medicamentosas. Tal tradição clínica, comumente, não abre espaço para a escuta da “dor de existir”: dor que dói demais e que não pode ser resolvida nem pela explicação diagnóstica, nem pela sedação medicamentosa.

Ao longo dos atendimentos psicológicos, fui-me dando conta da necessidade de outro modo de escutar o que Margarida trazia. Busquei escutar atentamente a angústia que a paciente narrou diante de, naquele momento, não ser possível encaminhar sua vida de outro modo, o que pode indicar para a não apropriação do que está vivendo e uma procura que alguém ou algo possa resolver seu sofrimento. Nos encontros clínicos, Margarida também percebe que é escutada de outra maneira e reconhece que tal modo de estar com o outro (psicólogo) a ajuda: sente-se mais aliviada, como se conseguisse derramar um pouco a dor diante do existir.

Frente a tal contexto, vai ficando cada vez mais claro porque escolhi o encontro clínico com Margarida para me indicar o caminho a ser percorrido nesta tese. A escuta da experiência foi me levando na direção de algumas temáticas, próprias do fazer do psicólogo, como também foi me colocando diante de alguns questionamentos sobre a clínica psicológica e os diversos modos da ação clínica poder acontecer.

Atentei para a maneira pela qual a dor de Margarida foi diagnosticada/ medicada e, principalmente, como reconheceu que tal encaminhamento atendeu, temporariamente, seu apelo por ajuda. Ao longo dos atendimentos, minha paciente vai reconhecendo que existem outros modos de acolher a “dor de existir” e de encaminhar a vida. Já eu, fui refletindo sobre a insuficiência do modo tradicional de clínica psicológica, pautada na aplicação de teorias explicativas com realce no diagnóstico. Aqui encontro a possibilidade de pensar a ação clínica ancorada em pressupostos fenomenológicos hermenêuticos, os quais se configuram como outra lente para acolher o fenômeno da angústia.

Início a reflexão ressaltando a influência do diagnóstico e da medicalização da vida, presentes em alguns fragmentos da narrativa apresentada, questionando o modo como podem nortear a ação clínica do psicólogo. Ao percorrer tal caminho, recorro também a outras narrativas de experiências clínicas, as quais pareciam se entrelaçar com a experiência junto a Margarida, ao apontarem também para a presença do diagnóstico e da medicalização nas queixas dos pacientes e ao relatarem o caminho que trilharam na busca de ajuda para dar conta do sofrimento. Então me pergunto: até que ponto a clínica psicológica pode distanciar-se de sua origem metafísica e positivista? Como adotar outros pressupostos norteadores da ação clínica que não estejam vinculados ao modelo biomédico com realce do diagnóstico e da medicalização?

Mas, voltemos a Margarida. Ela chega ao atendimento psicológico com um diagnóstico de transtorno de pânico, relatando sintomas e comportamentos que a enquadravam nessa categoria nosológica. Tal noção de causalidade pressupõe que a paciente seja o centro de seu sofrimento, perspectiva que pretende identificar uma causa palpável, possível de ser isolada, tratada.

Na experiência de Margarida fica evidente o quanto o discurso diagnóstico serve, provisoriamente, para ela se apresentar e falar de si. Pude me aproximar muitas vezes desse fenômeno na minha prática clínica:

Tenho me impressionado como as pessoas já chegam logo no primeiro atendimento com seus diagnósticos: “Regina está com depressão desde que houve sua separação conjugal”; “Henrique foi diagnosticado pelo psiquiatra com transtorno de pânico, devido a sua dificuldade de convívio social”; “Carlos é esquizofrênico, pois vê e ouve coisas”; “Ana se considera louca e deseja um remédio que a cure”; “Fábio foi diagnosticado como tendo esquizofrenia paranoide, prefere a rotina, a segurança do lar. Ressaltou que está fazendo um treinamento de autocontrole”; “A professora disse que Juliana tem transtorno de atenção e hiperatividade – não se concentra na sala de aula, tem 10 anos e ainda não aprendeu a ler”. (Diário de bordo da pesquisadora)

Ao retomar minha narrativa, percebo o quanto vivenciamos uma proliferação de categorias diagnósticas: médicos, professores e os próprios pacientes propagam uma lógica patologizante do sofrimento. Será que a vida só pode ser pensada a partir do aprisionamento diagnóstico? Face a isso, algo da dimensão do imponderável resiste, a adesão ao diagnóstico não se sustenta e a questão do sofrimento é recolocada.

Margarida tinha esse diagnóstico, mas, ao mesmo tempo, não sabia bem o que se passava com sua vida. Apesar de já ter mudado de médico algumas vezes e de tomar a medicação diária corretamente, continuava sentindo os mesmos sintomas [...]. Percebo como deveria ser difícil para ela lidar com essa situação de sofrimento.

Na caminhada da vida, Margarida cotidianamente é tomada pela disposição afetiva da angústia que a paralisa (restringindo seu modo de viver, perdendo o apetite, desejando a morte), mas, também, mobiliza algumas mudanças (veste-se de outro modo, busca atitudes reflexivas, questiona). Daí, penso a angústia como companheira constante, a qual, em algumas encruzilhadas, pode revelar-se como esvaziamento radical de sentidos. Todavia, pode também mostrar-se enquanto “abertura” ao cuidado, “parteira” no movimento a caminho de uma nova habitação, mais próxima do humano.

A compreensão da angústia como constitutiva atravessou o modo como os atendimentos foram encaminhados, diferente da maneira como Margarida foi primeiramente atendida, quando recebeu um diagnóstico e foi medicada. Caso compreendesse a angústia enquanto patologia, possivelmente, iria intervir no sentido de buscar seu controle e/ou eliminação. Partindo da minha experiência e da histórica de Margarida, percebo que a escuta e a intervenção clínica podem acolher o fenômeno da angústia, dimensão que o discurso científico, através da categorização diagnóstica e da medicalização da vida, tende a encobrir.

Estar junto a Margarida me levou também a uma reflexão crítica a respeito do fenômeno da medicalização, o qual se caracteriza pela redução de dimensões da vida a termos médicos-farmacológicos. Nesse contexto, Margarida ressalta o lugar dos medicamentos – ela os têm como companheiros

na jornada da vida e como via privilegiada de acesso à amenização e cura do seu sofrimento. Os medicamentos parecem melhor ajustar Margarida para viver em um mundo que se revela assustador, finito e rodeado de imprevistos.

Quando tinha crises ela mesma aumentava a dosagem do remédio: “O remédio não tira totalmente o que eu estou sentindo, mas alivia”.

Na minha experiência clínica, a utilização de medicamentos psicotrópicos era quase unânime entre os pacientes. Percebia uma certa banalização de seu uso com vistas ao evitamento dos sofrimentos. Como ressonância disso, a escuta da “dor de existir” tende a ser progressivamente silenciada. Por outro lado, reconheço também que, diante de algumas experiências dolorosas, os medicamentos são tidos como auxílios (necessários!) para um demasiado sofrimento que faz doer corporalmente e profundamente a alma.

Recorro mais uma vez ao meu diário de bordo quando relato algumas situações em minha prática, as quais apontam para a utilização do remédio sob argumentação médica, pessoal ou social.

Aos 13 anos, Levi toma Gardenal, Fenitoína, Neuleptil, Carbamazepina. Os remédios têm o objetivo de controlar sua agressividade e vontade de matar as pessoas. [...] Meire no seu primeiro atendimento diz que sua vida está sem sentido... toma remédios por conta própria. Fluoxetina para tristeza e Rivotril para dormir. [...] Carol chegou foi encaminhada pelo neuropediatra. Aos 13 anos, ela toma Amytril, devido às tentativas de suicídio e as dores na cabeça. [...]. Aos 40 anos, Célia não sente mais vontade de costurar para suas clientes. O que antes era um prazer passou a ser penoso. Suas risadas e vontade de se arrumar foram embora. Hoje, considera-se depressiva e toma Vemaxim e Lexotan. [...]. Desde o assassinato do filho, Inês só dorme à base de remédios. As pessoas cobram a sua melhora, mas, para ela, a vida não tem mais sentido.

Outra questão que me saltou aos olhos na experiência junto a Margarida refere-se à sensação de estranheza vivenciada frente ao sofrimento

Quando caminha pela rua sente inveja das pessoas que estão ao seu redor: “elas são tão saudáveis”.

Essa compreensão de “sociedade saudável” remete ao modo como o momento contemporâneo vem se mostrando na busca de felicidade e bem-estar ininterrupto, negando o limite, a dor, a falta. Faz-me refletir também acerca da necessidade de corresponder a determinações padronizadas, reforçando a dicotomia normal/patológico. Como ressonância da força dessa lógica, os angustiados representam aqueles que estão aquém do padrão exigido de saúde, sucesso e status social. A eles faltam, dentre outros pré-requisitos, o sorriso estampado no rosto, o corpo disposto e preparado para enfrentar a rotina. Desta feita, os medicamentos prometem fornecer o antídoto para que tais pessoas possam se inscrever, pelo menos por alguns instantes, na cena social.

Por fim, ao acompanhar Margarida e narrar como nossos encontros aconteceram, minha ação clínica foi se apresentando cada vez mais distante de premissas teórico-explicativas e mais próximas de pressupostos fenomenológicos hermenêuticos ao modo de Heidegger. Compreensão que teve grande importância na escolha da proposta epistemológica da presente tese. Margarida também percebeu uma diferença na maneira como foi acolhida por mim e no modo como foi atendida por outros profissionais de saúde, entre eles o psiquiatra.

O primeiro atendimento durou muito tempo, creio que acolhi seu sofrimento. Ao final, Margarida sinalizou sua intenção em voltar a conversar comigo, pois se sentiu bem à medida que falava de seus sentimentos. E eu, tive a sensação de querer acompanhá-la de algum modo. [...]. Não era fácil escutar, acompanhar a angústia trazida por Margarida. O meu objetivo não era abafar os apelos de sua angústia, investir em uma prática clínica tutelar e de controle, mas manter um espaço de mostraçõ de dessa disposiçõ afetiva; manter aberta a

possibilidade de Margarida se ouvir, ser escutada atentamente e, quem sabe, apropriar-se da sua condição de indeterminação.

“Eu gosto de estar aqui, é o lugar que eu desabafo, choro quando quero [...] Quando converso parece que limpa a minha alma. Quando você estava de férias eu pensei que ia enlouquecer, porque não tinha com quem conversar”.

Uma clínica vai se anunciando, um modo de fazer distante do modelo da técnica moderna pautada na funcionalidade e produtividade. O singular vige e os acontecimentos indicam a necessidade de outro tempo (o tempo da experiência!) e de aguardar/resguardar silenciosamente o mistério. Mas que clínica seria essa? Já indiquei que os pressupostos fenomenológicos hermenêuticos podem auxiliar para uma outra compreensão da ação clínica. Mas isto basta? Não seria interessante chamar outros profissionais em Psicologia para dialogar e, assim, partindo de nossas experiências clínicas, buscar outros modos de compreender a angústia vivida pelos nossos pacientes e apontar outros modos de intervir clinicamente?

Ao lado dessa clínica anunciada, as temáticas desveladas – diagnóstico e medicalização – ainda permanecem, talvez como fundo, no entanto merecem ser consideradas. Como, então, caminhar entre uma clínica psicológica a ser revisitada e entre dimensões da ciência médica/psiquiátrica que atravessam essa clínica? Para realizar tal percurso, adoto como companheiros alguns autores (Barreto, 2013; Evangelista, 2016; Feijoo, 2017; Gill, 2014; Protasio, 2014; Sá, 2017; Toso 2017), os quais me ajudarão a compreender a inserção de tais temáticas na experiência clínica do psicólogo.

Tal tarefa não é fácil, nem pretendo esgotá-la. No momento, para subsidiar a proposta delineada como objetivo da presente tese, levanto algumas questões que ajudam a pensar os paradigmas que atravessaram a constituição da Psicologia enquanto ciência. Com isso, busco oferecer subsídios para compreender como a constituição da Psicologia Clínica foi atravessada pelo modelo biomédico e como tal atravessamento influenciou as teorias psicológicas tradicionais e, conseqüentemente, a ação clínica.

Vamos adiante!

2 A PRÁTICA PSICOLÓGICA ATRAVESSADA PELO DIAGNÓSTICO E PELA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO: CONTRAPONTO A PARTIR FENOMENOLOGIA HERMENÊUTICA

“É certo que a ciência moderna conseguiu dominar em grande escala as epidemias bacterianas que antigamente dizimavam os povos. Provavelmente a técnica, quase toda poderosa, também acabará com o atual perigo da poluição da água, do ar, da terra. Igualmente, há bastante esperança de conter o perigo da aniquilação física da humanidade por explosões de bombas atômicas. Mas tudo isto são antes tentativas de salvação de primeiro plano. O próprio âmago mais íntimo do ser humano se encontra em extremo perigo. Pois o relacionamento fundamental do homem frente aos fatos do seu mundo, como frente a si mesmo e a seus próximos, está gravemente enfermo”. (Merdard Boss)

Em meio ao predomínio técnico-científico, próprio do momento contemporâneo, somos convocados a pensar o atravessamento do diagnóstico e da medicalização na prática psicológica. Essa situação demarca a necessidade de um posicionamento crítico diante de tais recursos que, apesar de predominantes, parecem não ser suficientes para compreender e acolher o existir humano, o sofrimento e o adoecimento do homem.

Antes disso, porém, iniciamos refletindo acerca de algumas premissas que embasaram a constituição da ciência psicológica, inserida na tradição metafísica de conhecimento. Essa primeira aproximação, revela-se oportuna para dar embasamento aos questionamentos a serem desenvolvidos na presente tese.

Primeiramente, importa mencionar que a Psicologia vem sofrendo, particularmente nas duas últimas décadas, intensas críticas quanto aos seus modelos de formação e de atuação. Para a presente reflexão, mais importante do que ressaltar essa linha do tempo é perceber a força do pensamento

naturalista que atravessa a Psicologia desde o seu surgimento, “gerindo cientificamente a vida íntima e compartilhada” (Evangelista, 2016, p.183). Cabe notar que as intervenções psicológicas, comumente, caracterizam-se por um esforço de falar a verdade a respeito dos humanos e agir sobre eles. Esse modelo, segundo Ferreira Neto (2010), já não mais responde às questões que emergem na realidade atual brasileira, pois, em sua maioria, são pautados em conteúdos estrangeiros descontextualizados, alheios às nossas demandas sociais.

Dentre os diversos estudiosos que questionam a formação e a atuação do psicólogo no Brasil, encontramos Feijoo (2011; 2017) quando esclarece que a constituição da Psicologia como ciência, de um modo geral, partiu da concepção de uma interioridade encapsulada, tomando o sujeito apartado do mundo. Restrita à noção de sujeito nuclear, não reconhece o horizonte de constituição do social, do político e da cultura, desconsiderando a articulação primeira homem-mundo.

Feijoo (2011) aponta, ainda, a influência dos movimentos iluminista e romântico na construção das teorias e práticas psicológicas. A ênfase na interioridade, seja valorizando o “eu racional” ou o “eu emocional”, repercute diretamente para que o interior seja tomado como objeto de saber e de intervenção pelos psicólogos. A Psicologia, influenciada pela racionalidade iluminista, almeja uma ação direcionada para o equilíbrio, a ordem, a harmonia e o disciplinamento dos impulsos psíquicos. Já as Psicologias com inspiração no Romantismo, propagam a liberação dos sentimentos e das emoções como aquilo que vai levar o homem a opor-se às determinações sociais. Constata-se que estas “filosofias da subjetividade”, seja incidindo na razão ou na emoção, se mostram insuficientes diante da complexidade da existência humana.

Frente a tal contexto, recorreremos às contribuições de Heidegger (1987/2009) em *Seminários de Zollikon*, a fim de questionar a concepção de sujeito que norteou a Psicologia.

Logo no início do primeiro seminário, Heidegger esclarece que todas as representações encapsuladas e objetificantes, assumidas ao longo da história pela Psicologia e pela Psicopatologia, – tais como, sujeito, *self*, ego, pessoa, consciência – deveriam desaparecer em favor de uma compreensão completamente diferente, qual seja: o caráter de abertura, “traço fundamental

do ser humano” (p.108). É por ser aberto que algo pode ser liberado para ser como algo, trazendo em si diversas possibilidades. Essa perspectiva, nos leva a questionar o quanto as teorias psicológicas podem se mostrar insuficientes para compreensão do humano. Tal insuficiência pode revelar-se à medida que consideram o ser do homem como algo já dado, como sujeito de representações.

A crítica de Heidegger a esse pensar natural da metafísica deve, portanto, ser sempre compreendida em dois níveis: primeiro, como um apontar para o caráter reducionista desse pensamento que interpreta o ser de forma entitativa e, especialmente, o ser do homem como um ente entre entes simplesmente dados (Vorhandenheit); segundo, como um esforço em iniciar um modo de pensar que se encaminha para fora desse horizonte naturalista em direção a um outro, mais fundante e originário, que se propõe a apreender o ser dos entes a partir daquilo que constitui o elemento vivo da experiência de ser humano, oriundo das condições primordiais da existência fáctica, histórica. (Michelazzo, 2005, p. 376)

Heidegger (1987/2009) expõe a necessidade de refletir sobre os limites, até então impensados, das ciências. E, com isso, abrir passagem para outros modos de compreensão do humano que não estejam restritos às relações de objetividade. Nessa direção, questiona: “o que pode se calcular de antemão, antecipadamente, o que pode ser medido é real e apenas isso. Até onde isso nos leva perante uma pessoa doente? Fracassamos!” (p.49). E não é isso que, de certo modo, acontece no campo da Psicologia? Cada vez mais queremos controlar e dominar os normais e os patológicos, delimitando o que eles são, como podem ser e se mostrar. O que se perde é o próprio fenômeno em questão!

Tal perspectiva, ao criticar o papel da mensurabilidade nas ciências, inclusive na própria Psicologia, leva-nos a interrogar: será que conseguimos medir tudo? “Na verdade, porém lágrimas nunca podem ser medidas. [...] O enrubescer também não pode ser medido. [...] Como se mede a tristeza? Evidentemente não é possível medi-la” (Heidegger, 1987/2009, p.117). Se nos

aproximarmos desses fenômenos com um método de mensuração, a própria experiência e seu sentido não seriam apreendidos. Na profundidade da tristeza, por exemplo, não encontramos qualquer ponto de apoio e ocasião para avaliá-la quantitativamente ou até medi-la.

Considerando essa racionalidade constitutiva das ciências e a compreensão do humano como um ente simplesmente dado, a formação de profissionais de saúde (e aqui enfatizamos profissionais da Psicologia) passaram a adquirir, cada vez mais, uma conotação instrumental e interventiva. Mediadas pela técnica, as práticas de cuidado realizam, predominantemente, procedimentos (testes, exames, diagnósticos, receitas medicamentosas) sem muita reflexão crítica.

A Psicologia oferece uma legitimação “científica” para tais discursos, surgindo, nesse cenário, como técnica, especialidade que possui o saber resolutivo, detentor do conhecimento competente, objetivo, neutro e rigoroso. “Com essa ‘tirania da intimidade’, qualquer angústia do cotidiano, qualquer sentimento de mal-estar, são imediatamente remetidos para o território da ‘falta’, onde os especialistas ‘*psi*’ estão vigilantes e atentos para resgatar suas vítimas” (Coimbra, 1995, p. 36, aspas da autora).

O espaço *psi* se consolidou a partir da falta, das “crianças problema” com dificuldade de aprendizagem e/ou emocionais. Em tal perspectiva, foram introduzidas uma gama de patologias atuais ou possíveis futuramente, das quais ninguém está a salvo – somos “doentes em potencial”. Os serviços ofertados eram de cunho diagnóstico (aplicação de testes) com algum acompanhamento para pais e professores. Como e para que essa lógica funciona? De acordo com Coimbra (1995), trabalha, de um modo geral, nivelando e hierarquizando as subjetividades e negando os diferentes modos de viver. Encontramos novamente a crítica quanto à função do psicólogo como especialista/perito que observa e identifica, nas minúcias do comportamento, os indícios de anormalidade.

Deliberador e Villela (2010) também contribuem para essa discussão ao destacarem a compreensão normativa de saúde que atravessa a prática do psicólogo. Segundo os autores, as intervenções clínicas atuais têm se distanciado da compreensão plural da saúde, dando ênfase nas especializações que fragmentam a saúde e o sofrimento, gerando formas de

cuidado dirigidas para determinados focos, sem atentar para a complexidade da existência humana.

Interessante considerar que, a despeito dos avanços em conhecimentos científicos, não há segurança de que o procedimento técnico utilizado restitua o bem-estar ao paciente, visto que a saúde apresenta a sua própria medida; e, frente a isso, o nosso controle é reduzido, a nossa técnica tem pouca precisão.

Nós, psicólogos, na psicopatologia, mais notavelmente, na esquizofrenia, encontramos o nosso grande desafio, nela a nossa capacidade hermenêutica é muitas vezes inútil, pois o paciente está encerrado em si mesmo. Estamos, no que tange à esquizofrenia, sempre tateando nas diversas dimensões da vida do paciente um caminho que nos leve até ele. No entanto, para isso é preciso ampliar a nossa visão, buscar olhá-lo não como uma doença, mas como a expressão única de uma totalidade. (Deliberador & Villela, 2010, p. 230)

O desafio que a saúde e a doença nos convocam, enquanto profissionais em Psicologia, é compreendê-las como dimensões da vida que não necessariamente se contrapõem, mas refletem um modo de estar em situação. Saúde, nessa direção, não pressupõe ausência de doença, mas sinaliza a possibilidade de lidar com ela e acolhê-la como uma dimensão inevitável de viver.

Importa ainda ressaltar a tendência de algumas práticas clínicas à adoção de procedimentos destinados a atingir determinado fim – a cura dos sintomas, a extirpação do sofrimento e a busca pelo prazer. Nessa direção, muitas perspectivas têm um projeto de encobrimento/eliminação do sofrimento. Atravessadas pelas promessas da modernidade de certeza, de crescimento e de força almejam resolver os paradoxos da existência. Para tanto, privilegiam o modelo explicativo e adaptativo, fundado na compreensão da vida humana como resultado de estratégias e cálculos operatórios.

Pondo em questão a tradição terapêutica de nossos dias, a qual dispõe de uma gama de instrumentos de medição e acesso a dados, tanto para o exame da doença quanto para encontrar o tratamento adequado, Gadamer (1993/2011) nos chama atenção para a “arte de curar”.

Para refletir acerca desse trabalho artístico, lança mão da compreensão de tratamento indicando que tratar significa: “*palpare*, quer dizer, tocar o corpo do doente com a mão (a *palpa*) cuidadosa e sensivelmente para, com isso, perceber as tensões e contrações que talvez confirmem ou corrijam o diagnóstico subjetivo do paciente, o qual se designa dor” (Gadamer, 1993/2011, p. 114). A arte de “curar” não requer dominação, mas se demora nas experiências do paciente, dar ouvidos, ouvir de perto. Cabe realçar que “tratamento sempre implica, ao mesmo tempo, permissão e não apenas a prescrição de regulamentos e receitas” (p.115). Há uma parceria entre clínico e paciente no cuidado com a doença e a saúde.

O caminho percorrido até o momento enfatizou o modo como a experiência humana foi sendo desconsiderada em prol de: uma ênfase no comportamento passível de controle; uma cultura da subjetividade, que propõe maior conhecimento de si e estabelecimento de um ideal psíquico a ser atingido; uma linguagem técnica, traduzida na imagem do ser humano como sujeito disponível para o manuseio e aperfeiçoamento.

Diante disso, somos levadas a questionar o diagnóstico e a medicalização, técnicas pautadas no saber científico. A discussão dessas duas temáticas ganha relevância ao atravessarem a prática psicológica, apesar de sabermos que não compete ao psicólogo realizar um diagnóstico psiquiátrico e receitar medicamentos. O que convida, então, o psicólogo a refletir? A tradição da Psicologia, por estar fundamentada em um “campo movediço” e constituída como profissão normativa/corretiva, pode, de algum modo, – ao acolher o diagnóstico explicativo e encaminhar os pacientes para o profissional que irá receitar o medicamento correto para sua dor – colaborar para consolidar e propagar a perspectiva de uma existência saudável, livre de perigos e de angústias.

2.1 Sob as lentes do diagnóstico

“A prescrição produz. Além de um corpo vivo, farmacologicamente artificializado, o que ela

também produz, à medida que fala, não é outra coisa senão o próprio viver” (Adriano Aguiar).

A etimologia⁴ da palavra diagnóstico vem do grego “diagnóstikós”, *dia* – separar uma parte da outra – e *gnosis* – conhecimento, percepção. Designa, então, a capacidade de distinguir, de discernir através de, por meio de. Na origem da palavra encontramos pistas para uma observação cuidadosa, nos aproximando do sofrimento e abarcando a história do paciente. Foi nessa direção que, na Antiguidade, o diagnóstico hipocrático baseou-se na observação clínica e no exame físico detalhado do paciente.

Todavia, a compreensão a respeito do diagnóstico foi modificada, acompanhando as transformações de cada horizonte histórico. Na Idade Média, por exemplo, os comportamentos que destoavam do comum eram vistos como sinal dos deuses ou ação demoníaca. Já no Renascimento surgiu o modelo experimental de investigação científica; começou-se a perceber que os sintomas se repetiam em várias pessoas, reconhecendo-se, assim, a loucura como doença mental (Aguiar, 2004).

Na sequência dessas considerações, ao buscar problematizar o diagnóstico, optamos por dialogar com a obra literária “O alienista”, de Machado de Assis (2009). Tal escolha de diálogo com a Literatura, fundamenta-se na possibilidade de ampliar a reflexão acerca do diagnóstico além de conhecimentos já dados, que, de início e na maioria das vezes, tendem a restringir o campo da experiência. Acreditamos que o dizer presente na linguagem literária nos orientará na direção de, por meio do exercício do pensamento, interrogar o diagnóstico, aproximando-nos da experiência humana em seu vigor.

Em “O alienista”, temos como fio condutor a história de Dr. Simão Bacamarte. Por amor à ciência, Bacamarte inicia uma revolucionária pesquisa sobre a mente humana. O objetivo deste médico, filho da nobreza da terra, formado em Coimbra e Pádua, é estudar, classificar e tratar a loucura. Residindo na modesta vila de Itaguaí (RJ), instalou um hospício na mais bela

⁴ Recuperado em outubro de 2017, em:
<http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/diagnostico/>

rua da cidade, a fim de recolher e tratar os cidadãos supostamente desequilibrados. O asilo recebeu o nome de Casa Verde, sendo inaugurado com pompa e celebrado durante sete dias.

Diante do atento olhar do alienista, cada pessoa apresentava algum transtorno mental. De todas as vilas vizinhas vinham loucos: “eram furiosos, eram mansos, eram monomaníacos, era toda a família dos deserdados do espírito. Ao cabo de quatro meses, a Casa Verde era uma povoação” (Assis, 2009, p.19). Logo, o alienista começou um estudo sistematizado: analisava os hábitos, as aversões, as palavras, as simpatias, a profissão, os acidentes da infância e da mocidade, os antecedentes familiares. Paralelamente, investigava os meios curativos e paliativos para o tratamento da loucura.

Sua “vigilância científica” alterou a dinâmica da comunidade de Itaguaí. Simão Bacamarte chegou a internar quatro quintos da população com o diagnóstico de insanidade. As exceções viraram regra e os métodos do doutor varreram a cidade de seus habitantes, os quais passaram a ser hóspedes do manicômio. Entretanto, quando a Casa Verde ficou quase lotada, o critério de seleção foi invertido, internando o quinto remanescente, até então considerado normal. A razão, conclui, é o desequilíbrio. Sua nova teoria constata que, a rigor, só há um louco em Itaguaí, posto que somente um entre os habitantes pôde ser considerado “perfeitamente equilibrado”: ele próprio. E Bacamarte libera os loucos e trancafia-se na Casa Verde, se dedicando ao estudo e a cura de si mesmo.

O vigor da narrativa de Machado de Assis, escrita em 1880, parece alcançar os nossos dias. Sua crítica ao cientificismo naturalista se faz atual, visto a oposição entre normal e patológico, bem como a ânsia por encobrimento dos comportamentos que destoam do socialmente estabelecido. O alienista, ao trazer à cena o homem da ciência com seu querer desmedido e busca incessante por certezas, nos aproxima do horizonte técnico-científico. Tal articulação nos faz refletir acerca do modo como o homem moderno é, comumente, considerado como coisa a ser analisada, categorizada.

No campo da clínica psicológica, recebemos os pacientes, em grande medida, já com uma nomeação a respeito de seu sofrimento. Interessante que o ato de diagnosticar deixou de ser restrito ao campo psiquiátrico, passando a ser discutido socialmente – médicos, leigos e as mídias proferem diagnósticos.

São numerosas e diversas as psicopatologias direcionadas a cada comportamento. O diagnóstico do TDAH (transtorno do déficit de atenção com hiperatividade) encontra seus seguidores sobretudo nas escolas; os transtornos de ansiedade e estresse respondem por inúmeras causas de afastamento laboral; a depressão acompanha aqueles que estão apáticos, desmotivados e não encontram sentido para viver.

Atualmente o termo diagnóstico é compreendido como identificação de doenças por meio de sinais e sintomas. É um saber construído *a priori* pela observação, catalogação, classificação, descrição e repetição do fenômeno. Nessa lógica, a sistematização estatística é o que permeia a compreensão do sofrimento. Em outros termos, o diagnóstico é um procedimento de análise, classificação e tratamento da doença independentemente do sofrimento do paciente, muitas vezes narrado e desconsiderado pelo olhar técnico. Conforme assinala Aguiar (2004), uma ferramenta diagnóstica eficiente possibilita o estabelecimento diagnóstico sem basear-se unicamente pela narrativa do paciente. Essa perspectiva está atravessada pela técnica enquanto principal vetor de constituição médica, através da qual aparatos técnicos – como estetoscópio, eletrocardiograma, análises laboratoriais, ressonâncias – permitem objetificar as doenças.

Contribuindo para a propagação dessa lógica diagnóstica, os manuais internacionais de classificação de transtornos mentais foram criados e consolidados como norteadores das concepções científicas e sociais acerca do sofrimento humano.

Até o momento, o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) passou por cinco edições e duas revisões. Observamos que o estabelecimento dessa ferramenta diagnóstica, bem como suas modificações refletem o espírito do tempo e as perspectivas teóricas de cada época; e o seu conteúdo atravessa o modo de compreender e intervir para com os chamados transtornos mentais.

Em 1952 a Associação Psiquiátrica Americana publicou a primeira versão do DSM, lançada com 132 páginas e apresentando a descrição de 106 categorias de transtornos mentais. Em 1968 foi publicado o DSM-II, o qual sinalizou algumas reformulações e mudanças em relação à primeira edição do Manual. Foram elencados 182 transtornos mentais em 134 páginas. Quase

quinze anos depois, em 1980, o DSM-III surgiu com 494 páginas listando 265 categorias diagnósticas.

Importa destacar que o DSM-III marca a grande virada da Psiquiatria rumo à objetificação, pois foi a primeira classificação fundamentada em critérios diagnósticos considerados explícitos, nos quais eram descritos sinais e sintomas dos transtornos mentais. Esta edição do Manual marcou uma mudança de paradigmas na Psiquiatria, ocasionando rupturas conceituais, ao passo que propôs: uma única lógica classificatória; a distância do saber psicanalítico e a adoção de uma linguagem descritiva na formulação dos critérios diagnósticos; rupturas quanto às compreensões acerca do comportamento humano, à medida que outras concepções de normal e de patológico foram apresentadas.

Segundo Rodrigues (2003), o que fica evidente na publicação do DSM-III é o esforço no sentido de uma caracterização descritiva e atórica. Não colocando a etiologia em questão, oferece uma solução para a dificuldade de diagnosticar, tendo em vista a diversidade de vertentes vigentes nessa área do pensamento. O DSM, então, propõe com tais mudanças tornar-se um sistema norteador do pensamento nosológico em Psiquiatria, tendo como fundamento a fidelidade diagnóstica. O DSM-III sinaliza a escolha da Psiquiatria em compreender a doença como algo em si. Fundamentados nessa perspectiva, diferentes profissionais ao entrevistarem o mesmo paciente poderão chegar a um diagnóstico comum; atestando, com isso, o rigor do saber cientificista-biológico, nos moldes positivistas.

Os Manuais de transtornos mentais, além de diretrizes que visam à padronização das doenças, tematizam as solicitações de nosso tempo. Como um referencial, mais do que preocupar-se com o modo de cuidado em saúde, as diretrizes incorporam o que se configura universalmente como sinônimo de bem-estar, de felicidade, de sucesso, de autonomia, de eficácia e de controle.

De acordo com Aguiar (2004, p.81):

[...] o médico se interessará, no encontro com o paciente, em identificar sintomas que possam preencher os critérios diagnósticos para uma síndrome específica do DSM e tratar de eliminar esses sintomas da maneira mais breve possível. A relação do sintoma com os processos de

vida e a experiência subjetiva do paciente podem ficar absolutamente de lado. Se a patologia é definida como um conjunto de sinais e sintomas, pode-se pensar que são os sinais e sintomas que precisam ser tratados, e não o sujeito. A intervenção terapêutica passa a ser definida em função da tradução do sintoma em sinal de doença, e não de sua relação com as singularidades do sujeito.

Nessa linha compreensiva, Silva, Feijoo e Protasio (2015, p. 282), chamam atenção para o uso de descrições psicopatológicas, sem considerar o contexto, a tradição do paciente. “A ciência biológica entende a enfermidade psíquica como sujeição a determinadas condições biológicas, alterando o comportamento por consequência de uma disfunção cerebral; já a ciência psicológica interpreta o fenômeno como um mau funcionamento psíquico”. Afirmar que um determinado transtorno mental foi causado apenas por esta ou aquela condição vivida recai em reducionismo da experiência humana.

Aquilo que o paciente apresenta como sintoma/queixa é lido pelas lentes do diagnóstico e não como expressões do sofrimento que acompanha a existência humana, apontando para modos de existir singulares. Nessa direção, os Manuais de Psicopatologia tendem a unificar as nomenclaturas das doenças à custa de moldar a existência e o sofrimento humano a tais orientações. Essa perspectiva remete-nos ao mito do leito de Procusto, alegoria à intolerância e padronização. Procusto deitava suas vítimas em um leito e as adequava às medidas exatas – aquelas que excediam o tamanho, eram cortados os pés; já as que, sendo menores, também não atingiam o padrão, ele as esticava.

À semelhança de Procusto, muitos profissionais em Psicologia intervêm baseados na compreensão do sofrimento humano como uma espécie de desordem que cabe ser diagnosticada com vistas à cura. Nas palavras de Rodrigues (2003), os profissionais em Psicologia estariam no campo dos especialistas, “mestres da experiência”, os quais, com seus recursos técnicos irão identificar os problemas. E, através do método correto, desenvolver as potencialidades dos pacientes ou corrigir disfunções que impedem sua expressão. Tamanho empenho, em suma, aspira o bem-estar e busca neutralizar o sofrimento.

Outra indagação que se coloca à clínica psicológica diz respeito às repercussões do diagnóstico na vida dos pacientes e suas relações cotidianas. Tal perspectiva indica que o diagnóstico pode dar outros contornos às experiências médica e social do paciente. Nessa direção, o discurso científico pode ser compreendido como uma linguagem que encobre outras possibilidades de compreensão do sofrimento presente nas experiências vividas. Esse “poder”, atribuído ao diagnóstico, refere-se à legitimidade da ciência como portadora da verdade sobre a vida do paciente? Ao indicar um diagnóstico já pronto, objetivo, o profissional de saúde fornece a última/única palavra ao paciente?

Diante de tais questões, cabe problematizar o diagnóstico e sua inserção na prática do psicólogo. É oportuno apontar para uma prática clínica que não se contrapõe, nem nega o lugar do diagnóstico no encaminhamento de possíveis e necessárias orientações, mas que também assume uma posição crítica ao questionar as ressonâncias do diagnóstico na vida do paciente. Um diagnóstico pode ocupar o lugar de “identificação” do sofrimento, podendo levar a uma atitude de conformação ou cristalização das possibilidades que ainda estão abertas na existência do paciente.

Há como lançar mão do diagnóstico em sua origem etimológica (*diagnóstikós* a capacidade de discernir através de, por meio de), não enquanto prescrição antecipatória, mas como um modo de aproximar-se do paciente, conhecendo-o através das pistas que ele mesmo nos dá? Não seria esse um modo de viger a experiência singular de quem sofre, seu horizonte de sentido que não é passível de mensuração e controle?

2.2 A tarja preta da medicalização: é sempre necessária uma prescrição médica?

O recorte da medicalização foi escolhido na presente tese por apontar um modo de desvelamento do viver nos tempos atuais, no qual predomina uma desconsideração à condição originária da existência humana – finitude, angústia, poder-ser – e a exacerbação do comportamento observável como indicador da maneira “adequada” de existir. Ao falar de medicalização

almejamos pensar um movimento para além da prescrição de medicamentos; configura-se, pois, como uma questão social/política que adquire o sentido de invenção e fabricação de “existências medicalizadas”.

Conforme Figueiredo (2014), a medicalização, em um sentido amplo, expressa uma resposta contemporânea à procura de uma vida ilusória, ancorada no prazer, na liberdade incondicional e na publicização dos desejos. Tal fenômeno, objetiva a manter o freguês de qualquer farmácia em uma aparente segurança e bem-estar, lugar de refúgio na imersão impessoal do mundo. Interessante notar a exploração midiática a esse respeito: de comerciais bancários a margarinas, propaga-se a concepção de satisfação permanente, de encantamento afastado de qualquer sofrimento, planificação de modos de viver.

Aguiar (2004) realça a discussão sobre a medicalização ao expor que motivações, sensações, emoções estão sendo traduzidas em termos de “baixa serotonina”, “alteração da dose do antidepressivo”, “oscilação do transtorno bipolar”. Dito de outro modo, pessoas apropriam-se de suas experiências como sendo alterações de substâncias químicas cerebrais e buscam solucionar os sofrimentos da vida contemporânea recorrendo, predominantemente, aos psicotrópicos, os quais prometem a homeostase química.

Seguindo essa linha de pensamento, Birman (2014) chama atenção para a patologização daquilo que, antes do advento da regulação dos humores pelos medicamentos, era considerado “normal”:

Assim, se a dor e a tristeza sempre marcaram a tensão pré-menstrual, isso foi transformado, na atualidade, numa síndrome específica, que se fez pela *psiquiatrização da normalidade*. Da mesma forma, a tristeza que sempre existiu na experiência humana foi transformada em matéria-prima das depressões, que se transformaram então numa epidemia, psiquiatricamente induzida, nos anos 1980. Enfim, as variações de humor que sempre marcaram a existência humana foi recentemente psiquiatrizada, para a caracterização da bipolaridade como sendo a nova síndrome, desde o ano 2000, a que se deve medicar com psicofármacos diferentes dos que eram utilizados para a depressão. (p. 35, grifos do autor)

Frente a tal contexto, surgem indagações: quais os horizontes de sentido desvelados pelo discurso da medicalização? Quais as ressonâncias dessa visão racional e objetivista do sofrimento humano? De que modo a angústia é acolhida em uma sociedade que busca, com o auxílio da indústria farmacêutica, um estado de satisfação pessoal e coletivo?

Ao atentarmos para o âmbito da clínica psicológica ainda questionamos: diante das promessas de melhora instantânea asseguradas pelos aparatos tecnológicos, como a clínica psicológica pode se posicionar? Como conviver com a crescente prescrição, oferta e solicitação dos medicamentos, os quais se voltam à resolução de crises que atravessam a existência, reduzidas às disfunções orgânicas ou psíquicas? Qual o preço pago para suprimir o sofrimento, através das “pílulas mágicas”? Com tais interrogações não se pretende fazer uma crítica ingênua à medicalização e aos aparatos técnicos; visto que são evidentes os avanços nesse campo e sua relevância em inúmeros casos. A problematização refere-se à absolutização destes recursos, tomados como critério capaz de dar conta dos paradoxos da existência.

Adiante pretendemos discutir, mesmo que brevemente, a progressiva tendência do uso de psicotrópicos em um contexto que vem contribuindo para a medicalização da vida.

Segundo Dantas (2014), anterior ao avanço da farmacologia, os medicamentos eram ervas e preparos caseiros, cujo manejo era passado por gerações na tentativa de resolver os mais variados sofrimentos. A ideia de que poderia haver um remédio específico destinado a cada doença era uma noção estranha à medicina. Contudo, o medicamento vem, ao longo do tempo, se tornando a principal via pela qual a medicina intervém.

Desde o lançamento do antidepressivo Prozac (Fluoxetina), no século XX, a Psiquiatria tem se difundido fortemente enquanto especialidade médica, ancorada na legitimidade científica. A “pílula da felicidade” prometia uma ação mais eficaz que os antidepressivos anteriormente produzidos, atrelado a efeitos colaterais e ao potencial de toxicidade significativamente menores. Assim, a medicação se tornou a modalidade hegemônica de intervenção. Atrelado a isso, assistimos a um progressivo abandono de outros saberes – psicossocial, psicológico, espiritual e filosófico (Aguiar, 2004).

Interessante mencionar a pesquisa realizada por Benini e Leal (2016) acerca do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Segundo as autoras, o uso de medicamentos abarca experiências diversas e de forte influência na maneira pela qual o paciente compreende e se engaja no tratamento. Foi observado que a minoria dos usuários utiliza remédios como uma escolha feita diante de seu diagnóstico; para os demais, o uso medicamentoso provém de uma imposição familiar, social e da própria equipe de cuidado. Cabe expor também que alguns pacientes se consideram “cobaias” de uma ciência que ainda não descobriu o remédio para o seu sofrimento. Muitos daqueles que passaram por uma internação psiquiátrica sinalizaram experiências negativas com os remédios, principalmente quando se trata da medicação injetável; mas ressaltaram a relação médico/paciente como forte influenciadora na maneira pela qual vivenciam o uso dos medicamentos.

Frente ao contexto que a pesquisa referida nos aponta, parece que as dimensões da história do paciente recuaram diante do investimento na suposta cura do funcionamento corpóreo/mental. Não se trata de negar ou subjugar a importância dos medicamentos em muitas situações. Contudo, será que se o foco do projeto terapêutico se distanciar da doença (e sua medicalização) e privilegiar a experiência do paciente, em sua dimensão singular, as possibilidades de reflexão crítica, autonomia e cuidado de si não poderiam aumentar consideravelmente?

Junto a essas reflexões, é importante trazer os dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)⁵, os quais sinalizam o crescimento do consumo de psicotrópicos. Os medicamentos, geralmente utilizados para dormir, foram as substâncias controladas mais consumidas pela população brasileira no período de 2007 a 2010. Só em 2010, foram vendidas em torno de 10 milhões de caixas do medicamento Clonazepam – o primeiro da lista. O segundo mais comercializado foi o psicotrópico Bromazepan, com 4,4 milhões de unidades vendidas, seguido pelo medicamento Alprazolam, que registrou 4,3 milhões de unidades.

⁵ Recuperado em dezembro de 2016, em:
http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf

A Anvisa também apresenta estimativas de gastos das famílias brasileiras com as substâncias de maior consumo. No caso do Clonazepam, por exemplo, o investimento dos brasileiros, se considerado o preço máximo ao consumidor e a menor faixa de imposto (12%) aplicável, pode ter chegado a R\$ 92,4 milhões.

Interessante mencionar que no quadro global, o Brasil tornou-se líder na fabricação de Clonazepam em 2013, com 3,2 toneladas produzidas no ano. Segundo os dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), somente em março de 2013 foram notificadas a venda de 835.044 caixas de Clonazepam. Tal consumo, apresenta constante aumento tanto nas capitais quanto nas cidades interioranas com um grande salto a partir de 2010, quando as vendas passaram de 755.567 caixas, em 2009, para mais de 1,5 milhão de caixas, um aumento de mais de 200% (Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2015).

No que se refere aos psicoestimulantes, a Ritalina®, indicada para o tratamento do TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade), registrou venda de 58.719 caixas em outubro de 2009 e 108.609 caixas em outubro de 2013, um aumento de mais de 180% em 4 anos. Entre o período de outubro 2007 a setembro 2014, os maiores compradores de Ritalina® encontram-se no interior dos estados de São Paulo, do Rio Grande do Sul e de Minas Gerais. Após o expoente acréscimo no consumo de 2007 até 2012, tal psicoestimulante apresentou queda acentuada de venda em 2013, todavia foi acompanhada pela procura de outras substâncias similares e mais caras, como o Concerta® e o Venvanse® (Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2015).

Os dados supracitados apontam a relevância que as substâncias psicoativas vêm ganhando na sociedade atual. O crescimento de uma geração eficiente de psicofármacos parece ter livrado o “comum dos mortais” de um mal-estar desnecessário. Pode ser uma solução satisfatória para um amante desconsolado, uma dona de casa cansada da rotina, um trabalhador que tem de lidar com as pressões do mundo laboral, para crianças indisciplinadas e com dificuldades de aprendizagem, para o jovem estressado e indeciso. Esses são apenas alguns dos inúmeros clientes em potencial para os quais novas fórmulas têm sido desenvolvidas e aperfeiçoadas. Em outros termos, o efeito

mais evidente da “saúde em pílulas” tem sido a medicalização de sentimentos anteriormente considerados comuns, pertencentes à própria condição humana.

Interessante notar que, na atualidade, as promessas das medicações mostram-se sedutoras, pois ao invés do tempo, geralmente longo, do processo terapêutico, as substâncias acenam o desaparecimento dos sintomas em semanas. A esse respeito, Figueiredo (2014, p.36) afirma que “a fantasia da medicalização difunde a crença de que a substância química vai livrar o sujeito do sofrimento o mais rápido possível: seria um tratamento rápido, indolor e dispensa trabalho”. Nessa direção, o medicamento configura-se enquanto possibilidade de concretização dos ideais contemporâneos de saúde, de beleza e de bem-estar.

Como visto, o vocabulário médico se torna comum, ao passo que intervém na vida cotidiana, criando e alimentando demandas por ajuda farmacológica. Os enunciados das promessas de extinção do sofrimento colocam a medicação em primeiro plano sendo, em muitos casos, a única via de tratamento proposta. Não seria uma restrição do olhar dirigido, unicamente, para a eliminação de sintomas? Restrição da experiência humana em uma formulação neuroquímica? As respostas para tais questões, no momento atual, parecem indicar a primazia do pensamento teórico-explicativo que domina o saber médico e até psicológico. Nisso vigora uma clínica psicológica cujos recursos e modos de intervenção são atravessados, principalmente, pelos labirintos da informação, pelo predomínio da superficialidade, pela funcionalidade do cálculo e do método.

Importa esclarecer que o questionamento acerca da insuficiência do pensamento teórico-explicativo, que atravessa a prática do psicólogo, não parte de uma decisão unilateral da pesquisadora, mas encontra sua necessidade no modo de ser do fenômeno investigado, o qual, sendo existência humana, não se restringe ao lugar-comum de explicação teórica. Autores como Barreto, Silva e Santana (2016), Evangelista (2016) e Feijoo (2011; 2017), a partir de aproximações com a Filosofia Hermenêutica, já expressaram a necessidade de acolher o que, habitualmente, é desconsiderado pelo discurso científico. Tais pesquisadores indicam uma prática clínica na qual o homem é compreendido, em sua dimensão singular,

enquanto existente aberto à possibilidade da estranheza, do mistério, da angústia de ser.

Na consideração da angústia enquanto constitutiva, ressaltamos o caráter indicativo-formal da linguagem, cujo objetivo primário não será explicar ou esclarecer, mas apontar, indicar uma direção para a qual olhar, tecendo possibilidades compreensivas. Nessa perspectiva, a seguir, dialogaremos com dimensões do pensamento de Kierkegaard, Heidegger e Boss, na busca de subsídios que, por apresentarem outra compreensão de angústia, podem possibilitar pensar a ação clínica em ressonância com os pressupostos fenomenológicos hermenêuticos.

3 ANGÚSTIA COMO CONSTITUTIVA DA EXISTÊNCIA: A FILOSOFIA INSPIRA O CAMINHO

“Que seria o homem sem a angústia? A arte, sem a angústia? O pensamento, sem a angústia? [...] Não se trata de evitar, e sim de aceitar. Não se trata de curar, e sim de atravessar”. (Comte-Sponville)

Na tentativa de um diálogo entre a Filosofia e o campo da clínica psicológica, de modo a distanciar-nos de explicações causais e essencialistas do sofrimento humano, buscamos uma aproximação com o pensamento de Kierkegaard, Heidegger e Boss, principalmente quando discutem e tematizam sobre a angústia – temática da presente tese.

Para iniciarmos essa reflexão, recorreremos à etimologia⁶ na tentativa de um sentido para a angústia e encontramos sua origem no vocábulo grego “*angor*” e no latim “*angere*”, que significa estreitamento, aperto, diminuição. Tal significado parece indicar que, na presença da angústia, vivenciamos sensações de sufocamento acompanhado de desconforto e desolamento. Agonia (*Agon*) também se encontra na raiz etimológica da angústia, referindo-se a uma luta, combate, intensa dor da mente e do corpo.

Diante de tal contexto, perguntamos-nos: pensar a angústia não seria pensar a própria existência humana? Não é existindo no mundo que muitas vezes nos sentimos desalojados, sem abrigo, sufocados e não conseguimos uma “explicação precisa e direta” para tal experiência? Mas será que existe tal explicação ou a angústia é a condição irremediável de nos encontrarmos lançados no mundo, com perspectivas futuras que desconhecemos e das quais só podemos fazer conjecturas que, muitas vezes, desmancham-se como poeira no ar? Como então trazer tais questões para a clínica psicológica não assumindo uma postura de “salvadores” e “doutores do saber”, detentores de uma verdade que pode ser transmitida ao paciente, libertando-o da “dor de existir”?

⁶ Recuperado em outubro de 2017, em: <https://www.gramatica.net.br/origem-das-palavras/etimologia-de-angustia/> ; <https://www.merriam-webster.com/dictionary/agon>

Frente a tais inquietações escolhemos trilhar um caminho na companhia de alguns filósofos, na busca de outra compreensão da angústia que possibilite pensar uma clínica não dominada pelos recursos tecnológicos modernos que, hegemonicamente, nos colocam na condição de fornecer a ilusão de controle e solução do sofrimento do paciente.

Iniciamos nosso percurso com Comte-Sponville (1997), já que traz questionamentos que sinalizam uma possível trilha a ser perseguida, principalmente quando ressalta que, não obstante às tentativas de escamotear a angústia, ela nos acompanha na caminhada pela vida. Nessa direção, provoca-nos ao questionar: “O que é mais angustiante que nascer? O que é mais angustiante que viver? O que é mais angustiante que morrer? Que é a angústia, senão esse sentimento em nós?” (p.11). Tais interrogações abrem um caminho para apresentar a angústia como condição de existir, nascemos e morremos nela.

Sobre o caráter inexorável da angústia, Comte-Sponville (1997, p.12) comenta: “o que é mais natural que a angústia? O que é mais humano que a angústia?” Apesar da sua presença que nos acompanha, algumas pessoas vivem “como se” a angústia fosse algo alheio. Comungando com a tentativa de encobrir a angústia, métodos e estratégias clínicas almejam nos proteger dela, outros querem curar-nos. A angústia, por sua vez, dolorosamente, lembra-nos que não há vida sem crises, que as situações cotidianas nos afetam, machucam-nos, ameaçam-nos. Mas, também, a angústia nos conclama para viver a vida em suas diversas possibilidades, correndo os riscos que a caminhada traz.

Essa é a vida mesma! Somos vulneráveis no mundo e mortais na vida. Expostos a todos os riscos, medos e ventanias. Dizer sim à vida denota aceitar também o que ela demanda para nós, necessariamente, fracassos e frustrações ao lado de alegrias e afetos que nos tomam e dão colorido à vida. Tal angústia nos paralisa, mas também pode tornar-se salto frente aos abismos de nossa existência, permitindo-nos alçar outros voos e/ou quedas menos doloridas. Também, pode apresentar-se como “parteira”, ajudando o nascer de outros dias, indicando novos caminhos a trilhar.

No entanto, a despeito da perspectiva que compreende a angústia enquanto constitutiva da existência, outros olhares acerca de tal fenômeno

atravessam as diversas modalidades de prática psicológica. Na Psicopatologia, a angústia é tida como sintoma para critério diagnóstico (American Psychiatry Association, 2013). Se considerarmos o referencial psicanalítico, a angústia pode ser compreendida enquanto “elemento estruturante do existir humano, atribuindo-lhe uma função defensiva diante dos perigos que ameaçam a existência” (Rocha, 2000, p.13). Visitando a perspectiva humanista e escolhendo entre diversos posicionamentos a teoria da personalidade apresentada por Rogers, a angústia é derivada da incongruência entre o *self* e a experiência. Já as neurociências concebem a angústia enquanto tensão psíquica, relacionada a distorções cognitivas frente às situações.

Diante de tantas perspectivas, reafirmamos nossa escolha de caminhar por uma trilha outra, na busca de questionar a essencialização da angústia e sua conseqüente determinação biológica. Nessa direção, escolhemos dialogar com Kierkegaard e Heidegger, “filósofos da existência”, e, posteriormente, com Medard Boss. Consideramos relevante esta discussão pois, a partir das possibilidades compreensivas abertas pela Filosofia, podemos, na clínica psicológica, compreender, intervir e acolher o fenômeno da angústia como condição própria da existência humana.

Tal perspectiva não dispõe de teorias e técnicas prévias, mas preocupa-se, sobretudo, em acompanhar o paciente, em um modo de cuidado enquanto pré-ocupação, no apropriar-se de seu existir e das possibilidades que podem ser assumidas diante de um acontecimento que rompa com o habitual e a ilusão de segurança e controle. Compreendendo a angústia enquanto disposição afetiva própria do existir humano, a situação clínica pode acolher o fenômeno da angústia enquanto apelo pelas possibilidades, podendo questionar a tranquilidade das ocupações cotidianas e retomar a existência como espaço de possibilidade.

Portanto, para iniciar o percurso de tal caminho, importa trazer algumas reflexões do pensamento de Kierkegaard acerca da angústia, como possibilidade de iluminar um modo outro de pensar a clínica psicológica. Diante da complexa e vasta obra de Kierkegaard, escolhemos a voz do pseudônimo Vigilius Haufniensis, na qual a angústia é realçada como atmosfera de possibilidades, e, quando considerada abertura onde tudo é possível, pode apresentar-se como espaço próprio para a intervenção na clínica psicológica.

Na persistência de compreender a angústia, consideraremos algumas dimensões do pensamento de Heidegger, quando tematiza a angústia como disposição afetiva fundamental. Veremos que, além do caráter de singularização da existência, a angústia pode abrir para o homem a possibilidade de romper com a familiaridade cotidiana, apresentando-se como esvaziamento radical de sentido – o “nada” e o “em lugar nenhum”.

Por fim, aproximando-nos da clínica psicológica, traremos as reflexões a partir de Merdard Boss que, ao criticar uma perspectiva mais tradicional de psicoterapia, assume os indicativos-formais de Heidegger como possibilidade de repensar a angústia. Ressaltando a dimensão constitutiva da angústia, Boss indica a possibilidade de acolhê-la como “dote” do nosso estar-aí, do qual não podemos nos livrar.

3.1 “A escola da angústia” – considerações a partir do pensamento de Kierkegaard

Em sua obra “O conceito de angústia”, Kierkegaard (1844/2015), na voz do pseudônimo Vigilius Haufniensis, indica-nos possibilidades compreensivas para o fenômeno da angústia e estabelece relações entre a angústia e a Psicologia.

O filósofo inicia suas reflexões no capítulo V fazendo referência a um conto dos irmãos Grimm denominado “João sem medo”. A narrativa é sobre um jovem que nada temia, mas que queria aprender a ter medo. O pai, o irmão e os amigos, com base em suas experiências, procuravam auxiliar João nessa tarefa. Em tal trajetória, o personagem se depara com fantasmas, animais ameaçadores, cadáveres, mas nada teme. Nem o querer de João, tampouco as instruções dadas a ele, mostraram-se suficientes para que aprendesse a temer. O término da narrativa sinaliza João se assustando com algo aparentemente inofensivo: peixes pulando em sua barriga enquanto dormia. Tais peixes foram postos sobre o seu corpo por sua esposa. Nesse momento João despertou e gritou que agora sabia o que era estar assustado. Foi a vida mesma, de súbito, que revelou a João seu caráter de vulnerabilidade (Feijoo, 2017).

Kierkegaard (1844/2015) realça que, tal como o personagem João, todos passamos pela aventura de angustiar-se, “para que não se venham a perder, nem por jamais terem estado angustiados nem por afundarem na angústia” (p.168). Tal narrativa nos encaminha a pensar a angústia como constitutiva da existência: viver é angustiar-se; viver é habitar na “escola da angústia”. Aprender a conviver com a angústia é aprender acerca si mesmo, sobre o que há de mais singular e plural na nossa existência, assumindo a responsabilidade de ser quem nós mesmos somos.

O ponto de partida de Kierkegaard é a própria existência, debruçando-se diretamente sobre o humano, que é pura possibilidade e incerteza. Tentar explicar a existência é, portanto, negá-la. Sob essa perspectiva, o filósofo dinamarquês criticava os psicólogos de sua época, pois almejavam compreender o humano de forma abstrata: consultando compêndios, descrevendo e experimentando alterações no comportamento a partir de estímulos diversos. Sugere, então, como caminho possível para um distanciamento da tradição naturalista da ciência, a aproximação com a existência, a observação do homem em seu viver cotidiano, tendo como norte a angústia.

Nessa direção, destaca Protasio (2017, p. 95):

Sua crítica se dá no sentido da ilusão de abarcar toda a existência nestes sistemas explicativos e na distância guardada entre o sistema e a existência concreta. Propõe, então, que à Psicologia não cabe o real em si, ou seja, a ação do homem, que é algo movediço, mas sua possibilidade. [...] O lugar da Psicologia é o lugar da angústia, da indecisão, onde o homem em liberdade opta por determinado modo de existir em detrimento de outro.

Segundo Kierkegaard (1844/2015), a angústia desperta o homem para a possibilidade de ser livre, ela se revela diante da compreensão de que o futuro é indeterminado, que há possibilidades de escolha e, portanto, liberdade. Utilizando-se dos relatos bíblicos do Éden, Kierkegaard sugere que Adão, antes do pecado, estava na ignorância, em uma espécie de inocência, caracterizada por paz e repouso. Frente à possibilidade de escolher, foi tomado

pela angústia. Em tal condição, outra possibilidade de compreender o mundo e a vida se apresenta, já que com a liberdade, o homem experimenta a si mesmo como possibilidade. “O que aparece para Adão é ele mesmo, a partir de uma diferenciação entre ele e ele mesmo. É, ainda, Adão, mas não o mesmo Adão” (Protasio, 2014, p.149). Cabe indicar que o elemento dessa diferenciação não pode ser determinado, nem tido como necessidade, mas enquanto possibilidade/liberdade. Nesse sentido, uma clínica psicológica leva em conta o caráter libertador da angústia e a necessidade de defrontar-se com ela na busca de ser-si-mesmo.

Essa “angustiante possibilidade de *ser-capaz-de*” (Kierkegaard,1844/2015, p.48) causou vertigem. Adão sentiu, no dizer de Kierkegaard, uma estranha ambiguidade que se mostra como antipatia simpatizante uma simpatia antipatizante. A possibilidade de escolha pode configurar uma experiência de angústia, visto que a escolha é um “passo no escuro” sem muitas ou nenhuma garantia. Nessa direção, o pecado surgiu como decorrência da angústia da escolha.

Angústia pode-se comparar a vertigem. Aquele, cujos olhos se debruçam a mirar uma profundidade escancarada, sente tontura. Mas qual a razão? Está tanto no olho quanto no abismo. Não estivesse ele encarado a fundura!... Deste modo, a angústia é a vertigem da liberdade, que surge quando o espírito quer estabelecer a síntese, e a liberdade olha para baixo, para a sua própria possibilidade, e então agarra a finitude para nela firmar-se. (Kierkegaard,1844/2015, p.67)

O autor nos apresenta a angústia como vertigem, o que nos fala de uma tontura, falta de lugar para se firmar. Mas por que razão? Na citação acima ele nos responde de maneira enigmática: “está tanto no olho quanto no abismo. Não tivesse encarado a fundura”. A fundura encarada no olhar desperta o abismo angustiante da liberdade e a vertigem faz com que o espírito queira “estabilizar a síntese”. Ao se deparar com o abismo de possibilidades não consegue aguentar, o peso opressor de não ser o acomete quase em um reflexo instantâneo a agarrar a finitude para nela se firmar (Gill, 2014). A finitude se refere ao limite das possibilidades. Se tudo se apresenta como

possibilidade na atmosfera da angústia, é a finitude das mesmas que dá medida, que dá fundo, que dá chão.

Na clínica, é comum a procura por se sentir seguro, por encontrar a medida da existência, o caminho da superação daquilo que traz dor. De acordo com Feijoo (2017), diferentemente dos gregos antigos, o homem moderno em busca de um querer infinito, passou a desconhecer os limites, com total esquecimento do cuidado de si e, conseqüentemente, da medida existencial. Frente a tal contexto, no âmbito da clínica, é-nos solicitado que posicionemos a norma, indiquemos referências normativas ao paciente e aos acontecimentos da vida. A medida da existência é dada pelas teorias ou manuais que descrevem e caracterizam o humano, estabelecendo a medida normal/patológico dos comportamentos. O “homem da ciência” antecipa (prognóstico), controla (diagnóstico) e guia (prescrição) o caminho correto.

E, aos poucos, vamos entendendo que tal estratégia de conhecer/prescrever a medida não resolve, não nos livra da estranheza, não abarca a complexidade dos sofrimentos. Mas cabe enfatizar que nem sempre o paciente se sente em condições de se apropriar da sua medida – no caso aqui enfatizado, da angústia como vertigem da liberdade. Tal condição pode ser conquistada ou não na situação clínica, ou até pode surgir em certas “situações terapêuticas” espontâneas promovidas por acontecimentos na vida cotidiana.

Retomando o pensamento de Kierkegaard, compreendemos que, devido à ausência de *a priores* deterministas, é dado ao homem uma liberdade que lhe suscita angústia. A angústia surge, então, como inerente ao existente diante do que se abre, frente às possibilidades históricas que se abrem para cada um em sua existência concreta. Neste projeto de ter-que-ser, a angústia libertadora ou a liberdade angustiada aparece como constitutiva do modo próprio de ser humano. Por meio da angústia, o homem se apropria da nulidade que ele mesmo carrega enquanto mera possibilidade de ser.

Nesse sentido, questiona Kierkegaard (1844/2015, p.45), “há algo de diferente que não é discórdia e luta; pois não há nada contra o que lutar. Mas o que há, então? Nada. Mas nada, que efeito tem? Faz nascer a angústia”. É com esse nada que a existência se depara rotineiramente. É o nada que perturba a calma do paraíso.

Um nada que parece já estar ali, mas não está, pois ainda não foi despertado. Este despertar surge do nada um nada que desperta o próprio nada da angústia. Esta sentença nos parece estranha e ambígua, mas é justamente nesta ambiguidade que se encontra a angústia. (Gill, 2014, p.100)

A angústia surge em um contexto de nada, ou seja, da falta de qualquer determinação, de algo que justifique sua manifestação. Há somente um chão sem fundo, a ausência de sustentações nos faz permanecer lançados a possíveis... Apesar dessa condição constitutiva da angústia, assistimos à tentativa, por meio de diversos subterfúgios, de encobrir a angústia. Essa situação reaparece constantemente no encontro clínico, à medida que a busca por segurança se apresenta como insuficiente e incerta. Constatando dolorosamente tal ilusão e não suportando viver sem esse conforto e controle, comumente o paciente tende a procurar uma ajuda eficaz, seja ela psicológica ou psiquiátrica, quando de algum modo percebe que o modelo de ajustamento ao mundo e aos outros fracassou. Daí a situação clínica poder abrir um horizonte ao deixar serenamente que o paciente se confronte com a condição existencial de “estar lançado no jogo da vida”.

Ao tematizar a questão do bem e do mal, Kierkegaard fala de um modo de ser, de estar que se insere em um momento historicamente dado e que guarda a tensão que impulsiona para o momento seguinte. Assim, há sempre presente a possibilidade de, estando no mal, ser tentado pelo bem; e estando no bem, ser tentado pelo mal.

Se estar no bem é mostrar uma atitude de seriedade para com suas escolhas, ocorre sempre a tentação por sair deste estado, assumindo, por exemplo, uma atitude mais relaxada e despreocupada com as consequências, deixando-se levar pela preguiça ou pelo adiamento. Estando no mal – considerando-se este estado como aquele que se vive escravo dos apelos do mundo, em que se descansa cotidianamente na não-responsabilidade –, o homem é tentado por assumir-se na seriedade. (Protasio, 2017, p. 97)

Independente de sermos acometidos pela angústia do bem ou do mal, não podemos esquecer, como lembra, Haufniensis que “a angústia é aquilo ao redor do que tudo gira” (1844/2015, p.47). Esta afirmação parece sugerir que não importa onde o homem se encontre, o abismo da angústia estará ao seu lado. Não há outro caminho a não ser enfrentar a angústia, experimentá-la. Por isso, a intervenção do psicólogo não deve buscar “abafar” o fenômeno da angústia, mas tentar coconstruir um “espaço” de acolhimento para tal disposição afetiva.

Nessa abordagem, a angústia não tem um tom negativo:

A angústia torna-se para ele um espírito servidor que não pode deixar de conduzi-lo, mesmo a contragosto, aonde ele quiser. Quando ela anuncia, quando parece que vai dar um golpe, [...] ele não recua, nem ao menos procura mantê-la afastada com ruído e algaravia, antes lhe dá as boas-vindas, saúda-a festivamente. (Kierkegaard,1844/2015, p.173)

Kierkegaard ressalta que aqueles que se apropriam da angústia do bem dão um “salto qualitativo”, o qual não pode ser explicado, descrito por etapas. Interessante mencionar que o salto surge como possibilidade e não oferece garantias específicas. Na clínica psicológica, a consideração dessa compreensão nos leva ao reconhecimento da imprevisibilidade do “salto”; o qual não depende da postura do clínico, da aplicação de técnicas, nem do esforço contínuo dos pacientes de alcançar seus objetivos. Reflete, muito mais, um aguardar que as coisas se mostrem, a clínica como um lugar de deixar aparecer as possibilidades.

A voz do pseudônimo Vigilius Haufniensis apela para a necessidade de arriscar, de manter a tensão do impalpável. Não seria próprio da situação clínica acolher a experiência singular do paciente com seus questionamentos, surpresas e angústias? Caberia ao clínico, junto ao paciente, deixar aparecer as possibilidades que se mostram na experiência de vida e os possíveis encaminhamentos?

Retomando a questão da angústia, para Kierkegaard, ela surge questionando as ilusões, nos apavorando diante do nada. E, de modo

ambíguo, revela-se também como elemento que nos desperta para a tarefa de sermos nós mesmos, nos chama de volta quando estamos perdidos na imersão do impessoal, quando somos mais uma ovelha no rebanho. Tal como foi exposto no conto dos irmãos Grimm, João rompeu com as prescrições do seu mundo familiar/seguro para dar um passo no desconhecido, em busca de aprender a angustiar-se, de uma apropriação singular.

João percorreu seu caminho e na existência mesma foi o lugar onde encontrou a “escola da angústia”. Apenas a angústia anuncia a existência em sua caracterização de precariedade, de indeterminação, de abertura e de liberdade. Além disso, podemos considerar a angústia como despertar, quando Kierkegaard se refere à Adão como espírito adormecido, que desperta pela e na condição de sua indeterminação – ser angústia.

Tendo como direção a compreensão de angústia como escola, o homem pode, aos poucos, ir

deixando estas ilusões e atentando para a realidade da escola dos possíveis, os horrores que guarda, a destruição, os perigos. Prosseguindo em seu caminho, pode enfrentar sem desvios e de forma honesta com ele mesmo estes horrores, abstendo-se de esconder-se nas possibilidades de êxito, convivendo com a angústia, de forma a não ser abatido por ela. (Protasio, 2017, p. 101)

As pistas dadas por Kierkegaard nos levam a considerar a importância de refletir sobre as ressonâncias da angústia na clínica psicológica. De acordo com Gill (2014), tal necessidade fala de uma relação peculiar da angústia com a Psicologia, que não se pretende explicativa. Partindo de pressupostos fenomenológicos hermenêuticos, o psicólogo compreende a existência humana e se coloca na clínica de um modo diferenciado. A angústia ocupa um lugar importante nessa perspectiva clínica, à medida que compreendê-la possibilita encaminhar a vida de outros modos, muitas vezes esquecidos ou desconsiderados.

Nessa direção, Protasio (2014) realça que o psicólogo cuida para que a situação clínica se constitua como espaço de liberdade, no qual ao escutar a fala da angústia se resguarda o espaço no qual a angústia pode devolver “o

homem a si mesmo e às suas possibilidades, espaço onde o homem pode formar a si mesmo, transformar a si mesmo, pois é da possibilidade que pode advir uma transformação” (p.163). E para que esse espaço de abertura ao novo se dê, é preciso não abafar as inquietações, mas deixar que apareçam com aquilo que anunciam, apresentando a vertigem diante do nada.

O psicólogo conserva-se na retaguarda e apresenta, ao paciente, um “auxílio negativo”. Sua ação está interessada em acompanhar o encontro do paciente consigo mesmo, “em que o cliente reconheça-se em sua ilusão, que este veja a si mesmo e reflita, julgue a si mesmo, e opte por sua singularidade, por assumir uma posição, comprometendo-se consigo mesmo, com seus contemporâneos e com Deus” (Protásio, 2017, p.119-120).

A experiência cotidiana é a escola em que a atmosfera da angústia pode abrir a possibilidade de transformação. Nessa direção, o psicólogo vai lidar com as possibilidades e riscos que caracterizam o existir humano. Aquele que acredita estar seguro e ter as respostas para os enigmas da existência não compreendeu, ainda, o lugar da angústia na Psicologia. Já aquele que aprendeu a angustiar-se sabe que em todas as coisas há riscos e, justamente por isso, há possibilidade de transformação.

3.2 A dimensão existencial da angústia em Heidegger – o “não se sentir em casa”

Sabemos que as reflexões de Kierkegaard influenciaram diversos aspectos do pensamento de Heidegger, embora este último introduza o fenômeno da angústia em uma Analítica Existencial do *Dasein*. Em tal possibilidade compreensiva, a angústia é tida como disposição afetiva mais fundante, anterior a qualquer manifestação psicopatológica.

Antes de prosseguir com as considerações a respeito da angústia, importa ressaltar a perspectiva ontológica dos existenciais – dimensões da abertura do *Dasein* à revelação do ser, no horizonte do tempo. Vê-se que a intenção de Heidegger caminha no sentido de superar a ontologia da coisa enquanto modelo de referência da interpretação ontológica do homem. Com isso, indica, logo no parágrafo 34 de *Ser e tempo*, que a compreensão, a

linguagem e a disposição são os existenciais fundamentais, constituintes da abertura do ser-no-mundo.

Para fins didáticos, vamos nos deter ao existencial da disposição afetiva o qual, onticamente, é conhecido como humor. O humor revela como alguém está e se torna. “Ele não vem de ‘fora’ nem de ‘dentro’. Cresce a partir de si mesmo como modo de ser-no-mundo” (Heidegger 1927/2012, p. 137, aspas do autor). A abertura do *Dasein* implica sempre um estado de ânimo, uma disposição afetiva, de modo a poder ser tocado pelo que vem ao encontro. Mais que emoções ou estados de alma, a disposição afetiva é o oferece ao *Dasein* o tom de sua existência, sintonizando-o no mundo; é a voz que o afina em seus comportamentos, apontando maneiras de ser e estar.

Essa afinação constitutiva revela-se variada e impermanente. Heidegger (1927/2012) menciona que, pelo fato das disposições afetivas não possuírem substância fixa, a metafísica as toma como se fosse o que há de mais inconsistente. Embora a tradição vigente tenha essa impermanência como descrédito, é ela que evidencia que o *Dasein* é fundamental e inevitavelmente liberdade, pois sua existência se dá sem pré-determinações.

Segundo Critelli (2007), para compreensão dos fenômenos, o procedimento convencional da metafísica requer o isolamento das emoções e das sensações em que aquelas são apanhadas; já a fenomenologia heideggeriana compreende que nosso entendimento é, sempre e de alguma maneira, emocionado, atravessado por estados de ânimo – “através dos estados de ânimo, os significados das coisas fazem sentido. E, através deles, esses significados mudam” (p.103). Cabe salientar que as disposições afetivas não têm seu fundamento nas concepções lógico-formais, pois são ontologicamente constitutivas.

Muitas são as disposições afetivas descritas por Heidegger: o temor, o tédio, a angústia, a admiração, o êxtase. Entre estas, Heidegger realça as disposições afetivas fundamentais, as quais provocam uma espécie de colapso radical na existência. Isto é, suspendem os sentidos prescritos na cotidianidade mediana, confrontando o *Dasein* com seu modo de ser mais próprio. Dentre as disposições afetivas fundamentais encontra-se a angústia, pela possibilidade que ela abre ao *Dasein* no modo da propriedade. Importa situar que, como foco

do presente estudo, a partir de agora, iremos nos ater à compreensão da angústia.

De início, cabe esclarecer que a angústia não é tomada como emoção ou fenômeno psicológico. A angústia, em uma dimensão ontológica, se apresenta como constitutiva, nos acompanhando com a persistência de uma sombra. Ela está sempre aí, porém velada pelo predomínio da decadência e da interpretação pública. Nessa direção, o homem está ontologicamente disposto como angústia, que se mostra como indeterminação originária. Partindo de tal compreensão, não é possível assumir, na clínica, intervenções que busquem eliminá-la, como algo que atrapalha um suposto bem-estar.

A angústia, como as demais disposições afetivas, revela ao *Dasein* o seu próprio ser-no-mundo, indicando que o *Dasein* está entregue a liberdade para ter-que-ser e poder-ser. “Com que” a angústia se angustia é indeterminado, não é objeto algum e não possui lugar definido. Essa característica distingue a angústia do medo. O ameaçador do medo provém de algo existente no mundo – as pessoas ou os entes intramundanos. “Nós nos atemorizamos sempre diante deste ou daquele ente determinado que, sob um ou outro aspecto determinado, nos ameaça. O temor *de...* sempre teme por algo determinado” (Heidegger, 1929/1999 p. 56).

A angústia, diferentemente, possui em si o caráter de indeterminação. Sendo, pois, uma disposição afetiva difícil de tematizar, já que a nada se refere e não apresenta um objeto com o qual se angustia. Aquilo que expressa a ameaça da angústia não pode ser distinguido, objetivado; não se sabe de onde vem nem para onde vai. Desse modo, em *Ser e tempo* Heidegger (1927/2012, §40, p.252, 253, aspas do autor) ressalta:

Aquilo com o que a angústia se angustia é o ser-no-mundo como tal. [...] O com quê da angústia não é, de modo algum, um ente intramundano. Por isso, com ele não se pode estabelecer uma conjuntura essencial. [...] O com quê da angústia é inteiramente indeterminado. Essa indeterminação não apenas deixa facticamente indefinido que ente intramundano “ameaça” como também diz que o ente intramundano é “irrelevante”. Nada do que é simplesmente dado ou que se acha à mão serve para a angústia com ele angustiar-se. [...] Por isso a angústia não

“vê” um “aqui” e um “ali” determinados, de onde o ameaçador se aproximasse.

Como consequência do fato de o ameaçador da angústia não se encontrar em lugar nenhum, ele dispõe da possibilidade de não se aproximar a partir de uma direção determinada, visto que está sempre aí, embora em lugar nenhum. “Está tão próximo que sufoca a respiração e, no entanto, encontra-se em lugar nenhum” (p. 253).

E acrescenta,

A angústia não é somente angústia *com...* mas, enquanto disposição, é também angústia *por...* O por quê a angústia se angustia não é um modo determinado de ser e uma possibilidade do ser-aí. A ameaça é ela mesma indeterminada, não chegando, portanto, a penetrar como ameaça neste ou naquele poder-ser concreto e de fato. A angústia se angustia pelo próprio ser-no-mundo [...]. O mundo não é mais capaz de oferecer alguma coisa nem sequer a co-presença dos outros. A angústia retira, pois, do ser-aí a possibilidade de, na decadência, compreender a si mesmo a partir do mundo e na interpretação pública (p.254).

A disposição afetiva revela “como se está”. Na angústia se está desabrigado, estranho. Estranheza que significa “não se sentir em casa”. Diante do fenômeno da angústia, os projetos se recolhem, suspendendo aquilo que chamaríamos de lógica das ocupações, confrontando o *Dasein* à nudez de seu mundo e ao seu próprio modo de ser. Duarte (2010, p. 366) enfatiza que “angustiar-se é tornar-se estranho e expatriado em sua própria casa, o mundo, solapando-se à falsa certeza cotidiana de nossa identidade pública”. Nesse sentido, a angústia se mostra como estranheza, tudo perde o tom, o reconhecimento. “Todas as coisas e nós mesmos afundamo-nos numa indiferença [...] Não resta nenhum apoio. Só resta e nos sobrevém – na fuga do ente – este ‘nenhum’. A angústia manifesta o nada” (Heidegger, 1929/1999, pp. 56-57, aspas do autor).

Esse "nada" provém de um nada mais originário e fundamental que está na origem da angústia. Não sendo nenhum objeto determinado, o que angustia o homem é o próprio ser-no-mundo, que pode não-ser, isto é, a nulidade que ele mesmo carrega. Nesse sentido, a angústia é a experiência do nada. Por isso, diz Heidegger, o nada é um bom nome para o ser. O nada não pode ser confundido com a simples negação lógica, mas é posto como condição de possibilidade de toda negação.

Seguindo essa perspectiva, Heidegger (1929/1999, p.58) utiliza a expressão: "*o nada nadifica*", com o intuito de dizer que o modo de o nada se mostrar somente ocorre por meio do nada mesmo, sua essência é a nadificação. O nada não nos é dado como representação conceitual; é, pois, o próprio *véu do ser* que se revela em nossa existência através da angústia.

A linguagem poética de Álvaro de Campos, heterônimo de Fernando Pessoa, nos oferece a possibilidade de aproximação com o que Heidegger expõe acerca do nada:

Os outros nunca sentem.
Quem sente somos nós,
Sim, todos nós,
Até eu, que neste momento já não estou sentindo nada.
Nada? Não sei...
Um nada que dói...
(Campos, 2002, p. 452)

O nada enunciado pelo poeta não tem o sentido valorativo de negatividade. O nada que dói revela o estranhamento diante do nada mesmo, da "noite em branco" (Haar, 1990, p.80) da angústia. Tal angústia não apresenta motivo aparente, mas volta-se à inquietante estranheza do aí-lançado. É um vazio entitativo, um nada que dói, à medida que corresponde a ausência do ser que é nada.

Na clínica psicológica, esse nada não se apresenta no âmbito do entendimento, da representação conceitual, embora, de fato, se mostra como um vazio de entes, uma dor, como alguns escritores chamam, da "saúde do ser". Ouvir o chamado silencioso do nada, da estranheza originária, abre a possibilidade de interromper, mesmo que momentaneamente, o ruído contínuo "das muitas interpretações públicas que nos dizem, insistentemente, 'o que'

somos; é também nessa escuta à voz que diz o nada da existência, que diz de sua indeterminação fundamental, que o ser-aí é arrancado do conforto tranquilo da familiaridade com os sentidos mundanos já estabilizados” (Duarte, 2010, p.424, aspas do autor).

No poema *Bicarbonato de soda*, Álvaro de Campos expressa uma dor tamanha diante da experiência com a angústia, de sorte que questiona se deveria pôr fim à vida para aliviar seu sofrimento. Apesar da estranheza que provoca náusea, atormenta seu corpo e mente, realça que vai existir, existir na angústia.

Súbita, uma angústia...
Ah, que angústia, que náusea do estômago à alma!
(...)
Uma angústia,
Uma desconsolação da epiderme da alma,
(...)
Que atordoamento vazio me esfalfa no cérebro?
Devo tomar qualquer coisa ou suicidar-me?
Não: vou existir. Arre! Vou existir.
E-xis-tir..
E--xis--tir...
(Campos, 2002, p. 366)

A angústia desperta no *Dasein* a compreensão mais própria de sua finitude, mediante a perspectiva de que se é ser-para-a-morte, de que a morte é uma possibilidade a cada instante. Diante do fenômeno da angústia, o *Dasein* compreende-se na sua finitude, reconhece que o fim da sua existência é um evento iminente, uma possibilidade irremissível e insuperável, pela qual todos, de forma singular, vamos passar. Tal compreensão não acontece de um modo teórico/racional, mas fáctico e existencialmente quando se dá conta de que o seu poder-ser próprio está em jogo.

É na disposição da angústia que o estar-lançado na morte se desvela para a presença de modo mais originário e penetrante. [...] Não se deve confundir a angústia com a morte e o medo de deixar viver. Enquanto disposição fundamental da presença, a angústia não é um humor “fraco”, arbitrário e casual de um indivíduo singular e sim uma abertura de que, como ser-lançado, a presença existe *para* seu fim. Assim, esclarece-se o

conceito existencial da morte como ser-lançado para o poder-ser mais próprio, irremissível e insuperável. (Heidegger,1927/2012, p. 326-327, aspas do autor)

Retomando o poema, parece que o poeta apropriou-se da condição de que viver é angustiar-se. Contudo, “não pode prever a ocasião do surgimento [ôntico] da angústia, sempre inesperado” (Haar, 1990, p.85). Esta indeterminação provoca perplexidade, estranheza; os entes intramundanos se retraem, submergem em um *nada* e em *lugar algum* e o homem em nenhuma parte encontra sua morada. A angústia nos deixa suspensos, sem apoio nem defesas, desabrigados, propícios a sermos tomados subitamente pelo nada. “O ente no seu conjunto afasta-se, desliza, para um abismo de não sentido, tornando-se radicalmente estranho” (Haar, 1990, p. 81). Tal compreensão, aponta para o fato de que não há um fundamento fixo para a existência, senão o próprio fundamento sem fundo da finitude. É o fundo abismal (*Abgrund*) da existência que revela-se pela angústia.

Como é que neste vazio poderíamos encontrar o poder-ser mais próprio, a liberdade? “Mas se o mundo é nesta altura vazio de sentido, como é que o sentido do mundo como mundo, do mundo enquanto tal, poderá sobreviver ao naufrágio de todas as significações?” (Haar, 1990, p. 82). De acordo com o autor, é preciso que a pura possibilidade de ser-no-mundo não seja tocada, mas reforçada pela angústia. Nesse sentido, a nulidade, esse vazio que constitui o ser, difícil de engolir, pode abrir a possibilidade para que possamos lidar com a angústia e, portanto, apropriar-se de nossa existência.

Em *Puseram-me uma tampa*, Álvaro de Campos expõe a angústia como uma tampa que sufoca nossa necessidade de familiaridade, do aconchego de “estar em casa”.

Puseram-me uma tampa -
Todo o céu.
Puseram-me uma tampa.
Que grandes aspirações!
Que magnas plenitudes!
E algumas delas verdadeiras...
Mas sobre todas elas
Puseram-me uma tampa.

Como a um daqueles penicos antigos -
Lá nos longes tradicionais da província -
Uma tampa
(Campos, 2002, p. 447).

Na angústia a linguagem é emudecida, um grito interrompido! Um nada que dói, que pode nos salvar ou lançar-nos em um abismo. Ao sermos solicitados a tirar essa tampa, cada um ao seu modo e ao seu tempo, somos convocados à disponibilidade para a angústia. Nessa convocação, questionamos nossa existência, podendo dar-se o acontecimento de uma apropriação de si. Será que não é esse o motivo fundamental que leva o paciente a procurar, na clínica psicológica, um acolhimento para a “dor de existir”? Dor, mostraçã da angústia, companheira constante, que também pode agir enquanto “parteira” no movimento a caminho do seu ser mais próprio.

A esse respeito salienta Heidegger (1927/2012, §40, p.257):

Só na angústia subsiste a possibilidade de uma abertura privilegiada na medida em que ela singulariza. Essa singularização retira o ser-aí de sua decadência, e lhe revela a autenticidade e inautenticidade como possibilidades de seu ser. Na angústia, essas possibilidades fundamentais do ser-aí que é sempre meu, mostram-se como elas são em si mesmas, sem se deixar desfigurar pelo ente intramundano a que, de início e na maioria das vezes, o ser-aí se atém.

A abertura que se faz presente na angústia não é algo ordinário; é uma abertura privilegiada, pois nela o nosso ser mais próprio se encontra. Esse “mais próprio” a que nos referimos não é algo, uma substância ou um “eu” internalizado. O que a angústia aponta e torna presente é a nossa própria condição de sermos em aberto, o próprio vir a ser que é finalizado apenas com a morte. “O modo de abertura privilegiada da angústia nos desencobre, portanto, como ser-para-o-fim, como ser-para-a-morte” (Rodrigues, 2017, p.251).

É diante da angústia, à medida que há a possibilidade de suspensão e silenciamento da tutela do mundo, que podemos realizar escolhas mais próprias e responsabilizar-se por elas. De acordo com Rodrigues (2017), como

abertura privilegiada, a angústia tem uma feição iluminadora ao passo que realça o que somos. E, ao fazê-lo, nosso horizonte de verdades e referências é ameaçado; revelando uma dimensão de provisoriedade e de impermanência. As certezas, que outrora tornavam o mundo familiar, são perdidas e as afirmações sobre nós mesmos são passíveis de serem desconstruídas. Interessante salientar que a angústia também apresenta uma feição disruptora, “pois aponta para outras possibilidades de ser, nos permitindo refazer os caminhos e as verdades que norteavam a nossa existência” (p.252).

Cabe mencionar que o sentido de singularidade própria que destacamos aqui se refere àquilo que se mostra apenas uma vez, propriedade única que escapa à objetificação. Em outros termos, singularização diz de um modo de compreender a vida e não um estágio a se alcançar por meio de técnicas.

A angústia singulariza e abre a presença como “*solus ipse*”. Esse “solipsismo” existencial, porém, não dá lugar para uma coisa-sujeito isolada no vazio inofensivo de uma ocorrência desprovida de mundo. Ao contrário, confere à presença justamente um sentido extremo em que é trazida como mundo para o seu mundo e, assim, como ser-no-mundo para si mesma. (Heidegger, 1927/2012, p.255)

A angústia retira a presença de seu empenho decadente no “mundo” e rompe-se a familiaridade cotidiana. Desse modo, a angústia abre a presença como *ser-possível*, como aquilo que somente a partir de si mesmo pode singularizar-se como singularidade. Para Duarte (2010, p.423, aspas do autor), a angústia revela a singularidade ao passo que:

desaloja a certeza de nossa identidade cotidiana e nos entrega ao mistério de existir sem ter um porquê. Nesse sentido preciso, por mais aterrorizante que essa disposição afetiva se mostre àquele que a experimenta, a angústia, longe de ser um infeliz acidente psíquico ou psiquiátrico, a ser prontamente erradicado pela parafernália farmacológica, deve ser pensada como o “júbilo que assinala a presença de um homem”. Ela é uma disposição de ânimo liberadora na medida em que dissolve a camisa de força dos conceitos e interpretações já

tramados a respeito de tudo o que é, liberando o questionamento das certezas pré-adquiridas e descobrindo o “ser para o poder-ser mais próprio, ou seja, o ser-livre para a liberdade de assumir e escolher a si mesmo”.

Como vimos, na experiência singular da angústia emerge a possibilidade de apropriação da existência. No confronto consigo mesmo, na estranheza que surge, o homem pode apropriar-se de novas/outras possibilidades existenciais e estar em contato com o seu poder-ser mais próprio. No entanto, não escapa da possibilidade de voltar a perder-se na cotidianidade e na familiaridade do mundo.

Temos aqui a angústia, tal qual se apresenta nos atendimentos clínicos ou pode ser observada, cotidianamente, na existência. Muitos pacientes chegam em busca de controle do que está por vir, temerosos com um futuro que não se assemelhe às expectativas previamente elaboradas, não estando “disponíveis” a mudanças, fracassos e outras rotas. Tal contexto “traduz estreiteza e limitação de liberdade, evidencia a não aceitação de uma relação com o mundo que se dá sempre em abertura” (Rodrigues, 2017, p.252).

No horizonte atual, no início e na maioria das vezes, não ouvimos aquilo que a angústia nos clama, nos refugiando na “tranquilidade” do impessoal, do já conhecido. Não toleramos o aberto, o indefinido, a falta de previsibilidade e o controle. “Criamos barreiras, obstruções, buscamos a contenção do que não pode ser contido, nos apegamos aos nossos modos de ser, e, dessa forma, sofremos” (Rodrigues, 2017, p.254). Se nos mantermos no encobrimento, se não ouvirmos a mensagem da angústia, ela será “psicologizada”, perdendo, assim, o seu papel sinalizador e disruptor e se converterá em sofrimento psíquico e, muitas vezes, em patologia.

Por fim, é preciso destacar que a angústia realça a nossa condição de pura possibilidade, ameaçada pelo destinamento técnico moderno. Na familiaridade cotidiana, o homem faz da terra seu lar. Todavia a angústia, apesar de diversas tentativas de obscurecimento, irrompe o sentir-se em casa, revelando que ser é tarefa interminável e que qualquer familiaridade é tão somente transitória. A angústia carrega em si um apelo para lembrar-nos que a

existência é finita e mortal, está entregue à responsabilidade de ser, que a existência está sempre em jogo em uma abertura temporal.

3.3 Angústia como “dote existencial”: aproximações de Boss com a clínica psicológica

No intuito de ampliar a discussão das ressonâncias da Analítica Existencial para a clínica psicológica, recorreremos a Medard Boss, psiquiatra suíço, reconhecido por avizinhar as contribuições fundamentais do pensamento filosófico de Heidegger ao âmbito da clínica médica e psicológica. Distanciando-se da metapsicologia de Freud, Boss aproximou-se da *Daseinsanalyse* – ciência voltada para a compreensão do homem e de modos de intervenção e cuidado “iluminados” pela perspectiva heideggeriana de homem e de mundo, principalmente àquela desenvolvida na obra *Ser e tempo*.

O interesse de Boss para com a angústia é, antes de tudo, clínico. Desta feita, a tematização que o autor realiza desse fenômeno parte da dimensão ôntica-existenciária, na qual a angústia se mostra de maneira mais imediata, a saber, “no âmbito dos psicicamente doentes” (Boss, 1977, p.18).

Logo no início de sua obra, Boss (1977) indica a compreensão da angústia como dimensão originária, sendo considerada em diversos lugares e de acordo com velhos provérbios, como aquilo que “apreende o mundo no íntimo” (p. 15). É no contexto dos psicicamente doentes que o domínio da angústia é imediato e palpável, visto que a maioria dos que procuram um acompanhamento psiquiátrico estão angustiados, “sendo intimamente corroídos, declarada ou veladamente” (p.15).

Partindo de sua experiência clínica, Boss salienta que, no decorrer das últimas décadas, se verificou uma curiosa e significativa modificação do fenômeno da angústia. No início do século XX o clínico percebia os fenômenos da angústia nas chamadas histéricas, nos homens que retornaram da Primeira Guerra Mundial e também naquelas situações de fobia como agorafobia e como claustrofobia. Todavia, com o passar do tempo, as mostrações da angústia ficaram cada vez mais incompreensíveis: ameaçam se esconder nos distúrbios cardíacos, nos gástricos, ou sob as queixas de um tédio vazio e na

insensatez da vida; e encobrem seu próprio sentido recorrendo à ininterruptas atividades ou ao embotamento de drogas e de tranquilizantes.

Interessante notar que Boss vincula o encobrimento da angústia à supremacia técnica, pois ela “nos leva a compreender e a nos considerar como sendo apenas uma rodinha no aparelho de uma gigantesca organização social” (p. 17). A técnica põe em perigo o existir humano! Os fenômenos, inclusive a angústia, são reduzidos, a simples entidades físicomatemáticas, a um sistema de energia e forças que representa, desconsidera o caráter enigmático da experiência.

Será que nós, psicoterapeutas, não estamos totalmente impotentes diante do atual espírito violentador da tecnocracia, desde que este se apoderou dos nossos pacientes? Talvez só estejamos totalmente impotentes enquanto continuamos a permitir que esse espírito também aprisione nossos próprios pensamentos e ações médicas. (Boss, 1977, p.19)

Se atentarmos para os conceitos fundamentais da Psicologia, encontraremos, em grande medida, a perspectiva do saber técnico-científico e o obscurecimento da experiência humana. “Mesmo quando psicologias posteriores substituem a ‘psiquê’ de Freud pela ideia de uma ‘alma’, ‘sujeito’, ou ‘pessoa’, elas raramente rompem as dimensões de seu pensar tecnológico que objetiva o ser humano” (p. 19, aspas do autor). Nessa direção, Boss esclarece que o método de trabalho de Freud compreende a angústia como defeito de uma psiquê, o qual impede o bom funcionamento do humano – “por isso eles têm de ser eliminados quanto antes e com todos os recursos disponíveis” (p.20). E acrescenta que as teorias psicológicas vigentes na atualidade, utilizando a mesma lógica das chamadas ciências positivistas, ainda buscam a eliminação de distúrbios.

Cabe refletir o quanto a Psicologia se empenha em encontrar uma causa própria para as experiências humanas. Em tal perspectiva, vige a ordem cronológica dos fenômenos, na qual, em uma sequência de acontecimentos, o fenômeno anterior causaria o posterior. Como exemplos podemos citar: a experiência angustiante do parto, por ser a primeira angústia na vida humana,

é tida como a causa primária das angústias posteriores; o choro do recém-nascido é concebido como angústia fisiológica, padrão das que virá a sentir futuramente; o trauma do nascimento é originário de fobias infantis.

Frente à tentativa de explicação dos fenômenos, Boss (1977, p.21) realça: “na prática psicoterápica, estas teorias psicológicas não cumpriram, de forma alguma, as esperanças nelas depositadas”. E assume seu compromisso de, desde logo, abrir mão “de toda possibilidade de compreender as próprias coisas na sua realidade verdadeira e imediata” (p. 22). Nessa linha compreensiva, acena para a possibilidade de, mediante às expressões da angústia nos resguardar de explicá-la *a priori*. “Para nós terapeutas, nada se apresenta mais urgente, do que desistir de uma vez por todas, e com toda sinceridade, de sempre decompor o ser humano com a ajuda de teorias psicológicas” (p. 25). Antes, trata-se de aproximar-se da singularidade do fenômeno com aquilo que ele mesmo revela.

Contrapondo a sua compreensão de angústia com as teorias psicológicas vigentes, Boss chama a atenção para a condição de que cada angústia tem um “do que” teme e um “pelo que” teme. Esse “do que” refere-se a um ataque lesivo à possibilidade do estar-aí – no fundo, cada angústia teme a possibilidade de um não estar aqui. E o “pelo que” sempre se preocupa e zela pela duração do estar-aí. As angústias “são sempre medo da destruição e do não-poder-mais-ser deles próprios” (p. 27-28). Na angústia nos vemos lançados em um abismo sem fundo, frente à ausência de qualquer representação, de segurança a nos apegar. Mas, na tentativa de escapar do nada, da fragilidade da existência, tendemos a assumir um modo de ser, buscar um atalho de evitamento do sofrimento.

Aqui encontramos novamente Boss aproximando o fenômeno da angústia das ressonâncias da era técnica: “não é de se admirar que logo no início deste apocalipse científico-mental e desta realidade escavacada pela técnica, surgisse uma crescente necessidade de segurança” (p. 28). Em tempos de alienados e de anestesiados por uma aparente ausência de carências, a essência da “dor de existir” se retrai e se encontra ausente. Nessa direção, a angústia adquire uma conotação de mal-estar a ser evitado. Importa retomar que, enquanto condição originária, a angústia abre o *Dasein* como ser possível, mobilizando-o, imerso nas ocupações do cotidiano, a poder-ser

propriamente. Poder-ser que abre a possibilidade de assumir a contingência e finitude da existência humana, lançando-o na sua condição de ser para-a-morte.

No entanto, que outra coisa, a não ser a angústia maior e mais atual poderia trazer à luz com maior clareza e insistência, o fato de que ela é sempre medo da morte, medo pelo estar-aí e medo da destruição deste. De nada porém o ser humano tem tanta certeza, como de que um dia ele tem que morrer. Portanto, não terá o ser humano durante toda a vida razão suficiente em temer pela sua vida, em ter medo de sua morte, do seu não-poder-mais-ser? Portanto, não será a angústia necessariamente inerente à vida, como um dote do nosso estar-aí, do qual não é possível, nem psicoterapeuticamente, se livrar? (p. 28).

Cabe realçar a expressão “dote” mencionada acima. Seria mesmo a angústia o nosso “dote existencial”, condição mais própria, que nos constitui como humanos? Esse dote intransferível aponta também para uma dívida iliquidável, que nos acompanha na jornada da vida? Mas será que existem caminhos que conduzem à libertação?

Interessante que Boss (1977) utiliza como metáfora o processo de troca de pele de uma cobra para nos aproximar de como muitos pacientes apropriam-se de suas angústias. Na época de muda, a pele da cobra se torna apertada e perece. Para nós, essa mudança talvez pareça um acontecimento catastrófico, todavia, para a cobra como tal, o trocar a pele é o oposto de um morrer – “é um criar espaço para seu crescer e amadurecer” (p.34).

Partindo da perspectiva de Boss, a experiência da angústia pode restringir e limitar o paciente de uma tal forma que, “ele compreende a si próprio apenas como uma gota d’água solitária, trêmula, suspensa no ar” (p.35). Tudo perde o sentido! Mas a angústia pode também dar passagem para outros começos, outros destinamentos: “se alguém se mantém realmente aberto à essência total e não disfarçada da angústia, é aí justamente que ela abre aos seres humanos aquela dimensão de liberdade” (p. 36).

Até aqui vimos a angústia enquanto dimensão constitutiva e seu encobrimento no horizonte técnico atual. Realçamos também a tendência de

buscarmos “rotas de fuga” para nos amparar ou minimizar o sofrimento, visto o vazio e a insignificância que nos atravessa. Esta mesma angústia que contrai o nosso peito com mal-estar, pode dizer algo sobre nós, mobilizando a apropriação das possibilidades de vida, dispendo delas livremente e com responsabilidade.

Mas como nos aproximar da experiência da angústia? Será que a clínica pode escutar os apelos da angústia, já que tal atitude de escuta se tornou escassa na vida de um modo geral? Seguir nessa direção demanda coragem e esforço, carece de cuidados semelhantes a atitude do lavrador que sabe aguardar o despontar e o amadurecimento da semente. Tal direção requer também renúncia a uma visão subjetivista, técnico-científica que permite uma compreensão ofuscada e limitada e que, no início e na maior parte das vezes, detém-se ao que é mensurável e calculável – medidas, volumes, composição físico-química.

Questionando a tradição objetivista e nos auxiliando na tarefa de aproximação dos fenômenos em uma perspectiva fenomenológica, Boss (1977) retoma o exemplo da macieira em flor, já utilizado por Heidegger, indicando que a árvore se apresenta a nós como aquilo que ela é, consoante 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 local de aparecimento” (p.59). Mas, o encontrar-se diante da árvore provoca outras possibilidades compreensivas que aproximam o homem da dimensão da existência, atravessada pelos sentidos que se desvelam na contemplação da árvore.

Essa compreensão assume, em uma perspectiva fenomenológica, um significado que ultrapassa o caráter objetificador como representação. Enquanto destinação, a técnica nos solicita como seus realizadores, contudo, há a possibilidade sempre presente de um relacionamento mais livre. Nessa direção, ao pensar na clínica, “o método nunca deve dominar o paciente. Pelo contrário ele tem que se orientar pelo paciente” (p.62). A experiência da angústia, por exemplo, não será determinada a partir de um manual explicativo, mas resguardada na sua convocação de romper mundos, manter a estranheza e a indeterminação, cuidar e zelar pela condição de ser humano.

No curso dessas considerações, a compreensão ontológica da angústia, apresentada em algumas dimensões do pensamento de Kierkegaard e Heidegger, nos possibilitam outro modo de compreender as mostrações ônticas, presentes na clínica psicológica. As contribuições de Boss também se mostraram fecundas ao oferecer ressonâncias para a Psicologia e suas práticas, a fim de questionarmos os sentidos previamente dados acerca da angústia – como mero sofrimento ou sintoma que norteia os diagnósticos psicopatologizantes – e ampliar nossa liberdade de correspondência a outras possibilidades que se anunciam na situação clínica.

Nessa direção, sinalizamos a necessidade de colocar em andamento questionamentos que podem manter desperta a reflexão: como os profissionais em Psicologia estão lidando com o fenômeno da angústia na clínica? Há espaço para acolher os apelos da angústia? Ou buscamos encobrir a angústia com métodos eficazes e com medicamentos que prometem a cura de maneira eficiente e prática? Tais inquietações abrem caminho para as vozes das psicólogas colaboradoras desta tese, a fim de que as situações clínicas vividas possam ser narradas e possibilidades compreensivas surjam e nos auxiliem na tarefa de compreender a ação clínica em Psicologia diante do fenômeno da angústia, expresso na queixa/fala dos pacientes.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

“Exige-se do pesquisador justamente isto, o mais difícil, a passagem do projeto do homem como ente vivo dotado de razão para ser homem como Dasein. (...). O “deixar” [Lassen], isto é, aceitar [Zulassen] o ente, assim como ele se mostra, só se tornará um deixar-ser apropriado se este ser, o Da-sein, ficar antes e constantemente à vista; isto é, quando o próprio pesquisador tiver experienciado e experienciar-se a si mesmo como Da-sein, como ek-sistente e determinar-se toda realidade humana a partir daí”. (Martin Heidegger)

Este capítulo tem como objetivo discutir a possibilidade de um caminho metodológico para compreender como se constitui a ação clínica em Psicologia diante do fenômeno da angústia, expresso na queixa/fala dos pacientes.

De início, importa destacar que a presente pesquisa se inscreve em uma das possibilidades de realização de investigações qualitativas, as quais caracterizam-se por se debruçar sobre a complexidade do fenômeno em questão. Nessa perspectiva, os elementos estão implicados, simultaneamente, em diferentes processos constitutivos do todo, podendo mudar em face do horizonte em que aparecem. A história e o contexto que caracterizam o público da pesquisa marcam sua singularidade, a qual é expressão da riqueza e da plasticidade do fenômeno (González Rey, 2005).

Frente às diversas modalidades de pesquisa qualitativa, destacamos a perspectiva fenomenológica hermenêutica, a qual aproxima-se da compreensão interpretativa indicada na ontologia heideggeriana. Adotamos esse caminho metodológico por revelar-se pertinente ao privilegiar a compreensão da experiência e por partir de uma interrogação (questão-problema) e acompanhá-la na mostraçãõ do fenômeno.

Nessa direção, importa ressaltar que Heidegger é conhecido como um pensador que questionou a tradição metafísica, na qual o método ganha

destaque como simples técnica de pesquisa, como procedimento que busca a objetificação/mensurabilidade dos objetos. A Analítica Existencial aponta outro modo de aproximação e compreensão dos fenômenos da existência, distante da objetificação-natural, considerando aquilo que é singular.

A partir de pressupostos fenomenológicos hermenêuticos, o método é enfatizado em seu sentido original, preservado na etiologia *meta-hodos*, é “o caminho que leva a algo, uma área, o caminho pelo qual estudamos um assunto” (Heidegger, 1987/2009, p. 139). Tal esclarecimento nos direciona a indicar que uma pesquisa que assume a fenomenologia constrói seu método no próprio caminhar do processo investigativo; situando a amplitude, os limites e os contornos do que será estudado.

De acordo com González Rey (2005), reconfigurações do método, ao longo do trânsito do pesquisador pelo campo, são possíveis e mesmo esperadas, não constituindo falta de rigor, mas sim, flexibilidade. Essa atitude flexível do pesquisador, atravessada pelas afetações da experiência e pelas necessidades que podem surgir progressivamente, distancia-se da tentativa de controle dos fenômenos.

Outro aspecto que cabe salientar são as ressonâncias do pensamento heideggeriano para refletir o percurso da pesquisa. A partir desse referencial, o método fenomenológico dirige-se ao real, reconhecendo o seu caráter fenomênico. A pesquisa de orientação fenomenológica também parte da compreensão que os fenômenos só podem ser vistos na própria existência, em sua singularidade. Como essa perspectiva também é hermenêutica, a experiência é considerada como condição própria do existir humano. Logo, “não há uma medida nem aquém, além desse fazer. Trata-se de um saber específico que se conquista no próprio fazer – ofício – experiência” (Feijoo, 2017, p. 83).

Feitos os esclarecimentos iniciais acerca da pesquisa qualitativa e da orientação fenomenológica hermenêutica, faz-se necessário um maior aprofundamento a respeito do que se compreende por essa perspectiva.

4.1 Pesquisa fenomenológica hermenêutica: caminhos e desafios

Ao considerarmos a crítica de Heidegger ao método científico-natural para o estudo dos fenômenos humanos, podemos perceber que seu pensamento contribui para outro modo de pesquisar: distante de modelos teórico-explicativos, da linguagem como mero instrumento para a representação da realidade, e da noção de verdade enquanto adequação e correspondência, amparada pela precisão metodológica do conceito.

Compromissado em adotar outros pontos de partida mais originários, a pesquisa é iniciada a partir da interrogação do fenômeno, “convidando” quem pesquisa ao estranhamento, a afetação àquilo que se mostra. O pesquisador é também desafiado a manter um olhar fenomenológico atento ao mostrar-se do fenômeno, sem buscar explicações conceituais.

A noção de fenômeno é primordial quando se trata de tal modalidade de pesquisa. Na Analítica Existencial, fenômeno refere-se a tudo o que se mostra em si mesmo, o que pode ser visto “sob à luz do dia”. Ora, o fenômeno pode se revelar de várias maneiras; há até a possibilidade de se mostrar como aquilo que não é. Importa esclarecer que os homens se mostram de modo peculiar aos demais entes da natureza – “diferença que a metafísica desfaz ou suprime, fazendo com que tudo o que há seja possível de uma e mesma forma de contemplação e definição” (Critelli, 2007, p.52).

Tal condição dirige o pesquisador a duas reflexões: primeiro, o saber não é absoluto e definitivo, pois a abertura que o homem é permanece como possibilidade e riqueza da existência. Assim, o modo de conhecer da perspectiva fenomenológica hermenêutica é provisório e passível de revisão, modificação, buscando acolher a fluidez e a impermanência do existir. Em segundo lugar, as representações conceituais – conhecimento válido e fidedigno pela tradição metafísica – não são suficientes para contemplar a dinâmica fenomênica de mostrar-se e ocultar-se.

Seguindo tais pistas, uma pesquisa “inspirada” na fenomenologia hermenêutica se articula no âmbito da existência e não da mera conceituação. Como expõe Critelli (2007, p.151), ao pesquisador cabe uma interpretação do real que “não é uma façanha lógico-conceitual, mas uma possibilidade de compreensão”. Desse modo, não buscamos aplicar respostas já sabidas a

respeito do fenômeno. “Ao contrário, é a ele que perguntamos o que queremos saber dele mesmo” (p.27). E, assim, lançamo-nos interrogantes em direção àquilo que apela, afeta, provoca interesse e almejamos compreender.

Mas o que se entende por compreensão nessa perspectiva? Diferentemente da tradição usual de uma função meramente cognitiva como “tomar consciência de”, Heidegger (1927/2012) apresenta a compreensão como modo originário do *Dasein*, indicando que o homem não tem uma compreensão, sempre existe a partir dela. É por meio da compreensão que a existência é interpretada ao se expressar em sua história.

Na perspectiva fenomenológica hermenêutica, a compreensão é tida como construção contínua. Tal circularidade realça que não seguimos linearmente em um sentido progressivo, mas *ek-sístimos* e compreendemos em um vaivém incessante. A noção gadameriana de jogo nos auxilia a refletir o modo como o círculo hermenêutico se movimenta. Para Gadamer (1986/2012), o jogar se caracteriza por um ir e vir sem ponto de partida e de chegada. O jogo é, pois, “o vaivém de um movimento que não fixa em nenhum alvo que termine [...] mas que renova-se a cada repetição” (p.156).

Todo jogar é um “ser-jogado” e, portanto, o atrativo do jogo encontra-se no fato de que o jogo se assenhora do jogador. Isto é, a sua razão de ser não é o sujeito, o sujeito do jogo é o próprio jogo. O sentido de jogar também pressupõe um movimento de participação e engajamento, no qual o jogar é *a priori* um jogar junto. No vaivém próprio ao movimento jogo-compreensão, há sempre uma relação com a alteridade, preservando o mistério, a surpresa.

Aqui cabe interrogar: quais as implicações dessa perspectiva gadameriana para a pesquisa fenomenológica hermenêutica? Possibilita o entendimento do fenômeno estudado como um movimento contínuo, inconcluso e, portanto, aproximativo. Tal compreensão também pressupõe uma atitude de receptividade, acompanhando a contação da experiência. Trata-se de um processo hermenêutico de produção e interpretação a partir da experiência vivida, envolvendo colaboradores e pesquisadores. Nessa perspectiva, a compreensão não está articulada a uma verdade constituída previamente como conhecimento verificável, adequação do real - *veritas*. O sentido de verdade aproxima-se de *alethéia* enquanto desencobrimento, trazer à luz. Caminhando em tal direção, não é possível tomar a questão desta tese

como um objeto em si mesmo e sobre ele aplicar uma teoria psicológica ou filosófica. Como a experiência não é um objeto simplesmente dado, mesmo que os protocolos de pesquisas fossem seguidos à risca, ainda assim a experiência escaparia às tentativas de apreensão/controlado.

Mantendo-nos na proposta metodológica da fenomenologia hermenêutica, não procurar o sentido da experiência na precisão conceitual se configura uma tarefa desafiante, pois requer um movimento diferente dos métodos de pesquisa já consolidados nas ciências humanas e da saúde e um exercício constante de questionar os sentidos sedimentados pelo mundo. Desse modo, as possibilidades compreensivas desveladas a partir da questão-problema que norteia a presente tese, não podem ser apreendidas através do pensamento representacional. Onde então encontrá-las?

O ser das coisas (o que são, como são) não está consumado na sua conceituação, mas também não está incrustado nas próprias coisas, ensimesmadas. Está no lidar dos homens com elas e no falar, entre si, dessas coisas e dos modos de lidar com elas. Está entre os homens e as coisas; está numa trama de significados que os homens vão tecendo entre si mesmos e através da qual vão se referindo e lidando com as coisas e com tudo o que há. (Critelli, 2007, p.18)

Esse modo de pesquisar não supõe uma “neutralidade” do pesquisador e tampouco considera possível que assim se faça, visto que, no jogo compreensivo, o pesquisador está sempre implicado. A tradição científica propõe a separação sujeito/objeto, supondo atingir um conhecimento objetivo a partir do controle das variáveis. Em uma pesquisa fenomenológica, por sua vez, investigar um fenômeno é estar envolvido no que ocorre, de modo que o próprio campo de pesquisa afeta o pesquisador; bem como a presença do pesquisador naquela situação de pesquisa pode modificar o que é investigado. Aqui nos deparamos com a noção de afetabilidade – disposição afetiva que nos sintoniza com o mundo, revela o modo como estamos situados (Heidegger, 1927/2012).

Após as breves discussões a respeito da pesquisa fenomenológica hermenêutica, uma questão surge: como dizer de uma experiência de pesquisa em um texto? Como descrever o que se revelou, sem que isso recaia na tarefa de explicar? É preciso um esforço genuíno para tematizar a partir de uma linguagem que abarca a dimensão do que se apresenta. Nessa perspectiva, buscamos caminhar entre a linguagem teórica e a meditativa. Para tanto,

será preciso desacostumar-se de apenas ouvir e prestar ouvidos àquilo que já se sabia de antemão; será preciso expor-se a um domínio estranho, e não haverá genuína experiência de pensamento senão nessa exposição ao estranho. [...] Tal pensamento e linguagem estranhos tentam experimentar e acolher o simples acontecimento-apropriativo (*Ereignis*) do ser. (Duarte, 2010, p. 396-397)

4.2 Para compreender a experiência: caminho percorrido

É chegado o momento de discutir as trilhas percorridas na direção de como a compreensão da angústia ressoa/atraversa a ação clínica em Psicologia. Importa retomar que esta tese não partiu de uma metodologia previamente definida; o caminho foi se fazendo no próprio caminhar, na aproximação e no repouso demorado junto ao fenômeno interrogado, às colaboradoras da pesquisa e aos fios teóricos apontados pelos “interlocutores”.

Mediante o diálogo com os fundamentos da perspectiva fenomenológica hermenêutica de realizar pesquisa, compôs-se um percurso metodológico, a partir do qual pode se encaminhar, a seguir, considerações a respeito dos procedimentos realizados nesta investigação. Importa também situar que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), sob o número 49401315.8.0000.5206, em setembro de 2015.

4.2.1 Participantes:

Para a presente investigação foram convidadas quatro colaboradoras: **Emma, Isis, Luna e Zoe** – nomes fictícios utilizados a fim de preservar o anonimato. As participantes compõem uma “amostra intencional”, escolhidas propositalmente em função da contribuição que poderiam oferecer para a temática abordada nesta tese.

As colaboradoras são psicólogas que atuam na área clínica no interior pernambucano. Tal escolha se deu pela proximidade que a pesquisadora apresenta com a rede de saúde da região e a facilidade de acesso aos profissionais, devido a um trabalho prévio, como psicóloga, no âmbito da saúde pública. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: 1) atuar como psicólogo clínico há mais de cinco anos; 2) atender adultos independente da perspectiva teórica adotada. Não foram contemplados profissionais que não correspondem aos aspectos acima mencionados.

Com o objetivo de preservar a identidade das participantes, nos abstermos de maiores informações sobre a natureza de suas atividades profissionais. Limitamo-nos a dizer que são psicólogas que interagem com um grande número de pacientes, em variados serviços de atendimento psicológico, tais como: clínica privada, clínica-escola, serviço ambulatorial e de assistência à saúde mental. Duas delas trabalham com a perspectiva psicanalítica e as demais com a fenomenologia existencial.

NOME	TEMPO DE FORMAÇÃO	PERSPECTIVA TEÓRICA	ATUAÇÃO
<i>Emma</i>	8 anos	Fenomenologia Existencial	CAPSad; supervisão clínica e clínica privada
<i>Isis</i>	16 anos	Fenomenologia Existencial	Supervisão clínica e contexto hospitalar
<i>Luna</i>	41 anos	Psicanálise	Supervisão clínica e clínica privada
<i>Zoe</i>	10 anos	Psicanálise	CAPS; clínica privada e ambulatorial (SUS)

Cabe ainda mencionar que, em um primeiro momento, as colaboradoras foram convidadas a participar da pesquisa e nesse contato, via telefone, foi explicitado o objetivo de tese. Posteriormente, em local previamente escolhido por elas, as entrevistas ocorreram individualmente, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Realçamos também que as participantes se mostraram envolvidas com a reflexão proposta pela pesquisadora-doutoranda, interessadas em contribuir a partir de sua experiência.

4.2.2 Recursos metodológicos

Na tentativa de compreender a questão norteadora desta tese foram escolhidos dois recursos metodológicos: a entrevista narrativa e o diário de bordo. A partir da entrevista narrativa, tivemos acesso às experiências das psicólogas/colaboradoras. Iniciamos a conversação com uma questão disparadora, – *“como você compreende e acolhe a angústia nos seus atendimentos clínicos?”* – a qual serviu de abertura e de guia para que as psicólogas narrassem suas experiências. O segundo recurso adotado foi o diário de bordo da pesquisadora, o qual contempla duas dimensões: os testemunhos de sua experiência clínica e sua afetação no campo da pesquisa. Desse modo, a própria pesquisadora é, também, uma participante da pesquisa.

A seguir, para uma melhor compreensão, iremos nos deter, mesmo que brevemente, na tematização destes recursos.

- **Entrevista narrativa**

Conforme Flick (2009), a entrevista narrativa caracteriza-se por não ser estruturada, rompendo com a tradição de entrevistas baseadas em perguntas e respostas. Inicia-se por uma questão disparadora que objetiva a estimular a narrativa da experiência do entrevistado. As intervenções que possam surgir durante o momento da entrevista acompanham o fluxo da própria narrativa, de modo a estimular questões relevantes à pesquisa que não tenham sido narradas e/ou clarear dimensões que ficaram obscuras à compreensão do pesquisador.

A entrevista narrativa é considerada um recurso relevante para compreender qualitativamente determinado fenômeno, favorecendo ir além da transmissão de informações. Na presente tese, ao propor que as colaboradoras discorressem, livremente, acerca de suas experiências clínicas, nos distanciamos da tendência de controlar e explicar o discurso, o que pode propiciar a construção de uma narrativa, com profundidade e comprometimento com o vivido.

Interessante mencionar que há nas entrevistas narrativas uma característica colaborativa entre quem pesquisa e quem é entrevistado. Com uma escuta implicada, o pesquisador atenta para o discurso, o silêncio, a tensão, o ritmo dos colaboradores; já o entrevistado, voltado a narrar sobre o que viveu, tem a possibilidade de refletir, tematizar e apropriar-se da experiência.

- **Diário de bordo**

Para Machado (2002), o diário de bordo configura-se uma “ferramenta fenomenológica” de pesquisa, visto que comunica, em palavras, a experiência do pesquisador a respeito de determinado fenômeno ou situação; proporcionando, assim, um espaço meditativo ao passo que se aproxima e afasta-se da experiência vivida.

Seguindo tal direção, Aun e Morato (2009) compreendem diários de bordo como depoimentos rememorados, relatos e testemunhos do vivido. Interessante notar que essa forma de registro ultrapassa um simples relatório descritivo, pois imprime as marcas que surgiram no percurso da investigação do fenômeno – expressa sentimentos, denuncia questionamentos e angústias.

O diário de bordo se apresenta como companheiro de viagem frente às paisagens, às descobertas, aos estranhamentos e aos mistérios que podemos nos deparar durante o percurso de pesquisa. De modo autoral, reflexivo e até mesmo confessional, o pesquisador relata o vivido, rememora e comunica a experiência através de narrativas escritas de próprio punho. O pesquisador é, pois, testemunha, coparticipante da experiência narrada.

4.3 Análise hermenêutica-compreensiva do fenômeno

Vimos que a Hermenêutica Filosófica almeja interrogar o fenômeno que se mostra, revelando uma análise compreensiva da ação humana. Tal análise é construída a partir do jogo dialógico entre entrevistando e entrevistador, abrindo para possibilidades compreensivas. Importa mencionar que, no processo de análise das entrevistas narrativas e do diário de bordo, recorreremos a algumas dimensões do pensamento gadameriano na tentativa de compreender como a angústia ressoa/atraversa a ação clínica em Psicologia.

De início, adotamos a noção de tradição, na qual nos encontramos sempre inseridos, “e essa não é uma inserção objetiva, [...] trata-se sempre de algo próprio” (Gadamer 1986/2012, p. 374). Nesta tese, a tradição se faz presente, seja no diálogo com as colaboradoras entrevistadas ou no diálogo com o texto escrito. Podemos dizer que a compreensão ocorre por compartilharmos do “grande horizonte” da tradição, que engloba o vigor do presente, do passado e do futuro. Esse é o horizonte onde se dá “a vida humana” e que a constitui enquanto tradição.

Partindo da perspectiva de círculo hermenêutico, Gadamer (1986/2012) realça a compreensão como um *jogo* no qual se apresenta “o intercâmbio entre o movimento da tradição e o movimento do intérprete” (p. 388). Desse modo, a “antecipação de sentido, que guia nossa compreensão de um texto, não é um ato da subjetividade, já que se determina a partir da comunhão que nos une com a tradição. [...] essa comunhão é concebida como um processo aberto, em contínua formação” (p.388).

Notamos, assim, que a compreensão de tradição, pertence a noção de horizonte. Horizonte, é “o âmbito de visão que abarca e encerra tudo o que pode ser visto a partir de determinado ponto”. Nessa perspectiva, é possível falar da “estreiteza de horizonte, da possibilidade de ampliar o horizonte, da abertura de novos horizontes etc.” (Gadamer 1986/2012, p. 399). Na pesquisa de cunho fenomenológico hermenêutico, horizonte se mostra como algo aberto à nossa frente; é, essencialmente, mobilidade. O diálogo com o outro ocorre quando nos aproximamos e acolhemos seu horizonte, sendo também afetados por ele. Aqui realçamos a vinculação que nossa experiência de homem e de

mundo tem no percurso do pesquisar – “como viajantes, sempre voltados para casa com novas experiências” (p.578).

Gadamer (1986/2012) esclarece que um diálogo parte das compreensões de mundo dos envolvidos na conversação; e essa pré-compreensão está atravessada pela tradição e pelos preconceitos, os quais podem limitar a compreensão, mas também, quando tematizados e apropriados, tornam-se “mola propulsora”. Na análise compreensiva do fenômeno investigado na presente tese, interpretamos a partir desse horizonte previamente aberto, no qual nos movimentamos.

Interessante destacar que a questão de tese tem uma orientação ao que se propõe investigar. Nessa direção, o problema de pesquisa já se encontra sob determinada perspectiva, não como uma visão que se mantém e se impõe. A questão disparadora das entrevistas realizadas, por exemplo, tem o caráter de descoberta, do estar descobrindo junto às colaboradoras a riqueza de suas experiências. As compreensões que se apresentaram desse diálogo não são definitivas, mas abertas ao contínuo dialogar.

Gadamer indica que o objetivismo histórico buscou encobrir a historicidade da compreensão, se distanciando do horizonte da tradição. O autor ressalta a necessidade de um esforço em direção à tarefa hermenêutica, visto que a compreensão implica um deslocamento para um horizonte comum. Em outros termos, compreender se dá em uma “fusão de horizontes” (*Horizontverschmelzung*), mantendo a coexistência, a tensão entre a tradição e o presente, entre o nosso horizonte e o das colaboradoras, sem que sejam vistos separadamente.

A análise compreensiva do fenômeno é, pois, utilizando um termo gadameriano, a realização da conversação, na qual é expresso algo comum, que não é só meu ou do outro. Nessa fusão e seguindo a direção da questão disparadora, foi possível ampliar nossa compreensão a respeito da temática de investigação.

Como uma palavra puxa a outra, como a conversa toma seus rumos, encontra seu curso e seu desenlace, tudo isso pode ter algo como uma direção, mas nela não são os interlocutores que dirigem: eles são os dirigidos. O que “surgirá” de uma conversação ninguém pode saber de

antemão. O acordo ou seu fracasso é como um acontecimento que se realiza em nós. [...] compreender o que alguém diz é pôr-se de acordo na linguagem e não transferir-se para o outro e reproduzir suas vivências. (Gadamer, 1986/2012, p. 497)

No acordo da conversação é necessário que “os interlocutores estejam dispostos a isso, abrindo espaço para acolher o estranho e o adverso” (Gadamer, 1986/2012, p.501). Seguindo tal direção, persistimos em resguardar o tom singular da experiência e manter a receptividade ao mistério. Quando pesquisador e colaboradores assumem essa perspectiva, é possível chegar a uma linguagem comum. Frente a isso, importa acentuar que,

o mundo é o solo comum, não palmilhado por ninguém e reconhecido por todos, que une a todos os que falam entre si. Todas as formas da comunidade de vida humana são formas de comunidade linguística, e, mais ainda, formam linguagem. Isso porque a linguagem não é por sua essência a linguagem da conversação. Ela só adquire sua realidade quando se dá o entendimento mútuo. Por isso, não é um simples meio de entendimento. (p.576)

A linguagem da conversação, que interroga a dicotomia sujeito/objeto ainda comum no campo da pesquisa em Psicologia, se revestiu de uma importância fundamental para a elaboração da análise das narrativas. O desvelamento do fenômeno se configurou como as primeiras afetações da pesquisadora diante da escuta/acolhimento das narrativas recolhidas nas entrevistas e nos registros do diário de bordo. Buscando tematizar as afetações, lançamo-nos em direção à experiência que se busca conhecer. Por essa via, as interpretações foram costuradas pelos fios teóricos que se apresentaram desde o início da tese.

Por fim, torna-se pertinente apontar que o sentido de uma pesquisa fenomenológica hermenêutica nunca se esgota, podendo ser compreendido mais uma vez, por outro olhar. O que sinaliza para a tarefa hermenêutica em forma de espiral, para um constante movimento que resiste ao obscurecimento pela generalização do fenômeno.

5 CLAREIRA COMO ABERTURA QUE POSSIBILITA A ILUMINAÇÃO/COMPREENSÃO DAS EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS

Na trilha desta pesquisa – floresta obscura e misteriosa – abre-se uma clareira. Em meio aos juízos predicativos, teorizações já dadas, revela-se a possibilidade de, a partir da experiência mesma, apreendermos e elaborarmos a perspectiva de um caminho originário/singular. Assumindo essa perspectiva, deparamo-nos com a narrativa da experiência de psicólogas frente ao fenômeno da angústia, que se mostra, onticamente, na queixa/fala dos pacientes.

A clareira (*Lichtung*) é uma abertura que garante a possibilidade de um aparecer e de um mostrar-se. Clareira vem do verbo clarear e clarear quer dizer tornar algo leve, livre e aberto. A clareira está livre para a claridade e a escuridão, para a voz que ressoa e o eco que se perde. A clareira é o aberto para tudo que se apresenta e ausenta; é o aberto no qual as coisas de mostram na sua simplicidade e grandeza.

Para dizer dessa experiência, nosso empenho será em usar uma linguagem descritiva, própria de um caminho pouco trilhado nos nossos dias. Optamos por tal escolha a fim de nos distanciar do discurso meramente teórico-explicativo, o qual pode comprometer o sentido primeiro da experiência e levar-nos a conclusões apressadas e distantes da vida mesma.

Adotando pressupostos analíticos existenciais, falamos em um deixar vir à luz, um convite a acompanhar as narradoras dessa pesquisa em sua caminhada, conhecer suas experiências, seus questionamentos, estar próximo ao fenômeno (no caso, a questão desta tese) em seu próprio movimento de acontecer.

Nessa direção, a seguir, o diálogo entre as narrativas das colaboradoras e a experiência clínica da pesquisadora será narrado de modo pessoal, na primeira pessoa do singular. Este momento é compreendido como desafio de recuar à tendência explicativa causal, adotando o movimento dialógico do desvelamento do fenômeno. É preciso nos voltarmos, continuamente, para o fenômeno, a fim de ver o que se mostra, como uma testemunha que acolhe o acontecer. Mantendo-nos nessa tensão entre o velar e o desvelar, assumimos

um compromisso ético de compreender/interpretar as narrativas colhidas e de manter uma proximidade que ressalte seu vigor.

Nessa direção, narrar é dizer dos fios da trama, reconhecê-los como próprios, aproximar-se do lugar intransferível daquele que tece. A metáfora citada por Benjamin (1992) do oleiro e do vaso é esclarecedora para explicitar a proximidade entre o narrador e a narrativa – utilizando a mesma mão, o oleiro não faz dois vasos idênticos. Assim também é o narrador que, à semelhança do oleiro, conta a vida à sua maneira.

De acordo com Benjamin (1992, p.128), “a narrativa constitui-se pela articulação entre situação, linguagem e afeto, como um gesto que diz ao outro sem intenção explicativa”. Assumindo tal compreensão como norte para a pesquisa, aproximamo-nos de nossas colaboradoras **Emma, Luna, Isis e Zoe** que foram convidadas a narrar sobre a mesma temática, contudo cada uma, à sua maneira, deu um tom próprio às experiências. Cada narrativa tem sua marca singular, pois nela se revela o modo de ser do narrador. Suas histórias são uma expressão de arte, de poder contar sua vida.

Na tentativa de tecer uma compreensão a respeito do fenômeno interrogado, realizamos diversas leituras das entrevistas, buscando uma apropriação. Em seguida, a partir das experiências narradas pelas colaboradoras, foram construídas “constelações” que convergissem para uma mesma temática, apontando possibilidades compreensivas.

Importa mencionar que a expressão “constelação” substitui o termo “categoria” e se aproxima da proposta deste trabalho de tese, pois, conforme Szymanski (2004), possibilita arranjos mais variados, já que os fenômenos podem se mostrar de diversas maneiras. A autora realça que, quando se trabalha com constelações

há tão somente uma organização da compreensão do pesquisador, que pode assumir as mais diferentes formas, variando de analista para analista. À semelhança de um céu estrelado, várias constelações podem ser delineadas. (Szymanski, 2004, p.3)

Como fio condutor desse processo, esteve a interrogação que essa pesquisa se propôs a compreender. Nessa perspectiva, as narrativas

apontaram para constelações que foram se formando à medida que a leitura das transcrições das narrativas ia acontecendo. Em um segundo momento, procuramos compreender/interpretar as experiências narradas com os fios apontados pelos interlocutores, os quais já foram apresentados e nos acompanharam na tarefa hermenêutica que, a seguir, passamos a narrar.

5.1 A vertigem da angústia

Angústia para mim é mais que uma sensação, um sintoma ou um mal-estar, é parte da vida. Compreendo que a angústia é uma marca da existência que ilustra nossa condição de estar vivo, de pensar, de viver, de sentir e de agir que nos impele a tomarmos um posicionamento diante do nada que nos invade.
(Isis)

Na tarefa de existir, a angústia nos constitui. Em nossos relacionamentos, nas escolhas, no nascimento, na morte e nos mais diversos acontecimentos da vida nos deparamos com sua mostração. Não há como passarmos pela vida sem a aventura de nos angustiarmos! Essa angústia é, no dizer de **Isis**, “*mais que uma sensação, um sintoma ou um mal-estar*”, nos defronta com o nada, com a ausência de sustentações e determinações.

Um nada que desabriga, perturba a suposta ilusão de segurança do “a gente” e leva muitos à procura de um atendimento psicológico: “*essa condição de estar doendo, de incomodar-se, de desalojamento é o que traz as pessoas até nós*” (**Luna**). Afetada por essa narrativa, percebo o quanto a angústia mobiliza os pacientes a olharem para si, e esses “nó no peito” e “vazio profundo” também os endereçaram a um psicólogo. Aqui retomo a situação clínica vivenciada com Margarida, registrada no meu diário de bordo, quando chega ao primeiro atendimento clínico transbordando sua angústia. Recordo o quanto sua narrativa era carregada de dor, de embaraços, de carência de sentido e de questionamentos a respeito de viver e desejar a morte.

A angústia vai se revelando na existência cotidiana como fenômeno que está sempre aqui, e pode nos encaminhar na direção de outras possibilidades

de estar no mundo. Talvez por isso faz mais sentido agora quando Kierkegaard (1844/2015) salienta que a angústia é ao redor do que tudo gira, que nos relacionamos conosco mesmo como angústia. Se toda vida é finita e se apresenta, originalmente, indeterminada, como escapar da angústia?

Reconhecendo a angústia enquanto constitutiva, prossigo na tentativa de compreendê-la um pouco mais. Para tanto, fico atenta às narrativas de minhas colaboradoras, as quais são atravessadas pelo fenômeno da angústia em seus atendimentos clínicos:

Na minha experiência a gente tem a angústia permeando toda e qualquer demanda psicoterapêutica. [...] A angústia tem tido muitas nuances na clínica... ela tem um jeito de aparecer, de estar presente que é próprio de cada pessoa. (Luna)

A angústia aparece de diversas formas porque as singularidades, as histórias são diferentes. Uma histérica que o filho vai casar, um adolescente que está frente ao vestibular, um homem que quer mudar de emprego... está mobilizando alguma coisa aí, está levantando a poeira...! E a gente vê o que decanta disso tudo. Eu aguardo, para a maioria dos casos, eu aguardo! (Zoe)

Como testemunhas do viver de seus pacientes, **Luna** e **Zoe**, narram do acontecimento clínico indicando, inicialmente, que a angústia atravessa as demandas dos pacientes. Essa angústia, companheira na vida e anunciada na clínica psicológica, confronta os pacientes com a nudez de seu mundo, com seu próprio modo de ser: “...está mobilizando alguma coisa aí, está levantando a poeira...!” (**Zoe**). Essa “poeira” é expressão da maneira como foi construindo sua história de vida, fala de situações marcantes, dolorosas, projetos abandonados, de sentimentos encobertos, muitas vezes encobertos pela condição de ser-para-a-morte.

Ao se deparar com o fenômeno da angústia, a atitude de **Zoe** é aguardar: “e a gente vê o que decanta disso tudo. Eu aguardo, para a maioria dos casos, eu aguardo!” Parece que minha colaboradora além de estar atenta às exigências do modo dominante da vida moderna, o qual, calcado pela

pressa, privilegia soluções instantâneas, não deixando espaço para o homem demorar-se consigo, assinala também uma perspectiva de ação clínica – aguardar o desocultar. Aguardar o que vem ao encontro diz de cuidar, de aproximar-se da experiência em suas possibilidades singulares e ser orientado por elas. Nessa direção, dialogo com a compreensão de Evangelista (2016, p. 232):

Todas as tentativas de determinação da existência como ente subsistente, como a Psicologia tenta, falham por princípio. Ao encontrar um outro, o psicólogo não dispõe previamente dos pontos de chegada desse encontro. Não tem como, numa sessão de psicoterapia ou plantão psicológico, determinar o que ocorrerá e como isso transformará sob este ou aquele aspecto. É por isso que, a meu ver, o psicólogo que se apoia na ontologia heideggeriana assume que seu lugar é instável e indeterminado, abrindo-se para o acontecer, como acontecer, quando acontecer.

Retomando as narrativas de **Luna e Zoe**, percebo o realce delas para o caráter singular da angústia. Cada paciente, ao seu modo, diz de sua angústia, expressando-a de modo próprio na clínica. A minha prática clínica e as das colaboradoras destacam que a experiência da angústia não pode ser generalizada, pois é peculiar, mostrando-se em tons diversos. A singularidade do fenômeno nos encaminha a questionar a tentativa de aplicar uma técnica psicológica determinada *a priori*, já que tal singularidade realça a possibilidade de acolher o fenômeno como se apresenta, sem tentar encaixá-lo em uma determinada relação de causalidade e universalização.

Esse pôr em questão ao qual me refiro assinala a minha perplexidade na vida e na clínica. A angústia nos suspende, não há nada em que apoiar-se. E nossas teorizações? “Nunca as teremos em número suficiente para expressar o infinito do real ou de nossos pavores” (Comte-Sponville, 1997, p.13). Frente ao predomínio do pensamento que calcula e representa conceitualmente, “a angústia nos corta a palavra [...] em sua presença emudece qualquer dicção do ‘é’” (Heidegger, 1929/1999, p.57, aspas do autor). É o fundo abismal (*Abgrund*) da existência que aparece descoberto pela angústia, rompendo com a

familiaridade cotidiana do clínico, do paciente e de todos os homens, sinalizando que não temos a vida sob controle.

Quando as pessoas percebem que a vida não segue tão à risca o que o roteiro prevê se angustiam... têm que lidar com a incerteza, com o inesperado, não sabem como agir. A angústia também se manifesta quando não se atinge a normativa, pela perda da medida, por não conseguirmos lidar com as limitações, não conseguirmos dar conta do que o contexto solicita. E isso mobiliza sofrimento, adoecimento, paralização diante da vida.

[...]

Na fala da minha cliente isso fica muito claro. Dá para perceber que não é possível ter o controle sobre todas as situações. Ela se angustia diante do mundo, do modo como vai lidar com os filhos frente a algumas situações. Ela acredita que tem hora que está nadando contra a maré. Interessante que a paciente fala que não pode reclamar porque as pessoas acham que ela tem a vida perfeita, privilégios como ter família e uma boa condição financeira. Ela diz que não pode reclamar apesar de estar cansada, de não conseguir dar conta de algumas coisas. [...] Minha cliente vem à clínica porque encontra um lugar para falar. (Emma)

Emma narra uma possível expressão da angústia quando seus pacientes não cumprem “o roteiro”, rompendo com as prescrições sedimentadas do mundo e assumidas por eles. Interessante que as queixas que chegam a minha colaboradora na clínica aparecem intimamente relacionadas às determinações técnicas, características de nosso tempo, qual seja, um requerer que não cessa de requisitar. Tal requerer se refere ao momento atual podendo a angústia, em outros momentos da história do pensamento ocidental, ter se mostrado de outras maneiras.

Os pacientes comumente buscam, no atendimento psicológico, fórmulas, critérios para serem aceitos na cena social. Almejam, por exemplo, elevar a autoestima, ajustar a família, equilibrar o comportamento ora desanimado, ora demasiadamente alegre. Àquilo que foge à norma – a incerteza, o inesperado, a incompletude – angustia, mostrando-se,

onticamente, “em sofrimento, adoecimento, paralização diante da vida” (**Emma**). É a voz da angústia sussurrando ao paciente perguntando “quem ele é”. Isso me faz compreender que o fenômeno da angústia revelado pela perda da medida, realça a condição de indeterminação, de não controle dos acontecimentos da vida. Além disso, vejo-me inquieta perante os modos técnicos de intervir que não privilegiam a manutenção e apropriação da angústia, do incerto, do mistério. Ao pensar a clínica, nessa direção, sou desafiada a questioná-la como aplicação técnica meramente dada que, dentro de uma margem de previsibilidade, apresentará as experiências de modo definido, concreto.

A consideração dessa perspectiva me conduz ao reconhecimento da situação clínica que valoriza a experiência com a palavra, acolhendo-a no seu modo de ser mais próprio, renunciando ao seu domínio – “é desta palavra indisponível e por isso liberta das tarefas de representação e comunicação e expressão que se pode fazer uma experiência” (Figueiredo, 1994, p.126).

O depoimento de **Emma** resgata a dimensão da fala na clínica ao ressaltar: “*minha cliente vem à clínica porque encontra um lugar para falar*”. Interessante que, mesmo mergulhada no modo da impessoalidade, a paciente vê sentido em permanecer em um acompanhamento psicológico. Diante dessa consideração interrogo: o acontecer clínico irrompe atravessado pela fala e escuta das possibilidades abertas pela angústia? Nessa direção, a situação clínica pode apresentar-se como um acontecimento que possibilita caminhos para apropriação do poder-ser?

Acho interessante quando a angústia surge porque mobiliza mudanças. Não é uma questão de sentir angústia e, rapidamente, ocorrer a transformação, não! Isso é um processo... do primeiro momento para um segundo momento, ter uma experiência consigo mesmo. Estou falando e me lembrando na última vez que me senti angustiada. Nessa experiência eu pude me conhecer mais... naquilo que desconfiava sobre mim, tive certeza. (Zoe)

Zoe indica a possibilidade de refletir o lugar de uma possível transformação no desabrigo da angústia. Transformação que está relacionada

ao paciente poder apropriar-se de novas/outras possibilidades existenciais e apropriar-se de seu próprio poder-ser. É justamente no aberto da angústia, nessa perda de sentido que o espaço de indeterminação de si mesmo se desvela, abrindo a possibilidade de pôr-se a caminho; bem como acena para a liberdade de escolher e acolher a si mesmo e, ao mesmo tempo, responsabilizar-se pela medida de sua existência (Heidegger, 1927/2012).

Na literatura, Lispector (1988), em seu conto *Amor*, retrata o processo de transformação como possibilidade que se abre em momentos nos quais as prescrições do mundo se suspendem. A personagem Ana que leva uma vida de ocupações cotidianas, onde tudo – seu casamento, filhos e casa – parece perfeito, rompe com esse ideal de vida quando, no bonde, depara-se com um homem cego mascando chiclete. As compras de Ana caem no chão e as verdades estabelecidas pelo mundo se rompem, então, tudo o que acreditava estar sob controle se desfaz. A transformação se dá quando há uma ruptura com a conformidade cotidiana e com o mistério, o inesperado apresenta-lhe a vida tal como ela é e pode ser.

Desse modo, o acontecimento nomeado por **Zoe** de “transformação”, o qual ocorre de súbito e sem garantias, não pode ser previsto e explicado. Mensurá-lo, criar um passo a passo teórico-metodológico, seria, de alguma maneira, determiná-lo, o que retiraria o sentido de possibilidade. Lembro-me aqui de Figueiredo (1994) quando indica que o acontecimento é a ruptura e a transição mesma. É a experiência que destroça e funda mundo: ao destroçar, prefigura a finitude e, ao fundar, cria solo para outros encontros. Nesta medida, “o trânsito deixa a presença em suspenso, pendurada em um ‘houve’ que ainda não é; é o acontecimento como *‘trânsito que deixa em suspenso’* que angustia” (p.154, grifos e aspas do autor).

Essa angústia que nos suspende se mostra na clínica psicológica. É dela que o paciente fala, é ela que o clínico põe-se a escutar, testemunhar. Tal modo de lidar com o fenômeno da angústia se desvela como um “caminho possível para a clínica, cujo fundamento é o inclinar-se para ouvir aquele que, por meio do seu clamor, mostra aquilo que dói” (Protasio, 2014, p. 162). Sendo a angústia o espaço de possibilidade no qual tudo gira, Kierkegaard nos convoca, então, a aprendermos com ela, a partir do que ele denominou de

“escola da angústia”. Nesse sentido, esclarece que a angústia é absolutamente formadora, ao passo que descobre todas as suas ilusões.

Nessa direção, o profissional de Psicologia é afetado por essa angústia: *“sentir a angústia repercutindo em você, de tal modo que você se incomoda... Para mim essa é a dinâmica da psicoterapia” (Luna)*. Mobilizado pela atmosfera da angústia, reflete a respeito das situações clínicas: *“A angústia muitas vezes me mobiliza reflexões. E eu me vejo pensando sobre minhas situações clínicas para tentar compreender o que se dá, o que tem acontecido” (Emma)*. A sua intervenção também está atravessada pela angústia: *“na Psicanálise fala-se que a própria função da gente suscita angústias. O silêncio da gente... quando o cliente faz uma pergunta, faz de novo e eu não respondo ou encerro a sessão nessa pergunta. Isso angustia muito, mas faz o outro pensar. O nosso objetivo também é que o cliente continue a sessão lá fora” (Zoe)*.

Mantenho-me próxima à experiência das colaboradoras, assumindo minha angústia, a qual me faz refletir, silenciar, questionar, aventurar-me a acompanhar o outro e encontrar-me comigo. Nessa direção, é importante o clínico lidar com a sua angústia para que possa, em alguma medida, acolher a angústia do paciente.

Não era fácil escutar, acompanhar a angústia trazida por Margarida. [...] Suas narrativas densas, por vezes, me provocavam incômodo ao apresentarem o universo da finitude como algo tão familiar – a sua morte, a minha morte, a possibilidade de que ela venha a acontecer a qualquer instante, seja de modo espontâneo ou induzido. (Diário de bordo da pesquisadora)

Escutar a minha angústia abriu a possibilidade de afastar-me, mesmo que momentaneamente, do modo de ser impessoal, da condição de “todos nós ninguém”. Pensando na minha profissão de psicóloga clínica, passei a questionar teorias psicológicas estudadas na formação que, apesar de importantes, não eram suficientes para dar conta do sofrimento narrado por minha paciente. Era preciso escutar o fenômeno da angústia a partir de outra lente e, assim, inclinar-me e acolher a “dor de existir” de meus pacientes.

Preocupa-me o esforço da tradição técnico-científica em considerar, com descrédito, o modo como o profissional em Psicologia é afetado pela narrativa do paciente, já que sua intervenção estaria atravessada pela tradição. Interessante notar que autores como Barreto (2013) e Sá (2017) indicam que a afetação é constitutiva da existência humana, estando, assim, presente na vida e na situação clínica. Tal colocação é importante para a clínica, pois desloca a questão da compreensão e da relação clínico/paciente do âmbito das teorias e das técnicas para a dimensão da existência.

Aventurar-me na experiência de acompanhar o paciente não implicaria a possibilidade de manter a tensão mobilizada pela angústia? Condição ressaltada por **Luna** ao narrar sua afetação, a despeito de trabalhar em um referencial que não considera os indicadores formais apontados por Heidegger em *Ser e tempo*.

Considerando a perspectiva psicanalítica, seria nós nos encontrarmos nas nossas angústias. À medida que a gente tem esse toque, desperta o cuidado pela pessoa e para comigo.

Luna indica a relevância da afetação, a qual preserva o caráter sensível na situação clínica e desperta, clínico e paciente, para o cuidado. Já em uma perspectiva fenomenológica hermenêutica, a angústia, ao ser compreendida como disposição afetiva, poderia apresentar-se como uma abertura originária, podendo encaminhar compreensões que não são apreendidas pelo pensamento obscurecido pelo cálculo antecipador? Avizinha-nos do camponês que não desafia o solo do campo e entrega a semente às forças do próprio crescimento?

Aproximando-me desses questionamentos passo a refletir sobre a intervenção do psicólogo como possibilidade de resguardar a experiência do acontecimento clínico. Resguardar distancia-se do anseio de categorização, restrição e exploração da vida ao pensamento teórico-explicativo. O resguardo habita no deixar-aparecer, quando os fenômenos são entregues ao seu próprio vigor, ao devolver à experiência ao abrigo de sua essência. Nessa direção, o clínico protege e cuida do enigma da existência. Assim, a clínica se revela como abrigo, uma morada à demora dos homens que, no princípio e na

maioria das vezes, andam hesitantes e apressados na direção de realizarem seus afazeres ininterruptos. Tal possibilidade de resguardar se anuncia pela angústia e, desse modo, o cuidado antecipador, na clínica, passa a ser considerado como uma “parteira” da “dor de existir”.

Emma, ao trilhar o caminho próprio da experiência, narra seu posicionamento ao ser tocada pela angústia:

O modo como lido com a angústia é mais tranquilo hoje em dia. Lembro que nos primeiros anos de formada eu queria dar respostas, procurar, encontrar uma receita. Eu tenho cuidado para não cair na armadilha de responder sempre às solicitações das teorias psicológicas. Hoje eu consigo reconhecer que não sei. [...] Acho que a grande questão é como a gente vai lidar junto com a angústia. Se eu assumo a condição de que não há existência sem angústia, sem dor... a gente se angustia, mas o modo como lida, se posiciona frente à angústia, é diferente... assumindo uma atitude de receptividade. (Emma)

Minha colaboradora retoma o início de sua formação quando, fundamentada por teorias psicológicas, acreditava ter a medida, um saber que respondia, indicava caminhos aos seus pacientes para lidar com a angústia. Ao narrar, **Emma** reconhece a impossibilidade de ocupar o lugar de especialista que almeja o funcionamento saudável. Passa a considerar o apelo da angústia como constitutiva da existência – abertura, indeterminação, tensão na qual a existência sempre se encontra.

Emma, ao ter outra lente para acolher tal disposição afetiva, realça sua atitude de receptividade à angustia no encontro clínico. Estaria ela falando de um acolher solícito? De aguardar o mistério que apenas se revela ao passo que se vê e não pelo conhecer previamente? De acompanhar o paciente no cuidado de si e não o substituir neste cuidado?

Anuncia-se aqui a atitude fenomenológica como possibilidade de experiência de nossa negatividade⁷ mais essencial. Sustentar esse “recuo”,

⁷ Heidegger (1927/2012) aponta o caráter negativo da existência, indicando que o *Dasein* não encontra estabilidade em lugar algum, é sempre projeto lançado, indeterminação radical. Longe

esse “passo atrás” pode oferecer à clínica psicológica uma outra modulação de sentido em meio à nossa era de desertificação técnica. Isso não se refere a um total descredenciamento do pensamento psicológico, mas aponta a importância de repensar a dimensão ontológica que fundamenta esse conhecimento. Questionar, por exemplo, a filiação/fundamento da Psicologia com as ciências da natureza e abrir outras possibilidades compreensivas e de intervenção.

Seguindo as considerações de Sá (2017), a situação clínica, em sua dimensão essencial, cuida da negatividade da existência. Seu modo próprio de cuidado é, pois, uma hermenêutica negativa, antepositiva. A intervenção não tem “nada de positivo a dizer, quer apenas lembrar que a existência é sempre minha, aqui e agora” (p.123). Trata-se do próprio rigor hermenêutico que não se contenta com conhecimentos positivos, representações prontas a respeito da existência. Um exercício de atenção ao simples, ao mais próximo; uma “arte de deixar ver, de despertar para si do sono do mundo” (p.124), demandando um certo desapego a jargões teóricos e procedimentos metodológicos.

Qual preconiza Feijoo (2017), a atitude do psicólogo é marcada pela negatividade, a indeterminação e a incompletude da existência; sinalizando que percalços, limites e frustrações são próprios do existir humano. O psicólogo, nessa perspectiva, interessa-se pela existência humana, acompanha a saga do paciente e aguarda. Aguardar diz de aventurar-se no próprio aberto da experiência do entre; refere-se à manutenção do silêncio, o qual resiste à sedução da linguagem meramente explicativa e abre espaço para que a fala que reflete, que se demora aconteça e revele a angústia.

5.2 Diagnóstico: sobre a necessidade de dizer “quem somos”

Na experiência contemporânea, o excesso de informações traz consigo, predominantemente, a homogeneização daquilo que se transmite. É necessário conhecer racionalmente para permitir aos processos de produção um desenvolvimento confiável. O conhecimento é orientado pela medida da

de denotar carência de algo que deveria ser, a negatividade (*Nichtigkeit*) refere-se à constituição humana de incompletude, ser-em-falta.

verdade, verdade compreendida como adequação entre a coisa e o intelecto. Na evidência de sua apresentação, na clareza do seu conceito, na oferta de sua disponibilidade sem limite e sem mistério, que restará dos homens?

A informação⁸ é um falar que pouco/nada diz do fenômeno. Nesse sentido, os conceitos expressos na fala do diagnóstico tornam-se informação, e nada mais? Para cada caso uma explicação e uma prescrição se tornam necessárias. Mas será que são suficientes para compreender o fenômeno em pauta? Isso ocorre quando o dizer está apenas à serviço da comunicação eficiente tão cara à dinâmica tecnocientífica. Desde os tempos antigos diagnosticava-se, mas por que no planejamento da ciência moderna tal procedimento se tornou tão importante? Será que essa ânsia pelo diagnóstico revela-se como denúncia em relação à dinâmica instantânea e explicativa do tempo atual? Quais as implicações desse modo de conhecimento?

Se considerarmos que o diagnóstico nasceu na Antiguidade para ser utilizado como uma lente compreensiva, baseado na observação clínica e em um minucioso exame físico, o que teria mudado dos gregos até agora? Será que, na atualidade, ainda é possível lançar mão da originalidade radical do diagnosticar?

No momento contemporâneo, diante do insistente e sedutor apelo da calculabilidade e previsibilidade, pacientes e psicólogos, muitas vezes, buscam explicações para questões da existência. Atitude também presente em minha experiência clínica, bem como nas das colaboradoras, as quais apontam para a constante procura de nossos pacientes por uma nomeação do sofrimento – sendo esse, muitas vezes, o motivo da procura por ajuda psicológica.

A categorização diagnóstica parece “aliviar” ou “encobrir” a angústia do paciente frente ao vazio de não saber o que está sentindo, vivenciando. Em algumas situações eu e as minhas colaboradoras nos vimos inclinadas a buscar um diagnóstico e um tratamento adequado para casos que se apresentavam na clínica. Realço aqui a dificuldade de, enquanto psicólogas, lançarmo-nos frente ao fenômeno que se revela, abrigando-nos em um fazer com predomínio da lógica teórico-explicativa, por nos possibilitar um ilusório

⁸ O sentido de informação aqui utilizado tem expressão nos escritos de Benjamin (1992) quando refere que o advento da informação realça o declínio da narrativa. A informação, diferentemente da narrativa, surge de modo efêmero e somente tem validade enquanto novidade.

“*modus operandi*”, atendendo, assim, às solicitações que nos são dirigidas quanto à eficácia e aos resultados.

Vou me dando conta de que o atento e sistemático olhar do alienista (Assis, 2009) que se tornou uma referência discursiva, em 1880, acerca de quem deve ser considerado “anormal” ou não, ainda se faz presente nas práticas clínicas de nossos dias. Detenho-me, por um instante, a pensar na relação irrefletida que se estabelece com a ciência, na sua incondicional aceitação, na busca incessante por explicações. Afetada pelo olhar do alienista, sou provocada a refletir a respeito da ação clínica do profissional em Psicologia, que atravessado pelas representações correntes da técnica, lida rotineiramente com o sofrimento dos pacientes. Sofrimentos, que comumente são interpretados por jargões biomédicos, tornam-se objetos a serem analisados, categorizados, tratados e curados.

No intuito de ampliar esse horizonte compreensivo, convido **Luna** e **Zoe** para contarem suas experiências:

Melancolia, tristeza, já cai tudo no âmbito do diagnóstico depressivo [...] São nichos, gavetas onde as pessoas são colocadas. Além disso tem o incômodo pelo fato de estar ali dentro. (Luna)

Eu escuto a teoria das pessoas... é uma teoria que elas fazem sobre elas mesmas. Nomeando, o paciente está tentando dar conta de sua angústia. (Zoe)

As narrativas das colaboradoras indicam a presença do diagnóstico na clínica psicológica como algo comum, possibilidade de nomeação e consequente compreensão do sofrimento. Detenho-me agora na expressão “incômodo” utilizada por **Luna**. O que estaria sinalizando? Incômodo pode dizer de um mal-estar, situação desconfortável. Talvez esteja sendo sugerido que, a despeito da legitimidade científica conferida à prescrição diagnóstica, o paciente parece ter uma pré-compreensão de algo e ainda escapa “das gavetas” nas quais é colocado.

Além de delegar essa “gaveta” ao paciente, o diagnóstico aprisiona o sofrimento narrado no nome/diagnóstico conferido. O incômodo gerado pode

não se referir apenas ao diagnóstico que se traçou, mas a uma possível falta de saída. O que muda na vida do paciente a partir do diagnóstico, o que pode fazer com ele, que destinações são possíveis? Ainda mais, qual o “peso” que um diagnóstico representa no viver cotidiano? Importa ressaltar que o incômodo pode ser uma “porta de entrada” para o paciente também aproximar-se de seu sofrimento, buscando compreender o para além da classificação diagnóstica. Talvez se o incômodo for visto como dimensão da existência humana (como uma angústia que mobiliza e gera algo) pode aproximar o paciente de sua experiência e, assim, possibilitar o encaminhamento de outros modos de existir.

A “teoria dos pacientes”, relatada por **Zoe**, é uma dessas possibilidades de “darem conta” de sua angústia. A procura por uma teoria que explique o sofrimento e a possível insuficiência que é instaurada pode apresentar-se como brechas, abrindo possibilidades para que o paciente continue a interrogar o que precisa ser questionado, de modo a abrir outras trilhas e, assim, assumir a tarefa permanente de cuidar de existir. Tecer e destecer os fios dessas tramas que podem se apresentar camufladas pelo diagnóstico, conjuntamente com os pacientes, é uma tarefa difícil.

Nesse momento, depois de ir compreendendo o lugar do diagnóstico na clínica, avisto o saber técnico instrumental enquanto enraizamento que fundamenta as representações diagnósticas. É o que Heidegger (1995) chama de língua técnica, adaptada para cobrir a vastidão das informações em sua univocidade, segurança e rapidez. No horizonte de representação da língua técnica, utilizando um vocabulário adequado, o singular da experiência é encoberto. Em tal ótica, não parece restar outra saída senão render-se à lógica da avaliação diagnóstica e à consequente prescrição médica. Mas a existência humana pode ser compreendida de tal modo que possa se restringir a um diagnóstico e à “cura” prescrita por uma medicação? Questionamento semelhante fazem as minhas colaboradoras, não negando o valor do diagnóstico, mas interrogando se a exatidão diagnóstica dá conta da existência humana.

O nosso primeiro trabalho é dizer: O que é isso? Porque? Não é apenas o diagnóstico, mas ir convidando a uma reflexão a respeito da vida.
(Luna)

O diagnóstico pode encerrar as possibilidades de vida. Eu questiono sempre! Ele é importante, mas é só o comecinho, é o pontapé de um jogo que tem todo um desenvolvimento. **(Zoe)**

Fico muito preocupada com a questão do diagnóstico...se a gente olha só para ele esquece aquele outro que sofre. A gente já passa a perceber o outro como se ele fosse um CID. Os humores, os sentimentos, a medida própria da existência se perde. A vida fica normatizada, adoecida. **(Emma)**

Luna, Zoe e Emma ao questionarem o diagnóstico, parecem sinalizar o possível contágio das práticas psicológicas por um processo de normalização da vida, o qual traz como consequência

a conexão de pensamentos, afetos, forças artefatos e técnicas, que não simplesmente manufaturam e manipulam, mas que fundamentalmente, organizam o ser, estabelecem seus limites, produzem-no, tornam-no pensável como um modo de existência que deve ser tratado de forma particular. (Rose, 2011, p.82)

Em outras palavras, tal normalização, predominante no campo das “psicologias positivistas”, acaba produzindo normais/anormais, adequados/inadequados por toda parte. Na tentativa de tomar o homem como objeto, perde-se de vista a própria medida da existência reduzida a uma única possibilidade compreensiva. Tal reflexão abre uma via de aproximação com a compreensão da massificação do homem, apontada na Analítica Existencial de *Ser e tempo*.

O quem não é alguém, nem aquele, nem um certo alguém (*man selbst*), nem um certo povo (*einige*), nem mesmo a soma de todos; o “quem” é

impessoal, o “a gente” (*das Man*). [...] Nós sentimos prazer e nos contentamos como “a gente” se compraz e se contenta; lemos, vemos, criticamos literatura e arte como se vê, lê e critica; nos apartamos, também, da “grande massa” como se aparta dela; nos revoltamos como se revolta. O “a gente”, que é indefinido e que são todos, embora não como soma, prescreve o modo de ser da cotidianidade. (Heidegger, 1981, p.49, grifos e aspas do autor)

No decaimento, o homem tende a ser massa, um ser-em-comum, um só rebanho e nenhum pastor, condição assumida pela “Era da Técnica” moderna, por possibilitar e até facilitar o nivelamento das experiências e sofrimentos previamente determinados. Analisado sob esse prisma, o diagnóstico resulta em uma prescrição cujo objetivo primordial é apreender a experiência humana, com o propósito de previsão e controle? Não seria este o incômodo presente nas narrativas das colaboradoras, o qual as leva a interrogar o diagnóstico e apontar outras possibilidades de encaminhamento para a situação clínica?

Tal questionamento me faz retomar algumas situações vivenciadas em minha prática clínica, nas quais fui solicitada a nomear sofrimentos. A escola, o serviço de saúde, a família, os amigos pediam minha avaliação psicológica, demandando uma nomeação diagnóstica. Muitas vezes de modo angustiante, tal demanda me lançou diante da minha dificuldade de romper com o fazer técnico e convocou-me a encontrar outros modos de ser psicóloga.

Para além desses questionamentos, outras dimensões das narrativas de minhas colaboradoras me convocam a refletir sobre a ação clínica. Ressalto entre elas as seguintes:

As teorias do desenvolvimento e da psicopatologia nos dizem o que é estar saudável e como podemos fazer para ser saudável. (Emma)

No CAPS⁹, as angústias de fazer o serviço funcionar são imensas. A gente percebe pessoas que trabalham com a lógica de “reabilitação

⁹ Centro de Atenção Psicossocial

ortopédica” – tem um pedaço quebrado e eu vou consertar aqui. As pessoas são colocadas no serviço para ser ajustadas à sociedade. (Zoe)

As narrativas de **Emma** e **Zoe** apontam para teorias e práticas psicológicas baseadas na noção de normatização da experiência humana. Normatizar no sentido de tornar tudo, inclusive o homem, objeto de representação, um recurso disponível, apreensível e calculável, um recurso saudável, ajustado, adequado à lógica de bem-estar.

Apesar do progresso da ciência no campo da psicopatologia, do crescimento dos códigos de classificação de doenças, um mal-estar parece persistir, escapando insistentemente às tentativas científicas de eliminá-lo. O que vige é o paradoxo da existência, a condição do homem de angustiar-se!

Perguntar pelo que vige, pelo que escapa à medição, angústia, confronta-nos com nossa incompletude? Particularmente, questiono-me como lido, na minha prática clínica, com os fenômenos que resistem a um enquadramento diagnóstico. Fenômenos como as mudanças nos modos de viver provocados pela dor crônica, pelo envelhecimento, pela angústia com a proximidade da morte. Experiências que parecem estar na contramão do projeto contemporâneo, que supervaloriza o sucesso e a competitividade, são consideradas como possibilidades que podem abrir para outros modos de destinação ou são repelidas por não contribuírem, quantitativamente, para o bem-estar da sociedade? Indo além, tais experiências são compreendidas a partir do olhar restrito, revelado pelos códigos de doenças, que ditam a naturalização do “desenvolvimento humano” tido como fases que se sucedem, ou são contempladas como modos singulares de poder viver as “fases” da vida humana? Diante de tais questões, é possível um outro olhar que compreenda que:

A solidão existencial e a angústia da morte não são meros estados mórbidos ou patológicos, que podem ser solucionados por intervenções dos técnicos da saúde. Apenas no silêncio da hora mais solitária, quando se cala o alarido impessoal dos desejos e representações correntes do "todo mundo", é que podemos nos pôr à escuta das demandas e dos questionamentos de sentido que nos são mais próprios e singulares. As práticas psicoterápicas podem acolher tal angústia e as

reflexões que ela suscita, não em virtude dos conhecimentos teóricos e das técnicas que as legitimam enquanto lugar institucionalizado de saber especialista, mas, sim, enquanto espaço de suspensão da atitude natural, tanto científica quanto do senso comum, e de correspondência às perplexidades e questionamentos legitimamente provocados por nossa condição existencial. (Santos e Sá, 2013, p.58, aspas do autor)

Retomando a questão do diagnóstico, é possível reconhecer seu atravessamento na prática psicológica. No entanto, há psicólogos que resistem ao *status* de “técnicos da saúde”, que insistem em uma clínica que se distancia da esfera da causalidade e dimensiona um outro olhar para o paciente. Nessa direção, abre-se a possibilidade de buscar outro sentido para o diagnóstico.

O diagnóstico está em uma perspectiva ortopédica, corretiva. A questão do diagnóstico é não se apegar a ele como tábua de salvação, como único roteiro possível. Fazendo isso, perde-se de vista a espontaneidade, leveza, a possibilidade de estar com o outro sem tantas regras [...] No sentido existencial, para mim, diagnosticar é junto com esse outro, é devolvendo, perguntando, é conhecendo crenças, ouvindo o que a família tem a dizer, a fazer a respeito daquilo. E não simplesmente dizer: você tem isso, para sempre isso. (Isis)

O depoimento de minha colaboradora sinaliza outra possibilidade de encaminhamento para lidarmos com o diagnóstico, acenando um rigor a partir de outras bases epistemológicas. Dialogando com a narrativa de **Isis**, é possível refletir o diagnóstico não como mero instrumento avaliativo, no qual os objetos devem se encaixar – “único roteiro possível”, “tábua de salvação” –, mas enquanto possibilidade de construção conjunta, considerando o horizonte histórico no qual o paciente se constitui, de modo que compreensões não podem ser abstratas e atemporais.

Aqui encontro um ponto de intersecção com o sentido originário do diagnóstico enquanto conhecer, discernir através de. Nessa perspectiva, Silva, Feijoo e Protasio (2015) indicam que, para construção do diagnóstico na clínica psicológica, é salutar acompanhar cada pessoa a seu modo, analisando o

momento e o significado que estão em jogo naquela situação. “É preciso manter-se aberto para o que se encontra à nossa frente, compreendendo que qualquer diagnóstico é só mais uma das formas possíveis de interpretar o fenômeno” (p.288).

Nessa direção, tendo como foco a existência humana, a ação clínica poderia ser pensada como um acompanhar o paciente na possibilidade de compreender a demanda explicitada, “sustentando” a tensão e o espanto entre a experiência e os diversos modos de nomeação diagnóstica. Em tal perspectiva, o diagnóstico não se apresenta como um resultado final, prescrição ou verdade acerca do paciente. Ele é de outra ordem, pois, a despeito de se conhecer e compreender certos sinais e sintomas, estes não são suficientes para abarcar a singularidade da experiência humana. Demanda o acolhimento de outra linguagem que, de certa forma, traga outra perspectiva não contemplada pela língua da técnica.

Para concluir, trago uma reflexão de Heidegger (1995) sobre a língua da tradição que se apresenta como um dizer que diz genuinamente, é conservado e permanece. É essa linguagem que possibilita a proximidade necessária para compreendermos a existência e questionarmos a desmedida, que é marca de nosso tempo. Tal linguagem mantém o vazio disponível para o acolhimento da fala e da escuta de cada paciente na clínica psicológica. É preciso vigor para esse ofício indigente de compreensão dos fenômenos humanos. Demorar-se refletindo junto ao outro acerca da contação de sua história. Dispor-se a acolher o que habitualmente é interdito pelo discurso científico – a mostra da estranheza, do mistério, da angústia de ser.

5.3 Existência medicalizada: “fico tão quase feliz que até paro de chorar”

“Contra Rivotril não há vontade de morrer que aguento.

O mundo fica quase bom.

A vida fica quase bela.

Eu fico quase feliz.

Fico tão quase feliz que até paro de chorar”.

(Falcão, 2005, p. 48-49)

“Oi Doutora, estou aqui porque sinto uma coisa... não sei dizer bem, mas quando aperta o meu peito eu só choro. Eu não sei o que está acontecendo comigo... sempre fui tão forte. Acho que estou ficando louca! Minha vizinha sente a mesma coisa, mas agora está bem melhor. Responde a doutora: Esse é o mal do século. Os sintomas de ansiedade são: aflição, medo, inquietude, insônia ou hiperatividade. Deixa eu ver o que posso fazer por você. *Frontal*, você conhece? Indicado no tratamento de estados de ansiedade. Vai te deixar feliz, animada e calma. Depois de dez minutos de atendimento, a paciente sai do consultório com duas caixas de amostras grátis, o suficiente para tomar duas doses por dia, durante um mês. Ela aderiu ao tratamento, resolveu tomar aquele remédio e acreditar que estava curada” (Texto criado pela pesquisadora).

O texto elaborado para iniciar a discussão pode servir como um possível exemplo de um breve atendimento médico, o qual relata uma possibilidade de expressão do fenômeno da medicalização nos nossos dias, bem como pode auxiliar na tarefa de pensar os desdobramentos deste procedimento na existência humana. No entanto, concomitantemente às promessas de bem-estar dos psicotrópicos e sua ampla aceitação social, assistimos a uma crítica a esse modelo terapêutico como principal via de tratamento para as experiências humanas (Figueiredo, 2014; Rodrigues, 2003).

Diante de tal contexto, como o psicólogo clínico pode responder às demandas que lhe são solicitadas? Como escapar de tal direcionamento terapêutico, já que a prática do psicólogo se encontra atravessada pelo fenômeno da medicalização? Nessa direção, recolho do meu diário de bordo uma experiência clínica a qual me coloca diretamente implicada na questão problema aqui discutida.

Lembro-me bem daquela manhã na Unidade Básica de Saúde... Perguntei a Laura o que a trazia ao serviço de Psicologia. Ela superficial e rapidamente falou sobre sua vida. Sua descrição não durou dois, três minutos e logo pediu a renovação da receita do remédio que tomava ou a prescrição de outro. Laura não quis falar de si, não quis ouvir meu questionamento sobre a necessidade de uso dessa medicação. Eu não

podia corresponder ao seu anseio. O que eu dispunha, não interessava a ela. Laura mostrou-se irritada e disse que nunca mais voltaria. (Diário de bordo da pesquisadora)

Seguindo as pistas da narrativa registrada no meu diário de bordo, vai se revelando uma preocupação já apontada em diversas discussões no campo da saúde: “as psicoterapias têm aqui valor secundário ou nulo frente às intervenções medicamentosas” (Birman, 1999, p.244). Nessa perspectiva, também sinalizo o descrédito da intervenção psicológica face à tradição biomédica por parte de certa parcela da população – tradição que tem por critério seguro e quase instantâneo a eficácia dos medicamentos na eliminação ou abrandamento de sintomas. Frente a tal situação, pergunto-me: a existência humana, agenciada por essa perspectiva, tende a naturalizar o sofrimento “psicológico” em uma equação sem variáveis? O resultante desse posicionamento seria uma intervenção prescritiva e curativa que busca encontrar um determinado modo, aceito socialmente, de estar, conviver, sentir?

Para compreender melhor o fenômeno da medicalização, dialogo com a experiência das minhas colaboradoras, as quais trazem inquietações semelhantes às minhas e ajudam a pôr em andamento minha questão:

A mãe de uma cliente insistiu por um encaminhamento psiquiátrico e eu fiquei relutante. Minha intervenção foi no sentido de refletir que a medicação não ia responder a demanda da adolescente. [...] É uma cobrança muito grande para que seja a filha perfeita. (Emma)

Na minha experiência tive que confrontar a expectativa dos clientes em busca de um modelo médico. Qual é o remédio que a senhora vai receitar? Porque doutor fulano passa tal remédio, e você não? (Luna)

Ao aproximar-me dos depoimentos de **Emma** e **Luna**, mediante situações em que foram solicitadas a responder à demanda por medicamentos, percebo que indagam as expectativas, muitas vezes idealizantes de seus pacientes, de precisarem de doses diárias de remédios para suportar as pressões e sofrimentos cotidianos. Parece que as colaboradoras, ao resistirem

ao “canto da sereia” da medicalização, interrogam uma tradição vinculada à Psicologia Clínica a qual tende a corresponder às solicitações de eficiência e eficácia na remissão dos sintomas.

Aqui no consultório o encaminhamento psiquiátrico é pouco. Medicação não é o tratamento, tem outras coisas. Saúde mental é muito complexo [...] A medicação precisa acontecer em casos de transtorno mental severo, por exemplo, quando as pessoas se colocam muito em risco. A medicação ajuda na remissão de sintomas... como um suporte. Mas aí você também vai puxando de outras formas: acolhendo a família, escutando o paciente mesmo que esteja em delírio. Vai ouvindo isso, vai chegando perto...! (Zoe)

Na narrativa de **Zoe**, quando relata sua experiência acerca do uso de medicamentos, noto que não discute sua eficácia, reconhecendo a importância e funcionalidade em alguns casos; mas reflete também sobre os riscos de assumir a “saúde em pílulas” como intervenção predominante. No encontro clínico, **Zoe** poderia usufruir dos privilégios de ter a “verdade científica”, mas optou por considerar a história do paciente e sua família, escutá-los, acolhê-los. Esse modo de fazer-saber aproxima a prática psicológica do cuidado enquanto solicitude, como atitude de anteposição ao cliente para que possa cuidar do seu próprio poder-ser.

A compreensão de Gadamer (1993/2011) a respeito do diálogo pode auxiliar a aprofundar tal reflexão. Para o filósofo, o diálogo entre clínico e paciente não é algo comum no sistema de saúde do mundo moderno. O que predomina é um monólogo protagonizado, focado no saber do profissional de saúde, não considerando a queixa/demanda do paciente. A narrativa de **Zoe** aponta em direção ao diálogo enquanto condição de acolhimento, o qual “não é conduzido por ninguém, mas conduz a todos nós” (Gadamer, 1993/2011, p.142). Acolher o outro, nessa ótica, não se configura como ação determinada, meramente, pelos critérios técnico-científicos; mas, por sua vez, não se dará sem a resposta à escuta de um apelo do outro existente, que interroge/supere as exigências de normalização e medicalização.

Nesse contexto de predomínio do fenômeno da medicalização, Aguiar (2004, p. 149) ressalta a necessidade de: “criar maneiras clínicas de trabalhar com os psicofármacos sem enclausurar a escuta, o olhar e a intervenção em um aparato técnico cientificista, que concebe a subjetividade como efeito exclusivo de determinações biológicas, gerando uma clínica que só vê e produz doentes por toda a parte”.

Tais reflexões me ajudam a pensar a importância da singularidade da experiência humana em tempos nos quais vigoram teorias explicativas que muito dizem e restringem o adoecer à sintomatologia, negligenciando a dimensão existencial do sofrimento humano. Teorias que oferecem uma medida para a existência e se fundamentam na sustentação de uma sociedade eficiente e eficaz, “alienando” o homem de sua existência. Essa preocupação também se apresenta na experiência de **Emma** ao relatar sua compreensão acerca de como a existência humana é acolhida no momento contemporâneo:

Existe um modo intolerante da gente lidar com aquilo que faz parte da nossa condição humana: sofrimento, adoecimento, dor. Ficamos presos às medidas e não pensamos, refletimos, nos posicionamos criticamente. [...] O nosso contexto histórico exige muito em uma perspectiva de eficiência e eficácia, estabelecendo um nível de relações em todas as áreas da vida – trabalho, família, afetividade. É um nível de idealização praticamente inatingível. (Emma)

Sou levada, pelo depoimento de **Emma**, a retomar o questionamento a respeito do modelo biomédico, centrado na doença e no projeto de tratamento curativo, seja farmacológico ou psicológico. Reflito acerca das ressonâncias do modo reducionista de pensar e lidar com o sofrimento que, gradativamente, vai afastando ou até ocultando a ênfase no acolhimento da experiência humana. Esse é o grande risco que corremos! Muitas vezes, na busca de uma solução rápida que atenda às demandas sociais, colocamos em plano secundário a escuta da “dor de existir”, em um mundo que, predominantemente, não acolhe a experiência humana, nem a considera como dimensão digna de ser escutada, já que demanda tempo e paciência.

Nessa direção, **Emma** chama a atenção para a atitude técnica que sobressai na cultura ocidental, a qual privilegia o obscurecimento da experiência humana e objetiva um fim determinado – a eliminação do mal-estar, da doença, da tristeza. “Sua vida, sua história, seus conflitos perdem significância e, em seu lugar, emerge uma lógica de desarranjos químicos que não o implicam; ao contrário, excluem-no como sujeito” (Miguelez, 2014, p.97). Ao desconhecer sua dimensão existencial, esse homem recorre a especialistas e fórmulas farmacológicas a fim de alcançar o caminho da superação da dor. Como não cair em tal armadilha?

Segundo Nascimento (2015), a recorrência usual e simplificadora de ansiolíticos e antidepressivos nos distanciam da experiência apropriativa, afastando o homem da possibilidade de experienciar e apropriar-se do seu sofrimento – aquilo que, em princípio, é o que lhe é mais próprio e singular. Nessa perspectiva, realço a importância de uma clínica que privilegie a experiência humana e acolha a “dor de existir”, acompanhando o paciente no cuidado de si, na busca de encaminhar-se na vida. Para tanto, a linguagem do acontecimento apropriativo configura-se como um solo fértil de retorno ao originário. Tendo em vista a importância da apropriação de si mesmo e da historicidade, o autor supracitado questiona os discursos tradicionalmente consolidados que compreendem o sofrimento como algo a ser minimizado pela força do medicamento.

Considerando as possibilidades compreensivas decorrentes das experiências narradas, cabe atentar para o perigo que a medicalização pode oferecer à existência humana.

Não parece distante o dia em que os modeladores de humor serão de consumo frequente. O homem do futuro poderá acordar pela manhã (se é que dormir ainda será necessário) e decidir qual o temperamento mais útil para aquele dia, tomando para isso, a pílula adequada. Essa possibilidade, em si, não é preocupante. Assustador é pensar que o sujeito poderá estar apagado do projeto humano. Não importa se o humor possa ou não ser quimicamente controlado, desde que o homem não perca sua capacidade de se perguntar: desejo isso? (Silva, 2008, p.149)

Um dos perigos da medicalização consiste na possibilidade de o homem tornar-se um “fundo de reserva” a toda espécie de exploração. O destinamento técnico, o qual atravessa a medicalização da vida, pode restringir outros tipos de desencobrimento. Nessa linha compreensiva, a técnica que o homem acredita dominar e com ela controlar o mundo e a própria existência tende a encobrir a capacidade de pensar, de não refletir a respeito do que lhe é mais próprio. Aqui me deparo e me encontro com a necessidade de manter desperta a reflexão. Tal “disponibilidade” para o pensamento, em última instância, revela-se como uma saída para manter-nos a salvo do perigo de empobrecimento, aniquilamento do humano, em tempos de “pílulas da felicidade”.

Ampliando a discussão a respeito da medicalização, dialogo com a experiência de **Emma**, quando discute a possibilidade do uso de psicofármacos como modo de conviver com a dependência química, em usuários de um CAPSad¹⁰. Experiência que tem uma configuração própria, já que aponta para outras questões que não serão aprofundadas na presente tese, mesmo que possam ser consideradas. No entanto, tal relato traz um alerta e até uma denúncia de como, muitas vezes, o consumo de medicamentos é direcionado para contornar ou ajudar a família a lidar com o dependente químico.

Os familiares, principalmente as mães acompanhantes, solicitam muito para que os filhos sejam medicados. Comentam se não teria alguma medicação para acalmá-los...e, às vezes, até mesmo com o objetivo de que deixem de fazer uso da substância psicoativa. Interessante que não há uma rigidez por parte dos familiares de que os usuários frequentem o CAPS, mas não deixam de ir pegar a medicação! Já aconteceu de o usuário não ir para o CAPS, mas a mãe chegar no dia da consulta por causa do remédio. (Emma)

Em sua narrativa, **Emma** sinaliza um outro aspecto da medicalização, qual seja, o caráter de “salvação” dos psicofármacos. As mães/accompanhantes

¹⁰ Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

dos usuários parecem endereçar um pedido de ajuda, ao passo que solicitam remédios para acalmar e/ou possibilitar uma mudança de vida dos usuários. Os medicamentos aparentam ter o sentido de concreta possibilidade de resolução para questões pessoais, existenciais e até de dependência química. A utilização de medicamentos se revela como personificação da crença no poder da ciência e no seu discurso curativo, quase se apresentando como única e possível solução. Mas será que o uso de remédios pode ser considerado como uma saída por excelência, ou há outras possibilidades? E, no caso de existir, será que a população em geral “acredita” na importância de intervenções que não passem pela medicalização e pelo prestígio do modelo biomédico?

Continuando seu depoimento, ainda na tentativa de refletir os atravessamentos do consumo dos medicamentos em seu cotidiano de trabalho, **Emma** realça:

De um modo geral, há uma “cultura de medicalização”. Inclusive, assim que o usuário é admitido no CAPSad, já sai com a consulta agendada para o psiquiatra e para a clínica geral. O acompanhamento psiquiátrico é algo visto como fundamental pela gestão, pelos funcionários. Ao mesmo tempo, percebo que as médicas psiquiatras são bem conscientes e, muitas vezes, questionam a necessidade de os usuários terem uma prescrição medicamentosa.

Ao contar de sua experiência, minha colaboradora salienta a existência de uma “cultura de medicalização”, a qual, apressadamente, encaminha o usuário para um atendimento psiquiátrico. Vai se mostrando o quanto a lógica medicalizante aparenta ter um lugar privilegiado no processo de cuidado, compreensão reforçada pelos próprios profissionais do serviço de saúde.

Curioso que minha colaboradora destaca um questionamento feito pelas psiquiatras acerca da predominância quanto à prescrição medicamentosa. Abre-se, portanto, a possibilidade de questionar a tradição biomédica desse recurso como única via de cuidado. Estariam as psiquiatras indicando que a consulta médica não necessita ter como fim principal uma receita medicamentosa? Poderia o uso da medicação ser uma das dimensões de acolhimento do usuário de drogas, ao passo que outras possibilidades de

cuidado também fossem oferecidas? O encontro entre médico e paciente poderia se configurar como dupla vertente de acolhimento da experiência e resistência às determinações dos Manuais de Psicopatologia?

Após dialogar com a experiência de **Emma**, é preciso agora dar outro passo, no intuito de tentar compreender uma questão crucial que esteve implicada nesta reflexão sobre a medicalização.

O diálogo com as reflexões de Birman (2014), ao olhar para a história ocidental, pode indicar um caminho para esse percurso. O autor enuncia uma transformação significativa na utilização de drogas ilícitas e também nas prescritas pela medicina, com finalidade terapêutica. Desde os anos de 1980 e 90, o que passou a ficar em pauta para o usuário dessas drogas foi, por um lado, o aperfeiçoamento das performances frente às demandas existentes na atualidade e o suportar as agruras do mundo presente. É nesse contexto, de desencantamento do mundo e desconsideração da experiência, que as drogas passam a ser aderidas com frequência e até compulsivamente. O uso de substâncias psicotrópicas pode ser considerado uma resposta palpável e rápida para apaziguar e encarar a inospitalidade do mundo? Será que o apelo demasiado ao medicamento pode apontar para a “ausência de pensamentos”, apesar de o homem possuir um solo que o destina a pensar, capacidade muitas vezes ofuscada pela tentativa “concreta” de encontrar uma saída rápida e segura, como modo de lidar com tal experiência?

Encontro uma proximidade dessa reflexão de Birman na fenomenologia hermenêutica, quando Heidegger (1959, p.17) realça que “o enraizamento do homem actual está ameaçado na sua mais íntima essência”. Tal desenraizamento provém do espírito de nossa época, marcado pela convocação técnica. Assim, os homens, “enfeitiçados pela rádio e pela televisão” (p.7), veem-se mais próximos desses objetos do que “do próprio campo em torno da casa” (p.7), solo onde o pensamento que reflete “sobre o sentido que reina em tudo o que existe” (p.13) pode florescer.

Nessa direção, há um apelo que convoca os mortais para um habitar outro, em busca de sua terra natal, do seu solo familiar. Assim, sou levada a refletir e perguntar: como viver em meio à obscuridade do mundo, oferecida pelo pensamento técnico? É preciso continuamente recorrer ao uso e abuso

dos psicotrópicos? Não poderia ser oferecida ao homem outra maneira de lidar com os medicamentos, mesmo na era atual?

Seria insensato investir às cegas contra os medicamentos. Necessitamos deles em diversas situações. Contudo, sem muitas vezes nos darmos conta, estamos de tal modo apegados aos remédios que nos tornamos seus prisioneiros. Depositamos nas pílulas o cuidado pelo outro, como também as colocamos na posição de salvadoras de todos os males do homem. Mas há uma outra saída: podemos utilizar os psicofármacos permanecendo, ao mesmo tempo, livres deles, “como algo que não interessa àquilo que temos de mais íntimo e de mais próprio” (Heidegger, 1959, p.23). Nessa postura serena de dizer “sim” e “não” aos medicamentos, situa-se um caminho de proximidade com a experiência, na qual é possível abrigar o sofrimento, resguardar o clamor da angústia que nos constitui e nos convoca a testemunhar e experimentar o vigor de nossa existência.

5.4 Enredados nos fios da tradição: a angústia na formação do psicólogo clínico

Percebo muito a angústia dos meus alunos em ter que responder uma exigência de normatividade... em demonstrar um resultado que esteja dentro dos parâmetros de produtividade, ter um resultado positivo! O paciente tem que evoluir, caminhar, eliminar o sofrimento, melhorar dentro de uma normatividade e de uma padronização já estipulada nas teorias do desenvolvimento. Como é que a gente faz? Perguntam os alunos. Quanto é difícil, angustiante para eles quando eu digo que não existe uma medida, uma fórmula já previamente definida. Muitas vezes se sentem perdidos... questionam, dizem que não estão compreendendo nada, fazem comparações com as demais disciplinas estudadas.... Reclamam, falam que é uma viagem, mas para alguns parece que é uma viagem interessante, mesmo eles percebendo que, a princípio, não estão compreendendo muito. De um modo

geral, em um primeiro momento, acontece um estranhamento... um desconforto! Apesar de ainda estarem no início do curso, parece que já assumiram uma teoria psicológica como sendo a verdadeira e não se abrem para escutar. [...] A angústia se revela... eles se inquietam... e, nessa inquietação, que parece romper com as perspectivas prévias, alguns se encantam... e esses, mesmo sem ter muita compreensão apropriada, reconhecem algum sentido. (Emma)

A experiência de **Emma** como supervisora me lança frente à relevância de pensar sobre a formação do psicólogo clínico, interrogando as exigências de normatividade e produtividade que atravessam as teorias psicológicas. Nessa direção, sou convocada a olhar para o horizonte histórico, dando-me conta do quanto a formação do psicólogo está em correspondência com os fundamentos de nosso tempo, cujas palavras vigentes são objetividade, imediatismo e controle.

“*Como é que a gente faz?*”? Questionam os alunos de **Emma** acerca da técnica psicológica adequada para garantir a eficiência do atendimento clínico. Enquanto “técnicos do bom funcionamento”, é preciso saber o quê (conhecimento objetivo) e como (instrumento eficiente na obtenção de resultados) fazer; é necessário eliminar o indesejado sofrimento, encobrir ou resolver a angústia que insiste em fazer morada.

Diante dos modelos teórico-explicativos da Psicologia e suas solicitações de controle, **Emma** assume uma posição crítica ao realçar que, para atuar na clínica, “*não existe uma medida, uma fórmula já previamente definida*”. O que minha colaboradora parece propor é uma provocação a uma prática clínica para além de uma representação corrente de método e técnica, visto que, no contexto clínico, as possibilidades compreensivas a respeito da existência não podem ser formuladas previamente.

Pensando naqueles que lidam com a formação clínica, Sá (2017, p.79) indaga: “como ensinar algo que jamais se esgota no âmbito do saber representacional, que está intimamente conectado à experiência singular?”. É preciso ouvir o apelo das narrativas, atentar para a experiência e perguntar:

“como está sendo para você?” A clínica, assim considerada, inquieta os alunos, mobiliza a sensação de desconforto, estranhamento frente à não resposta.

Tal desabrigo pode levar os alunos a preencherem o vazio, a eliminar o silêncio, abafar o sofrimento perante a condição de não encontrarem respostas seguras sobre a existência humana; existência que não pode ser abarcada por uma definição subjetiva, nem considerada a partir de instâncias psíquicas já definidas *a priori*. Reconheço a dificuldade de assumir um outro fazer-saber, atravessado pela angústia, pelo mistério diante da impossibilidade de previsão e controle. Nessa direção, pergunto-me: será que acolher a angústia na formação, o incômodo do aluno diante da não resposta que oriente um fazer, pode mobilizá-lo a colocar-se na prática clínica de outro modo, lidando com as incertezas e a impermanência?

Quando atento para a narrativa de **Emma**, a minha experiência vivida como estagiária, principalmente na supervisão dos atendimentos clínicos, se apresenta com seu vigor no presente e me possibilita compreender que:

Explicar, diagnosticar, naturalizar, ajustar, foram verbos que fizeram parte da minha formação na graduação de Psicologia; embora somente hoje, olhando para trás, posso assim dizer. Lembro-me das supervisões clínicas de estágio... eu queria uma lógica, contar o começo, o meio e o fim do meu atendimento clínico. Eu aprendi – mesmo que com outro nome – uma técnica correta para intervir, interpretar, ser psicóloga. Eu precisava do aval da minha supervisora, o qual me habilitaria a ser uma especialista na área. Possivelmente por estar tão preocupada com o que tinha para dizer e fazer, deixava de lado minha afetação. Aprisionava-me buscando nas teorias e nas experiências controle e acomodação. Mas meus medos, minhas inseguranças teimavam em revelar-se. Por mais que eu tentasse, não conseguia conter. Compreendo só agora o sentido de me despir, de aprender a refletir a partir da própria experiência, de encarar a angústia como companheira nesse caminho incerto que é o encontro clínico. (Diário de bordo da pesquisadora)

O meu depoimento, registrado no diário de bordo, e o de **Emma** me provocam indagações a respeito da minha formação e também do modo como

ainda reconheço a tecnificação do papel do psicólogo e a supervalorização de um currículo com ênfase na informação e aplicação de modelos teóricos. Geralmente o aluno passa cerca de quatro anos teorizando e se tornando “técnico”, para, em apenas um ano quando realizar o estágio curricular, tornar-se clínico? Ferreira Neto (2010), contribui para essa reflexão ao sinalizar o predomínio de um perfil tecnicista do psicólogo, cuja finalidade é a resolução de conflitos mentais. A partir desse horizonte, as técnicas psicológicas podem ser aplicadas e consideradas válidas para qualquer contexto, necessitando apenas de um profissional habilitado para o manuseio. Assim, com a técnica correta, o paciente “sentirá alívio e uma satisfação indescritíveis [...]”. Se não for bem-sucedido, o motivo pode estar em num erro de operação, mas pode ser também porque esse indivíduo era afinal um exemplo ruim” (p.62).

Colocando a formação do psicólogo “sob suspeita”, surgem algumas questões: será que, ao interrogar o seu fazer, o aluno pode abrir a possibilidade de uma crítica ao modelo técnico de ser psicólogo? Ao lado desse posicionamento crítico, não poderiam ser apresentadas outras possibilidades compreensivas acerca da existência humana? Será a supervisão clínica um espaço para escutar o aluno em suas dúvidas e angústias, abrindo possibilidade de escuta atenta para as tensões que vão emergindo? E as aulas, ministradas nas disciplinas, podem também se configurar enquanto espaço para pôr em questão teorias psicológicas e suas concepções de sujeito/subjetividade?

Sigo com esses questionamentos e, na tentativa de compreender o fenômeno da angústia na formação do psicólogo, recorro a **Luna** quando testemunha a solicitação de seus alunos por uma “receita” que oriente a prática clínica.

O pedido de “receita” pelos alunos é algo que acontece demais. E eu receito todas para que eles cheguem para mim com aquela dorzinha e digam: “Eita, nem resolveu!”. E eu respondo: “E agora, vamos adiante? [...] Eu consigo visualizar um percurso na minha experiência de supervisora... Quando o aluno consegue ultrapassar esse movimento de buscar fórmulas, ele começa a se disponibilizar para viver a angústia. É como se ele dissesse: “tudo que eu procurei não funciona, e agora?”. Eu

digo: vamos nos lançar? É quando a gente entra em outro patamar que eu chamo da disponibilidade.

Parece que, mesmo diante da solicitação de “receitas” que possam orientar suas intervenções, os alunos de **Luna** se deparam com o paradigma da existência, o qual traz consigo a vulnerabilidade e ambivalência da condição humana, colocando-os diante da incerteza e do mistério que envolve a situação clínica. Frente à experiência de desabrigo, a angústia pode mostrar-se nas brechas abertas pelo saber adquirido nos conteúdos e definições prévias sobre estados emocionais e teorias do desenvolvimento. Em tal situação, ousar perguntar se a angústia, ao desalojar e pôr em cheque a “identidade” do psicólogo em formação, pode apresentar-se como “parteira” para um outro modo de fazer clínico que acolha o mistério aberto a um não “porquê” e “para quê” previamente posto?

Interessante a atitude comprometida de **Luna** em convidar seus estagiários a irem “adiante”, a “se lançarem”, manterem-se a caminho apesar da inospitalidade de ser clínico. Nessa caminhada não estão sozinhos, mas em companhia de sua supervisora, a qual caminha junto a cada aluno. A supervisão propõe um cuidado que não retira o estagiário do sofrimento oferecendo “receitas”, mas o acompanha na direção de conquistar, singularmente e a seu tempo, seu modo de ser clínico, de poder estar disponível para escutar o outro.

O *estar disponível*, apontado por **Luna**, leva-me a pensar na importância de escutar e acompanhar o vigor e o lamento do acontecer humano:

*Escuta clínica é sinônimo de incerteza, de estar em um terreno movediço. É preciso atenção e sensibilidade para se mover com o seu cliente. Eu digo aos meus alunos que eles nunca vão se mover sozinhos. Então não adianta procurar dentro de você uma teoria que embase a prática, porque isso não vai dar base. Você vai cair no terreno da angústia! (**Luna**)*

É nessa escuta “incerta”, “movediça” que se encontra uma possibilidade de acolher os apelos da angústia no acontecimento clínico. É por meio dessa

escuta que se interrompe, mesmo que momentaneamente, o ruído das muitas teorias que nos dizem como ser e agir clinicamente. Interessante que até aqui foi-se delineando a presença da angústia na formação do psicólogo que, como disposição afetiva, pode encaminhar para a possibilidade de apropriar-se da condição de finitude que marca a existência humana, indicando que nunca esgotamos nossas possibilidades.

Quão difícil é para os estudantes do estágio em Psicologia lidar com a angústia. Eles me perguntam... e se o paciente quiser que eu diga as respostas? E se chegar aqui e disser que o psicólogo não diz nada do que eu tenho que fazer? Esses são os bons! Desconfie de alguém que diz o que você deve fazer. Isso a internet, os amigos podem dizer. Eu acho que nós, categoria psicólogos, temos deixado de lado a preciosidade que é a manutenção do mistério, a desconstrução, o repensar, o duvidar, questionar. (Isis)

Interessante que **Isis**, ao assumir este desafio de pensar de outro modo a clínica, alerta seus alunos para uma mudança de perspectiva: ao psicólogo não cabe indicar caminhos e medidas. “*Esses são os bons*”, segundo ela. A princípio, as teorias psicológicas são atraentes, pois aparentam ter resposta e explicação para cada situação. Há o risco de o psicólogo passar a acreditar que detém a verdade sobre o outro e adotar uma posição diagnóstica, prescritiva. No entanto, importa também ressaltar a possibilidade, sempre presente, de uma reflexão crítica acerca das teorias psicológicas e uma correspondência a outros modos de compreender a existência humana, não direcionados pela objetificação e explicação dos fenômenos psicológicos.

Assim, assumir o mistério enquanto dimensão constitutiva da indeterminação do ser humano poderia auxiliar na tentativa de pensar uma clínica psicológica como “abertura” ao inesperado, ao espantar-se e a correr os riscos perante a aventura que é viver? Poderia, também, abrir a possibilidade de uma escuta atenta e “silenciosa”, resguardando a singularidade da existência e espaço para o ainda não, para o que se descobre e se encobre?

Nessa direção, evidencio os esforços de profissionais em Psicologia que almejam repensar a formação na direção de uma ação clínica que acolha a

dimensão existencial do acontecer humano (Barreto, 2013; Coimbra, 1995; Evangelista, 2016; Feijoo, 2011). Em tal perspectiva, o diálogo com a Filosofia tem se mostrado profícuo, principalmente quando realça as ressonâncias dos pressupostos filosóficos para pensar a Psicologia, a formação e a intervenção clínica.

Tal esforço pode ser fecundado pela fenomenologia hermenêutica, ao modo de Heidegger, quando, na ocasião dos *Seminários de Zollikon*, realça o rigor da ciência como padrão objetivo, que almeja controlar e prever os fenômenos. Nessa perspectiva, Heidegger (1987/2009) enfatiza o perigo da predominância do pensamento calculante, próprio das ciências da natureza, e indica a reflexão que medita como modo outro de aproximação dos fenômenos – aproximação não objetificadora, a qual simplesmente aguarda, permanece receptiva ao que vem ao encontro. Seguindo essa trilha, Kierkegaard (1844/2015), sob o pseudônimo de Haufniensis, destaca que, na observação da vida humana, os psicólogos de sua época, tomavam o real como objeto. E, conduzidos pela lógica científica, ansiavam apreender e sistematizar a experiência ao invés de se “embriagar com a multiplicidade borbulhante da vida” (p.24).

Ao ser afetada pelas ressonâncias do pensamento de Heidegger e Kierkegaard, posso compreender que o psicólogo/supervisor, em uma perspectiva fenomenológica hermenêutica, não trabalha com verdades teóricas que se apresentam como receitas a serem aplicadas. Tal proposta pode soar estranha ao pensamento psicológico que parte de premissas teórico-explicativas. No entanto, esta “insuficiência” está ancorada na compreensão da existência do ser do homem, a partir da fenomenologia hermenêutica. E como é assumir essa perspectiva?

Essa situação de apresentar a possibilidade de outros caminhos para a prática psicológica parece ser sempre angustiante e desalojador à medida que solicita um outro modo de pensar... há uma convocação para que possamos estar muito mais na direção do estar lançando perguntas e inquietações, do que respondendo ou ensinado respostas já produzidas... e isso angustia muito... Pois, muitos alunos querem respostas, querem saber como irão intervir e, nessa perspectiva, as

abordagens psicológicas parecem oferecer um conforto, um chão bem mais rígido [...]. Confesso que tem horas que me sinto como se estivesse falando uma outra língua. Tem momentos que me percebo muito solitária e, outras vezes, me vejo angustiada e questionando-me.
(Emma)

Para quem adota a fenomenologia hermenêutica como lente, interrogar os protocolos técnicos da Psicologia parece suscitar uma tensão desalojadora. Estar lançado na indeterminação é angustiante. Nesta entrega angustiada, a atitude de **Emma** poderia ser procurar abrigo nas abordagens psicológicas que restringem o fenômeno ao método e distanciam as intervenções clínicas da experiência, do horizonte histórico do paciente. Mas ela segue outra direção, compreendendo que “aquilo que abriga é também o que aprisiona” (Pompeia & Sapienza, 2011, 169).

No desabrigo, a minha colaboradora carrega a pesada possibilidade de um outro modo de pensar, que tomando uma direção diferente do habitual dar respostas prontas, realizar conjecturas e antecipações, é marcado pelo desafio de “*estar lançando perguntas e inquietações*” (**Emma**). Tal atitude se aproxima de um acolhimento atento que simplesmente aguarda o que quer que sobrevenha, e, para tanto, mantém o vazio da atmosfera da angústia, acolhendo-a como condição de existir.

5.5 A respeito do fazer clínico: angústia, arte e técnica?

As narrativas trabalhadas ressaltam a tradição de pensar a prática do psicólogo do ponto de vista da relação ciência/técnica, teoria/prática. Em tal perspectiva, a Psicologia, historicamente, revela-se como ciência que prevê, controla e adapta o comportamento e a mente humana. Ainda é percebida a ressonância desse modo de pensar na formação do psicólogo, a qual guarda ranços da técnica e da lógica instrumental, apesar das reformas curriculares implantadas e em implantação que interrogam o fazer do psicólogo e abrem espaços para outras perspectivas que dialogam com a Filosofia, a Sociologia e a Antropologia.

Não obstante tais esforços, cabe perguntar: o fazer do psicólogo requer o “uniforme da técnica”? Considerando esse insistente apelo da ocupação técnica no momento contemporâneo, parece difícil nos apresentarmos perante a comunidade científica e laica sem algum tipo de uniforme – “um homem sem uniforme dá hoje a impressão de irrealidade, de um corpo estranho ao real” (Heidegger, 1954/2012, p. 84). Partindo da minha experiência clínica, posso indicar que esse uniforme me protegia – e algumas vezes ainda o faz – das ressonâncias da dor diante das situações que se apresentavam na clínica e, às vezes, na vida. Com tal atitude, distanciava-me de meu paciente, de seu contexto econômico/social, do anúncio da angústia que nos constitui e emerge no acontecimento clínico.

No momento atual de questionamento sobre as diretrizes que norteiam a formação e seus indicadores técnicos, ainda é possível argumentar que a busca e a indispensabilidade de um “uniforme” que legitime o psicólogo diz muito do nosso horizonte histórico. Portanto, apesar das tentativas de soltar as amarras historicamente definidas, tal preocupação técnica é considerada como a vigência deste destinamento, apresentando-se enquanto asseguração “incansável” de ordenamento e de homogeneidade. E, como alerta **Emma**, muitas perspectivas psicológicas caminham subordinadas a tal compreensão:

Não acho que seja por acaso que a Terapia Cognitivo Comportamental tem se expandido tanto enquanto prática do psicólogo. Inclusive, é uma das perspectivas mais recomendadas pelos psiquiatras. Tenho uma colega na área que diz que a “lógica” da abordagem é ser focal, objetiva, resolver o problema. E para isso, é necessário identificar o comportamento disfuncional e remodelar os pensamentos e o próprio comportamento. Identifica-se os problemas, estabelece-se os objetivos e aplica-se algumas técnicas. Parece que, de algum modo, essa perspectiva responde às exigências do nosso contexto de mundo, por eficiência e eficácia.

Atentando para a narrativa de **Emma**, compreendo que o modo de intervir da abordagem Cognitivo Comportamental parece dispor-se a separar o paciente que sofre de seu sofrimento. Assim, ao tentar objetivar a dor, é

possível diagnosticar e intervir por meio de uma técnica, de modo a eliminar, com margem de previsibilidade, o “disfuncional”, o incômodo. Penso que, por esse olhar, perde-se de vista o caráter sensível da existência: enquanto a doença é evidenciada, a experiência singular do paciente é encoberta.

Para minha colaborada, o reconhecimento e a expansão da Terapia Cognitivo Comportamento, enquanto prática psicológica, está vinculada à satisfação dos ditames da “idade da técnica”: *“responde as exigências do nosso contexto de mundo, por eficiência e eficácia” (Emma)*. Tal compreensão faz-me recordar o quanto a perspectiva fenomenológica hermenêutica traz estranheza e é questionada por não determinar caminhos e procedimentos. Visto que essa hermenêutica clínica fenomenológica,

não busca a explicação do sofrimento a partir de causas externas ou internas [...]. Não busca nenhuma interpretação verdadeira no sentido de mais adequada a alguma realidade em si, extensa ou psicológica [...]. A intervenção psicoterapêutica não tem, essencialmente, nada de positivo a dizer, quer apenas lembrar que a existência é sempre minha, aqui e agora. (Sá, 2017, p.123)

Fico refletindo o quanto, muitas vezes, era angustiante não corresponder às convocações técnicas e pontuais de minha profissão. Acredito que estar angustiada me mantém nessa indeterminação e estranheza de ser-psicóloga. É a “cidade sem muralhas” do filósofo grego Epicuro. Ser psicóloga, revela-se uma cidade aberta e essa abertura – com riscos, erros, surpresas, desalojamentos, encontros – é a minha morada! Mas nem sempre tive essa compreensão da angústia como constitutiva. Trazendo à memória a minha formação, lembro escutar de meus professores sobre a importância de, na condição de psicóloga, cultivar algumas atitudes facilitadoras para o encontro clínico, tais como empatia, autenticidade e aceitação incondicional. Como “aluna aplicada”, confesso que até tentava, mas não conseguia seguir à risca o *script*. Eu cansava, ficava irritada, perdia o fôlego diante de algumas histórias de vida, me emocionava. Hoje percebo que meu modo de estar em situação clínica já dava sinais de outros rumos. Não me contentava em ser uma “técnica em saúde”, mesmo que, muitas vezes, me apegasse às teorias psicológicas.

Compreendo que, para que a clínica ofereça um espaço de reflexão, é imprescindível um posicionamento crítico aos ditames de nosso horizonte histórico. E, na busca de desfazer alguns “nós” da tradição, encontrei nos pressupostos fenomenológicos hermenêuticos outra lente para experienciar as situações clínicas. Parece que tal sentimento de insuficiência também é vivenciado por outros profissionais em Psicologia, como bem narra **Emma**:

A gente pode responder de forma técnica, querendo tirar o sofrimento, o sintoma, dando uma resposta tecnicamente eficaz. Inclusive esse modo de fazer está dentro de uma perspectiva cientificamente valorizada, aceita... é o que vai dizer se sou ou não uma boa psicóloga. Ou posso responder à demanda em uma outra perspectiva... junto com o paciente, tentando elaborar aquilo pelo que ele procura. Para isso, não existe uma estratégia técnica que me seja anterior, um modo de fazer prescrito. Sou eu junto com meu paciente, naquela relação clínica específica. No momento em que estou com meu paciente eu tenho uma responsabilidade na receptividade naquilo que ele apresenta e um compromisso enorme que nenhuma técnica consegue me dar.

Minha colaboradora aponta para dois modos de intervenção: o primeiro, tecnicamente eficiente, almeja eliminar o sofrimento. Já o segundo, busca elaborar, junto com o paciente, sua experiência. Estaria **Emma**, atenta às considerações de Heidegger em “Serenidade”, dizendo *sim* e *não* à técnica, ao tentar tematizar a ação clínica do psicólogo? Em ressonância com a lógica da técnica, a intervenção clínica pode focar no sintoma, em situações nas quais há a real necessidade diante de manifestações físicas do sofrimento. Tal atitude não coloca em segundo plano a escuta da demanda, considerando também o apelo para acompanhar o paciente em seu caminhar, sem expectativas, sem direções e nem certezas. Nesse sentido, o acontecimento clínico valoriza a experiência do paciente, a fim de que apareça em seu próprio brilho e vigor. Para tanto, como indica **Emma**, “*não existe uma estratégia técnica que me seja anterior, um modo de fazer prescrito*”. Cabe ao psicólogo corresponder ao que lhe chega, resguardando o acontecimento da “verdade” como abertura e desvelamento.

Isis contribui, para essa reflexão, ao realçar a dimensão sensível e do encontro na clínica.

Intervenho buscando exercitar uma escuta atenta, sensível, sem censura. É um acolhimento da alteridade, do não dito, do que o outro quer ou tenta dizer via linguagem oral ou não oral. Acolho à medida que deixo o outro à vontade para expressar sua angústia; escutando e buscando ficar próxima desse outro, sintonizada com o que tenta me dizer e apontando as possibilidades de sentido coconstruídas com esse diálogo e escuta. E, assim, vamos construindo um encontro pautado pela experiência posta sob investigação.

Ao assumir a clínica como escuta sensível, minha colaboradora demarca uma atitude diferenciada. De início, sinaliza a estima de uma escuta atenta, acolhedora, acompanhando o paciente no testemunho do que lhe dói: “*deixo o outro à vontade para expressar sua angústia*” (**Isis**). Desse modo, o acontecimento clínico se dá em uma circularidade: o psicólogo escuta a narrativa do paciente, acolhe e constrói com ele possibilidades compreensivas.

A linguagem do acontecimento clínico abre, tanto para o paciente quanto para o clínico, o horizonte de visibilidade em que os fenômenos se mostram como sendo isto ou aquilo. Mas, ao mesmo tempo, essa linguagem soa como estranha, visto ser descomprometida com as tarefas da representação e exatidão e está aberta a novas falas, perguntas, respostas. Para Figueiredo (1994, p. 166), “esta é a fala que se dá como resposta a uma demanda entreouvada como apelo mudo do enigma”. O dizer dessa linguagem se apresenta também no silêncio, na quietude e no não-dito. O clínico e o paciente são os guardas dessa “fala acontecimental”. A guarda que exercem deixa vigir a experiência e, assim, abrir passagem para que ela os toquem.

Noto que **Isis** abre brechas para pensar uma clínica que tem a experiência como solo de sua efetividade: “...*buscando ficar próxima desse outro, sintonizada com o que tenta me dizer*”. Esse dizer/mostrar impossibilita pensar a experiência a partir de generalizações, visto que a singularidade da existência é incontornável. Nessa direção, ante às expressões da angústia é preciso aproximar-se, ouvir seus apelos, deter-se ao seu caráter singular, sensível. E é esse saber que é desconsiderado quando o psicólogo veste o

“uniforme da técnica”. O saber se faz na proximidade, tendo a experiência do paciente como guia. O técnico trabalha na distância, mas o clínico não. Esse saber permite que tenhamos uma relação de intimidade com as coisas, “a liberdade de quem se sente na familiaridade e em casa com elas” (Pompeia e Sapienza, 2011, p.151).

Nessa proximidade, o clínico se coloca no *estar-junto*. Esse *estar-junto-de* “tem o traço fundamental do *estar aberto para* a coisa presente, como se está” (Heidegger, 1987/2009, p. 107, grifo do autor). Tal condição de abertura traz em si a possibilidade de dispor-se, ficando à mercê do que se revela, em sua gênese e a seu tempo. Nessa perspectiva, a situação clínica demanda um inclinar-se, um aprender compartilhado. Estar disponível e receptivo ao que emergir, inclusive desalojamentos, mudança de perspectivas e elementos inusitados que tal posicionamento suscita.

Na convocação para uma ação clínica como um aprender compartilhado, sobressai a aposta de uma intervenção que:

[...] antes de tudo não se apega ao ter que dar respostas, pois em termos de angústia não se tem resposta. A melhor resposta consiste em admitir as possibilidades, a abertura, o não saber (muitas vezes), pois assim vamos margeando o que não se tem forma ou contorno, mas que incomoda e mobiliza profundamente o paciente. (Isis)

Trilhando caminhos distantes às expectativas de eficiência técnica, minha colaboradora realça a “suspensão” de uma postura prescritiva não preocupada em dar respostas, em encontrar soluções para a angústia expressa pelo paciente. Mediante às solicitações de controle e encobrimento da dor, que o psicólogo comumente se encontra atravessado, **Isis** enfatiza a necessidade de “*admitir as possibilidades, a abertura, o não saber (muitas vezes)*”. A perspectiva seria, então, acolher a angústia em sua condição de possibilidade e indeterminação originárias?

Pompeia e Sapienza (2011) indicam a possibilidade de aproximar-se do fenômeno, ouvi-lo, familiarizar-se com o modo de a angústia se mostrar na existência – “é importante dar ouvidos, ouvir de perto” (p.132). Assim, a experiência de **Isis** revela-se na proximidade, no vazio aberto pela angústia

que, sem forma e contornos fixos, *“incomoda e mobiliza profundamente”*, mas apela para percorrê-lo.

Frente a tal modo de ser clínico, **Isis** expressa sua implicação/afetação:

Isso me angustia e requer aprendizado, paciência, tolerância, serenidade. Exige que eu saia de uma mera postura investigativa ou especulativa e invista em uma postura que aguarda, provoca, incita, questiona, pontua, esclarece.

Na narrativa acima há um realce para a possibilidade de ser afetada pela fala do paciente: *“isso me angustia” (Isis)*. Tal como o artesão que imprime sua marca na obra, encontra-se aqui a disposição afetiva como condição constitutiva do ser-no-mundo, questionando a neutralidade enquanto atitude possível de ser assumida. Barreto (2013, p. 39), contribui quando sugere que “a ação clínica converge para intervenções implicadas no movimento de experienciação”. Nessa perspectiva, a angústia de **Isis** ganha o tom de um despertar para um espaço de realização outro de ser psicóloga, demandando, como ela mesma sinaliza, um recuo quanto a uma postura investigativa/especulativa? Estaria **Isis** sendo convocada a lidar com o constitutivo, o “aí”, que a lança na condição de receptividade para o que vem ao encontro? Será também que o acontecimento clínico pode se configurar como o compartilhar o que me é posto da existência do outro?

Surge, então, a proposta de uma ação clínica que, tal como expõe Evangelista (2016, p. 234), “desaloja, dá margem para o inesperado [...] Quando assim encontro alguém, as técnicas de atendimento psicológico e a familiaridade com o ser-psicólogo ruem para um não-saber no qual eu e outro perdemos chão”. Parece que “perder o chão” fala de um modo de estar na clínica sem suportes teóricos ou técnicos, diz de um acompanhar a experiência do outro, acolhendo a angústia e a estranheza que também emerge frente à cobrança dos serviços de saúde por resultados e eficiência, experienciada por **Zoe** ao narrar:

No CAPS, as angústias de fazer o serviço funcionar são imensas. O que conhecemos não funciona: internação, exclusão, preconceitos. É

cansativo questionar a tradição “ortopédica” – tem um pedaço quebrado e eu vou consertar aqui. As pessoas são colocadas no serviço para ser ajustadas à sociedade e a intervenção do profissional visa um “conserto”, traz a noção de “cura” e não de cuidado.

E acrescenta:

Já meu trabalho caminha na direção de uma “reabilitação psicossocial”, a qual tem a intenção de se aproximar do paciente e de sua realidade... conhecer sua história, sua comunidade, história da doença, da família. Por isso a intervenção tem vários atores: primeiro o sujeito que sofre, depois a família, os vizinhos, os agentes comunitários de saúde.

As intervenções no CAPS seguem, no dizer de **Zoe**, a direção de uma “tradição ortopédica”, na qual vigora uma proposta, previamente prescrita, de conserto e cura. Mas, minha colaboradora segue indicando um outro modo de intervir. Na “reabilitação psicossocial” há uma maneira própria de olhar para a situação clínica: procurando aproximar o paciente de sua tradição e de seu contexto social/familiar, vários atores participam do processo de cuidado. Partindo de uma perspectiva fenomenológica hermenêutica, a direção de “reabilitação social” pode ser questionada, já que, de algum modo, reflete uma orientação técnico-científica. Tendo a existência humana como ser-no-mundo-com-os-outros, tal perspectiva já compreende o paciente compartilhando a tradição que o atravessa. Ferreira Neto (2010), apesar de não partir da Analítica Existencial, pode ajudar a pensar a dimensão ôntica da prática do psicólogo ao indicar: “a subjetividade deve ser pensada em suas articulações com a vida social e o trabalho do psicólogo não pode se reduzir a uma prática clínica solipsista: por isso a prática clínica deve estar inelutavelmente associada a uma prática política” (p. 137).

Aqui encontro outro sentido para a clínica: a clínica enraizada no *ethos* humano (que originalmente significa assento, morada), cujas ressonâncias vão além do âmbito da individualidade (*polis*), escutando a polissemia das vozes do horizonte social, religioso e familiar que comunicam sentido na trajetória de cada paciente. É preciso coragem para se arriscar a tal ação que tenha o *ethos*

(comprometido com a abertura, escuta e respeito ao outro) e a *polis* (estar entre homens) como pressupostos, pois implica se lançar no espaço público, ou, melhor dizendo, no interjogo singular/plural.

Nessa direção, o trabalho do psicólogo estaria próximo a um caminho de volta a um enraizamento do homem na sua própria condição mais fundamental? Voltar suas raízes a um solo natal é a possibilidade de novamente poder encontrar-se consigo mesmo depois de um longo tempo de exílio da sua própria condição. E nessa busca de um enraizamento, o fazer do psicólogo pode aproximar-se de um “movimento de resistência” à tradição “psicologizante”?

Aqui me deparo com a narrativa de **Luna** que tematiza a implicação nesse movimento:

Fui solicitada a atender uma urgência de um paciente com sinais que indicavam uma vivência psicótica, de cisão com a realidade. Eu tinha dois caminhos: leva-lo a um espaço privado que tem uma forma absolutamente tradicional de funcionar, medicando com o objetivo de arrefecer os sintomas graves; e o outro seria bater nessa porta até que possa nos ouvir. Eu apostei no bater na porta! O que eu chamo de bater na porta é uma intervenção que foge do tradicional. Não é aquela entrada abrupta, pronto, acabou... agora você vai para o psiquiatra, tomar remédio. É outro modo de intervir com mais cautela e propriedade. Bater nessa porta significa, em primeira instância, entrar em contato com meu cliente para saber quais as possibilidades dessa via ser utilizada. E, em havendo essa possibilidade, e apresentando sinais de que se a gente entrar seremos bem-vindos, desejados por ele... meu outro movimento é ir à família, as pessoas que estão ligadas à situação e trazê-las como cúmplices nessa história. Para mim é a melhor forma de intervir ... um investimento do dia a dia para ir construindo esse lugar!

Parece que o compromisso com a experiência do seu paciente foi o norteador da prática de minha colaboradora. Diante do caráter de urgência do atendimento solicitado, **Luna** poderia ter cedido à internação psiquiátrica, mas resistiu: “apostei no bater na porta”. Interessante que esse “bater na porta”

apresenta a peculiaridade de ser cauteloso, implicado e requer um investimento do profissional em Psicologia, do paciente e daqueles que se engajam na situação clínica, tornando-se “*cúmplices nessa história*”. Não seria esse o modo de **Luna** interrogar a lógica explicativa e medicalizante da vida, a perspectiva do ajustamento aos sentidos prescritos? De resistir à internação psiquiátrica como primeira opção? De chamar à uma apropriação aqueles que estão envolvidos na situação clínica, podendo encaminhar “uma nova relação consigo, com os demais e, portanto, com o próprio mundo”? (Duarte, 2010, p.423).

Nesse sentido, seria a clínica um espaço de criação, de aguardar o que pode emergir? Recorro a metáfora utilizada, por **Zoe**, ao refletir sobre sua prática clínica:

Lembro-me do artesanão... ele sabe o material que tem para fazer sua obra, mas não sabe como o processo irá se desenrolar. Cada processo, mesmo com os materiais iguais, é único. Encanta e cansa!

Na perspectiva aberta pela arte, minha colaboradora aproxima o artesanão do clínico. E, com isso, noto que, no permanente movimento da existência, a vigência da singularidade pode escapar, não sendo capturada pelos procedimentos técnicos, muitas vezes ainda presentes na situação clínica. Tal qual é a obra de arte, não carecendo de uma explicação lógica positivista, diz por si mesma. Seu compromisso é de outra ordem – ela acolhe, mas não dá à luz. A luz sobre a qual a experiência se mostra já é sempre luz.

Diante do vigor da experiência – seja da arte ou do humano – não há como considerar a técnica enquanto um meio para um fim. Daí o lugar privilegiado da metáfora com a arte, como um dizer que diz genuinamente. Na clínica, há um manter-se na negatividade, no mistério, na angústia do não-saber. Esse modo de fazer clínico, que escapa do roteiro prescrito, pode ser indicado como um fazer clínico-artesão que, nas palavras de **Zoe**, “*encanta e cansa!*”.

5.6 Angústia e o tempo do cuidado

A nossa história transcorre no tempo da existência. Tempo compreendido não como sucessão de agoras, mas enquanto temporalidade originária, condição da existência. A temporalidade é o horizonte da compreensão do ser, pois apenas no tempo se pode encontrar sentido para o homem. Desse modo, é possível falar em três dimensões do tempo: passado, presente e futuro, os quais se apresentam como co-originárias e não subsequentes. No “agora” (tempo presente), no qual há a vigência do “ter sido” (passado) e a abertura do “porvir” (futuro), o homem pode assumir-se como projeto lançado ou perder-se no mundo de “todos nós, ninguém”.

Nas andanças pelo tempo, nos deparamos com o fenômeno da angústia. Essa angústia também se apresenta na queixa/fala dos pacientes que solicitam do clínico, muitas vezes, intervenções pontuais, atravessadas pela consideração do tempo do relógio, pela procura por resultados imediatos.

Percebo na clínica o caráter de urgência da existência contemporânea, precisa ser tudo ao mesmo tempo, agora! É bom que a gente tome cuidado com isso e, ao mesmo tempo, não perca o contato. É demorado, não tem aquela coisa de você tratar imediatamente. Quanto mais o paciente demanda um tempo externo, mais a angústia aumenta.
(Luna)

Minha colaboradora sinaliza, a partir de sua experiência clínica, o caráter de urgência que vigora em nosso horizonte temporal, regido pelo tempo do relógio, “*precisa ser tudo ao mesmo tempo, agora*” **(Luna)**. Nessa perspectiva, de alguma maneira, o tempo é controlado, previsto. Curioso que **Luna** indica que, quanto mais o paciente se sente pressionado por esse tempo externo, mais a angústia aumenta. O que se mostra é a tensão do tempo como sequência de agoras (o qual se atribui objetividade) e o tempo da existência, condição da existência enquanto poder-ser, necessária para a elaboração das experiências.

Refletindo sobre a ação clínica, minha colaboradora realça a importância de não distanciarmo-nos da experiência do paciente. “*É demorado, não tem*

aquela coisa de você tratar imediatamente” (Luna). Se considerarmos acolher o tempo da existência, podemos assumir a clínica como “parteira” que aguarda o modo como o paciente se destina na vida. Nessa direção, para Toso (2017, p. 347), “cuidar é acompanhar o caminho do paciente em direção ao aí do ser, caminho que se revela no caminhar e que, entre sombras e luzes, indica um empenho inquietante e, por vezes angustiante, na busca por clareiras que reorientem sentidos que até então privam o existir”.

No curso dessas considerações, é interessante destacar que cada paciente tem seu tempo para apropriar-se do vigor do passado no presente e do devir.

A angústia é um sinal de que a falta existente, que algo não está andando como antes e não conseguimos dar conta disso. Vem o impulso, mas depois é possível perceber que o paciente pode pensar sobre isso, lidar com isso... pode levar algumas horas, dias. A gente faz alguns questionamentos para a pessoa pensar, mas as vezes não é o tempo daquela pessoa. (Zoe)

O modo como minha colaboradora intervém é encaminhando as possibilidades de refletir sobre as experiências relatadas pelos pacientes. Contudo, sinaliza que o tempo de os pacientes lidarem com a angústia é singular – é o tempo da existência. Com essa indicação, compreendo que, apesar de o relógio também marcar o passo da cotidianidade, o tempo da vida não possui uma cadência sistemática, nem lógica.

Teve um paciente que chegou para mim dizendo: “Eu sou um policial e no começo do ano tive uma crise, mas preciso trabalhar, então eu não posso conviver com isso... isso não faz parte da minha vida”. A angústia é tida como aquilo que vai atrapalhar o caminhar da pessoa. A demanda é objetiva e eu compreendo isso. O trabalho dele está lá exigindo que ele volte. É quando eu digo que a angústia transborda. Quando ele vê que não pode atender à solicitação, a angústia fica intensa. Chega ao ponto de dizer: o que tenho? Como vou tratar isso? Muitas vezes eu intervenho nessa dimensão. Qual é o seu cotidiano de trabalho? Porque

do contrário eu estou saindo da existência do meu cliente, eu vou olhar a demanda dele de fora. Não cabe, não dá! (Luna)

Luna narra uma situação clínica de um paciente que está em crise e precisa retornar ao trabalho, não “dispondo de tempo” para lidar com suas questões. Interessante notar a tendência dos serviços médicos de provocar uma espécie de “cisão do tempo”, prescrevendo uma datação para que o paciente retorne à rotina laboral. Contudo, quanto mais temos pressa em dar uma resposta para corresponder ao tempo definido no parecer médico, mais nos afastamos da possibilidade de refletir sobre o que está acontecendo.

É na lida com esse tempo cronológico, quando o paciente se dá conta de que não consegue atender aos prazos que, no dizer de **Luna**, a angústia transborda. Transborda por não acompanhar o ritmo do tic-tac do relógio, “que provém de uma imagem do tempo como uma sequência de agoras vazios e ‘sem caráter’” (Heidegger, 2009, p.76, aspas do autor); tempo também representado como linha unidimensional, na qual o presente, o passado e o futuro são subsequentes.

Luna realça que, na ação clínica, é preciso também considerar esse tempo cronológico, a concretude das solicitações. Seu paciente apresenta uma demanda real, uma data para voltar ao trabalho. Importa esclarecer que essa lógica cronológica se encontra nos planos de saúde quando disponibilizam um número limitado de sessões aos seus clientes; bem como em alguns serviços de saúde pública, os quais restringem a quantidade de atendimentos. Todavia, coloco em questão como fica difícil cuidar da angústia na lógica do tempo do relógio, do tempo datado que requer uma intervenção imediata e o resultado de um desempenho técnico/psicológico. No entanto, se o paciente questionar o tempo cronológico, datado pelo parecer médico, pode ir apropriando-se de como esse tempo está suscitando angústia, afastando-o da possibilidade de apropriar-se da dimensão temporal originária da experiência vivida. Dimensão que, quando acolhida, possibilita pensar a existência enquanto abertura e transformação, não determinada por acontecimentos, nem voltada para realizar tarefas definidas pelo tempo do relógio.

Se o tempo cronológico orienta a escuta clínica, o modo de cuidar instrumentaliza-se; a existência, possivelmente, será pensada objetivamente e

“a angústia tida como aquilo que vai atrapalhar o caminhar da pessoa” (Luna). Diante de tal contexto, o fenômeno da angústia configura-se um mal-estar a ser evitado – *“então eu não posso conviver com isso... isso não faz parte da minha vida” (Luna).* “Não seria essa possibilidade de pensar e controlar a vida que o cliente vem procurar quando se depara com a ‘dor de existir’?” (Barreto, 2017, p.43, aspas da autora).

Borges-Duarte (2013), auxilia na compreensão da narrativa citada quando reflete: “Esse deter-se no mero presente, enganando a angústia em que a suspeita de finitude se traduz, é o decair na inautenticidade ôntica, é o esquecimento do que mais importa” (p.175). Contudo, cabe destacar que a autenticidade do cuidado cansa, esgota, sendo apenas possível por momentos. “Por isso, o tempo do mundo – impróprio, mas vivível – é o do agarrar-se ao presente, evitando ver o que angustia, o ausente sem figura” (p. 176).

Como lidar, na clínica, com a dinâmica temporal originária dos acontecimentos sem se deixar dominar por tal movimento, marcado pela objetividade? Atravessada por essa lógica objetiva, como não ser levada à tendência medicalizante que pretende, de modo rápido, nomear o vazio da angústia e acalmá-la? E, como a ação clínica pode ouvir junto ao paciente os apelos da angústia? Frente a tais indagações, **Emma** subsidia na busca de uma tematização a respeito da ação clínica quando narra:

A situação clínica requer o demorar sobre o que se apresenta, demanda reflexão. A clínica pode ser compreendida como um espaço de escuta para se demorar sobre a existência, sobre o modo como estamos sendo, cuidando de ser.

A fala de minha colaboradora aponta para a necessidade de uma intervenção clínica que se demora, aguarda e busca acompanhar uma reflexão, caminhando com o paciente no tempo da existência. A angústia tem o tempo que é dela e esse tempo é o tempo do cuidado. Cuidado compreendido como solicitude – “acompanhando o cliente na tarefa de apropriar-se e cuidar das experiências que vão se desvelando no seu existir” (Barreto, 2017, p.47). Atento às narrativas dos pacientes, o clínico acompanha-os na tarefa tão humana e angustiante que é viver. “O psicoterapeuta, portanto, é a sentinela

que, serenamente, zela para que a ‘coisa ela mesma’ aceda a mostrar-se, a aparecer ao paciente. O ser dá-se no cuidado e é pressentido na angústia (Toso, 2017, p. 351, aspas do autor).

Pensar a ação clínica distante de premissas teórico-explicativas e inspirada pelos indicativos-formais da fenomenologia hermenêutica revela-se como um desafio. É desafiante em um contexto no qual o tempo do cuidado é abreviado ao tempo objetivo do relógio, suscetível de medição e que aparenta dar segurança, por acreditar prever e controlar o sofrimento.

A necessidade de previsão e controle atravessa a formação do psicólogo, levando a predominância do pensamento técnico, regido pela lógica da instrumentalidade.

Cada vez mais o que eu percebo é que a gente não pensa. E isso se apresenta muito na vivência com os alunos, eles revelam essa dificuldade de a gente parar e pensar, se demorar sobre. Essa lógica de transformar tudo em um procedimento técnico a ser aplicado e que irá resolver isso ou aquilo é muito comum. E nessa visão, afasta-se do tempo do vivido, dessa compreensão de que o apropriar-se do que está acontecendo consigo demanda por um aguardar. Esse tempo de espera não é da ordem do cronológico e também parece que não se dá pela receptividade de um procedimento técnico. Quando começamos a romper com essa lógica tradicional e tentar mostrar que há outros caminhos para pensarmos o homem, o mundo, há um mal-estar “generalizado” nos alunos. (Emma)

Minha colaboradora chama atenção para a escassez de pensamentos no nosso horizonte de domínio da razão. Seus alunos de graduação revelam a dificuldade de “*parar e pensar, se demorar sobre*”; e a busca por um procedimento técnico, um respaldo teórico que fundamente e assegure a intervenção psicológica. Ampliando tal discussão, cabe explicitar a atitude de **Emma** em convidar seus alunos a uma experiência de disponibilidade para o pensamento que medita. Esse caminho não pode ser conduzido de antemão por uma teoria, já que tal modo de pensar não é determinado como uma meta a ser alcançada em um tempo previsto.

No que se refere à indigência do pensamento no mundo atual, é possível perceber que tudo pode ser apreendido de modo instantâneo e econômico, o que contribui para, no momento seguinte, ser rapidamente esquecido. Pensar nos convida a meditar – “aprendemos a pensar à medida que voltamos nossa atenção para o que cabe pensar cuidadosamente” (Heidegger 1954/2012, p.112). Embora as nossas prateleiras estejam cheias de livros e as produções acadêmicas sejam intensas, ainda nosso pensamento não se direciona ao que cabe cuidadosamente ser pensado: a diferença ontológica entre ser e ente.

No caminho do pensamento, a condição humana implica a ação de questionar. Questionar resguarda o pensar da ânsia de respostas prontas, apressadas. Assim, na clínica, o psicólogo ao acompanhar a experiência que se apresenta, dispõe-se a assumir o desabrigo de percorrer trilhas inseguras, incertas e misteriosas junto aos pacientes. É possível indicar que tal modo de pensar meditativo, encoberto pelo cálculo e pela objetificação, “nos põe a caminho do lugar de nossa morada” (Heidegger, 1954/2012, p.58).

Nessa morada, há a copertença existência/temporalidade. O homem é o tempo, é compreendido enquanto ser-temporal que tem a si mesmo de modo radicalmente singular e único. A existência humana “consiste”, fundamentalmente, no acontecimento concomitante de instantes que se apresentam como o que se é faticamente “agora” junto ao vigor do ter sido e o ainda não. Todavia, alguns acontecimentos podem se apresentar como uma experiência que compromete essa circularidade temporal constituinte da existência humana, dando ênfase a uma determinada dimensão.

Nos usuários do CAPSad não percebo muito a questão de querer algo que retire logo a dor, o sofrimento. O que muitas vezes vejo é que para eles a noção de futuro parece algo muito longe... não gostam de falar sobre os encaminhamentos que o uso de psicoativos pode levar... o que importa realmente é viver e pronto, independente do que venha acontecer. Já nas famílias, essa questão de querer que o problema se resolva logo é muito presente, pelo menos nas que eu acompanho. As mães questionam muito quando os filhos irão melhorar, se vai demorar, se não tem algo que possa fazer para parar o uso da substância. Mas, ao mesmo tempo, poucos vão para o grupo de família. Ficam mais na

questão da medicação e querendo que a gente dê um jeito nos filhos deles. (Emma)

Minha colaboradora traz, em sua narrativa, a experiência da temporalidade na especificidade do contexto do CAPSad. Oportuno mencionar que os jovens usuários parecem estar restritos ao “tempo do agora”, o tempo da droga, da satisfação imediata. As famílias desses usuários seguem a mesma dinâmica de imediatez, ao demandarem do serviço de saúde uma solução rápida (muitas vezes por meio de um medicamento), sem participação efetiva no projeto terapêutico.

Será que o tempo da droga não se apresenta como ressonância do horizonte contemporâneo marcado pela supremacia técnica? Tal indagação revela-se pertinente considerando que a técnica é a consumação do desenraizamento, a qual busca saídas instantâneas – entre eles a droga lícita e a ilícita – para suprimir a indigência do homem atual. Nessa direção, recorrer ao uso constante de drogas seria uma possibilidade de, frente à angústia do futuro desconhecido/estrangeiro, encontrar a promessa de um viver mais tranquilo, suportável no presente? A procura por prazer nas drogas levaria o usuário a outro modo de relacionamento com o tempo, afastando-o, mesmo que transitoriamente, da angústia diante da possibilidade de destinar-se?

Nessa direção, como pensar a clínica como destinar-se na vida, ou melhor dizendo, como futurição? Futurição compreendida como supremacia do porvir, na qual a experiência do tempo implica o querer-ser, procurar-se, em função do meu ter-que-ser. Ao considerarmos que a existência humana apresenta-se como aberta, não-acabada, a clínica assume uma perspectiva de tempo que abre a possibilidade de o paciente se dedicar à tarefa de poder-ser, de se dar conta de seu existir como tarefa; e isso demanda cuidar dos desdobramentos de sua existência e, desse modo, pôr-se a caminho.

Encaminha-se, pois, a possibilidade de uma clínica que acolhe o paciente em sua condição de abertura de possibilidades e cuide da angústia de estar lançado na indeterminação do porvir, no abismo como ausência de fundamento (Pompeia & Sapienza, 2011). Cuidar, tal como o pastor camponês constrói a sua casa ao lado do abrigo das ovelhas para estar mais próximo delas, para escutá-las.

5.7 E quando a angústia nos toma?

Esta constelação teve um tom singular para mim por narrar as ressonâncias da angústia diretamente no clínico, revelando que a ação clínica não se restringe ao referencial teórico que subsidia a compreensão da angústia, mas passa também pelo modo como o psicólogo é afetado por ela.

Importa reconhecer como tive dificuldade de iniciar esse diálogo, de aproximar-me das narrativas das colaboradoras frente às mostrações de suas próprias angústias. Após apropriar-me, decidi começar pela maneira como também fui afetada, falando dessa descoberta. Interessante que as outras constelações narram, especialmente, sobre como a angústia se mostra na fala/queixa dos pacientes; mas aqui encontro uma outra dimensão, qual seja, a angústia ressoando no psicólogo.

Partindo da perspectiva da fenomenologia hermenêutica, é de se esperar que essa afetação emerja, já que não é possível desvincular a ação clínica do modo como somos afetados. A minha intervenção depende da minha compreensão de angústia e como sou mobilizada por ela; visto que “toda disposição é compreensível e todo compreender é disposto, pois disposição e compreensão são igualmente originárias” (Heidegger, 1987/2009, p.250). Nessa direção, cabe sinalizar que a narrativa de **Luna** se configurou como uma espécie de “gatilho” para que eu atentasse para essa outra dimensão da angústia:

Outra perspectiva da angústia é quando ela me toma. Eu tenho que parar, olhar com mais clareza o que está se passando comigo para que eu possa continuar nesse processo de escuta, ajuda. [...] A minha angústia sinalizou a minha impotência. Eu tão acomodada no meu lugar do ser terapeuta.

Apesar da vasta experiência de minha colaboradora como terapeuta, sua comodidade é interrogada, é confrontada com a condição de não se sentir-em-casa. Parece que dar-se conta disso espanta, suscita certa estranheza. A afetação de **Luna** revela-se como expressão do encontrar-se já sempre lançado em um mundo que é essencialmente inquietante e enigmático? “Não

será a angústia necessariamente inerente à vida, como um dote do nosso estar-aí, do qual não é possível, nem psicoterapeuticamente, se livrar?” (Boss, 1977, p. 28). A angústia nos afeta, a despeito de nossa familiaridade com os pacientes e com as teorias psicológicas. Na experiência da angústia nos sentimos estranhos junto às coisas mais comuns e próximas, há uma ruptura e esvaziamento de sentidos. “A angústia nos corta a palavra [...] em sua presença emudece qualquer dicção do ‘é’” (Heidegger, 1929/1999, p.57, aspas do autor). Essa disposição afetiva vem lembrar-nos que o ser-afinado angustiado é condição do meu ser-no-mundo.

Mas qual a atitude de **Luna** ao ser tomada pela angústia? Ela poderia ter paralisado frente a tal afetação, mas parece que, mobilizada pela própria angústia, a saída que encontra para encaminhar-se na situação clínica é investir tempo consigo na “procura de si mesmo”, na busca de uma apropriação.

Teve um caso que eu me meti na minha angústia e precisei de um tempo para me reposicionar diante daquela situação. [...] Muitas vezes a gente precisa ter um olhar de fora, porque somos falíveis, nos enredamos na experiência. O grupo de discussão de casos nos dá um desenho mais palatável, para que a gente possa lidar com a situação em questão, para ajudar a ter clareza. (Luna)

O grupo de discussão mencionado por minha colaboradora apresenta-se como uma possibilidade para que, ao apropriar-se da experiência de angústia possa tematizá-la. A linguagem aqui é apontada enquanto caminho para escutar a mensagem da angústia. Enredada na experiência, ao narrar, **Luna** pode tirar o véu, desocultar, e, quem sabe, elaborar a sua experiência. É por essa linguagem que podemos nos apropriar de nosso ser-no-mundo e, em diálogo, nos aproximarmos da maneira como o paciente experiencia seu modo de ser. Cabe refletir, ainda, que tal linguagem requer uma escuta clínica demorada, distante da ânsia de exatidão e objetividade de nossos dias. Mas nem sempre estamos “disponíveis” para suportar a vertigem da angústia ou o nosso contexto é tão inóspito que não oferece o abrigo que, de certo modo, buscamos.

Trabalhar no hospital, no contexto de UTI, de sala vermelha é angustiante. Muitos alunos da residência desistem por não suportarem estar ali. Precisamos sustentar um lugar diferencial em um ambiente em que a morte é sinônimo de erro, de fracasso... precisamos admitir a morte como uma possibilidade. Sei que a lógica técnica, de rapidez, de dor do hospital interfere o pensar que medita, pode roubar a necessidade de se apropriar... deixando em stand by a angústia. Quando ela aparece? Nas supervisões. Diante da morte manter uma postura que aguarda é difícil, mas é possível. Não podemos ficar restritos ao mero preenchimento de protocolos... o papel do psicólogo não é de eliminar sintoma. (Isis)

Minha colaboradora apresenta a peculiaridade da Unidade de Terapia Intensiva, na qual a fragilidade da vida e a possibilidade da morte estão à espreita. Nesse contexto clínico, a angústia parece se mostrar de modo mais intenso, concreto. Muitos alunos desistem “por não suportarem estar ali” **(Isis)**; outros residentes, tomados pela lógica técnica, ficam restritos ao preenchimento de protocolos e parecem não se apropriarem da experiência, deixando em “stand by a angústia” **(Isis)**.

Importa realçar que a supervisão é compreendida por **Isis** como um momento de acolhimento da angústia. Seus alunos são convidados a exercitar um pensar que medita e aguarda o desvelar do movimento da existência. Nessa direção, há uma manutenção da tensão entre teoria e experiência: exposições teóricas, acúmulo de informações que ofereçam segurança na prática clínica coabitam com a experiência do estagiário que acompanha a crise existencial e vive também essa crise no contexto hospitalar.

Abre-se aqui a possibilidade de pensar uma clínica que acolhe a disponibilidade afetiva do psicólogo, questionando a suposta neutralidade:

A angústia afeta meu corpo!!! Já tive vontade de chorar em atendimentos. Lembro de uma experiência com um psicótico no CAPS que fiquei muito mobilizada, foi uma escuta difícil. Era o dia das mães... a história é de uma moça que ama as duas filhas, mas na crise as

abandonou e, conseqüentemente, perdeu a guarda judicial. A equipe chorou... era a angústia de ser mãe sem filhos. E eu sou mãe! Eu fui tomada por isso, de coração. (Zoe)

É interessante, têm muitas pessoas adoecendo na equipe do CAPS, inclusive eu (risos). Teve um período que várias pessoas pediram transferência do serviço. Outra coisa interessante que você me fez pensar agora, é a não participação de toda equipe nas reuniões, principalmente, nas reuniões técnicas. Muitos faltam, muitos chegam atrasados e muitos saem antes da reunião acabar. (Emma)

A angústia que se expressa no corpo demanda uma reflexão – a vontade de chorar de **Isis**, o choro da equipe, o adoecimento de **Emma** e de colegas de trabalho. Nesse sentido, pressupondo que tais afetações se dão no e pelo corpo, e amparada em uma compreensão de corpo como existência¹¹, não dá para fazer tal “separação” corpo/angústia; visto que o modo como vivemos nossos corpos diz também das histórias cotidianas e das afetações que experienciamos enquanto ser-no-mundo-com-outros.

Uma outra dimensão do depoimento de **Zoe** que cabe mencionar, indica a sua identificação com a paciente do CAPS. Poderíamos falar de um relacionamento afinado entre duas mães ou estaríamos frente a uma relação transferencial? Na Analítica Existencial, encontro a compreensão de que a disposição é um caráter fundamental e faz parte de toda relação. Desse modo, “todo relacionamento é afinado *a priori* e, por isso, não tem sentido falar de ‘transferência’” (Heidegger, 1987/2009, p. 204, aspas do autor).

Na direção de me debruçar mais atentamente nesse fenômeno, trago também a experiência de **Isis**:

Teve um caso que, apesar de consciência tranquila, eu tive dificuldade de fazer aquele processo de um certo afastamento no sentido de fazer coisas do cotidiano como poder dormir, comer. É o caso de uma criança

¹¹ No pensamento de Heidegger (1987/2009) encontramos a compreensão de que o corpo é sempre um corporar (*Leiben*), um dos modos de ser do *Dasein*. Pensar o corpo é refletir a existência; e, no percurso da existência, o corpo é a nossa morada.

com câncer que me perguntou porque eu ia para o hospital do câncer se lá só tinha criança doente, que chorava e dava trabalho. Esse caso me mobilizou muito porque acho que foi a primeira vez que fui literalmente sacudida por um ser de cinco anos... e me questionava: por que você está aqui? Por que você escolheu ser psicóloga? Por que você gosta de trabalhar com dor, com sofrimento? Eu fui tomada pela angústia, me lembrei da experiência do meu avô que morreu de câncer. Chorei um tempo no banheiro, depois fui procurar minha supervisora.

Ao me deparar com os depoimentos de minhas colaboradoras, percebo a angústia de ambas diante do modo como são afetadas pelas narrativas de seus pacientes, as quais ressoam em como experienciaram dimensões de sua existência – **Zoe** como mãe e **Isis** recordando a experiência de seu avô que faleceu de câncer. Partindo de pressupostos fenomenológicos hermenêuticos, as experiências não podem ser transferidas, pois, em cada caso, a afinação a partir da qual e de acordo com a qual tudo que vem ao encontro já está sempre aí. O poder angustiar-se constitui o meu poder-ser, dimensão constitutiva da existência, mostrando-se de modos diversos e a depender do contexto e da maneira como sou afetada por ele.

Como foi indicado nas considerações prévias, a angústia marca o espaço de nossas práticas, nos atravessa (ressaltando o caráter sensível da existência) e também pode nos capturar de súbito. Tematizar a angústia é trilhar um caminho que se faz no próprio caminhar, na busca por “clareiras” que possam iluminar o acontecimento clínico.

Dialogando com as narrativas de minhas colaboradoras pude perceber que a angústia se mostra também frente às demandas institucionais. Se espera, do serviço de saúde e dos profissionais, determinadas metas. Ter que se a ver com as solicitações (e muitas vezes não conseguir correspondê-las) desabriga, mobiliza angústia.

A angústia está no meio da equipe... naquele caso que ninguém sabe o que fazer. E agora? Fica aquele silêncio, todo mundo se olha! Tem casos que tira o CAPS de lugar... a crise. A gente tem a sensação que o serviço não é resolutivo. Liga o agente de saúde, ligam outros

profissionais das unidades de saúde cobrando uma posição, dizendo que o CAPS não funciona. A gente quer dar conta e sozinho não dá. Angústia muito, muito, muito!!!! (Zoe)

Tal horizonte histórico, apontado por minha colaboradora, configura uma realização do empenho moderno em tudo querer controlar e prever através de uma lógica que calcula. Nesse contexto, **Zoe** vê-se entre as solicitações de um serviço de saúde que requer ser resolutivo e as restrições da equipe frente às demandas dos pacientes. Todavia, a experiência clínica parece romper com as fronteiras institucionais “*naquele caso que ninguém sabe o que fazer. E agora? Fica aquele silêncio, todo mundo se olha! Tem casos que tira o CAPS de lugar... a crise*” (**Zoe**).

A crise e a angústia no meio da equipe expressam o modo como cada membro é afetado pela situação e pelas cobranças institucionais. Nos “*Seminários de Zollikon*”, Heidegger aponta o “Stress” como solicitação excessiva, chamando a atenção para em “que medida” a opressão, proveniente do stress, pode atuar de modo a preservar a vida. Nessa direção, “ser interpelado” pode apresentar-se necessário para manter a vida, significa solicitação. Toda solicitação requer um corresponder de algum modo, que compreende também um não corresponder e um não poder corresponder. Frente a essa tensão, a angústia emerge:

A experiência de trabalhar no CAPSad me desalojou muito. Depois de muito refletir, compreendi que esse espaço não é algo pelo qual estou disponível para estar transitando. Nem tanto pelo rompimento que essa clínica revela, do estarmos sempre, ou pelo menos na maior parte das vezes, nos defrontando com o inesperado, com a falta de certezas e do não saber fazer... Mas porque apesar disso, somos cobrados a termos certos posicionamentos, fazer certas intervenções, que, pessoalmente, não percebo ter algum sentido. Compreendo que essas normativas institucionais são importantes e necessárias, mas, ao mesmo tempo me incomoda ver o desconexo entre o que é dito e aquilo que se possibilita.
(Emma)

Minha colaboradora narra seu desalojamento ao compreender que não está disponível para trabalhar no CAPSad. Ela não encontra sentido no modo de funcionar do serviço e se incomoda frente ao descompasso entre as intervenções propostas e as ressonâncias das mesmas na vida do paciente. Mais do que conformar-se com essa situação institucional, a inquietação de **Emma** a movimenta, desalojando, provocando reflexões do vivido e solicitando tematização daquilo que se apresenta.

Nessa direção, é que se mostra uma indicação para o sentido de ser clínico, implicando o acolhimento da afetação, já que disponibilidade afetiva é condição própria do humano. Tal afetação pode nos paralisar, dificultar nosso habitar na situação clínica, nos fazer chorar, silenciar, interrogar o sentido da prática psicológica em determinada instituição; mas também pode descortinar outras possibilidades de ação e de cuidado. É nesse processo, muitas vezes doloroso e solitário, de suspensão de sentido, do nada que nos cerca e nos indetermina que o possível se faz possível. Mesmo no abismo, cuidar de ser é uma possibilidade sempre presente – “abre-se em clareira, em nova possibilidade, em novo sentido rearticulado” (Toso, 2017, p. 349).

Nessa perspectiva, não cabe a angústia ser “interpretada como sintoma a ser combatido, seja quimicamente, ou pela determinação de uma causa traumática que tenha ocasionado um efeito indesejado” (Toso, 2017, p.340). Em uma hermenêutica necessária para uma compreensão mais próxima da existência, a angústia, em sua força de abertura e fundação, pode iluminar o caminho obscuro da floresta na persistência de encontrar “clareiras” que possibilitem um seguir adiante, um encaminhar-se na vida e no modo de ser clínico.

6 O APELO DA ANGÚSTIA A CAMINHO DE UMA NOVA MORADA: algumas considerações

Ao assumir a condição de narradora desta tese, busquei tematizar possibilidades compreensivas da ação clínica em Psicologia diante do fenômeno da angústia, expresso na queixa/fala dos pacientes. Para fazer um recorte dessa temática, foi necessário assumir um caminho epistemológico, o qual se desvelou no próprio caminhar, em companhia de pressupostos fenomenológicos hermenêuticos.

Sabendo que a narrativa nunca é solitária, é importante mencionar que esta tese se apresenta em uma conversação construída com muitos outros, dos quais ressalto os testemunhos de minhas colaboradoras. Psicólogas que narraram expressões da singularidade dos acontecimentos clínicos narraram a vida, esforçaram-se, via linguagem, para dizer de suas experiências.

A tarefa narrativa se revelou como desafiante frente ao desenraizamento da época técnica, na qual vigora a tagarelice do mundo e a massificação do homem. Por meio do narrar, pude compreender, e compreendendo habitei na situação clínica, de modo pessoal, próprio, indicando como as reflexões desta tese ressoaram em mim!

Foi a partir da minha experiência clínica que a angústia, nas falas de meus pacientes, se anunciou como constitutiva da existência. Angústia que revela a nada, a tensão em que a existência sempre se encontra e a indeterminação originária. Angústia que, como uma sombra, acompanha-nos em nossa trajetória e na qual nos encontramos, no início e na maioria das vezes, adormecidos, sonolentos frente às possibilidades. Nos encontros clínicos com a paciente Margarida, compreendi que a angústia não pode ser superada e experienciei a “negatividade radical” de acompanhar, sem prescrições nem expectativas predeterminadas, as inquietações, temores e projetos de uma existência tomada pela atmosfera da angústia.

Mesmo compreendendo que a angústia, como disposição afetiva originária, é rara, ao me aproximar das narrativas das colaboradoras, deparei-me com algumas possibilidades de mostraçãõ da angústia no momento contemporâneo, as quais se revelam na clínica psicológica ou podem ser observadas, cotidianamente, na existência. Essa angústia, em algumas

situações, assume também uma dimensão “patológica”, caracterizando-se como uma restrição mais profunda, limitando o nosso horizonte de liberdade. Foi possível notar também experiências frequentes de tédio e falta de sentido que, de algum modo, “prenunciam” a angústia enquanto possibilidade de abertura originária.

Ao indicar que prenunciam, aponto para possibilidades que se apresentam com diversas nuances: incertezas, inquietações, dúvidas, projetos de vida interrompidos, não atendimento às solicitações dos variados acontecimentos da vida e rompimento com perspectivas prévias. Na compreensão das narrativas das colaboradoras, mesmo tendo como pano de fundo a angústia enquanto disposição fundamental originária, trabalhei, onticamente, com as experiências relatadas. Ao assumir tal posicionamento, não pretendo descaracterizar a dimensão ontológica da angústia, mas tento compreender como pode mostrar-se nas situações concretas e singulares da existência do homem contemporâneo.

Como modo possível de encaminhar e ampliar essa discussão, nesse momento retomo, brevemente, os fenômenos desvelados nas experiências clínicas de minhas colaboradoras na tentativa de uma tematização e de seguir adiante (*meta*) por este caminho (*hodos*) que fui convocada a trilhar.

De início, a angústia se revelou como fenômeno constitutivo, presente na vida cotidiana e na clínica psicológica. As mostrações dessa angústia é, muitas vezes, o que mobiliza os pacientes a procurarem um atendimento psicológico, distanciando-os da familiaridade do mundo e sinalizando que a vida não está sob controle. As experiências de minhas colaboradoras sinalizaram que, no desabrigo da angústia, abre-se a possibilidade de o paciente apropriar-se e encaminhar-se na vida, assumindo seu próprio poder-ser. Mantendo a tensão mobilizada pela angústia, a intervenção do psicólogo se revela como aguardar/resguardar a experiência do acontecimento clínico. E, desse modo, o cuidado antecipador, pode ser considerado como “parteira da dor de existir”.

O diagnóstico se descortinou como fenômeno que atravessa a prática do psicólogo. Frente ao apelo por um conhecimento representacional, os pacientes, muitas vezes, almejam uma nomeação do sofrimento e/ou explicações para questões da existência. Nessa perspectiva, vigora a

compreensão de uma existência saudável, ajustável à lógica de bem-estar; sendo a angústia considerada um mal a ser evitado.

Atreladas a isso, as narrativas de minhas colaboradoras realçaram um incômodo, insuficiência diante do predomínio técnico-científico, levando-as a buscar compreender o sofrimento para além de uma classificação diagnóstica. Surge, então, outro modo de lidar com o diagnóstico: como possibilidade de construção conjunta, considerando a tradição na qual o paciente se constitui. Ao assumir esse caminho, a ação clínica vai seguindo as veredas abertas pela experiência clínica, acompanhando o paciente na compreensão da demanda explicitada, lidando com a tensão e o mistério entre a experiência e as nomeações diagnósticas.

A medicalização também se revelou como fenômeno presente na prática psicológica. Sem desconsiderar a importância e funcionalidade do uso de medicamentos, minhas colaboradoras realçaram um posicionamento crítico mediante as expectativas, muitas vezes idealizantes, de seus pacientes, de necessitarem de doses diárias de remédios para silenciar a convocação dada em uma atmosfera de angústia. Nessa reflexão, chamaram atenção para a possibilidade de dizer “sim” e “não” à utilização dos medicamentos, sinalizando que o encaminhamento psiquiátrico pode ser uma das dimensões de acolhimento do paciente à medida que outras possibilidades de cuidado também são oferecidas.

A disposição afetiva da angústia se anunciou também na formação do psicólogo. As minhas colaboradoras, que são professoras de graduação, sinalizaram a mobilização da angústia quando o aluno se dá conta da insuficiência do saber teórico-explicativo para lidar, na experiência clínica, com dimensões que escapam ao controle, tais como o mistério, a indeterminação da existência. Além disso, essa angústia surge quando o aluno é convocado, pelos próprios professores e perspectivas “teóricas” apresentadas na formação, a questionar e romper com prescrições técnicas.

Nesse contexto, a supervisão clínica foi mencionada como espaço de receptividade à angústia do estudante de Psicologia na tentativa de acolhê-lo em seu desabrigo, estranheza, dúvidas, questionamentos, acolhendo as tensões que vão emergindo. A angústia, ao pôr em cheque a formação do aluno de Psicologia, apresentou-se como “abertura” para um outro modo de

fazer clínico. Tal modo, mesmo atravessado por um horizonte de eficiência e eficácia, pode aproximar-se do vigor da experiência e manter, nos atendimentos clínicos, o vazio da atmosfera da angústia.

No que se refere à intervenção do psicólogo, foi interrogado o predomínio de uma tradição técnico-científica, a qual está comprometida com tarefas de exatidão, representação, controle. Em tal perspectiva, procura-se respostas para o sofrimento do paciente, bem como adotam-se recursos (como o diagnóstico e medicalização) para a eliminação de sintomas e o encobrimento do sofrimento. Minhas colaboradoras indicaram a necessidade de um questionamento crítico aos ditames de nosso horizonte histórico, a fim de que a clínica ofereça um espaço de reflexão e acolhimento da angústia.

Ao tematizar a prática clínica, em uma perspectiva fenomenológica hermenêutica, a dimensão da angústia, em sua indeterminação radical, desvelou-se como suspensão de sentidos, aquilo que nos “corta a palavra”, emudecendo, mesmo que temporariamente, os sentidos prescritos pelo mundo. Na atmosfera da angústia, emerge também a possibilidade de uma apropriação, um novo/outro perceber-se, um apelo para encaminhamentos. A ação clínica, nessa direção, pode ser pensada como um aguardar sereno, acompanhando, sem expectativas, o paciente na trajetória desalojadora e corajosa que é existir.

Caminhando com a angústia, outra dimensão sobre a qual esta tese se debruçou foi o tempo do cuidado. O que se revelou nas narrativas colhidas foi a tensão do tempo do relógio – o qual se confere objetividade e controle – e o tempo em sua radicalidade originária, imprescindível para a elaboração das situações da vida. Minhas colaboradoras indicaram que as experiências de seus pacientes não seguem o ritmo do tic-tac do relógio, ressaltando a impossibilidade de acolher a angústia na lógica de imediatez, desempenho e urgência da contemporaneidade. Desse modo, aproximam-se da compreensão do tempo da angústia enquanto o tempo do cuidado, do demorar-se, resguardando o clínico de respostas apressadas que pouco dizem sobre a existência. O tempo da clínica também se mostrou como futurição, que mantém aberta a possibilidade de o paciente lidar com o seu existir como tarefa, pondo-se a caminho na indeterminação angustiante do porvir.

Por fim, as ressonâncias da angústia se revelaram diretamente em minhas colaboradas, indicando que a ação clínica está vinculada à afetação. Assim, a intervenção, diante do fenômeno da angústia, depende da maneira como o clínico a compreende e é mobilizado por ela. Nessa direção, minhas colaboradas narraram situações em que foram tomadas pela angústia, a despeito de sua experiência clínica, da familiaridade com os pacientes e com as teorias psicológicas. Essa angústia se desvelou também frente às demandas institucionais, mediante as solicitações por eficiência e por resultados e, muitas vezes, por não conseguir correspondê-las. Nessa direção, enuncia-se uma clínica marcada pela atmosfera da angústia, que acolhe a disponibilidade afetiva do psicólogo, questionando a suposta neutralidade.

Nesse momento, retomo duas questões que se desvelaram no início desta tese. Questões que situam a atitude fenomenológica hermenêutica e possibilitam uma reflexão para pensar a ação clínica. Até que ponto a clínica psicológica pode distanciar-se de sua origem metafísica e positivista e partir para assumir outros pressupostos norteadores da ação clínica que não estejam vinculados ao modelo biomédico com realce do diagnóstico e da medicalização? Como, então, caminhar entre uma clínica psicológica a ser revisitada e dimensões da ciência médica/psiquiátrica que atravessam essa clínica?

Esses questionamentos me inspiram a pensar em uma clínica que tem seu vigor enraizado no constante exercício do pensamento, aberto para suas possibilidades e modos de compreender os fenômenos. Para tanto, é preciso um rigor nos estudos da fenomenologia hermenêutica, mas não somente. Faz-se necessário também atentar para o horizonte histórico no qual estamos inseridos para que, assim, possamos compreender os atravessamentos, as modulações de sentido que se apresentam em nossa época e nos constituem.

Importa realçar que essa ação clínica que toma distância de sua origem metafísica e positivista não se constrói e permanece estática, mas se faz, a cada vez, como caminho. Tal perspectiva é oportuna, principalmente, em tempos que privilegiam o diagnóstico e medicalização da vida, visto o risco iminente da nomeação prescritiva, do controle, das metas a serem alcançadas, fabricando, assim, a sensação de sermos “senhores da técnica”.

Adotando pressupostos fenomenológicos hermenêuticos, ressalto o caráter *ekstático* da existência como imprescindível para abrir caminho para as reflexões e as intervenções clínicas articuladas a um modo de estar-junto-a – junto ao paciente que já é, mas cujo modo de ser nunca se realiza. Em uma atmosfera compartilhada, a linguagem da clínica psicológica zela pelo incontornável, pelo mistério, pelo silêncio que aguarda. Desse modo, resguarda-se do pensamento que, vinculado à razão, pode comprometer o sentido primeiro da experiência e levar-nos a conclusões apressadas, previsíveis – tal como a patologização de dimensões da existência.

Ao dialogar com a compreensão de serenidade e suas ressonâncias (Heidegger, 1959/2000) no âmbito da clínica psicológica, é possível assumir uma posição crítica aos apelos da técnica, sem deixar de considerá-la como destinação. Tal perspectiva, aponta para uma tensão entre: a tendência à instrumentalização de nossas práticas e àquilo que guardam de incontornável, poético; a importância do conhecimento científico para a prática psicológica e também a relevância de uma linguagem que interpreta a palavra sem esgotá-la; a utilização de procedimentos da ciência médica/psiquiátrica como o diagnóstico e a medicalização, mas também o acolhimento da experiência singular, que diz por si mesmo, que se mostra segundo a medida de sua possibilidade e não se deixa conformar, restringir às solicitações de normatização e uniformização.

É possível, na clínica psicológica, ter uma atitude crítica que, ao acolher o nosso horizonte histórico, assume a possibilidade de dizer “sim” e “não”: admitindo e permitindo a utilização dos objetos técnicos, ao passo que os deixamos repousar em si mesmos. A serenidade indica um modo de pensar para além de uma perspectiva técnico-científica, reduzida à objetivação e à representação. Surge, nesta atitude, a possibilidade de um novo enraizamento, um novo solo para a clínica psicológica e, sobretudo, para a existência humana.

Chego, então, ao final dessa caminhada, final este que, em uma atitude fenomenológica frente ao conhecimento, é tão só um novo começar, uma fresta que se entreabre. Interessante que a narrativa não se perde no tempo, conservando a sua força e desdobrando-se. A narrativa está em sintonia com a pergunta “como continuou?”, pois, mantendo a tradição viva, contar uma

história é uma tentativa de “burlar a finitude”. Uma história pode ganhar articulações diversas, prosseguir em novas, inexploradas paisagens e com outras companhias.

Assim, os caminhos trilhados abrem possibilidades para que outras dimensões sejam abordadas a respeito dos atravessamentos da angústia na clínica psicológica. Desse modo, estudos futuros podem investigar, mais especificamente, fenômenos que se apresentaram nesta tese, mas não foram foco de reflexão, tais como: as ressonâncias da angústia na experiência dos pacientes; as repercussões do diagnóstico e da medicalização na experiência clínica.

Na tentativa de um desfecho, realço a fenomenologia hermenêutica como possibilidade para pensar a clínica enquanto espaço de acolhimento da angústia, tendo como subsídio intervenções mais próximas do humano, cujo fundamento é inclinar-se para ouvir aquele que, por meio dos apelos da angústia, expressa o que lhe dói. Em tal perspectiva, a prática do psicólogo, de maneira implicada e comprometida, move-se na direção de um apelo que medita sobre o perigo da tecnociência, no qual domina o radical nivelamento de tudo; mas também acena um possível caminho, para além da representação, nas pistas do que salva.

Na “serenidade para com as coisas” instaura-se um assentamento, um enraizamento do homem naquilo que ele tem de mais próprio, a saber, a própria existência. Seria um habitar, um abrigo em meio à desertificação em que nos encontramos. Mas, nesse trajeto, muitas vezes, lançamos mão de recursos querendo tirar/encobrir a “dor de existir”, dor que o homem é. Nesse sentido, a dor é sua pátria, sua terra natal? Justamente o que transborda e faz doer se mostra como morada. Desta feita, não cabe ao psicólogo extirpá-la!

Caminhando nessa direção, a ação clínica convoca o pensamento para um âmbito mais originário, comprometido com a existência humana. “Ele permanece tão próximo daquele que pensa quanto do camponês que de madrugada caminha para a ceifa” (Heidegger, 1969, p. 67). Nessa proximidade, renuncia ao uso constante do “uniforme da técnica” e das muitas teorizações, resguardando a força inesgotável do simples, a qual “guarda o enigma do que permanece e é grande. Visita os homens inesperadamente, mas carece de longo tempo para crescer e amadurecer” (p. 69). De igual

origem é a “parteira” que, à espera do nascimento, não antecipa, simplesmente aguarda, cuida, zela.

Todavia, é preciso atentar para a presença de um perigo que nos ameaça: “que o homem de hoje não possa ouvir sua linguagem” (Heidegger, 1969, p.70), em um tempo que ecoa o ruído das premissas teórico-explicativas e das intervenções que assumem direções prescritivas e deterministas. “Assim o homem se dispersa e se torna errante. Aos desatentos o Simples parece uniforme. A uniformidade entedia. Os entediados só veem monotonia a seu redor. O Simples desvaneceu-se” (p.70). O número dos que conhecem a força inesgotável do Simples diminuiu. Esses poucos, todavia, serão os que permanecem. Poderão sobreviver a supremacia da técnica, a patologização da angústia, ao diagnóstico prescritivo, a medicalização da vida?

Tal perigo aponta para a crise do homem contemporâneo no seio da técnica e traz consigo indicações para refletir questões que nos atravessam, acenando outras possibilidades de se situar no mundo, de morar juntos na terra. Tal morada se constitui na angústia de viver. Angústia que é originária, não podendo ser transferida, tampouco superada.

Daí pensar: será que a angústia e a esperança caminham juntas? O que a angústia revela é a possibilidade de um espaço de transformações possíveis, seja no âmbito acadêmico, social ou na vida. E, talvez aí, descobrir uma habitação mais acolhedora! Nessa perspectiva, a esperança nos faz seguir andando na procura de desvendar o mistério/sentido de existir e habitar na terra; caminhar na estrada da vida sem saber ao certo onde vai chegar. Tal esperança, como possibilidade aberta, coloca-nos diante do enigma do tempo e nos lança para o tempo do possível, o futuro do poder-ser.

Perspectivas e rumos se abrem para refletir o destinamento da Psicologia Clínica na contemporaneidade, enquanto possibilidade de proximidade aos apelos da angústia, ouvindo, acolhendo aquilo que ela anuncia. Tal apelo, “faz-nos de novo habitar uma distante Origem, onde a terra natal nos é devolvida” (Heidegger, 1969, p. 72), aceitando e assumindo as possibilidades e os riscos que lhe são inerentes, dos quais germinam as originárias condições ontológicas de sua humanidade.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, Adriano. A. de. (2004). *A Psiquiatria do divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: RelumeDumará.
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Assis, Machado de. (2009). *O alienista* (2ª reimpressão) (Coleção a obra-prima de cada autor). São Paulo: Martin Claret.
- Aun, Heloisa A., & Morato, Henriette. T. P. (2009). Atenção Psicológica em Instituição: Plantão Psicológico como Cartografia Clínica. In Morato, Henriette T. P., Barreto, Carmem L. B. T., & Nunes, André P. (Orgs.). *Aconselhamento Psicológico numa Perspectiva Fenomenológica Existencial: uma introdução* (pp.123-138). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barreto, Carmem L. B. T. (2013). Reflexões para pensar a ação clínica a partir do pensamento de Heidegger: da Ontologia Fundamental à Questão da técnica. In Barreto, Carmem L. B. T., Morato, Henriette T., & Caldas, Marcus T. (Orgs.). *Prática Psicológica na perspectiva fenomenológica* (pp.27-50). Curitiba: Juruá.
- Barreto, Carmem L. B. T., Silva, Ellen F. G. da, & Santana, Ana M. (2016). Saúde e prática psicológica: contribuições da hermenêutica filosófica. In Viera Filho, Nilson. G. (Org.). *Crises, processos sociais, promoção de saúde* (pp. 41-56). Curitiba: CRV.
- Barreto, Carmem L. B. T. (2017). A ontologia heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias na ação clínica. In Cabral, Bárbara E. B., Barreto, Carmem L. B. T., Kovács, Maria J., & Schimidt, Maria L. S. (Orgs.). *Prática Psicológicas em Instituições* (pp. 40-49). Curitiba: CRV.

- Benini, Iara S. P., & Leal, Erotildes M. (2016, março). A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 30-42.
- Benjamin, Walter. (1992). O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In Benjamin, Walter. *Sobre Arte, Técnica, Linguagem e Política* (pp. 27-57) (M. L. Moita; M. A. Cruz; M. Alberto, trad.). Lisboa: Relógio D'Água.
- Birman, Joel. (1999). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, Joel. (2014, agosto). Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalista*, 17(3), 23-37.
- Borges-Duarte, Irene. (2013). O tempo do cuidado e o tempo do mundo na análise existencial. In Casanova, Marco A., & Melo, Rebeca F. de. (Orgs.). *Fenomenologia hoje IV: fenomenologia, ciência e técnica* (pp. 163-189). Rio de Janeiro: Via Verita.
- Boss, Medard. (1977). *Angústia, Culpa e Libertação: Ensaios de Psicanálise Existencial* (2ª ed.) (S. Barbara, trad.). São Paulo: Duas Cidades.
- Canguilhem, Georges. (1958/1999). Que é a psicologia? *Revista Impulso*, 11(26), 11-26.
- Campos, Álvaro de. (2002). *Poesia*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Coimbra, Cecília M. B. (1995). *Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas psi do Brasil do "Milagre"*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor.
- Comte-Sponville, André. (1997). *Bom dia, angústia!* São Paulo: Martins Fontes.

- Critelli, Dulce M. (2007). *Analítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica* (2ª ed.). São Paulo, SP: Brasiliense.
- Dantas, Jurema B. (2014). *Tecnificação da vida: Uma discussão sobre o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea*. Curitiba: CRV.
- Deliberador, Hélio R., & Villela, Felipe S. L. (2010). Acerca do conceito de saúde. *Psic. Rev. São Paulo*, 19(2), 225-237.
- Duarte, André. (2010). *Vidas em risco: crítica do presente em Heidegger, Arendt e Foucault*. Rio de Janeiro: Forense Universitária/GEN.
- Evangelista, Paulo. E. R. A. (2016). *Psicologia fenomenológica existencial: a prática psicológica à luz de Heidegger*. Curitiba: Juruá.
- Falcão, Adriana. (2005). Serial killer. In Adriana Falcão et al. *Tarja preta* (pp. 39-63). Rio de Janeiro: Objetiva.
- Feijoo, Ana. M. L. C. (2011). *A existência para além do sujeito: a crise da subjetividade moderna e suas repercussões para a possibilidade de uma clínica psicológica com fundamentos fenomenológico-existenciais*. Rio de Janeiro: Via Verita/Edições IFEN.
- Feijoo, Ana M. L. C. (2017). *Existência & psicoterapia: da psicologia sem objeto ao saber fazer da clínica psicológica existencial*. Rio de Janeiro: IFEN.
- Ferreira Neto, João L. (2010). Uma genealogia da formação do psicólogo brasileiro. *Memorandum*, 18(1), 130-142.
- Figueiredo, Luis C. M. (2014). A fantasia de medicalização: Suas origens, sua força e suas implicações. In Menezes, Lucianne S. de., Armando, Gisela G., & Vieira, Patrícia. (Orgs.). *Medicação ou Medicalização?* (pp. 25-40). São Paulo: Primavera Editorial.

- Figueiredo, Luis C. M. (1994). *Escutar, recordar, dizer. Encontros heideggerianos com a clínica psicanalítica*. São Paulo: Educ/Escuta.
- Flick, Uwe. (2009). *Introdução a Pesquisa Qualitativa* (3ª ed) (J. E. Costa, trad.). São Paulo: Artmed.
- Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. (2015). *Nota Técnica: O Consumo de Psicofármacos no Brasil. Dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados ANVISA (2007-2014)*. Recuperado de: <http://medicalizacao.org.br/nota-tecnica/>.
- Gadamer, Hans-Georg. (1993/2011). *O caráter oculto da saúde* (2ª ed) (L. C. Antônio, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Gadamer, Hans-Georg. (1986/2012). *Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica* (12ª ed) (F. P. Meurer, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Giacoina, Oswaldo Jr. (2013). *Heidegger urgente: introdução a um novo pensar*. São Paulo: Três estrelas.
- Gill, Débora. (2014). Psicologia: atmosfera da angústia. In Feijoo, Ana. M. L. C. de, & Protasio, Myriam M. (Orgs.). *Angústia e Repetição: da Filosofia à Psicologia* (pp. 94-117). Rio de Janeiro: Edições IFEN.
- González Rey, Fernando Luis. (2005). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios* (M. A. F. Silva, trad.). São Paulo: Thomson Pioneira.
- Haar, Michel. (1990). *Heidegger e a essência do homem* (A. C. Alves, trad.). Lisboa: Instituto Piaget
- Heidegger, Martin. (1959/2000). *Serenidade* (2ª ed) (M. M. Andrade; O. Santos, trad.). Lisboa: Instituto Piaget.

- Heidegger, Martin. (1959/2011). *A caminho da linguagem* (5ª ed) (M. S. C. Schuback, trad.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Heidegger, Martin. (1981). *Todos nós... Ninguém: um enfoque fenomenológico do social*. São Paulo: Moraes.
- Heidegger, Martin. (1987/2009). *Seminários de Zollikon* (2ª ed) (G. Arnhold; M de F. de A. Prado; R. Kirchner, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Heidegger, Martin. (1927/2012). *Ser e tempo* (7ª ed) (F. P. Meurer, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Heidegger, Martin. (1929/1999). Que é Metafísica? In M. Heidegger, *Conferência e Escritos Filosóficos* (E. Stein, trad., pp. 51-73). São Paulo: Nova Cultural.
- Heidegger, Martin. (1969). *Sobre o Problema do Ser e O caminho do campo* (E. Stein, trad.). São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- Heidegger, Martin. (1954/2012). *Ensaio e Conferências* (8ª ed) (E. C. Leão; G. Forgel; M. S. C. Schuback, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Heidegger, Martin. (1995). *Língua de tradição e língua técnica* (M. Botas, trad.). Lisboa: Vega.
- Kierkegaard, Søren. (1844/2015). *O conceito de angústia* (3ª ed). (A. L. M. Valls, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Lispector, Clarice. (1998). Amor. In *Laços de família*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.
- Machado, Maria M. (2002). O Diário de Bordo como ferramenta fenomenológica para o pesquisador em Artes Cênicas. *Sala Preta (USP)*, 2(1), 260-263.

- Merwille, Herman. (2008). *Bartleby: o escriturário*. Porto Alegre: L&M.
- Michelazzo, José Carlos. (2005, jul./dez.). O natural e o humano no pensamento do jovem Heidegger. *Natureza humana*, 7(2), 375-397.
- Migueluez, Oscar. (2014). Medicina, psiquiatria e psicanálise. In Menezes, Lucianne S. de., Armando, Gisela G., & Vieira, Patrícia. (Orgs.). *Medicação ou Medicalização?* (pp. 91-102). São Paulo: Primavera Editorial.
- Nascimento, Crisóstomo L. do. (2015). Medicalização e distanciamento da experiência apropriativa. *Fenomenologia e Psicologia*, São Luís, 3(1), 45-52.
- Pompeia, João Augusto, & Sapienza, Bilê T. (2011). *Os dois nascimentos do homem: escritos sobre a terapia e educação na era da técnica*. Rio de Janeiro, RJ: Via Verita.
- Protasio, Myriam M. (2014). Angústia e repetição na clínica psicológica. In Feijoo, Ana M. L. C. de, & Protasio, Myriam M. (Orgs.). *Angústia e Repetição: da Filosofia à Psicologia* (pp. 142-167). Rio de Janeiro: Edições IFEN.
- Protasio, Myriam M. (2017). Contribuições Kierkegaardianas para a compreensão do adoecimento psíquico. In Feijoo, Ana M. L. C. de (Org.). *Interpretações fenomenológico-existenciais para o sofrimento psíquico na atualidade* (pp. 90-122). Rio de Janeiro: Edições IFEN.
- Rocha, Zeferino. (2000). *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta.
- Rodrigues, Joelson. T. (2003, jan./jun.). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 8(1), 13-22.

- Rodrigues, Joelson. T. (2017). Compulsividade: marca de um tempo? In Feijoo, Ana M. L. C. de (Org.). *Interpretações fenomenológico-existenciais para o sofrimento psíquico na atualidade* (pp. 243-263). Rio de Janeiro: Edições IFEN.
- Rose, Nikolas. (2011). *Inventando nossos selfs. Psicologia, poder e subjetividade*. Petrópolis: Vozes
- Sá, Roberto N. de. (2017). *Para além da técnica: ensaios fenomenológicos sobre psicoterapia, atenção e cuidado*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Santos, Danielle de G., & Sá, Roberto N. de. (2013, jan./jul.). A Existência como “Cuidado”: Elaboraões Fenomenológicas sobre a Psicoterapia na Contemporaneidade. *Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia, 19(1), 53-59.
- Silva, Julia N., Feijoo, Ana M. L. C de, & Protasio, Myriam M. (2015). A psicopatologia em uma perspectiva daseinsanalítica. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 18(2), 280-291.
- Silva, Magali M. (2008). A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. *Interação em Psicologia*, 12(1), 141-150.
- Stein, Ernildo. (2011). *Introdução ao pensamento de Martin Heidegger*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Silva, Ellen F. G. da (2013). A “cegonha tecnológica” no caminho do projeto parental: dialogando com a experiência de homens (in)férteis. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica*, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.
- Szymanski, Heloisa. (2004). A prática reflexiva em pesquisas com famílias de baixa renda. *Anais do II Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos*. A pesquisa qualitativa em debate. 25 a 27 de março de 2004.

Bauru, USC. Recuperado de:
<http://www.sepq.org.br/lisipeq/anais/pdf/gt1/06.pdf>.

Toso, André. (2017). Angústia, cuidado e rearticulação de sentido na psicoterapia fenomenológico-hermenêutica. In Sylla, Bernhard & Borges-Duarte, Irene. *Intencionalidade e cuidado. Herança e repercussão da fenomenologia. Atas do V Congresso Luso-Brasileiro de Fenomenologia e III Jornadas Ibéricas de Fenomenologia* (pp.339-352). Ribeirão-Portugal: Edições Húmus.