

**Instituto de Psicologia Fenomenológico-Existencial Do Rio de Janeiro  
Especialização em Psicologia Clínica na Perspectiva  
Fenomenológico-Existencial**

**MARTA VELASQUE RIBEIRO**

**MEDICALIZANDO A VIDA E ADOECENDO A EXISTÊNCIA**

**Rio de Janeiro  
2015**

**Instituto de Psicologia Fenomenológico-Existencial Do Rio de Janeiro  
Especialização em Psicologia Clínica na Perspectiva  
Fenomenológico-Existencial**

**MEDICALIZANDO A VIDA E ADOECENDO A EXISTÊNCIA**

**Autora: Marta Velasque Ribeiro  
Orientadora: Professora Dr.<sup>a</sup> Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo**

**Rio de Janeiro, setembro de 2015**

Marta Velasque Ribeiro

## **MEDICALIZANDO A VIDA E ADOENCENDO A EXISTÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Psicologia Clínica na Perspectiva Fenomenológico-Existencial do Instituto de Psicologia Fenomenológico-Existencial do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do grau de especialista em Psicologia Clínica.

A monografia foi considerada \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Doutora Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Doutora Myriam Moreira Protasio  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Especialista Lúcia Regina da Silveira Scarlati  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

## AGRADECIMENTOS

A Deus, *Tsidkenu Yaveh*, justiça minha. *Yeshua Hamashia*, gratidão é o que me define.

À minha querida mãe, Ana Maria Velasque, por nunca me negar colo, por sua história de vida que ajuda a construir a minha, por suas orações e lágrimas que me ensinam a ter Fé.

A Ravhi Alayala, por permanecer perto, mesmo com um oceano inteiro de distância.

Às minhas amigas Elaine de Paula, Tati Rodrigues, Márcia Regina e Cíntia Moreira. Obrigada por embarcarem comigo em todos os meus projetos e por se recusarem a me deixar sozinha no barco sempre que este parece que vai naufragar. Amo vocês!

À professora Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo, por toda paciência, carinho e sensibilidade na orientação dessa monografia e por sua presença fundamental desde o início da minha trajetória profissional. Obrigada por sua generosidade.

À Myriam Protasio, por me tornar apaixonada pela filosofia existencial de Kierkegaard.

Aos membros da banca examinadora, por aceitarem avaliar este trabalho.

Gratidão!

Esta velha angústia,  
Esta angústia que trago há séculos em mim,  
Transbordou da vasilha,  
Em lágrimas, em grandes imaginações,  
Em sonhos em estilo de pesadelo sem terror,  
Em grandes emoções súbitas sem sentido nenhum.

Transbordou.  
Mal sei como conduzir-me na vida  
Com este mal-estar a fazer-me pregas na alma!  
Se ao menos endoidecesse deveras!  
Mas não: é este estar entre,  
Este quase,  
Este poder ser que  
...  
Isto.

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo discutir a intrínseca relação entre medicalização social e angústia. Atualmente, é significativo observar que a grande maioria das queixas e sintomas trazidas às salas dos psicólogos está associada ao que Sören Kierkegaard, filósofo existencialista, compreendia como angústia. Neste sentido, a medicalização social, um fenômeno intrincado que redefine experiências humanas e as transformam em problemas técnicos, pode ser considerada em nossa época como um dos muitos modos de tentativa de supressão da expressão da angústia. O homem, ao buscar saídas tranquilizadoras para a angústia que ele mesmo é, e na tentativa de desviar-se dela, emprega várias estratégias. A medicalização pode, nesse sentido, mostrar-se como aliada imaginária, porém materializada tanto nos fármacos quanto nos atendimentos e tratamentos cronicados, que frente à angústia tentam suprimi-la e silenciá-la. Contudo, as tentativas de silenciar a angústia através da medicalização da vida podem adoecer a existência, na medida em que limitam as possibilidades singulares de cada indivíduo.

**Palavras-Chave:** medicalização – angústia – Kierkegaard – clínica psicológica

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>I A GÊNESE DAS CIÊNCIAS MÉDICA E PSICOLÓGICA</b>	<b>11</b>
1.1O fenômeno da medicalização social: o poder da medicina sobre o não patológico	16
<b>II MEDICALIZAÇÃO E MERCANTILIZAÇÃO DAS PRÁTICAS <i>PSI</i></b>	<b>27</b>
2.1 O conceito de Individualismo e o especialismo “ <i>psi</i> ”	28
2.2 O psicologismo da psicanálise	31
2.3 Práticas de uma psicologia mercantil?	33
2.4 Terapia Cognitiva - Comportamental e suas implicações políticas	35
<b>III ANGÚSTIA MEDICADA: ANÁLISE DE FRAGMENTOS DE UM DISCURSO CLÍNICO</b>	<b>39</b>
3.1 Sobre o objeto de estudo da psicologia moderna: angústia em Kierkegaard	39
3.2 As linhas tênues da nossa existência	43
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>57</b>
<b>REFÊRENCIAS</b>	<b>60</b>

## Introdução

A medicalização social é uma realidade crescente em nossa época que se caracteriza por ser um processo socioeconômico e cultural intrincado e que vem redefinindo experiências e comportamentos inerentes ao ser humano. Este processo transforma tais experiências e comportamentos em problemas restritos da ordem médica, desloca problemas coletivos para a esfera do individual e problemas políticos e sociais para o campo biológico.

Ivan Illich (1975), um dos primeiros autores a apontar o fenômeno da medicalização, faz uma forte crítica à Medicina Moderna e às consequências que essa traz à vida das pessoas. Segundo o autor, a medicalização tem como consequência retirar do doente a responsabilidade e implicação no próprio processo de adoecimento e sofrimento. Assim, o atestado médico de seus sintomas isenta-o das obrigações relativas ao seu papel social, fazendo com que este tenha agora um novo papel: o de portador legítimo de uma anormalidade. Nessa concepção, o homem fica tolhido da responsabilidade de constituir-se como ser responsável por sua própria existência, e conseqüentemente, por suas escolhas, assumindo uma posição psicológica de não liberdade (Kierkegaard, 1972) e escondendo-se nas justificativas que o desoneram de suas escolhas.

Illich utiliza-se do termo *iatrogênese*<sup>1</sup> para falar da nova epidemia de doenças provocadas pelos cuidados da Medicina. Iatrogenese seria “a enfermidade, impotência, angústia e doença provocadas pelo conjunto de cuidados profissionais que constitui uma epidemia mais importante do que qualquer outra, não obstante a menos reconhecida” (1975, p.14). Essas consequências estão embutidas na nossa forma de vivenciar o adoecimento, o sofrimento e a dor, fazendo com que aceitemos como naturais os muitos cuidados profissionais e suas rotinas. Tais cuidados profissionais nos acompanham em todas as fases do desenvolvimento da vida - desde o nascimento até a morte -, tornando cada vez mais difícil viver independente de aparatos médicos.

A instituição médica, com seu discurso normatizador, penetra em todo o corpo social, ganhando legitimidade e tornando-se uma indústria profissional especializada na manutenção de um ideal de homem saudável, adaptável, ou seja, governável. Esse modelo de homem está em harmonia com a lógica de mercado capitalista, que

---

1 - *Iatros* (médico) e *gênesis* (origem).



transforma a saúde em produto consumível e faz crescer o lucro das indústrias farmacêuticas.

A Ciência como um todo e a Medicina, especificamente, reforçam os aspectos terapêuticos das outras instituições e atribuem funções eugênicas subsidiárias à escola, à polícia, à publicidade e mesmo à política. Diante da realidade da medicalização dessas categorias profissionais, que recebem da indústria médica “funções eugênicas subsidiárias” (Illich, 1975, p.23), poderíamos incluir nesse rol a Psicologia? Ora, não é preciso uma lupa para observar que as bases que sustentam a psicologia moderna priorizam a valorização de um modelo biomédico assistencialista na forma de atendimento e medicalização, uma vez que os problemas não médicos tornam-se também para a Psicologia Moderna um *prato cheio*. O psicologismo fornece à Psicologia uma legitimação, uma autorização para navegar por outros pântanos, ampliando seu poder de normatização da existência humana.

Os fenômenos da existência tornam-se agora problemas de personalidade, de inadequação do condicionamento do indivíduo ao meio, de recalque e de tamponamento do potencial criativo. Tal como a Medicina, que torna todo o comportamento passível de medicalização, a Psicologia Tradicional torna todo e qualquer comportamento passível de psicologização. Qualquer sentimento e mal estar físico ou emocional são imediatamente remetidos a esses profissionais. O psicólogo, com sua providencial neutralidade, garante o monopólio do Inconsciente e no discurso da competência os especialistas aparecem como os técnicos que entendem do assunto (Coimbra, 1975). Estaríamos então, por meio da disciplina da Psicologia, subjugados ao poder psicológico?

Uma vez que os psicólogos ficam amarrados a prescrições técnicas, restringem a possibilidade de compreensão e aceitação dos diversos modos de ser e estar no mundo. As demandas de atendimento são manifestações concretas de necessidades sociais produzidas pelos jogos histórico e político que mudam no tempo. Sendo assim, os sofrimentos trazidos aos atendimentos em psicologia não pertencem única e exclusivamente a um âmbito interior e subjetivo, mas eles atravessam todo o nosso horizonte histórico, pois estamos o tempo todo sendo perpassados pela atmosfera que vivemos em nosso tempo. A medicalização social, assim como a medicalização da existência, deve ser questionada no centro de nosso horizonte histórico, cenário esse que chega até nós permeado de contradições.

Esse trabalho gira em torno dos profundos sentimentos de descuido e

patologização da vida que experimentamos em nossa época e cujo acirramento venho testemunhando nos discursos de cada analisando que entra e sai da minha sala. Escutando atentamente as demandas que levam a maioria deles a ser encaminhada ou buscar psicoterapia, é possível observar, não por acaso, a intolerância com a própria vida e suas diversas formas de manifestação. A cada abrir e fechar de porta me questiono sobre o que se passou ou ainda se passa com o homem e seus modos de socialização, que fez e faz com que determinados modos de ser sejam jogados uns contra os outros, indispondo a vida, em certa relação de contradição consigo mesma. A cada atendimento, indago-me sobre minha própria prática, que pode ser tomada como uma prática de resistência às verdades hegemônicas de nosso tempo. Ao mesmo tempo, vejo a necessidade de problematizar as práxis que ainda se ocupam majoritariamente do incoerente, do discrepante, do desviante, do que foge à norma, alheias à diversidade que esse saber ostenta e à gama de possibilidades que podem ser encontrados em sua base.

Porém, estamos diante de um paradoxo se não há razão de pensarmos que modos de existência

Tenham a “necessidade de valores transcendentais que os comparariam, os selecionariam e decidiriam que um é ‘melhor’ o que o outro. Ao contrário, não há critério senão imanente, e uma possibilidade de vida se avalia nela mesma, pelos movimentos que ela traça (Deleuze & Guattari, 1992, p. 98).

A Psicologia, em uma apropriação do projeto moderno de ciência, busca justamente criar critérios que descubram, enquadrem e previnam anomalias psíquicas e existenciais. Assim sendo, o número de indagações aumenta, tais como: seriam possíveis práticas psicológicas que vão à contramão de si mesmas e que resistam ao exercício de uma psicologia moderna? Que diante de seus múltiplos discursos não componham uma polifonia, mas transformem-se em vozes dissonantes?

O presente trabalho tem como objetivo discutir a intrínseca relação entre medicalização social e angústia. Atualmente, é significativo observar que a grande maioria das queixas e sintomas trazidos às salas dos psicólogos está associada ao que Sören Kierkegaard, filósofo existencialista, compreende como angústia. Neste sentido, a medicalização social como um fenômeno intrincado, que redefine experiências humanas e as transformam em problemas técnicos, pode ser considerada em nossa época como um dos muitos modos de tentativa de supressão da expressão da angústia. O homem, ao buscar saídas tranquilizadoras para a angústia que ele mesmo é e ao tentar desviar-se

dela, emprega várias estratégias, e a medicalização pode mostrar-se como aliada imaginária - porém materializada - tanto nos fármacos quanto nos atendimentos e tratamentos cronicados, que frente à angústia tentam suprimi-la e silenciá-la. Contudo, as tentativas de silenciar a angústia por meio da medicalização da vida podem adoecer a existência, na medida em que limitam as possibilidades singulares de cada indivíduo.

Utilizaremos os fundamentos da Filosofia Existencial para apresentarmos, através de fragmentos da análise de um discurso clínico, a possibilidade de uma prática psicológica que leva em consideração a dimensão dinâmica e transversal da vida, como algo a ser construído e reconstruído a cada instante. O que se aspira é à desconstrução de planos de tratamento que cronicam a vida. No entanto, esse trabalho não pretende ser um manual técnico e nem trazer verdades absolutas acerca de como se deve transcorrer um atendimento clínico. Trata-se, aqui, de tomar o trabalho realizado como uma experimentação viva e intimamente atravessada por um percurso pessoal que produz e vem produzindo, em minha prática profissional, pensamentos inquietantes sobre o ser humano e sua relação com a própria existência.

## Capítulo I - A Gênese das Ciências Médica e Psicológica

Estudos histórico-culturais nos mostram que desde os primórdios dos tempos a dor, a angústia, a saúde e doença são temas que motivam tanto a população leiga - em especulações sobre as suas causas - como pesquisadores - em estudos científicos e tecnológicos, que têm como objetivo uma noção clara de suas definições, a descoberta de suas origens e maior eficácia em seus tratamentos. A Medicina predominante na antiguidade era a Medicina Mágica, Mística ou Religiosa, no qual o adoecer era resultado das transgressões das vontades divinas. A dor fora criada como uma espécie de punição dos deuses ou atribuída a espíritos maus. Na Mitologia Grega, várias divindades estão vinculadas à saúde, tais como Apolo, Panacéia, dentre outros. A prática médica era realizada pelos líderes religiosos, que eram os mediadores entre as forças cósmicas e o enfermo: a função maior era aplacar a dor advinda das forças sobrenaturais, através de ofertas, preces, encantamentos, feitiços e sacrifícios para a obtenção do perdão dos deuses. Essas explicações não se baseavam em métodos adequados de prova ou na observação sistemática da natureza.

Na Idade Média, a doença ainda era vista como um castigo. De acordo com o capítulo bíblico Gênesis, a dor foi criada como uma espécie de punição pelos pecados cometidos contra a vontade divina, concepção que ainda permanece presente na maioria das culturas judaico-cristãs.

Segundo Barros (2002), o avanço significativo do pensamento médico ocorre quando há um desvio do foco de interesse das forças divinas para aquele que porta a doença, passando então, gradativamente, a ser vista como um fenômeno natural, compreendida sem a total intromissão das forças sobrenaturais. Esse novo enfoque, segundo o autor, poderia ser designado como Medicina Empírico-Racional.

Uma das principais ideias que sustentavam a Medicina Empírico-Racional era o da Filosofia Mecanicista, que tinha como conceito básico a comparação do Universo a uma grande máquina. À maneira de uma máquina, o mundo era composto de peças atreladas entre si, que funcionavam de forma regular e poderiam ser reduzidas às leis da Mecânica. Aqui, a natureza era concebida como um mecanismo cujo funcionamento se regia por leis precisas e rigorosas.

Foi através da Física ou Filosofia Natural que a Filosofia Mecanicista se originou. Essa filosofia pregava que tudo aquilo que existe no Universo são partículas em movimento, partículas de matérias que, segundo o físico, matemático e astrônomo

Galileu Galilei (2008), compunham-se em átomos diferentes que se influenciavam mutuamente. Sendo assim, se o Universo constitui-se em átomos que estão em constante movimento, e se cada átomo existente se afeta mutuamente, então o movimento de cada átomo existente no Universo resultaria de uma causa ou razão direta. Esse movimento, portanto, estaria sujeito a cálculos estatísticos e a leis de mensuração logicamente passíveis de previsão. Galileu (1564-1642) foi um dos primeiros pensadores a utilizar o novo método - o método *experimental* -, defendendo-o como o meio adequado para chegar ao conhecimento, e finalmente deu à ciência uma nova linguagem, que é a linguagem do rigor, matemática.

Se tudo o que existe no Universo obedece a uma lei mecanicista, o homem, como participante nesse Universo, passa a ser compreendido segundo as mesmas leis. O homem, agora portador de uma natureza também mecânica, poderia ter seus comportamentos previstos, se a ele fossem direcionados os mesmos métodos quantitativos e experimentais que são dispensados à realidade física. Essa ideia se prolifera e o homem é igualado ao funcionamento de uma máquina.

Galileu, considerado o pai da Ciência Moderna, combinou a experimentação científica com o uso da linguagem matemática para formular as leis da natureza até então descobertas por ele, postulando que todos os cientistas deveriam restringir-se ao estudo das propriedades essenciais do corpo que pudessem ser previamente medidas. Outras propriedades, tais como o som, o cheiro e as cores, deveriam ser excluídas do domínio da ciência. Segundo Capra (1988), dirigir a atenção dos cientistas para as propriedades quantificáveis foi uma atitude bem sucedida, porém exigiu pesados ônus, pois a experiência do sensível como tal foi expulsa do domínio científico. A elaboração dos princípios de constância em mecânica, no século XVII, não deixou lugar para a intervenção das forças espirituais ou sensíveis. Com outras descobertas, a Ciência Moderna foi dando seus primeiros passos e a nova concepção do mundo, o mecanicismo, foi crescendo e ganhando cada vez mais adeptos. Novas ciências surgiram, como é o caso da Biologia, cuja paternidade se atribuiu a William Harvey (1578-1657), com a descoberta da circulação do sangue.

A descrição matemática da realidade, característica da Ciência Moderna, trouxe consigo uma ideia importante: conhecer é medir ou quantificar. Imerso neste contexto, o filósofo, matemático e cientista René Descartes (1596-1660), na sua obra mais famosa, *Discurso sobre o método* (1986), faz uma crítica radical a todo o saber acumulado pelo homem, que só poderia ser obtido ao usar a dúvida como método. Assim, segundo o

autor, era preciso duvidar de tudo o que se via ou se ouvia. Para Descartes, o ato de duvidar permite ao homem comprovar a sua existência. Se quisermos ampliar o nosso conhecimento do mundo devemos obedecer a quatro regras: *evidência* - evitar preconceitos e valorizar regras claras -; *análise* - dividir os problemas no maior número possível de partes -; *síntese* - distinguir as verdades independentes das verdades relativas -; e *enumeração* - relacionar apenas os elementos necessários e suficientes para a solução do problema. Descartes postulava que somente o primado da razão conduz ao verdadeiro conhecimento, permitindo ao homem conhecer, afirmar-se e sobrepujar todas as outras coisas:

É possível chegar a conhecimentos que sejam muito úteis a vida, e que, em lugar dessa filosofia especulativa que se ensina nas escolas, é possível encontrar-se uma outra prática mediante a qual, conhecendo a força e a ação do fogo, da água, do ar, dos astros, dos céus e de todos os outros corpos que nos cercam, como claramente conhecemos os vários ofícios de nossos artífices, podemos utilizá-los da mesma forma em todos os usos para os quais são próprios e assim nos tornar como senhores e possuidores da natureza (...) poderíamos pôr-nos a salvo de um grande número de doenças, quer do espírito, quer do corpo, e talvez até mesmo da debilidade decorrente da velhice, se possuíssemos suficientes conhecimentos de suas causas e de todos os remédios que a natureza nos dotou (Descartes, 1986, p. 86-87).

Com o desejo mais íntimo de tornar-se senhor deste mundo, o homem empenhou-se em construir tecnologias, meios de previsão, controle e intervenção no conhecimento, no domínio da natureza, do Universo, do corpo, das doenças do corpo e das doenças do espírito. Tal como Galileu, a experiência do sensível em Descartes foi colocada de lado. Isso não quer dizer que para o filósofo a experiência não tenha qualquer papel, mas este é apenas complementar em relação à razão. Assim, ele reforça mais uma vez a importância da Matemática.

Outra concepção de Descartes que influenciou o modelo biomédico foi a separação entre corpo - *res extensa* - e espírito ou mente - *res cogitans* -, ou seja, Descartes estabeleceu uma separação entre homem e mundo, entre mente e matéria. O estudo da mente poderia ser atribuído tanto à Filosofia quanto à Teologia, e o estudo do corpo deveria pertencer e ser objeto de estudo da Medicina. Essas preposições influenciaram e influenciam toda uma tradição histórica no modo de conceber o homem. Esta postura dualista entre mente e corpo teve grande influência no pensamento médico, que persiste hegemônico até hoje. O corpo entendido como uma rígida estrutura conceitual – máquina - leva a uma abordagem técnica em saúde, no qual qualquer mal estar - físico ou emocional -, é considerado doença, e como tal, reduzida a uma avaria

técnica.

Essa divisão cartesiana de mente e corpo, que influenciou o modelo biomédico, concentra toda a prática médica no corpo. Preocupada com as descrições físico-químicas e dispensando toda atenção em partes cada vez menores do corpo, esse corpo passa a pertencer a uma esfera especial e o doente a ser entendido como um conjunto de órgãos dissociados uns dos outros, afastados do meio em que habitam. Essa prática reforça a convicção das pessoas de que elas são máquinas cuja durabilidade depende da frequência das visitas à oficina de manutenção (Illich, 1975).

Aos poucos, com o avanço dos olhares científico e experimental, a Ciência foi ganhando os aspectos e técnicas que conhecemos hoje. O espírito crítico do homem voltou-se para a ciência experimental, a observação, a fim de obter explicações racionais para os fenômenos humanos e da natureza. Essas novas ideias retiraram da Igreja o monopólio nas explicações das coisas do mundo e aos poucos o método experimental passou a ser o principal meio de alcançar o saber científico da realidade. As ideias de que o homem constitui-se mediante as suas vontades e que tudo acontece mediante as leis de causalidade tiraram do futuro a esfera do acaso e a submissão aos deuses. A verdade racional precisa ser sempre comprovada na prática: o empirismo substituiu o dogma da fé pelo dogma científico.

Dentro desse novo espírito científico, na qual a busca por sistemas explicativos e respostas imediatas concentra toda atenção, já não há mais lugar para o mistério, que é próprio da vida. Agora, o alvo do interesse dessa nova Medicina Empírico-Racional passou da história da doença para a descrição clínica dos achados propiciados pela patologia (Barros, 2002). A saúde e a doença, pensadas dentro desses parâmetros que norteiam as leis naturais da matemática e da física, têm como efeito a objetivação do homem.

Ao longo do século XIX, o ritmo dos desenvolvimentos científico e tecnológico deu muitos frutos: em consequência disso, a vida das pessoas sofreu alterações substanciais. O modo de se relacionar com a natureza mudou: agora, era a Ciência que influenciava essas relações. Essa nova relação entre os indivíduos e a Ciência impulsionou uma série de transformações no corpo social, modificando profundamente a relação dos homens com Deus e com si mesmos. Apareceram muitas outras ciências ao longo do século XIX, onde se contavam, por exemplo, a Psicologia. Porém:

Em sua oferta de inclusão, a ciência, entretanto cobra pesado preço: todos os fenômenos, todas as expressões de subjetividade precisam ser passíveis de mensuração, necessitam ser quantificadas. A mente humana transforma-se em um conjunto de sistemas de neurotransmissão (Rodrigues, 2006, p. 15-16).

A Psicologia aceitou a oferta, e ansiando agraciar para si o status de ciência do comportamento, comungando dessas mesmas concepções, aliou-se com as ciências da natureza e partilhou a ideia de que o homem é regido pelas mesmas leis. A partir da análise da matematização e da objetividade foram dados os primeiros passos rumo à fundamentação científica da Psicologia. Esses novos parâmetros exigiram que a Psicologia, para ser reconhecida como científica, fosse mais do que a descrição do sujeito empírico: “ela deve ter no trato com a experiência imediata, todo rigor de uma experiência cientificamente mediata e matematizada” (Ferreira, 2005, p.13).

Descobrir, tratar e prevenir não era apenas o sonho dourado da ciência médica: a ciência psicológica partilhava dos mesmos desejos. A ambição de John Watson (1878-1958), um dos principais precursores da corrente behaviorista ou comportamental, era o de “elevar o status da Psicologia ao de uma ciência natural objetiva, para tanto, aderiu o mais rigorosamente possível à metodologia e aos princípios da mecânica” (Capra, 1988, p. 165). No entanto, submeter os experimentos psicológicos a critérios empregados na Matemática e na Física exigiu que os psicólogos se concentrassem tão somente em fenômenos que pudessem ser registrados e descritos objetivamente. Frederic Skinner (1904-1990), outro notável pesquisador na área da Psicologia Comportamental, por sua vez, propunha um controle científico de todos os comportamentos humanos.

Tudo que não pudesse ser matematizado não poderia receber o status de ciência. A Psicanálise, por exemplo, por seguir os contornos da experiência do sensível, fomentou na época forte discussão sobre a natureza, função e validade de sua teorização metapsicológica, assim como questionamentos acerca de seu método teórico – se este pertenceria ou não ao campo das ciências. A Psicanálise sofreu, assim, inúmeras críticas: um desses críticos foi o filósofo austríaco Karl Popper (1902-1994), conhecido como filósofo da ciência e por suas críticas das filosofias políticas. Para ele, a Psicanálise era uma pseudociência. Segundo esse argumento, uma teoria mesmo sendo compatível com tudo o que alguém possa observar, ainda que pareça estar solidamente confirmada pela experiência, não tem um estatuto científico e o seu aparente poder explicativo tenderá a revelar-se ilusório. À luz deste critério, sustenta Popper que a



Psicanálise de Sigmund Freud (1956-1939) deve ser classificada como pseudociência, pois apenas possuía uma aparente capacidade de explicação e baseava as suas afirmações na mera observação de experiências anteriores, que não podiam ser testáveis (1980).

Com a Revolução Industrial iniciada na Inglaterra do século XVIII, a Ciência Psicológica também se fundamentou na divisão e organização do trabalho e nas novas tecnologias que aproveitaram as possibilidades abertas pela ciência. A utilização maciça das aplicações técnicas do conhecimento científico cresceu em ritmo acelerado, como os testes psicométricos ou mentais, que visavam aferir a inteligência, aptidão, habilidade, interesses e personalidade, ou seja, buscavam “medir o fenômeno psicológico e, portanto, procura atender às exigências do método experimental” (Suzana Urbina, 2007, p. 11). Podemos afirmar que foi a psicometria que fez a ponte entre as ciências exatas - principalmente a Matemática Aplicada à Estatística - e a Psicologia, pois consistia em um conjunto de técnicas utilizadas para mensurar de forma adequada e comprovada experimentalmente uma gama de comportamentos.

Produziu-se a partir daí um período de desenvolvimento intelectual da Psicologia enquanto ciência e profissão. Esse progresso colocou os conhecimentos da Psicologia em uma posição de destaque e legitimidade social, culminando assim na crença de que a ciência psicológica era aquela capaz de dar respostas verdadeiras às questões acerca do comportamento humano. Dessa forma, o objeto de estudo da Psicologia era o comportamento do homem autoconsciente e com total domínio da própria vontade, que possuía comportamentos que poderiam ser medidos como normal ou anormal. O desenvolvimento de uma psicologia experimental abriu espaço para que os fenômenos psíquicos fossem considerados como substâncias naturais, e como tais, passíveis de mensuração e previsão. A consciência passa ser o objeto de estudo da Psicologia. Desde então, a ideia de que a verdade do homem está circunscrita em seu ser natural direciona o olhar e o interesse da Psicologia para o estado da consciência, que de forma mais ampla se faz presente de modo maciço na contemporaneidade.

### ***1.1 - O Fenômeno da Medicalização Social e o Poder da Medicina sobre o não Patológico***

O termo medicalização surgiu no final da década de 1960 para referir-se aos novos modos de gestão e apropriação da vida do homem pela Medicina Moderna ou

pelo modelo biomédico (Gaudenzi & Ortega, 2012). A medicalização social é uma realidade crescente em nossa época e caracteriza-se por ser um processo socioeconômico e cultural intrincado que vem redefinindo experiências e comportamentos inerentes ao ser humano, transformando-os como problemas restritos da ordem médica, deslocando problemas coletivos para a esfera do individual e problemas sociais e políticos para o campo médico (Moysés & Collares, 2007). Problemas de diferentes ordens são apresentados como doenças, transtornos e distúrbios, que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais e afetivas que afligem a vida das pessoas e permitem que as fronteiras entre o que é hoje considerado normal e patológico sejam cada vez mais alargadas. O que outrora poderia ser considerado um comportamento natural pode agora ser reconhecido como síndrome ou disfunção orgânica, uma vez que o leque de psicopatologias cresce vertiginosamente. A mania de descobrir anomalias poderá ser futuramente considerada uma nova epidemia.

A medicalização é um fenômeno através do qual a vida cotidiana é apropriada pela Medicina e interfere na construção de conceitos, costumes e comportamentos sociais. A questão do diagnóstico, principalmente os psiquiátricos, deixou de ser uma questão técnica e se tornou uma questão discutida por todos, seja em nível pessoal, entre amigos, nas propagandas diárias na mídia, ou seja, na vida cotidiana como um todo. Partindo do pressuposto que a subjetividade se constitui a partir de referentes sociais, implicando assim na gestação de novas formas de organização da subjetividade, o diagnóstico psiquiátrico passou a ser a maneira contemporânea de subjetivar as nossas vivências emocionais e o nosso modo de organizar o que sentimos. A ampla gama de sintomas presentes nos manuais psiquiátricos, bem como a forma diagnóstica proposta por eles, permite que muitos acontecimentos cotidianos ou outros comportamentos possam ser registrados como sintomas próprios de transtornos mentais. A partir disto, o modo como nos posicionamos diante do que socialmente nos atinge está intimamente ligado com os termos da linguagem e conceitos utilizados pela Medicina.

Michel Foucault (1972), autor fundamental quando se discute medicalização, afirma que a medicalização social surge e se desenvolve a partir da medicina moderna do século XVIII, como forma de controle social das enfermidades - entre elas, as mais importantes foram a lepra e a peste. A preocupação com essas doenças suscitou a criação de vários modelos de cuidado. O modelo suscitado pela lepra tratou de um processo de exclusão dos leprosos no período da Idade Média, na qual as pessoas que

desenvolviam a doença eram postas para fora das cidades, objetivando uma limpeza do espaço urbano. Já o modelo suscitado pela peste consistiu na adoção do método de isolamento, vigilância e constatação do estado de saúde do doente, ou seja, ocorria uma análise cuidadosa da condição do indivíduo e do espaço em que este estava inserido.

As classes mais pobres, por viverem em situações insalubres em becos e vielas das grandes cidades - que estavam em pleno processo de industrialização -, passam a ser vistas como perigosas, uma vez que esses eram os primeiros a sofrer em casos de epidemias. Essa visão das classes menos favorecidas como ameaçadoras se cristalizou com a propagação da cólera, que se alastrou por toda a Europa e na qual as classes menos favorecidas foram as mais vitimizadas. Esses acontecimentos foram suficientes para despertar o medo da classe pobre.

Foucault demonstra que é nesse momento que se começa a operar na Inglaterra um novo modo de organização administrativa, conhecida como a *Lei dos Pobres*, que consiste em um sistema de assistência médica e ao mesmo tempo de submissão do pobre aos controles médicos, submetendo-os ao poder autoritário do sistema sanitário. Tal controle da população se dava da seguinte forma: através de registros obrigatórios de doenças consideradas perigosas; e de localização e destruição de lugares que poderiam ser considerados focos do aparecimento intermitentes de doenças contagiosas, tendo como objetivo o controle da saúde e do corpo do pobre. É nesse momento que surge um novo olhar sobre o hospital, que passa agora ser considerado uma máquina de cura. A partir daí, a Medicina torna-se uma prática hospitalar com a substituição da ação caritativa pela prática médica terapêutica.

O hospital passou lentamente a cumprir o papel de instâncias promotoras de saúde, ao construir sistemas de atenção integral aos indivíduos. Essa instituição como espaço de exercício da Medicina, da investigação, do tratamento e da formação de profissionais passa a atender as razões políticas e sociais, agora entendidas como responsabilidade do Estado e das cidades.

O hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era considerado um lugar onde se objetivava a cura. Antes do século XVIII, o hospital era um lugar de assistência aos pobres. O pobre necessitava de assistência por duas razões: primeiro porque era desprovido materialmente, e como tal, carente de abrigo e comida; segundo, porque um corpo doente tornava-se um corpo perigoso, que precisava ser recolhido do convívio dos não doentes. Assim, o foco de atenção no hospital não era o doente, e sim o pobre. Os necessitados também recebiam atenção espiritual por ser também o hospital

um lugar de caridade. De acordo com Castel (1978):

Os antigos hospitais não diferiam em nada das casas de correção. O doente, o pobre, o prisioneiro que aí se lançava era sempre visto como um pecador atingido por Deus, que antes de mais nada, deveria expiar sua culpa. Ele sofria tratamentos cruéis. Uma caridade tão terrível assustava [...] os doentes escondiam-se para morrer, de medo de pra lá serem arrastados (Castel, 1978, p. 65).

O hospital era caracterizado também por ser um lugar de separação e exclusão, onde se encontravam loucos, vagabundos, prostitutas, velhos e outros. Assim, essa instituição se torna lócus onde deveriam ser colocados à margem da sociedade todos aqueles que de alguma forma representavam o perigo social.

O avanço científico e tecnológico da Bioquímica, da Microbiologia e da Neuroanatomia introduziu a ideia de doença resultante de lesões orgânicas e conseqüentemente o uso do exame clínico e a contínua vigilância sobre o paciente. Também possibilitou a realização de cirurgias mais complexas, redução de risco de infecções e das taxas de mortalidade. Assim, a Medicina conquista de vez sua legitimidade social, e o hospital, por exemplo, já não causa mais pavor ante a possibilidade de as pessoas lá serem internadas quando enfermas: pelo contrário, desejam agora para lá ser levadas e tratadas.

Em relação aos médicos, a experiência hospitalar não fazia parte de sua formação: sua intervenção na doença era em torno da noção de crise, ou seja, eram chamados em casos de extrema urgência ou acompanhando um religioso na extrema-unção. No exercício médico, nada permitia a organização de um saber terapêutico. Instituição de saúde e medicina permaneciam independentes até então. Somente após profundas transformações políticas e sociais houve um redirecionamento do ato terapêutico dentro dos hospitais, transferindo o foco da doença ou do doente para o ambiente que cercava os indivíduos enfermos. O médico intervém sobre os doentes e controla a organização institucional. O espaço das intuições de saúde com o seu esquadrinhamento permitia a vigilância contínua; o saber médico, através da disciplina, controla os corpos dos doentes e contribui para que a Medicina conquiste maior grau de legitimidade social e destaque nas questões de saúde, ou seja, emerge daí a supremacia do modelo médico de intervenção na assistência à saúde.

O hospital passou então a ser reordenado através do que Foucault chamou de *Tecnologia Disciplinar*, que vem sendo aperfeiçoada como uma nova técnica de gestão

de homens e da vida em toda a sua extensão: “a disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter como alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade” (1972, p. 107). Essa técnica consiste em manipular e controlar os corpos. No entanto, na atualidade esse objetivo transcende o corpo e alcança a existência como um todo.

No hospital essa técnica ocorre da seguinte forma: há distribuição espacial dos indivíduos, separando os corpos para torná-los visíveis e passíveis de observação. Esses corpos devem estar juntos, mas também individualizados e classificados. O espaço analítico do hospital e seu quadriculamento permitem a vigilância contínua, onde nenhum detalhe pode passar despercebido: o registro tem de ser constante e o controle tem de ser total. Essa disciplina torna-se então uma disciplina médica, que resultou de uma transformação no saber médico.

A disciplina exerce o seu poder não só sobre o resultado de uma ação, mas em todo o seu desenvolvimento [...] é uma técnica de poder que implica em uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes e ver se o que fizeram é conforme as regras, é preciso vigiá-los durante todo o tempo [...] é a introdução do mecanismo disciplinar no espaço confuso do hospital que vai possibilitar a sua medicalização (Foucault, 1972, p. 106-107).

Houve também uma intervenção da Medicina sobre o meio e seus elementos, pois se é verdade que o ambiente influencia na doença, era necessário intervir sobre o meio e seus elementos: o espaço físico, a água, o ar, entre outros, assim como sua melhor localização e uma distribuição interna do espaço da instituição de saúde. Mantendo o controle estatístico e observável sobre o doente, o médico passou a deter também o *poder da cura*. A partir do momento em que as doenças passaram a ser acompanhadas estatisticamente, o hospital como uma instituição de saúde também se transforma em um espaço de produção de conhecimento e invenção de novos sentidos. Foucault (1972) afirma que um dos elementos de sustentação da medicalização é a dupla promessa da medicina: ser capaz de *curar* e *prevenir* as doenças, a ponto de poder construir um futuro em que sua própria existência será dispensável, pois terá eliminado todas as enfermidades. Mesmo sabendo que tais promessas são ilusórias, a Medicina as mantém em seu discurso.

Um dos primeiros autores a cunhar o termo medicalização e trazer à luz sua discussão foi Ivan Illich. Em seu célebre livro, *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina* (1975), Illich faz uma forte crítica à Medicina Moderna, abordando a ampla

industrialização da saúde e as consequências que esta traz à vida das pessoas. Logo em seu primeiro capítulo o autor afirma que a medicina institucionalizada transformava-se em uma grande ameaça à saúde. Surge então uma denúncia: a Medicina começa a se afastar de seu suposto, chamado *originário de cura*, e passa a se dedicar cada vez mais ao mercado e à exploração da saúde como produto. O que temos atualmente é a prática mercantil da Medicina.

Para Illich, a medicalização tem como consequência retirar do doente a responsabilidade e implicação no próprio processo de adoecimento e sofrimento. Assim, o atestado médico de seus sintomas isenta-o das obrigações relativas ao seu papel social, fazendo com que este tenha agora um novo papel: o de *portador legítimo de uma anormalidade*. Illich utiliza-se do termo *iatrogênese* para falar da nova epidemia de doenças provocadas pela Medicina.

Iatrogênese seria “a enfermidade, impotência, angústia, e doença provocada pelo conjunto de cuidados profissionais que constitui uma epidemia mais importante do que qualquer outra, e não obstante menos reconhecida” (1975, p.14). Essas consequências estão embutidas na nossa forma de vivenciar a enfermidade, o envelhecimento e a dor, fazendo com que aceitemos como naturais os cuidados médicos e suas rotinas. Ele chama de *iatrogênese clínica* os danos à saúde atribuíveis à falta de total segurança e o abuso dos fármacos e das tecnologias médicas mais avançadas. Já *iatrogênese social* seria decorrente de uma crescente dependência dos indivíduos e da sociedade, de forma geral, em drogas/fármacos e em medidas sanitárias prescritas pela Medicina em seus ramos preventivo, curativo, consumista, industrial, político ambiental, normatizador e sanitário, que invadem o corpo social e disseminam o seu saber e ditam regras. A *iatrogênese social* é o que chamamos de medicalização social: nessa concepção, o homem fica tolhido de constituir-se responsável por si próprio. Segundo o autor, constitui-se no maior mal da Medicina Moderna, pois dissemina na sociedade o *papel de doente*, que é um comportamento apassivado e dependente da autoridade médica.

Os cuidados profissionais que nos acompanham em todas as fases de desenvolvimento da vida, desde o nascimento até a morte, dificultam cada vez mais a viver independente de aparatos médicos. A gravidez, o aleitamento, os estados de sono, a nutrição, a aprendizagem, a reprodução, a estética do corpo, a velhice, a infância, etc. se tornam comportamentos socialmente medicáveis, ou seja, devidamente controlados. Essa é uma das consequências da extensão do domínio médico sobre o não patológico e, como consequência, observamos a perda de direitos individuais sobre o próprio corpo.

Não cremos, entretanto, serem as pessoas vítimas da indústria ou imperialismo médico, como é sugerido ao longo da obra de Illich. As pessoas são co-participantes nesse processo de medicalização e se submetem à gerência técnica da instituição médica sobre suas vidas porque de certa forma, a fim de obter saídas tranquilizadoras e fugir da angústia que lhe é constitutiva, almejam o conforto e as garantias que a Medicina promete dar: uma ciência médica moderna engajada “numa luta pela salvação da humanidade, querem desembaraçá-las do entrave das doenças e da invalidez, e até da necessidade de morrer” (Illich, 1979, p.111). Diante disto, entregar-se à salvação prometida pela Ciência pode ser uma saída para apaziguar a angústia e a responsabilidade pelo nosso próprio existir. Uma saída aparentemente tranquilizadora, que tenta definir o que não é passível de definição, nomear o que não é passível de nomeação e de sintetizar a vida em um corpo apenas biológico, determinado unicamente por reações químicas. Aliás, vemos a crescente obsessão pelo controle de nossas reações químicas.

Todos os dias, nos periódicos científicos, temos inúmeros artigos sobre a descoberta de uma reação sináptica específica, que age sobre determinada parte do cérebro e que tem determinada consequência sobre determinada doença. Há também a descoberta de novas doenças, que são catalogadas, analisadas, dissecadas, tornando-se também lucrativas, pois a partir daí entram em cena os laboratórios farmacêuticos, que investem bilhões em novos projetos sobre essas novas doenças. Campanhas de prevenção sobre a doença da vez, o incentivo do diagnóstico precoce, a terapêutica medicamentosa e o prognóstico são lados de uma mesma moeda.

As indústrias farmacêuticas são as que mais lucram com a transformação da saúde em um produto, um bem de consumo. Promovem seus produtos como qualquer outro setor da economia, que aliada a outros agentes sociais - como a mídia, por exemplo -, tornam-se um negócio rentável. As propagandas das indústrias farmacêuticas vendem a ideia de que a medicação é a solução para todos os nossos problemas e que a saúde é um bem que deve ser desejado a qualquer custo. Os laboratórios usam estratégias indiretas, como investir na campanha sobre uma determinada doença, para aumentar a demanda por medicamentos: campanhas sobre impotência, depressão, hiperatividade, transtornos alimentares, transtornos de comportamento, obesidade, diabetes, ansiedade, dentre outros. É a saúde ao alcance do bolso, mas não de qualquer bolso. Os lucros financeiros altíssimos fazem crescer e movimentar a máquina industrial farmacêutica. Esses são outros aspectos que devem ser levados em consideração nesse

processo de medicalização social: a lógica de mercado e a concepção de mercadoria que os medicamentos, cada vez mais sedutores e com altíssimas comprovações científicas e com tecnologias de última geração, assumem em nossa sociedade.

O crescente uso de medicamentos psicotrópicos é a prova cabal da existência de uma medicina mercantil. As prescrições desmedidas desses medicamentos para tratar de problemas extra médicos são utilizadas hoje como uma espécie de ópio social, mascarando sintomas emocionais enquanto os contextos social, familiar e outros continuam inalterados. Carvalho & Dimenstein (2008) afirmam que o uso de psicotrópicos do tipo ansiolítico – Benzodiazepínicos – se constitui atualmente como um problema de saúde pública. O uso abusivo desses medicamentos é cada vez mais impulsionado pela *lógica de consumo* capitalista, que dá aos medicamentos um aspecto ideológico de *solução*, de *apaziguamento* e de *cura* amplamente difundido pela Ciência Moderna e pelos profissionais de saúde.

As propagandas da indústria farmacêutica vendem a ideia de que as medicações são a solução para todos os nossos problemas e que através delas podemos obter traços de personalidade desejada, ser outra pessoa. Slogans como *volte a ser como era antes*, *retome a sua vida produtiva*, *diga não à dor* e *livre-se de suas angústias* são as principais ideias vendidas nas propagandas que “nos traz como a ideologia da felicidade e do bem-estar, na qual se estabelece um modo medicado de administrar fracassos e angústias” (Soares & Caponi, 2011, p 8).

Todos os dias, mesmo sem perceber, ao ligarmos a televisão, ao lermos uma revista ou jornal, ingerimos uma dose desses ideais, sugerindo que não nos é mais permitido sermos humanos. Quando se trata da busca de resultados eficazes e imediatos, a medicação não encontra nenhum rival à altura, pois esse composto químico promove a sublimação de diversas sensações - fisiológicas e emocionais - alcançada através do uso de fármacos. Tal sublimação difunde a ideia de que é possível livrar-se de todas as mazelas da vida, e o rolo compressor das campanhas publicitárias vende esses milagres tecnológicos a custos financeiros altíssimos, fazendo crescer e movimentar a máquina industrial farmacêutica. Os medicamentos buscam materializar as ambições da ciência e do homem moderno, e as indústrias farmacêuticas compram acesso aos profissionais que podem prescrever e promover remédios:



Enquanto a subjetividade vem sendo reduzida a uma função biológica, que promete descrever os modos de ser e estar no mundo em termos de equilíbrio químico, o medicamento, neste mesmo contexto, se apresenta sob as mais diversas formas e conteúdos enquanto possibilidade concreta de realização dos ideais contemporâneos (Dantas, 2009, p. 12).

A falta de autonomia e estratégias para o enfrentamento de dificuldades cotidianas pertencentes à existência têm sobrecarregado os serviços de saúde, reforçando a dicotomia normal/patológico. Este fato implica em uma atuação restrita, voltada única e exclusivamente para a enfermidade. É aqui que a compreensão dos conceitos de saúde e doença não é um exercício trivial: pelo contrário, saúde e enfermidade são conceitos que têm uma série de implicações, uma vez que resultam da produção de um tipo de conhecimento que tem o controle científico. Este conhecimento é apropriado socialmente de forma majoritária por uma categoria profissional: a Medicina, e a partir daí estende-se a outras categorias profissionais.

Illich (1975) já havia nos alertado que Instituição Médica seria uma empresa profissional, onde a essência é a ideia de que a felicidade exige a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias e a luta eterna contra a morte. A ciência como um todo, e especificamente a Medicina, reforçam os aspectos terapêuticos de outras instituições e atribuem funções eugênicas subsidiárias à Escola - práticas médicas no cotidiano da escola, no conceito de aprendizagem -, à Polícia - em seu papel de controle e normatizador social -, à Publicidade - conforme vimos previamente -, e mesmo à Política. O objetivo e consequência do poder atribuídos a essas instituições são as intervenções políticas no corpo social, pois a inovação tecnológica que modifica a prática dos saberes médicos modifica outras práticas, e com ela a forma como o homem vive e morre. Prevenção, diagnóstico, cura, tratamento e prognóstico recebem reforço dessas instituições.

A partir da constatação da medicalização dessas categorias profissionais, que recebem “funções eugênicas subsidiárias” (Illich, 1975, p. 23) da indústria médica, surge o questionamento: poderíamos incluir nesse rol a Psicologia? Ora, não é preciso uma lupa para observar que as bases que sustentam a Psicologia Moderna priorizam a valorização de um modelo biomédico assistencialista - através de atendimentos e medicalização -, uma vez que problemas não médicos são também do interesse da Psicologia Moderna. O *psicologismo* fornece à Psicologia uma legitimação social e científica, uma autorização para navegar por outros pântanos, ampliando seu poder de normatização da existência humana. Os fenômenos da vida social tonam-se agora

problemas de personalidade, de trauma, de inadequação do condicionamento do indivíduo ao meio, de recalque e de tamponamento do potencial criativo.

Tal como a Medicina, que torna todo o comportamento passível de medicalização, a Psicologia Moderna torna todo e qualquer comportamento passível de psicologização. Quaisquer sentimentos e mal-estar físico ou emocional são imediatamente remetidos a esses profissionais. O psicólogo, com sua ética da neutralidade, garante o monopólio do Inconsciente e no discurso da competência os especialistas "*psis*" aparecem como os técnicos que entendem do assunto (Coimbra, 1975). Estaríamos então, por meio da disciplina da Psicologia, subjugados ao poder psicológico? Estaríamos falando de uma Psicologia que com suas práticas psicológicas rema a favor da visão da saúde como mercadoria?

Uma vez que compreendemos claramente as consequências da medicalização e como nossas práticas enquanto profissionais "*psis*" podem estar reproduzindo esse modelo mercantil da vida, poderemos abordar as questões acima sem naufragar no relativismo, mesmo porque, ao propormos tais reflexões, não pretendemos fazer uma crítica desmedida e infundada às tecnologias que dispomos a nosso favor. Como profissionais comprometidos na relação que estabelecemos com o outro, é necessário construirmos uma relação com esses aparatos e usarmos múltiplas opções tecnológicas para enfrentamento dos diferentes problemas de saúde, sejam eles psíquicos ou não. Empregar a tecnologia farmacêutica, tanto na área da saúde quanto em outros níveis, nos remete a uma gama infinita de possibilidades. Não podemos negar os avanços científicos e tecnológicos, pois isso seria um mero reducionismo nosso. Afinal, reconhecemos que as tecnologias por si próprias não podem ser consideradas positivas ou negativas. O que caracteriza nocividade ou não é a relação que estabelecemos com elas.

Não estamos aqui para negar a eficácia da medicação quando esta se faz necessária ou negar os enormes progressos que os recursos farmacológicos têm ocasionado, ao atenuar o sofrimento daqueles que padecem de males psíquicos ou físicos. Porém, aceitar passivamente sem uma reflexão crítica de como eles têm sido oferecidos nos faz aderir às novas tendências de patologização da vida e, conseqüentemente, às suas possíveis influências no esvaziamento e adoecimento da existência. É certo que a Psicologia também se insere no rol das tecnologias, e por isso esses questionamentos têm de estar presentes. Questionamentos sobre o que temos produzido com as nossas práticas e saberes, para não cairmos na tentação de achar que

tanto a ciência médica quanto a psicológica têm cura radical para as tensões da existência. Este é o perigo: nos perdermos e não reconhecermos aquilo que nos é mais próprio, ou seja, a nossa forma singular de estar no mundo.

## Capítulo II- Medicalização e Mercantilização das Práticas “Psi”

Percebe-se a cada dia que a Psicologia vem recebendo novos desafios: abrem-se novos espaços de trabalho, que exigem dos psicólogos mais atenção aos acontecimentos à sua volta, a fim de melhor compreender e interrogar as transformações de nosso horizonte histórico e a forma como essas modificações influenciam o modo como o homem movimenta-se em sua própria existência. Tais transformações influenciam nossa maneira de olhar e interrogar nossas práticas e as condições de emergência e legitimação de tais saberes no âmbito social, político, econômico e sociocultural. Mudanças históricas e sociais estarão sempre alterando as formas de subjetivação e esse fator é de extrema relevância para atuação do profissional psicólogo.

Mesmo precariamente, existe certo investimento na manutenção dessa categoria profissional em várias esferas sociais. Encontramos esse profissional em consultórios, clínicas, hospitais, unidades de saúde, escolas - na área de Orientação Educacional -, e em empresas - no setor de Recursos Humanos. O campo da saúde, por exemplo, constitui hoje um terreno fértil para a Psicologia, e a entrada desse profissional nesse campo de atuação ocorreu em um momento que o modelo médico assistencial se encontrava em notório esgotamento e regido por inúmeras críticas.

Época em que houve crescentes esforços na tentativa de superar o modelo biomédico assistencialista na forma de atendimento e medicalização. Buscava-se uma humanização dos atendimentos em saúde, a quebra da hierarquia do saber médico e uma relativização do discurso biológico, que excluía os outros saberes e fatores na discussão sobre saúde e doença. Conceitos da Psicanálise como *transferência* e *contratransferência* foram de suma importância para chamar a atenção para o valor das relações médico-paciente e paciente-instituição, até então deixadas de lado. Observa-se, no entanto, que a própria Psicologia muitas vezes sustenta tal modelo de atendimento e tratamento crônico, antes tão veementemente criticado e dirigido aos profissionais médicos.

Como pontuado anteriormente, tanto Illich (1975) quanto Foucault (1972) fazem uma denúncia à medicalização autoritária e ao controle médico sobre vidas, corpos e almas. Os autores trazem à luz, em suas queixas, que a medicalização é um processo que está intimamente ligado à ideia de que não se pode separar o saber científico – produzido em um arcabouço social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas presunções políticas e econômicas subentendidas e das consequências que essas

acarretam na vida das pessoas. Também não é possível ignorar suas consequências iatrogênicas, como nos apontou Illich, ao afirmar que os efeitos não desejáveis provocados pela iatrogênese não têm somente um impacto direto sobre a saúde, mas a nível social e simbólico. A disciplina médica, ao deixar o meio espacial do hospital para percorrer todo o espaço social, normatiza setores cada vez mais significativos da vida cotidiana e a vida como um todo passa a ser um problema técnico. E a História nos mostra que a Psicologia enquanto ciência e profissão segue os mesmos passos e também começa a percorrer por todo o espaço social - assim como conceitos da medicina - através de termos linguísticos da Psicologia - *psicose, histeria, neurose, trauma, recalque* etc. -, que estão igualmente presentes no cotidiano.

Assistimos atualmente em nossa sociedade, tal como na Medicina, à busca por respostas para as questões existenciais e sociais no corpo biológico. Esta é uma tendência da Psicologia, alicerçada nos moldes da ciência moderna: buscar uma justificativa para tais questões na psique e/ou comportamento humano. Há, portanto, uma psicologização do cotidiano: todo e qualquer comportamento pode ser classificado nosologicamente ou psicologicamente. Se a raiz do problema não está visível no corpo, certamente estará escondida na mente. Por conseguinte, temos a atribuição de explicações da ordem existencial a fenômenos sociais multideterminados.

### ***2.1- O Conceito de Individualismo e o Especialismo Psi***

Dimenstein (2000) aponta que a inserção de saberes e práticas psicológicas e da Psicanálise na sociedade – a Psicanálise em especial - colaborou para a disseminação de uma ideologia individualista e de um sujeito psicológico naturalizado. O individualismo é o conceito que exprime a afirmação do indivíduo diante da sociedade e o Estado. Alguns movimentos importantes no pensamento e na cultura ocidentais colaboraram para a emergência do conceito de indivíduo, tais como a Revolução Científica, a Reforma Protestante e o Capitalismo (Mancebo, 2003).

Como vimos anteriormente, Descartes apresentou a interioridade e a individualidade como territórios do sujeito, ao fazer a divisão entre mente e corpo. Para Descartes (1986), o conhecimento não era dado ao homem por um universo pré-terminado e finalista, mas ele submetia o Universo ao seu conhecimento. Dessa forma, o homem teria o poder de conhecer não apenas a própria consciência, mas tudo, pois somente a razão conduz ao conhecimento. No centro dessa consciência Descartes

colocou um sujeito autocentrado, autônomo, racional e portador de uma personalidade soberana. Desde então, o homem é levado a questionar acerca do que é certo e do que é errado e a procurar na sua própria consciência a resposta para essa questão. Esta concepção de homem racional, situado no centro do conhecimento, tem sido conhecida como a de *sujeito cartesiano*.

Outro movimento histórico e político que fomentou a emergência do conceito de indivíduo foi a Reforma Protestante, liderada por Martinho Lutero (1483-1546). A burguesia comercial, em plena expansão no século XVI, estava cada vez mais inconformada com os discursos da Igreja, que censurava os lucros e os juros típicos do capitalismo emergente - vistos como práticas condenáveis pelos religiosos. Ao mesmo tempo a Igreja, acostumada com o luxo da vida religiosa, fazia uso de práticas escusas para manter sua riqueza - por exemplo, a venda de indulgências. Como a sociedade da época estava envolvida com o espírito científico, que valorizava um pensamento baseado na razão e na busca da verdade através da experiência, as ideias de Lutero foram bem aceitas pela burguesia, o que propiciou o surgimento do movimento da Reforma.

Esse movimento evidencia o aspecto interior como de maior importância: “voltemo-nos, pois, em primeiro lugar, à *pessoa interior* para ver o que faz com que ela se torne justa, livre e verdadeiramente cristão” (Lutero, Obras Escolhidas, Vol. II, p. 437, *apud* Toledo). A base de seus argumentos a favor de um sujeito que tem acesso direto a Deus, de modo particular, se encontra nas Escrituras Sagradas: “que o justo viverá pela fé”<sup>2</sup>. Essa nova forma de vivenciar a fé rompe com a tradição antiga da Igreja Católica. A partir daí, as ideias de uma subjetividade, de um mundo interno, de uma consciência de si mesmo e de um ser interiorizado que busca a Deus no seu particular contribuem para a fundamentação do conceito de indivíduo.

Mas foi com o Capitalismo do século XX que o ideal individualista ganhou os contornos que conhecemos hoje. Essa nova ordem econômica, que tem ideais de liberdade individual em detrimento do coletivo e de igualdade entre os homens, que garante os direitos inalienáveis publicamente reconhecidos, insere definitivamente o sistema de produção e consumo na sociedade moderna. Nessa nova ordem socioeconômica há uma separação entre o público e o privado, entre o homem socialmente aceito e o homem interno autoconsciente. Na vida pública o exercício da

---

2 Romanos, Capítulo 1, Verso 17.

liberdade individual é mantido sem intromissão; já na vida privada, há a necessidade de autocontrole. Valoriza-se, na vida privada, o sujeito autoconsciente e com total domínio da própria vontade.

O dualismo típico do pensamento cartesiano de Descartes também foi institucionalizado na divisão das ciências humanas: a Sociologia e Antropologia encarregaram-se de estudar as relações sociais do homem público e a Psicologia direcionou o seu olhar para o sujeito introjetado, valorizando a psique, a interioridade, ou seja, o comportamento do homem privado.

É neste contexto que surge uma cultura voltada para o psicológico. Tudo aquilo que impeça o sujeito de se manter dentro dessa nova ordem social econômica, ou seja, capitalista, é considerado anormal. A subjetividade daquele que não consegue produzir ou consumir dentro desse novo modelo econômico entra em crise e é tida como desajustada. Essa crise acontece a partir do momento em que se veem ameaçados os ideários da proposta de liberdade e igualdade trazidos pelo capitalismo. A incerteza de que seus ideais possam não se concretizar da forma como era esperado deixa o sistema capitalista ameaçado e o homem fragilizado. Diante de tal ameaça, o Estado necessita apelar para práticas de previsão, tratamento e controle. Prever o sujeito que não poderá contribuir de forma adequada com esse modelo individualista, normatizá-lo e medicalizá-lo para devolver-lhe a liberdade de consumo. Aqueles que de algum modo não conseguem atingir esse ideal são excluídos e postos à margem.

Uma vez que pessoas são classificadas como desajustadas, o Estado pode eximir-se da responsabilidade pelos problemas sociais. São os indivíduos que carregam em si uma dificuldade que precisa ser trabalhada no âmbito individual. As pessoas tornam-se corpos *enfermos* e possuidoras de uma anomalia, de um desajuste mental e, conseqüentemente, tornam-se *pacientes*, com comportamentos apassivados diante dos aparatos médicos. Por conseguinte, tornam-se *consumidoras* em potencial de tratamentos medicinais, psicoterapias e de fármacos. Na Medicina, o corpo é o alvo das mazelas sociais e existenciais; na Neuropsicologia, o cérebro; e na Psicologia, de forma geral, o comportamento. Temos dessa forma um paradoxo: ao mesmo tempo em que o Estado exime-se de sua responsabilidade e tem na medicalização sua principal aliada, a medicalização contribui para a *falta* de autonomia e estratégias para o enfrentamento de dificuldades cotidianas pertencentes à existência. Mas, se analisarmos bem esse paradoxo, veremos que a própria divisão entre Estado e indivíduo é mais uma tentativa de buscar no interior ou no exterior resposta para a indeterminação, para o nada que

somos.

Se compreendermos que o Estado é feito de indivíduos e não existe separado de nós, ou seja, ele é objetivamente ou materialmente localizado no tempo e no espaço, compreenderemos que não somos vítimas do nosso meio sociocultural: não podemos isentar-nos da responsabilidade diante dos discursos que nós mesmos legitimamos e reafirmamos dia após dia em história. Kierkegaard (1972), quando nos fala sobre o nada em que a nossa existência é lançada, deixa claro que esse nada não é vazio: ele é uma relação constante como o nosso mundo, uma relação de coexistência, “não um nada que seja indiferente ao indivíduo, mas um nada em comunicação viva” (p. 87). É importante lembrar que os elementos factuais da nossa liberdade frente ao nada e de nossas escolhas não excluem, obviamente, a presença e a relevância do nosso horizonte histórico, pelo contrário. Porém, existe o constante perigo de que o indivíduo, como diz Kierkegaard (1961), se *perca* na impessoalidade, no geral ou se prenda nos laços da ilusão diante desses ditames hegemônicos e sedimentados no mundo. O individualismo capitalista e a lógica medicalizante são exemplos desses ditames hegemônicos que existem em nossa sociedade.

## ***2.2- O Psicologismo da Psicanálise***

A ideia da existência de um sujeito individualizado obtém maior êxito a partir das contribuições de Freud, que enfatiza a tendência de pensar a realidade do ponto de vista interior. A clínica psicológica, no contexto de ascensão da ideologia individualista, foi ganhando território. Várias teorias psicológicas afloraram nesse período, cada uma lançando as bases de seu entendimento sobre o sujeito e suas respostas para o comportamento e sofrimento humano. A Teoria Psicanalítica possui em sua base como característica inicial, e provavelmente a mais importante, o determinismo psíquico. Sua função é explicar que absolutamente nada ocorre por acaso, ou seja, não há descontinuidade na vida mental. Cada evento mental tem explicação consciente ou inconsciente. Quanto a isso o próprio Freud argumenta:



Notarão desde logo que o psicanalista se distingue pela rigorosa fé no determinismo da vida mental. Para ele não existe nada insignificante, arbitrário ou casual nas manifestações psíquicas. Antevê um motivo suficiente em toda parte onde habitualmente ninguém pensa nisso; está até disposto a aceitar causas múltiplas para o mesmo efeito, enquanto nossa necessidade causal, que supomos inata, se satisfaz plenamente com uma única causa psíquica (Freud, 1910, p. 25).

Para o psicanalista, em toda ação, pensamento, sentimento ou comportamento há uma causalidade subjacente determinada pelo Inconsciente. A Psicanálise compreende que não há aleatoriedade e o único mistério que existe é o do Sujeito do Inconsciente, uma vez que tudo já está determinado psiquicamente. Ao defender que o nosso comportamento é governado unicamente por processos interiores, inconscientes, e não pelos processos conscientes, a Psicanálise vai ganhando território. A ideia de que a mente funciona como uma máquina em que cada fase se encadeia à anterior e à posterior foi retirada justamente do contexto da era científica na qual Freud estava imerso. Ele próprio desejava que sua teoria fosse reconhecida e elevada ao status científico.

O Consciente, parte da mente em que estamos cientes, é também importante para a Psicanálise. Porém, o interesse de Freud se voltou para o Inconsciente, que é uma área menos explorada e de difícil acesso. Afirma-se, dessa forma, a privatização do psicológico em detrimento das temáticas sociais e situa-se a problemática privada e pessoal do Inconsciente: as pessoas passam a ser habitadas por um espaço interno psicológico, e a partir disso surge necessidade de fazer as pazes com esse sujeito interior que habita em cada um de nós, que nos determina, mas que pouco ou nada sabemos sobre. Ao psicólogo que exerce a Psicanálise cabe o papel de mediador entre as forças do Inconsciente e as exigências sociais. Em relação às exigências sociais, Freud (1929) afirma que um dos aspectos da civilização é a maneira pela qual a moralidade entra em cena para regular os relacionamentos mútuos dos homens e que a substituição do poder do indivíduo pelo poder de uma comunidade constitui um passo decisivo para a manutenção da sociedade. No entanto, para isso, o homem tem de pagar alto preço, renunciando a si mesmo.

Freud nos alerta, de certa maneira, que o ideal de liberdade individual proposto pela sociedade não constitui um dom da civilização, pois o desenvolvimento da civilização impõe restrição a ela. Diante disso, a vida tal como a encontramos é árdua demais para nós. A fim de suportá-la, usamos medidas paliativas, subterfúgios, escapamentos e desvios, uma vez que nossas possibilidades de total felicidade sempre

serão restringidas por nossa própria constituição.

Freud propõe em suas teorias uma crítica ao pensamento individualista, um olhar realístico do lado trágico e misterioso da vida, e até mesmo tenta trazer a experiência do sensível de volta à cena ao se opor contra o modo de atendimento padronizado e medicalizante dispensado à loucura, por exemplo. Foi graças à Psicanálise no âmbito da saúde mental, ainda que com muitas resistências médicas e sociais, que foi possível dar outro sentido para a loucura e o sofrimento psíquico. Por não propor a cura nos moldes médicos e nem a volta a uma normalidade perdida, Freud foi um dos primeiros a defender que não era possível aplicar ao aparelho psíquico as mesmas regras, conceitos e tratamentos dispensados pela Medicina ao corpo biológico.

Com as elaborações de Freud, a escuta entra em cena: a Psicanálise resgata a escuta do outro. Com a invenção do espaço analítico, Freud inaugura um novo modo de pensar o Sujeito e coloca em cena outros elementos, rompendo com a rotina das rápidas consultas médicas que dispensavam o que os sujeitos tinham a dizer de si mesmos, de seu sintoma. Foi através das ideias de Freud que, de certa forma, houve uma cisão entre as dimensões subjetivas e biológicas em relação à loucura.

A Psicanálise demonstrou que existe vida para além dos sintomas biológicos e que eles falam de alguma coisa: o corpo fala. Mas, ao buscar nessa fala relações causais e deterministas do aparelho psíquico, a Psicanálise se esqueceu das significações e os sentidos construídos na história de cada pessoa, de cada modo singular de ser louco. Ao se compreender os comportamentos humanos através apenas do determinismo psíquico incorreríamos no equívoco de justificar outras causas multifacetadas, excluindo, por exemplo, as nossas responsabilidades por nossas escolhas, sejam elas inconscientes ou não.

### ***2.3- Práticas de uma Psicologia Mercantil?***

Práticas psicológicas que naturalizam a subjetividade como se fosse um dado - e não algo construído - reforçam a reprodução das estruturas existentes, como a medicalização. Toda vez que aderimos a práticas de previsão e controle para lidar melhor com os sujeitos individuais, padronizá-los e normatizá-los, sem uma reflexão crítica e realista sobre as demandas que chegam até nosso lócus de atuação e sobre como, através de nosso discurso, podemos estar contribuindo para a fomentação desse modelo individualista e consumista de atendimentos em Psicologia, estamos praticando

o que neste trabalho chamamos de *práticas de uma psicologia mercantil*. As práticas de uma psicologia mercantil se constituem a partir de uma Psicologia direcionada única e exclusivamente a atender as demandas do mercado consumista e medicalizante de diagnósticos psicológicos e ajustamento social.

Para que uma coisa possa tornar-se mercadoria, deverá ser um produto do trabalho destinado unicamente à venda. O valor da mercadoria é determinado pela utilidade e escassez, de modo que quanto mais escasso e necessário for um bem, maior será seu valor. No entanto, observa-se que na atualidade essa ideia de escassez passa a ser uma construção artificial. A compreensão do que nos falta, do produto que é tido como essencial para a manutenção da vida, obedece a interesses que visam à manutenção de um mercado consumista. Adam Smith (1723-1776), o primeiro a lançar os fundamentos para o campo da Economia como ciência, afirmava que era necessária a busca pela totalização de todas as atividades sociais manifestadas através de um mercado autorregulado, ainda que para tanto fosse necessária a inserção de necessidades artificiais ou fictícias nas pessoas (Cunha, 2002).

Assim, para criar e atender a essas necessidades individuais ou coletivas, é necessário que tudo se torne mercadoria. Deste modo, produção e consumo são regulados tanto pela oferta quanto pela demanda: “a atual lógica de mercadoria ao agregar atributos subjetivos idealizados, passa não apenas a refletir ou a expressar a subjetividade de seus consumidores, mas se torna ela própria uma das principais produtoras de subjetividades” (Severiano, 2010, p.122). O psicologismo do especialismo “*psi*” passa, ele próprio, a produzir demandas de atendimento.

Estamos cada vez mais preocupados com os aspectos de saúde, e se tudo pode tornar-se uma mercadoria, a saúde passa a ser vista como um produto escasso. Assim, as questões de saúde desde o diagnóstico, intervenção, tratamento até seu prognóstico são vistas a partir da lógica monetária. Ter um corpo e uma mente saudáveis torna-se imperativo e produto raro, que deve ser valorizado e buscado a todo preço. Aqueles que podem pagar consomem avidamente, para sanar de imediato suas aflições e angústias. Dentro dessa lógica, não existiria razão alguma por parte de quem lucra com a sua exploração reverter essa diretriz, ou seja, não é possível esperar que os sistemas de produção de diagnósticos e estigmatização invistam em dispositivos que vão à contramão dessa lógica.

Na busca pela mente saudável, ou seja, dentro dos parâmetros do socialmente aceitável, submeter-se a avaliações e acolhimentos psicológicos passa ser a regra, e não

exceção. Educadores, organizações, pais e outros núcleos sociais passam a demandar um horário nas agendas dos psicólogos. O que não pode ser respondido pela ciência do corpo é enviado a esses profissionais. Exigem-se desses que deem respostas científicas àquilo que a eles são apresentados. Os psicólogos como especialistas do comportamento assumem a missão de oferecer respostas verdadeiras e reproduzem práticas medicalizantes.

Quanto à angústia, existe uma exigência social de remediá-la o mais rápido possível, tendo em vista que na sociedade moderna não há espaço e tempo para esse tipo de questão. Buscam-se, dessa forma, soluções individuais para problemas sociais: há uma atenção exacerbada aos aspectos internos. O psicólogo que não se atenta aos níveis estruturais que se encontram por detrás de cada encaminhamento ou às demandas que chegam a seus espaços de atuação trabalha a favor de que o indivíduo volte o mais rápido possível às exigências sociais, para o mercado de trabalho, e conseqüentemente para seu papel de consumidor.

#### ***2.4 - Terapia Cognitiva - Comportamental e suas Implicações Políticas***

Há pouco mais de três anos a Agência Nacional de Saúde<sup>3</sup> divulgou uma lista com novos procedimentos básicos, portanto primordiais, que os convênios serão obrigados a cumprir. Entre eles, estipulou-se que os convênios serão obrigados a pagar 40 sessões de psicoterapia por ano para seus clientes. Antes eram apenas 12 sessões, o que equivalia a três meses de psicoterapia, ainda assim com algumas ressalvas. Alguns planos de saúde exigem que sejam feitos relatórios de atendimento a cada três meses para explicar o motivo pelo qual os pacientes ainda encontram-se em psicoterapia. Alegam que a própria Psicologia tem em suas bases comprovações científicas que sugerem que o tempo oferecido – pago – pelo convênio é mais do que suficiente para que os sintomas apresentados pelos pacientes sejam extintos. Quando os convênios sentem-se lesados, exigem que os pacientes sejam novamente encaminhados ao profissional médico para que esse possa confirmar ou não se o mesmo ainda necessita permanecer em psicoterapia. Se por qualquer circunstância o profissional médico discordar do relatório do profissional psicólogo, o usuário do convênio fica

---

3 Órgão do Estado que regulamenta os planos de saúde no Brasil.

imediatamente impedido de continuar sendo atendido, independente do vínculo estabelecido entre ele e o psicólogo, gerando em ambos um profundo sentimento de descuido e reafirmando a hierarquia do saber médico.

Se o homem é tratado como um objeto mecânico, o corpo e a mente são tidos como organismos que funcionam de igual modo em todos os seres humanos. Como máquinas serializadas, a mecânica interna do cérebro é igual em qualquer anomalia psíquica. Dentro dessa lógica, a saúde e a doença são vistas como organismos independentes do indivíduo. Todos os pacientes que apresentam sintomas semelhantes devem ser *tratados e curados* em tempo igualmente determinado - leia-se breve. Sejam lá quais forem os motivos pelos quais os sintomas apresentados pelos pacientes se mantenham presentes, certamente a culpa será debitada na conta dos profissionais.

Mas, o que dizer se são as próprias práticas "*psi*" que fomentam esse discurso e se colocam na posição de especialistas que possuem todo o aparato técnico e científico para o ajustamento do homem, como se faz a uma máquina defeituosa? Se a própria Psicologia não olha os sintomas e queixas por sua imanência, e sim por sua natureza, não pode exigir ou mesmo esperar ser menos cobrada. Sim, cobrada por sua eficácia e rapidez. Na lógica capitalista, na qual tempo é dinheiro – literalmente -, os convênios responsabilizam os profissionais por não conseguirem curar seus pacientes, e, por conseguinte, os pacientes sentem-se culpados por não conseguirem curar-se.

As Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC), tendo em Albert Bandura (1925-1982), Albert Ellis (1916-1980) e Aaron Beck (1921-1978) seus principais precursores, são, em certa medida, uma das grandes responsáveis por essa exigência de *rapidez*, pois visa ter um tempo limitado para o fim do acompanhamento psicológico. As sessões de terapia são estruturadas, “não importa qual o diagnóstico ou estágio do tratamento, o terapeuta tende a aderir uma estrutura estabelecida em cada sessão. Essa estrutura permanece firme ao longo da terapia [...] isso maximiza o tempo de uso da terapia” (Kenapp, 2004, p. 36). A TCC, por ter em sua base teórica e prática intervenções psicoterápicas breves - entre três e seis meses - e ser uma terapia estruturada e focal, tornou-se forte aliada da categoria médica - em especial da Psiquiatria -, mantendo com esta um estreito diálogo. Não por acaso a maioria dos profissionais que atendem pelo regime dos planos de saúde atua através da abordagem teórica da TCC, que foi apontada como a que mais obteve popularidade nos últimos vinte anos (Robins, Gosling & Craik, 1999).

As abordagens cognitivas partem do pressuposto de que um processo interno e

oculto de cognição faz a mediação entre o pensamento e comportamento. Um mesmo evento pode ser considerado como agradável para uma pessoa, gerando um comportamento de aproximação, ou ameaçador para outra, provocando ansiedade e esquiva. Desse modo, é a interpretação do evento que gera emoções e comportamentos e não o evento em si, ou seja, mudando os pensamentos e tendo uma postura racional diante dos eventos é possível mudar o comportamento. A inter-relação entre cognição e comportamento está implicada no funcionamento normal do ser humano, e em especial, na Psicopatologia. O objetivo da Terapia Cognitiva é então corrigir as distorções do pensamento (Knapp, 2004). As terapias que seguem esse molde podem ser consideradas racionalistas, uma vez que em seus pressupostos filosóficos existe um mundo externo que pode ser percebido de forma correta ou incorreta. O Racionalismo é uma teoria filosófica que dá a prioridade à razão como faculdade de conhecimento em detrimento da experiência. O Racionalismo encontra um caráter racional na realidade e indica que o mundo está ordenado de forma lógica.

Um dos grandes fatores para o casamento entre a Medicina e as Terapias Comportamentais foi o crescente número de experimentos e pesquisas nas áreas de Neurociências. A Neuropsicologia é uma disciplina dentro da Psicologia e da Medicina que investiga as relações entre as funções psíquicas e as atividades do cérebro: memória, linguagem, raciocínio, capacidade de resolução dos problemas, dentre outros (Knapp, 2004). As Neuropsicologias têm como objeto de estudo os aspectos cerebrais, neuroquímicos e fisiológicos das doenças e dos sintomas mentais. A base principal para os transtornos mentais é em sua essência a alteração de mecanismos cerebrais. Não desmerecendo a importância dos avanços nessa área, podemos verificar em sua base, semelhantemente à Medicina, a tentativa de buscar no corpo biológico a resposta àquilo que traz estranheza à existência, sendo que a Neuropsicologia escolheu apenas um órgão como objeto de estudo: o cérebro. A Neuropsicologia parece não considerar que os sintomas recebem seus significados em um contexto de normas, valores e símbolos, sendo o nosso horizonte histórico fundamental na própria determinação do que é normal ou patológico e, conseqüentemente, nos repertórios terapêuticos - medicamentosos ou não - disponíveis em nossa sociedade.

Ficam claros os motivos pelos quais a TCC casou-se perfeitamente com os ideais da Ciência Médica Moderna. Se a cognição também está ordenada pelas mesmas leis que regem a Ciências Naturais, ela pode ser mensurada: se pode ser mensurada, pode, igualmente, ser classificada, previsível e ajustada. Não está em jogo aqui a

eficiência ou eficácia das Terapias Cognitivo-Comportamentais, pois ela possui seu direito legítimo de oferecer-se como uma possibilidade e uma modalidade terapêutica como tantas outras disponíveis no mercado. A questão que aqui se faz presente é sua semelhança com práticas cronificadas dos atendimentos médicos. Quando os próprios médicos falam de tratamento de transtornos mentais, por exemplo, eles dizem que o tratamento é uma associação do uso de algum medicamento aliado à TCC. Para o público em geral e para os profissionais não atentos, pode parecer uma recomendação sensata e inocente; porém, não percebem que isso “é uma recomendação política: ao indicar a TCC, eles apontam para a hegemonia e supremacia da Medicina sobre as outras profissões da área da saúde” (Assis, 2010, p.7). O profissional que não se atenta para isto corre sério risco de manter em sua práxis a reprodução de uma visão tecnicista alimentada por demandas médicas.

### **Capítulo III - Angústia Medicada: Análise de Fragmentos de um Discurso Clínico**

Ao contrário das demais abordagens psicológicas que atuam conforme o modelo científico positivista, dentro da lógica cartesiana, a perspectiva Fenomenológico-Existencial fundamenta sua prática clínica no método fenomenológico e na Filosofia Existencialista. Pretende, com isso, fugir do causalismo, do determinismo e das dicotomias presentes - homem/mundo, sujeito/objeto, Inconsciente/Consciente, particular/social -, como já foi observado, dentro do modelo de ciência vigente. Considera que a existência mesma e suas situações limites escapem de toda e qualquer teorização, bem como considera o homem como abertura que está sempre em devir, e não como tendo um eu encapsulado, substancializado, individualizado e com um psiquismo passível de manipulação, mapeamento e controle. Assim, podemos falar de uma proposta de Psicologia sem psiquismo.

Temas como liberdade, responsabilidade, possibilidade, decisão, culpa, angústia, morte, dentre outros, são experiências discutidas dentro da clínica. O que se busca é resgatar a singularidade do indivíduo que se perdeu no geral, nos ditames hegemônicos e sedimentados da nossa sociedade, que se esqueceu de seus referenciais, critérios e valores. Através da fala e da escuta acompanha-se o analisando e espera-se que esse perceba as possibilidades dentro do seu horizonte, que assuma suas escolhas de forma responsável, bem como assine a autoria da sua existência.

#### **3.1- Críticas ao Objeto de Estudo da Psicologia Moderna: a Angústia em Kierkegaard**

Sören Kierkegaard foi um filósofo dinamarquês que viveu na primeira metade do século XIX (1813 - 1855). Sua filosofia denominada de Filosofia da Existência é pautada por um pensar que busca retomar o caráter sensível da existência que, segundo ele, é abandonado pelas filosofias modernas. Para Kierkegaard, o que importa é a existência. E o que é existir? É a experiência. Nesse sentido, o importante é a existência mesma, tal como ela se dá. Logo, devemos compreender mundo e homem como co-originários. Ao longo de sua vida e sua carreira literária, seja por pseudônimos ou como ele próprio, sua estratégia era reproduzir através de seus personagens exemplos e modos



de existir para servir de espelho onde o leitor pudesse ver seu próprio rosto. Mesmo que a existência seja comum a todos,

A construção do existir depende da coragem e da ousadia, que se traduz em risco e angústia no concretizar ou não a tarefa que lhe foi confiada. A vida, enigma, contradição, “síntese de temporal e eterno, finito e infinito, necessidade e liberdade”, não pode ser absorvida em (nenhum) sistema (Almeida & Vallis, 2007, p. 8-9).

No livro *O Conceito de Angústia*, publicado em 1844, Kierkegaard critica a Psicologia de sua época, que tentava adequar-se a esse espírito moderno: diz que esta está equivocada quanto ao seu objeto de estudo, que não deveria ser o comportamento, mas sim a angústia. O autor então propõe que o objeto da Psicologia seja a angústia, porque a angústia abre a possibilidade para que uma transformação aconteça. A angústia como o lugar da indeterminação transforma-se consequentemente em lócus de possibilidades. Kierkegaard postula que a existência humana nasce do caráter da indeterminação. Essa indeterminação é o fato de que, ao nascermos, não recebemos a nossa existência como uma obra já pronta e acabada, pelo contrário: na medida em que vivemos, vamos construindo a nossa própria existência, a nossa própria condição de ser. Não existe nada, *a priori*, que nos determine.

Estamos, então, lançados frente ao nada, frente à nossa própria condição de vir a ser no mundo, um mundo repleto de possibilidades. Porém, as possibilidades são em si desconhecidas e, nesse sentido, é nada: “o que há então? Nada. Mas que efeito produz esse nada? Este nada produz a angústia” (1972, p. 57); vemo-nos continuamente diante “dessa própria realidade que é um nada” (1972, p. 58). Essa angústia provém, então, da nossa liberdade. É essa liberdade que permite que experimentemos a angústia diante das possibilidades - tanto do real estabelecido quanto do futuro. Ou seja, é por sermos originariamente livres e termos a existência como obra inacabada que a angústia se faz presente: “quando nos fitamos vemo-nos em devir e, por isso, jamais ninguém pode ser um todo acabado” (p.145). Não há limites para a liberdade, exceto a liberdade em si. Não há, no entanto, possibilidade alguma de abandonar a própria liberdade e conferir a si mesmo como um objeto determinado e acabado: “a liberdade que sou é único fundamento a quem posso me apegar” (Perdigão, 1995, p113).

A angústia a qual Kierkegaard nos revela não é um sentimento que temos perante um perigo exterior dado no mundo e que constitua uma ameaça imaginária: a angústia é constitutiva da existência humana. Longe de ser um sentimento ou uma

emoção, a angústia advém sempre que estamos diante de um perigo real e ameaçador: a nossa liberdade! O homem experimenta a angústia diante de sua liberdade e, em liberdade, emerge em suas possibilidades, construindo e determinando o seu próprio modo de existir: “a angústia é então a liberdade da realidade como um puro possível” (1972, p. 58).

Ao contrário do que propunha Descartes, Kierkegaard diz que por mais que o homem tente ser senhor da natureza, frente à angústia ele é forçado a lembrar de sua condição falível e submissa a um destino inexorável e obrigado a posicionar-se de uma maneira ou de outra diante da sua condição de liberdade e da sua tarefa de ser. Kierkegaard não elimina a razão: ao contrário, a insere como faculdade imprescindível para se pensar o sentido do existir. Porém, afirma que a razão não é soberana: dessa forma, Kierkegaard opõe-se à objetivação do homem.

A situação da Pós-Modernidade parece confirmar as ideias de Kierkegaard, uma vez que nenhum dos milagres tecnológicos surgidos a partir das ideias iluministas e das alusões mecanicistas liberta o homem de ter que se defrontar com a impossibilidade de resolver os paradoxos e tensões próprias de sua existência. A angústia, que é a indeterminação, o escolta como uma sombra fiel, que por vezes tem sua presença ocultada através de sua voz silenciada e seus sintomas medicados. Porém, mesmo com todos os subterfúgios na tentativa de desviar-se dela, a angústia se encontra presente, ainda que esta venha impregnada de conotações negativas e concebida como um sentimento que se deve evitar a todo custo. Isso acontece porque, diante da angústia, não há nada.

A partir disso, a Ciência Médica tenta buscar no corpo - e territorializar nele como forma de sintoma e doença -, algo de material que possa dar à angústia uma resposta natural. Semelhantemente à Psicologia, também travestida de armadura da cientificidade, busca na consciência e no psiquismo substancializado uma resposta coerente para o adoecimento psíquico e para as dores existenciais. Ambas, Ciência Médica e Psicológica, atuam na tentativa de criar sistemas que busquem abarcar e sintetizar a existência humana. Kierkegaard (1961) afirma ser descrente na existência de um sistema que abarque toda a existência humana, uma vez que o homem não pode ser explicado a partir de nenhuma essência universal. O ser do homem consiste em sua própria existência singular: sua subjetividade é pura liberdade e não se fecha.

Porém, mesmo com tentativas de criar sistemas que busquem explicar a existência humana, o homem é surpreendido com o enigma da sua própria existência e é

obrigado a estabelecer com o seu corpo uma relação de provisoriedade. Pensar no corpo, tão frágil, que nada se parece com uma máquina, suscita a angústia, porque nos põe e frente à responsabilidade pelas nossas próprias escolhas diante das possibilidades que nos são apresentadas. Caminhamos inevitavelmente em direção à morte, e a angústia insistentemente não nos deixa esquecermos isso. É diante da angústia que as descrições físico-químicas, a racionalidade e todo o aparato técnico científico falham.

Os dicionários médicos, por mais que se debrucem no esforço de conceituar a angústia, não o conseguem, pois essa carrega consigo simbolismos que vão muito além do que explicam os dicionários médicos ou manuais de psicopatologia. A angústia carrega consigo algo da ordem do mistério, próprio da vida. Vê-se com isso que a angústia, mesmo de forma velada, ainda ocupa algum lugar no imaginário social de nossa época. A angústia geralmente designa uma experiência ruim, instável e temível justamente porque escapa a qualquer esforço de integrá-la a uma categoria nosográfica. Contudo, é possível observar que o frágil pacto feito entre a razão e as Ciências Médica e Psicológica não nos isenta da responsabilidade diante de nossas próprias vidas. Diante da liberdade experimentamos a angústia e o peso da difícil tarefa de ser humano e de conviver com as contradições e paradoxos da vida, pois nos mundos encantados da Ciência, do império da razão e da objetivação da vida a angústia sempre aparece antes *do foram felizes para sempre*.

Entretanto, ainda que a Ciência falhe em seus intuitos mais íntimos de eliminação da angústia e, junto com ela, o extermínio de todas as mazelas humanas, isso não a impede de seguir firme em seu intuito de controlar o que não é passível de controle. A angústia deixa de ser uma questão humana e passa a ser também uma questão técnica. Ao localizá-la no corpo como desvio e patologia da natureza, a angústia é analisada e tipificada em nosografias - ainda que de forma difusa - que são implantadas e desenvolvidas para o conhecimento das diferentes formas de adoecimento psíquico, passível dessa forma de ser medicalizada.

Diante do desafio de estar diante da angústia e não negá-la, outra possibilidade se faz presente: o de transformar práticas especializadas e limitadas em uma perspectiva que busque ir à existência mesma, que compreenda a angústia em seu caráter ambíguo e mobilizador. Portanto, faz-se necessário rever o lugar ocupado pelas práticas psicoterápicas, a fim de que este lugar, frente à angústia do outro, não se torne um espaço de negação da existência concreta e singular. Porém, isso exige de nós, psicólogos, sair de um lugar também já pré-estabelecido, pré-determinado, para assim

estarmos entregues e lançados frente ao desconhecido, à imprevisibilidade daquilo que não é passível de total controle, da estranheza própria da vida e do mistério que constitui toda a existência humana. É somente desta forma que poderemos desvendar novas possibilidades de ver o mundo.

Adiantamos, no entanto, que esta não é uma tarefa das mais fáceis, principalmente se não houver em nossa práxis a abertura para uma reflexão comprometida que permita que os atendimentos clínicos ou institucionais possam ir além de modelos cronificados de atendimento. Na prática, como seria possível desenvolver um trabalho que permita a afirmação da vida, a fim de que, frente à angústia, à prescrição desmedida de medicamentos, à lei imperativa dos diagnósticos médicos e psicológicos, possam essas deixar de ser as únicas formas possíveis de resolução dos problemas existenciais e possam desvelar novos sentidos?

É possível perceber que os sofrimentos trazidos às salas dos psicólogos deixam de pertencer à experiência de um domínio exclusivamente individual ou interior e são atravessados pelo inevitável entrelaçamento entre a existência concreta e singular e os contextos histórico, econômico e sociocultural. Buscaremos responder a pergunta acima através do fragmento de um discurso clínico narrado abaixo. No entanto, não temos como finalidade ou objetivo trazer verdades absolutas acerca de como se deve transcorrer um atendimento clínico. Se assim o fosse, os elementos que foram defendidos no desenrolar deste trabalho perderiam a coerência e o sentido.

Buscaremos exemplificar, por meio de fragmentos de discursos clínicos, o modo como acontece uma análise clínica pautada na existência e nas tensões que lhe são próprias. Estes fragmentos podem esclarecer o modo como a angústia e a medicalização estão intrinsecamente ligadas às queixas que chegam com muita frequência ao psicólogo.

### **3.2 - As Linhas Tênuas da nossa Existência**

Para entendermos como o fenômeno da medicalização pode ser um dos muitos modos de abafamento da angústia em nossa época e mostrarmos que a angústia pode ser considerada como tal, acompanharemos a experiência de João<sup>4</sup>.

---

4 . A situação apresentada é fictícia, fruto de recortes apresentados em supervisões clínicas.

Estamos em uma quinta-feira de um mês de verão no Rio de Janeiro, época em que a Cidade Maravilhosa é visitada por constantes tempestades. São 15:35 da tarde. Ouço uma batida na porta, que não me surpreende, pois estou à espera do próximo analisando, cujo encontro é o primeiro. Levanto-me em direção à porta e a abro. À minha frente um jovem senhor, aparentando ter uns 45 anos: ele responde minha saudação em pé à porta. Eu o convido para entrar, mas não fecho a porta, assim como também não o convido para sentar. Ele entra, fecha porta e olha a disposição dos móveis na sala e se senta em um dos sofás. Enquanto procura uma posição confortável ele comenta que a sala é muito bonita e respondo que também gosto. Ele se apresenta e diz ser João. Porém, antes que me desse a chance de fazer o mesmo, diz ser descrente de que a Psicologia de fato pudesse ajudá-lo. Já havia passado por vários psicólogos, mas, segundo ele, não tinha *adiantado nada*. Ele pergunta prontamente quantos anos eu tenho e pareceu confirmar, com a minha resposta, a suspeita de que aquele seria mais um de tantos atendimentos mal sucedidos. Pergunta várias vezes se eu era mesmo formada e há quanto tempo, indagou sobre minhas experiências em atendimentos psicológicos e se eu conhecia o médico que o encaminhou. Em suas perguntas, João buscava a certeza de que estava no lugar certo e com a pessoa certa: um especialista!

Ao mesmo tempo em que ele buscava respostas para suas perguntas, demonstrava certo descrédito pelo próprio dispositivo, alegando não saber se *conversar adiantava*. Acolho João em suas dúvidas. Esgotando suas perguntas, digo a João que deve ser difícil para ele começar tudo novamente com um novo profissional, ainda mais uma psicóloga com a metade de sua idade, alguém tão nova: parece mesmo não poder ajudar. João me olha com os olhos marejados e responde que aprendeu com sua falecida mãe que as aparências podiam enganar, e que às vezes ele se esquecia disso. Faço sinal afirmativo com a cabeça e pergunto se isso lhe acontecia sempre, ser levado pelas *aparências*. João respira fundo, olha-me atentamente e responde dizendo que sim.

Aproveito o ensejo e questiono-o sobre o motivo pelo qual procurou um acompanhamento psicológico. Ele diz que foi indicado pelo médico, e que por ele mesmo talvez não tivesse voltado a um psicólogo. Penso em perguntar a João se o mesmo concordava com o encaminhamento, visto que ele parecia estar ali contrariado. Mas logo vejo que perguntar isso não seria necessário. Mesmo que João não concordasse com tal encaminhamento, sua ida até lá já dizia da sua escolha por estar ali, independente dos motivos que o levaram até nosso encontro. Mesmo sendo

encaminhado por terceiros, João poderia ter escolhido não ir, pois existir é um exercício contínuo do que possuímos de mais original: a liberdade. E liberdade implica em possibilidades, uma vez que a existência humana se caracteriza pela liberdade de poder escolher. O analisando tinha várias possibilidades e não estar ali era uma delas.

Diante disto, pergunto apenas pelo acontecimento, por aquilo que acontece em sua existência no momento, pelo movimento que o impeliu a estar ali, mesmo não tendo certeza de que procuraria aquele espaço novamente. Nesse momento João começa a relatar um episódio peculiar que acontecera em sua casa meses antes:

*Lembro-me de estar muito cansado depois de um dia intenso de trabalho. Senti muito sono e dormi. Depois que eu acordei a minha vida mudou. Naquela noite choveu muito, minha rua alagou e entrou água na minha casa. Moro na beira de um rio e a água destruiu todos os meus móveis. Pessoas gritando e chorando desesperadas, tentando em meio a tanta água recuperar seus bens. E eu? Inacreditavelmente, dormindo! Não consegui acordar! Estava num sono tão profundo que não ouvi toda a gritaria na porta da minha casa: eram os vizinhos, que tentavam me acordar, mas eu dormia tranquilo em minha cama [...] Acordei horas depois dentro da água, com a água já cobrindo todo o meu corpo e minha cama flutuando. Levei um susto muito grande e de lá pra cá não sou mais o mesmo. Tenho medo da morte, não consigo me perdoar, não consigo mais dormir.*

Toda fragilidade própria da vida se apresentou naquele momento a João: a possibilidade de *ter* morrido, a culpa de não ter acordado. Sua impotência diante da chuva fez com que ele, ao contrário do que tivesse pensado, tivesse de fato acordado e experimentado, naquele momento, o caráter indeterminado e vulnerável de sua existência. E quando isso acontece, traz à tona toda a nossa fragilidade frente à vida, e assim nós constatamos as nossas incertezas e o fato de não termos domínio absoluto sobre nossa própria existência e sobre nossas próprias reações. Nós experimentamos o nada que somos e saboreamos o pronunciamento da angústia.

Continua João: *De lá pra cá não consigo mais dormir, tenho insônia e sinto-me inseguro. Meu pensamento parece estar sempre acelerado. Andar na rua é sempre complicado: quando penso que tenho que sair e que pode chover novamente fico apavorado! Estou sempre em alerta. Só estou conseguindo trabalhar com o auxílio da*

*medicação. Sou obrigado a me drogar todos os dias e não entendo o que acontece comigo.*

A subjetividade a qual Kierkegaard nos revela está em constante tensão com a objetividade, com a razão e isso nos mostra o quanto a existência não depende unicamente e exclusivamente do que o indivíduo compreende, do que acredita e do que teoriza, mas sim do que ele mesmo, no exercício da sua liberdade, escolhe.

Diante da fala de João, meu único movimento é resguardar aquele espaço, um espaço para que essas escolhas possam acontecer, assumindo uma posição de humildade da forma como o próprio Kierkegaard instruiu. Não indago se ele é mesmo obrigado a se drogar, não demonizo a medicação, assim como também não me deixo levar pelo senso comum, afirmando que diante de todos os sintomas apresentados a medicação se fazia imperativa. Não devemos nos colocar como aquele que possui o conhecimento sobre o outro, sobre o que o outro sente, mas devemos sustentar a possibilidade do outro de manifestar-se e concretizar-se, já que a escolha não é nossa. Dessa posição podemos introduzir um elemento de reflexão, algo que o inquiete, que a tal ponto o desestabilize, que o leve a refletir sobre sua existência, para talvez assumi-la de maneira mais própria. Ficamos no aguardo desse instante (Protasio, 2008).

Kierkegaard (1986) assinala que para se conhecer, o homem deve se voltar para si próprio e observar-se em sua vida cotidiana, ou seja, será na existência mesma, na experiência vivenciada por cada indivíduo que encontraremos elementos para se pensar sobre a singularidade de cada existente. Indago a João sobre sua vida, sua rotina e em que outros momentos se sentiu daquela forma, tão frágil. João falou sobre a morte de sua mãe: diz ter sido aquele acontecimento o mais difícil de toda a sua vida, que perder é muito ruim e acrescenta: *Sinto como se eu não estivesse no controle da minha própria vida, como se eu não tivesse capacidade de cuidar de mim e isso é horrível.*

Nosso intuito não é trazer à luz o passado do analisando, buscando algum acontecimento que tenha determinado os comportamentos que o mesmo apresenta no momento. Olhando a situação descrita, poderíamos supor que a causa dos sintomas apresentados por ele já está posta, mas, se assim procedêssemos, estaríamos caindo no determinismo e reduzindo a experiência de João, experiência essa que vai muito além de um sintoma originado por uma questão circunstancial e episódica. Ouvir do passado e do cotidiano do analisando é ouvir do modo como ele posiciona-se frente ao mundo.

Nas semanas seguintes João falou das perdas, do modo como se sentia seguro quando criança, dos sonhos ainda vivos e dos projetos abortados. Queixa-se do trabalho atual e das suas dificuldades em lidar com sintomas físicos. Ao chegar aos nossos encontros, João abria as cortinas. Gostava de sentar-se na mesma posição: de frente para a janela. De lá, tentava controlar o tempo e qualquer sinal de nuvem no céu o entristecia. Dizia não sair de casa sem antes certificar-se da previsão do tempo. Quando chovia se irritava profundamente. Chateado, fechava as cortinas e balbuciava: *odeio São Pedro*. Depois disso, um silêncio absoluto pairava na sala. Eu respeitava o silêncio de João. Certa vez, contrariado pela chuva, ele arrancou as cortinas do lugar, tamanha a força que empreendeu em seu movimento. Nesse momento, olho para João e comento que eu o entendia, uma vez que ser novamente enganado pela aparência de um céu sem nuvens parecia ser insuportável. Ouvindo isso, ele chorou copiosamente. João descobre-se como aquele que não pode decidir no absoluto sobre todas as coisas. Tudo isso deixava João cansado, por vezes desanimado ou com *preguiça de viver*, segundo suas próprias palavras.

Em relação aos sintomas de alterações físico-psíquicas que o analisando apresentava, em nenhum momento foi nosso intuito fazer uma investigação sobre os mesmos, porque o sintoma mostra-se pelo que se mostra. Não há como pensar a queixa sem pensar o modo como o homem se relaciona com o mundo e no mundo, e quanto a isso, não existe nada que fale de uma interioridade substancializada no corpo, mas sim do modo com esse se posiciona frente ao seu horizonte, frente à angústia e, conseqüentemente, frente às possibilidades que para ele se abrem. Homem e mundo estão intimamente ligados por ser um só, coexistindo. Falar dos sintomas é falar da existência mesma: não tem como separar um do outro. Contudo, isso não significa que retiramos de cena os fatores biológicos, uma vez que sabemos que a forma como uma pessoa movimenta-se em sua existência se dá sempre através do corpo: ele é a materialidade da existência. Corpo mortal e que traz consigo muitas limitações e que em nada se parece com uma máquina, como o anunciado pelas ideias mecanicistas. Mas não tomamos o corpo concebido apenas como matéria, ou apenas como mera aparência.

O corpo não é uma coisa em oposição à subjetividade ou à racionalidade. O corpo não está fora e o sintoma dentro, isto é, não há uma dicotomia entre nós e nosso corpo. Compreendemos que a angústia também pode se materializar nas queixas e nos sintomas, levando o corpo a se pronunciar. Nesse caso específico, ficou para nós



evidente, nas queixas e nos sintomas trazidos por João, que existia ali muito mais que alterações de ordem físicas: a angústia fazia-se presente na forma de temor.

Dias depois João me contou, empolgado, seu diagnóstico médico. Colocou em minhas mãos um papel timbrado com letra ilegível contendo as seguintes siglas: CID 10 - F41.0<sup>5</sup> e CID 10 - F41.2<sup>6</sup>. O primeiro transtorno João estaria desenvolvendo e ainda era inconclusivo, mas o médico já havia receitado algumas medicações; o segundo já havia se instalado e o analisando já estava fazendo uso de psicotrópicos. João parecia feliz: dizia que era só fazer o tratamento *direitinho* que logo ficaria curado. Depois de relatar o diagnóstico, João perguntou minha opinião, sedento para que eu lhe confirmasse se tal diagnóstico era verdadeiro ou não. João encontra-se numa posição psicológica de não liberdade, tomando-se como um ser não livre frente às possibilidades que a ele se apresentam diante do possível diagnóstico médico: pânico ou ansiedade e depressão. Na não liberdade, a comunicação do homem com o mundo dá-se pelas queixas psicossomáticas, expressando-se através da culpa e do isolamento (Feijoo, 2011). A todo instante devemos estar alertas para não reafirmarmos tais discursos: é necessário tentar eliminar da prática terapêutica os processos taxonômicos que cristalizam nos indivíduos os diagnósticos médicos. Devemos tomar cuidado para não alienar ou encerrar o homem em categorias nosográficas, indo à direção de um discurso racionalista.

Foi necessário, nesse momento, através do método fenomenológico, suspender tudo aquilo que entendíamos como *ser ansioso ou depressivo*, de forma a uma vez trazendo o caráter particular do que estava em jogo na existência de João, pudesse se desvelar o sentido que ele dá a essas duas possibilidades.

O método fenomenológico é uma tentativa de trazer a filosofia das especulações metafísicas abstratas para o contato com os problemas reais, com a experiência vivida e concreta da existência humana. O fenômeno é, então, aquilo que se mostra, e não somente aquilo que aparece ou parece (Bello, 2006). Assim, o objeto intrínseco à fenomenologia é o fenômeno passível de reflexão, na medida em que ele se mostra à consciência (Vacarro, 2014). A consciência vista por esse ângulo não é passiva e nem vazia, mas intencional, ou seja, movimenta-se sempre em direção ao objeto. Isso significa que a consciência se dá em ato e nunca interiorizada: é uma síntese do fluxo

---

5 Transtorno de pânico (ansiedade episódica).

6 Transtorno misto ansioso e depressivo.

vivencial e da experiência. A consciência está sempre direcionada para o mundo e o mundo para ela. Em síntese, a fenomenologia descritiva

Visa descrever com rigor, e não deduzir ou induzir; mostrar e não demonstrar, explicar as estruturas em que a experiência se verifica e não expor a lógica da estrutura; por fim, deixar transparecer na descrição da experiência suas estruturas e não deduzir o aparente por aquilo que não se mostra (Feijoo, 2000, p.33).

Como método, a fenomenologia busca “o sentido do ser na forma em que este se dá” (Feijoo, 2000, p.37). Com o método fenomenológico é possível sair do padrão científico, ou seja, lógico matemático. Para compreender a coisa pela apreensão das características que a tornam única, singular, é preciso abandonar todo e qualquer pré-conceito que possa influenciar a identificação da essência do fenômeno.

Sendo assim, devolvo a João a suspeita do médico e ele me responde prontamente: *fico feliz por alguém de verdade saber o que acontece comigo e que saiba responder por que me sinto tão estranho. É muito ruim não saber dar nome ao que sentimos. Agora sei o que tenho: sou um ansioso e tenho depressão.* Tais diagnósticos trouxeram a João uma tranquilidade momentânea, visto que silenciaram sua inquietação.

Pergunto a João como é ser ansioso e depressivo. João conta de suas idas e vindas ao médico e às prateleiras da farmácia. Parece que sua vida se resumiu ao tal diagnóstico. Era possível reconhecer em relevo o protótipo do discurso médico na produção de verdade acerca do sofrimento psíquico e da natureza biológica dos sintomas em cada frase de João. Sabemos que escapar dessas lógicas identitárias é uma tarefa difícil, pois elas são sedimentadas pelas próprias relações que a fundamentam e estabelecem. Contudo, não estamos afirmando que os avanços da tecnologia médica - tais como a criação de novos fármacos que auxiliam no tratamento e atenuação da dor física -, ou categorizações médicas e psicológicas não possuam a sua validade. As categorias nosográficas servem, por exemplo, como meio de comunicação entre os profissionais da área da saúde. Não obstante, o que está em jogo é a relação reducionista que muitas vezes as ciência médica e psicológica estabelecem com elas.

A Psiquiatria Biológica, que visa “decifrar integralmente o funcionamento do cérebro e assim explicar a subjetividade humana” (Aguiar, 2003, p. 2), tem como objetivo identificar e medicar o que causa esse estranhamento à vida, mesmo tendo

pouca sustentação teórica sobre, por exemplo, o adoecimento psíquico. Isso, entretanto, não parece oferecer nenhum obstáculo, transformando-se em um discurso de verdades absolutas.

Nos meses seguintes, João aparece preocupado ao nosso encontro e diz: *estou em tratamento com o psiquiatra, mas acho que não está adiantando muito. Estou do mesmo jeito: quando penso que estou melhor, a lembrança desse episódio vem no meu pensamento e me atormenta [...] mas acredito que a medicina vai me ajudar e responder o que esta acontecendo comigo. Não suporto mais me sentir como me sinto! Meu médico disse que tenho que tomar essa medicação enquanto ele trabalha em um diagnóstico definitivo para o que estou sentindo.* Diante da tentativa de silenciar a angústia, a fragilidade da Ciência Médica fica mais evidente. Por trás das cortinas da objetividade, do império da razão e das certezas tecnológicas, o que se mostra são doentes atemorizados e médicos muitas vezes inseguros em seus diagnósticos.

Neste contexto, observa-se o perigo das intervenções da Medicina ou da Psicologia que sejam pautadas exclusivamente nos aspectos biológicos do sofrimento psíquico. Seus efeitos são a objetivação do homem, ignorando a interface do modo de ser do homem com as condições sociais, relacionais e existenciais, além de se tornarem respostas para as origens do sofrimento psíquico. Persiste, majoritariamente, a concepção biologicista, que se renova com o advento do fenômeno da medicalização.

Em seu relato, João continua: *depois da enchente na minha casa eu comecei a ficar assim. Não entendo o que acontece comigo: sinto-me estranho, não me reconheço mais. É como se eu fosse uma farsa, um estranho. O médico me disse que estou com ansiedade.*

É possível observar que o termo angústia pode assumir a feição de queixas psicopatológicas, agrupadas comumente como transtorno de ansiedade. Isso porque o termo alemão angústia – *Angst* - é traduzido para ansiedade – *Anxiety* - por muitos psicopatologistas nortes americanos (Rodrigues, 2006). O Dicionário da Língua Portuguesa define angústia como “grande ansiedade” (Ferreira, 2001, p. 44) e ansiedade como “estado emocional angustiante” (p. 46). Semelhante expressão assume interpretações diversas conforme os referenciais utilizados. Na Psicanálise, por exemplo, esse termo possui dois significados: *angústia perante um perigo real* – *Realangst* -, termo utilizado por Freud no quadro da segunda teoria da angústia, que

seria a “angústia perante um perigo exterior que constitui para o Sujeito um perigo real”; ou *angústia automática - Automatische Angst* -, que seria “a reação do Sujeito sempre que se encontra numa situação traumática, isto é, submetido a um afluxo de excitações, de origem externa ou interna” (Laplanche & Pontalis, 2001, p.26).

Dentre as psicopatologias clínicas, a ansiedade é uma das mais difíceis de diagnosticar, porque seus sintomas não são claros e nem precisos e seu diagnóstico só pode ser delineado com certa clareza a partir da observação minuciosa de vários dados.

Ainda são encontradas inúmeras discordâncias na conceituação usada por vários autores na literatura médica, sendo a ansiedade considerada um estado psíquico complexo, e, conseqüentemente, de difícil definição direta. Os principais sintomas no conjunto das alterações físico-psíquicas que podem estar presentes na ansiedade são “tensão, nervosismo, apreensão, mal-estar indefinido, insegurança, aceleração do pensamento, dificuldade de concentração, sensação de estranheza” (Cortez e Silva, 2008, p. 248). Diante desses sintomas, fica o questionamento sobre o que esta sendo medicado: ansiedade ou angústia? Na angústia

Diz-se ‘estar estranho’, não se ‘ter nada’, se estar em ‘lugar nenhum’. Estranheza quer dizer ‘não reconhecimento’, ‘ausência de familiaridade’. Reconhecendo-se ao ser como morada, pode-se dizer que, na angústia, se estranha a si mesmo; portanto, é como se o ser não estivesse em si próprio. (Feijoo, 2000, p.72).

Nos estados ansiosos, “relata-se medo e apreensão, medo sem objeto definido” (Cortez e Silva, 2008, p. 248). A angústia não possui um objeto definido claro, como no medo, por exemplo. Quanto a isto, Kierkegaard (1972) diz

Não quero deixar de vincar a completa diferença entre este e outros conceitos semelhantes, como o do medo, que sempre reenviam para algo de preciso, ao passo que a angústia é a realidade da liberdade como puro possível (Kierkegaard, 1972, p. 58).

João repetia constantemente que sua vida fora arrastada junto com a água que entrou em sua casa e sentia como se a vida o tivesse arrastado à beira de um despenhadeiro. Kierkegaard (1972) faz essa analogia ao dizer que podemos comparar a angústia à sensação que experimentamos ante ao abismo, que ao mesmo tempo nos atrai

e nos repele. Estar diante do abismo sempre nos faz tomar consciência da própria situação: o de estar diante do abismo. Abismo como o que nos é desconhecido, o *vir a ser*: o devir é sempre na direção do desconhecido, sempre na direção do abismo. Por não podermos estar passivos diante deste é que nos angustiamos. Kierkegaard afirma:

Pode comparar-se a angústia à vertigem. Quando nosso olhar mergulha num abismo, há uma vertigem, que tanto nos vem do olhar como do abismo, pois que nos seria impossível deixar de o encarar. Tal é a angústia vertigem da liberdade, que nasce quando, ao querer o espírito instituir a síntese, a liberdade mergulha o olhar no abismo das suas possibilidades e se agarra a finitude para não cair (Kierkegaard, 1972, p. 86).

Vemos com isso que a angústia possui então um caráter ambíguo e mobilizador, pois é impossível nos mantermos indiferentes ante ao abismo. O nosso caráter de indeterminação nos movimenta sempre na direção do desconhecido, do nada.

Não estamos aqui sugerindo que a ansiedade seja absolutamente o mesmo que angústia e que fatores cientificamente comprovados, como a descoberta de uma substância ansiogênica (SAN)<sup>7</sup>, que embora ainda difusos, sejam desconsiderados. Mas é necessário estarmos atentos: esse é um fato que tem de estar latente no trabalho do psicólogo que se propõe a utilizar em sua prática analítica as bases da filosofia existencial kierkegaardiana.

Algumas sessões mais tarde, João chega ao nosso encontro com o seguinte relato: *Quando tomo a medicação sinto-me muito bem, mas no fundo no fundo sempre acho que tá faltando algo. Tenho medo de ficar viciado e também tenho medo dos efeitos colaterais, pois meus cabelos caem. Porém, sempre que penso na vida, nos problemas que tenho que enfrentar e vejo que não consigo dormir, recorro à medicação. É uma boa saída, ela sempre me salva [...] Eu sou o paciente e ele o médico, ele sabe o que está fazendo.* Diante do abismo, do desconhecido e da vida, que não é passível de total síntese, procuramos a salvação agarrando-nos em algo concreto, sedimentado, cristalizado. A liberdade que somos tenta rapidamente segurar o finito para não *cair*, como diz Kierkegaard (1972). A salvação prometida pelo modelo biomédico à humanidade não nos isenta da responsabilidade diante de nossas próprias vidas: ela não liberta o homem de apresentar-se diante de seus problemas.

---

<sup>7</sup> Substância produzida pelo sistema límbico responsável pelo quadro típico da ansiedade.

Nesse momento, em nossa prática, é preciso tomar cuidado para não reduzir nem negar a experiência de sofrimento de João, pois reduzir é perder a totalidade do fenômeno da vida. Patologizar a angústia é fechar-se para nossas possibilidades de atuação: é uma tentativa frustrada, porém persistente de não ser frente às possibilidades e paradoxos da existência. A angústia é inerente à vida: não como uma essência guardada na interioridade de cada um, mas faz parte do processo de existir, de ser diante daquilo que sempre se abre como possibilidade em nossa existência concreta.

A angústia é, então, “a via de acesso à consciência de si, de sua situação” (Protasio, 2008, p. 8). Ou seja, conscientizar-se de sua própria situação permite que o ser humano possa ter uma maior apropriação de si nesse processo de ser e se implique na fluidez do seu próprio existir. Para Kierkegaard (1972), o lugar da Psicologia é o lugar da angústia, porque ela é o lugar de indeterminações e, conseqüentemente, lugar de possibilidades. É na angústia que se anuncia o estado no qual se encontra a existência de uma pessoa. A angústia é sempre esse espaço de indeterminação: “com efeito, é na angústia que se anuncia o estado do qual se quer sair e é na angústia que se proclama não bastar apenas o desejo para que daí se saia” (Kierkegaard, 1972, p. 81).

João repetia constantemente: *não entendo o que acontece comigo. Isso é irracional. Não devo ter sorte na vida.* João, como diz Feijoo, “justifica-se no somático, no divino, no mundo, no acaso” (2000, p. 115). Tudo o que aproxima o homem de sua condição de fragilidade põe-se como oponente mortal da razão, como ação de negação e tamponamento da angústia. Na medida em que a angústia põe a fragilidade do homem frente a uma existência que não é obediente a todos seus desejos e expectativas, procuramos rapidamente saídas.

Segundo Kierkegaard (1972), o eu se constitui através do movimento do existir. De acordo com Feijoo, “a falta desse movimento denota a perda do eu, ‘o homem em estado de queda’” (2000, p.113). O eu fica perdido ou paralisado quando tenta solucionar os paradoxos de sua existência. Para Kierkegaard, o movimento de ir e vir caracteriza a existência do eu e ocorre em uma dialética do finito/infinito, do eterno/temporal, do necessário/possível, da razão/paixão, do singular/universal, do acaso/autodeterminado. Nenhum homem possui uma essência fechada. O eu é sempre movimento e quando se fecha não existe: ele se perde.

Na dialética do finito e infinito, o eu para quando se perde em um desses movimentos do existir. No finito suas ações serão sempre repetitivas, realizando o que não pertence a ele próprio. Quando parado no infinito, o eu é pura imaginação: sua atuação no mundo ocorre nesse espaço do imaginário, sem nunca realizar.

Nossa análise prossegue de forma a trazer a descrição do que vem ocorrendo com João, procurando em seu acontecimento, isto é, buscando em sua experiência aquilo que ele reconheça como sendo as razões de seus sintomas e queixas. Desta forma, podemos pensar uma clínica psicológica que procura resguardar a manutenção de um espaço onde algo possa se dar. Lugar este que, ao invés de submergir o conflito ou a ambivalência, mantém o paradoxo inerente à existência. O objetivo é sustentar a possibilidade de João se ouvir e se apropriar de sua condição de vulnerabilidade. Nesse processo o analista se dispõe a estar com o analisando, acompanhando-o no caminho que ele escolher. O analista acompanha, porém a construção é própria do analisando, já que não cabe predeterminar a respeito do que o homem deve ser ou deve escolher.

O analista, como bem diz Canello (1991), segue o fio das palavras do discurso do outro. Mas para que isso aconteça é preciso atenção, ou melhor, mais do que isso: diria sensibilidade. Sensibilidade às alterações de voz, às pausas, um silêncio antes e depois da fala, um olhar mais insistente quando usa determinada palavra, os movimentos que o corpo faz, as muitas repetições de certas frases, de histórias. Se olharmos para além do perceptível concretamente, conseguimos ouvir o que não está dito claramente, e isso nada tem a ver com interpretações. Pois o nada ao qual a nossa existência está lançada se manifesta de forma vaga e difusa, mas o ser sempre se mostra. Olhar para o outro é percebê-lo, é estar em relação com ele, é ir além do verbal. Se assim fazemos, rompemos com o perfil habitual da linguagem e esse espaço deixa de ser um confessionário pastoral, pois a fala e a escuta só têm sentido se utilizadas enquanto instrumentos válidos para conferir liberdade de escolha ao analisando. Essa escolha crítica se questiona sobre a própria escolha e devolve ao analisando a responsabilidade por sua existência.

Meses mais tarde, João chega à conclusão de que na próxima consulta que teria com o psiquiatra iria pedir para que fosse revista ou mesmo suspensa a medicação. Dizia ele: *não preciso mais!* Essa foi uma decisão de João, pela qual ele se responsabilizou naquele momento. Repetia João: *já estou curado!*

O analisando busca a análise tendo em vista um conceito pré-formulado do que seja cura. Este modelo pode ser um estado a que se deseja chegar, um comportamento a adquirir ou repudiar, entre outros (Canello, 1991). Desse modo, o psicólogo, na perspectiva fenomenológico-existencial, não se afixa aos resultados do processo analítico, embora pense em consequências e em suas implicações, visto que se trata de um discurso, de um saber, ainda que não se pretenda hegemônico ou verdadeiro. No entanto, se tomarmos a nossa prática como uma prática de resistência, o resultado de nosso trabalho será expresso pelas possibilidades de o analisando conseguir lidar com o mundo em liberdade, responsabilizando-se por suas próprias escolhas. Ficamos no aguardo desse instante, porém cientes de que pode esse salto acontecer ou não.

Quando há abandono das ideais fixas, as ideias fixas são postas sem sofrimento, o sofrimento não é visto mais pelo analisando como impedimento para alcançar o que se deseja - socialmente aceitável ou não -, quando o analisando reconhece o seu modo singular de se posicionar frente à vida, não possui modelos e esvazia-se de padrões impessoais, “esse rompimento possibilita-o ir ao encontro da cura” (Canello, 1991, p. 50), ainda que essa *cura* não possua definições *a priori*. Esse percurso *curativo* é construído pelo analisando, e apenas por ele. Apenas o analisando sabe o momento de parar, de dizer-se curado, uma vez que não cabe ao psicólogo de uma perspectiva fenomenológica-existencial ditar padrões de comportamentos sociais. Não nos cabe o papel de vigilância ou punição, visto que não há como desvelarmos para o outro a possibilidade do outro e que, portanto, só ele pode desvelar.

A angústia, ao abarcar a existência de João, não o paralisou. Ao invés disso, o mobilizou em direção à sua própria vida. Ao ser tomado pela angústia, desvelaram-se para João outras possibilidades e ele então enfrenta sem desvio a sua tarefa de ser. A angústia que mobilizava João em nenhum momento foi negada, mas sustentada, independentemente de João continuar fazendo uso de medicamento, diminuir sua dosagem ou não. Em nenhum momento pensar na medicação foi o nosso objetivo. Nossos encontros se passaram de modo a nada se dizer a respeito de que ele não poderia fazer uso da medicação: esse uso era sustentado também como possibilidade. Em nada mudaria a nossa relação com João se esse escolhesse a medicação como bote salva-vidas. O que estava em jogo nesse processo era a experiência narrada por ele, e foi através dessa narrativa que ele pode compreender o sentido que ele mesmo atribuía a sua própria experiência.



João fala com espontaneidade algo que me chama a atenção: *Gostaria de deitar em seu colo e dormir, como fazia pequenino nos braços de minha mãe. Eu me sentia protegido. Tinha um braço para me agarrar. Mas agora, olhando para minha vida, eu não tenho nada [...] a única coisa que tenho é a vida. Ela é minha e tenho que cuidar dela.* João percebeu que, diante da existência, só nos resta a difícil tarefa de sermos de modo incompleto e sempre em constante fluir. Essa inquietação será sempre própria a nossa condição de abertura. Pensar nessa angústia que paralisa e que ao mesmo tempo também mobiliza é, como nos ensina Protasio, “enfrentar sem desvio, e de maneira honesta a própria vida [...] abstendo-se de esconder-se nas possibilidades de êxito, convivendo com a angústia, de forma a não ser abatido por ela” (2008, p. 8). A angústia assumida com a responsabilidade de uma vida concreta a transforma em uma experiência pessoal. Dessa forma, a questão não se torna mais algo que deve ser suplantado, abafado, amenizado, seja pela medicalização ou pelas técnicas de apaziguamento.

É na possibilidade de se haver com aquilo que emerge na angústia que, semanas depois, João chega sereno ao nosso encontro. Entra no consultório sem observar a janela, parecendo não se importar se as cortinas estão ou não abertas. Era um dia frio e chuvoso; no entanto, João sai de casa sem maiores preocupações. Junto a ele encontravam-se duas pequenas malas. Ele diz que trouxe chá quente e biscoitos caseiros. Pergunto se gosto e respondo que sim. João prontamente retira das malas tudo o que trouxe, põe tudo em cima da mesa e dispõe com delicadeza um belíssimo jogo de porcelana azul. Enquanto o faz, diz não saber se aquilo era o certo, mas que naquela altura isso já não importava e que sabia que não me importaria também. Naquele dia conversamos sobre livros e constatamos nossa paixão pela literatura de Fernando Pessoa, trocamos a receita do biscoito - que por sinal, estavam deliciosos. No final daquele encontro, João retira uma pequena caixa com fitas lilases da bolsa e me entrega. Pergunto o que estamos comemorando e João responde sorridente: *a nossa despedida. Vou cuidar de mim!* Aquele foi nosso último encontro.

## Considerações Finais

A angústia não é a transformação em si, mas abre o espaço para que a transformação possa acontecer: é através dela que o homem pode emergir em sua singularidade, se implicar no seu próprio modo de existir e assim não se perder no geral, no socialmente sedimentado e nas cristalizações dos modos de pensar que atravessam constantemente o nosso processo de *vir a ser*. Qual seria então o limite do trabalho analítico diante destes atravessamentos? A análise existencial, dentro dessa concepção,

Não pretende resolver paradoxos, pois acredita que a existência é, em sua essência, paradoxal. A felicidade como estado jamais será alcançada, pois viver implica inquietar-se, justamente porque o depois é da ordem do imprevisível e do desconhecido. É nisto que consiste a angústia e o desespero, condições das quais o homem jamais poderá escapar (Feijoo, 2007, p.12).

Partirmos do princípio de que homem é abertura para o mundo, livre para fazer suas escolhas diante das possibilidades, pois “ao homem, em sua liberdade, cabe à escolha; de que, frente ao ter de escolher-se, assume diversas posições” (Feijoo, 2000, p. 67). São essas posições diante do mundo que falam de quem se é: da nossa singularidade compreenderemos, então, que a subjetividade deve ser pensada como algo sempre em construção, como um processo contínuo, que se tece e se destece a cada momento. Abrimos espaço para o surgimento de distintos modos de conceber a vida, para além do cientificismo mecânico, biologicista, dualista e mercantil.

Assim sendo, o analisando pode ampliar suas perspectivas, podendo responsabilizar-se por suas escolhas e alterar os caminhos escolhidos e trilhados por seus pés a cada minuto, não tendo na medicalização a única resposta possível e radical às suas inquietudes. O que se pretende, desta forma, é uma clínica que leve em consideração a dimensão dinâmica e transversal da vida, como algo a ser construído e reconstruído a cada instante. O que se aspira é à desconstrução de planos de tratamento engessados que cronificam a vida, evitam os conflitos e silenciam a voz da angústia. É preciso fomentar um espaço de tensão imanente, de uma clínica não enclausurada, mas nômade - não fixa, que escapa. É possível sustentar uma prática que cria, que inventa e que possa dar consistência a modos de vida ímpares. Procurar os dispositivos psicoterapêuticos existentes pode desvelar-se como uma possibilidade entre tantas outras para o indivíduo, e não como uma necessidade ou uma regra.

Buscou-se, no decorrer dos nossos apontamentos, demonstrar que a invenção de sistemas lógicos mecanicistas que permitem explicar todos os fenômenos da natureza deixou de lado todos os outros que não abraçam o mesmo rigor de objetividade das ciências naturais, recusando desse modo, tudo que não é apreciado e não pode ser explicado pela razão. A perspectiva fenomenológica-existencial, por seu turno, se oferece constituindo-se como principal método pelo qual o homem pode relacionar-se no mundo e com o mundo.

Na tentativa de desviar-se da angústia, empregam-se várias estratégias, e a medicalização pode, nesse sentido, surgir como uma aliada materializada tanto nos fármacos quanto nos atendimentos e tratamentos cronificados. No entanto, desviar os olhos da angústia significa que ela nos afeta e que não conseguimos nos fazer indiferentes diante dela, apesar das múltiplas tentativas de silenciá-la. E, diante da tentativa de silenciar a angústia, fica mais evidente a fragilidade da Ciência. Isso acontece porque na prática cotidiana, longe do rigor da objetividade, a atuação dos profissionais "psi" se faz sempre dentro de margem de probabilidades. A incerteza dos resultados é a única coisa de fato garantida. Enquanto profissionais comprometidos na relação que estabelecemos com o outro, não podemos assumir o compromisso de atingir somente resultados positivos, porque esse compromisso seria assumido diante da existência e frente à existência, e esse acordo tenderá ao fracasso. Mesmo porque o sentido de positivo ou negativo não pode ser dado por nós.

Quando Kierkegaard nos impele a pensar a angústia, nos abre a possibilidade, mesmo com angústia, de fazermos uma reflexão crítica de como a existência nos é apresentada e percebida por nós, nos fazendo compreender que esta faz parte da constituição da existência humana. Entretanto, é patente o risco de nos embaralharmos nas linhas tênues e difusas que separam a razão da emoção, o normal do patológico, a existência concreta da singular. Sendo assim, é necessário estarmos atentos para não cairmos na armadilha das leis imperativas dos diagnósticos médicos e psicológicos e no seu afã de medicar, classificar, diferenciar e curar, a fim de não cairmos na lógica das práticas psicológicas mercantilistas.

Faz-se importante, nesse sentido, compreendermos que o *outro desviante* de que se ocupam os especialistas "psis" não ostenta uma naturalidade estática e mecânica. Ao contrário: ele é constantemente (re) modelado pelas práticas e saberes que sobre ele incidem e que em contrapartida, a todo o momento, ele mesmo os reafirma em suas escolhas diárias. O que a Psicologia precisa é aprender a relativizar seus modelos

explicativos, tendo em vista que todo modelo é uma construção provisória, uma vez que o próprio homem é um ser provisório, ou seja, finito.

A angústia é inerente à vida: ela é constitutiva da existência humana. Dela pode-se até tentar fugir, porém essa será uma fuga em vão, pois ela nos rodeia a todo instante, e como lobo atrás da ovelha, ela nos achará: “a angústia nunca deixa de comparecer mesmo nas situações mais insignificantes” (Kierkegaard, 1972, p. 217). Podemos até tentar correr e por alguns momentos achar que encontramos um reduto seguro no geral, ou seja, caímos momentaneamente nos *laços da ilusão* e pensamos que estamos livres de riscos em meio a outras ovelhas. São saídas que nos parecem tranquilizadoras e o são, em parte. Porém, quando menos esperamos, sem aviso prévio, sem causa, sem razão aparente, acompanhada pelo trágico da vida, a angústia nos encontra, e quando esse encontro acontece as explicações lógicas perdem todo o sentido, a existência se apresenta e

Perante esta única realidade, que é o mistério, perante esta única realidade terrível, a de haver uma realidade, perante este horrível ser que é haver ser, perante este abismo de existir um abismo, este abismo de a existência de tudo ser um abismo, e um abismo por simplesmente ser, por poder ser, por haver ser! Perante isto tudo, como tudo o que os homens fazem, tudo o que os homens dizem, tudo quanto constrói, desfazem ou se constrói ou desfaz através deles. Se empequena! Não, não se empequena, se transforma em outra coisa.[...] E deste medo, desta angústia, deste perigo do ultra-ser, não se pode fugir, não se pode fugir, não se pode fugir! Cárcere do Ser, não há libertação de ti? Cárcere de pensar, não há libertação de ti? Ah, não, nenhuma (Álvaro Campos, 1994, p. 1-2).

## Referências

- Almeida, J.M & Valls, & A L. M.(2007). *Kierkegaard*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Aguiar, A.A. (2003). Entre as Ciências da Vida e a Medicalização da Existência: Uma Cartografia da psiquiatria Contemporânea in: *Estudos gerais de Psicanálise: Segundo encontro Mundial*, Rio de Janeiro: SUB TEMA.
- Assis, P. (2010). *Problemas Conceituais da Terapia Cognitivo- Comportamental* [versão eletrônica] Psicologia e Tecnologia. São Paulo. Recuperado em 18, agosto, 2015, <http://www.psiotecnc.br/pisetecnc>.
- Bello. A. A (2006) *Introdução à fenomenologia*. Bauru, SP: Edusc Editora.
- Barros, J. (2002). *Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?*[Versão eletrônica] Saúde soc. vol.11 n.1, São Paulo. Recuperado em 24, julho, 2015. <http://www.scielo.br/scielo>.
- Capra, F. (1988). *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo, Cultrix.
- Cancello L. A.G. (1991). *O fio das palavras: um estudo de psicoterapia existencial*. São Paulo: Summus.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro*, Rio de Janeiro: Graal.
- Carvalho, L. F & Dimenstein. M. (2008). *A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde*. [Versão eletrônica] Interações. v. 8, n. 15, São Paulo. Recuperado em 22 Julho de 2012. <http://www.scielo.br/scielo>
- Cortéz, C. M & Silva, D. (2008). *Fisiologia Aplicada a Psicologia*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan.
- Coimbra, MC (1975). *Guardiões da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil Do milagre*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor.
- Cunha, G. C. (2002). *Economia solidária e políticas públicas*. Dissertação (USP).
- Dantas, J. B. (2009). *Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade*. [Versão eletrônica] Fractal, Rev. Psicol, v. 21, n. 3, Rio de Janeiro. Recuperado em 25, agosto, 2015. <http://www.scielo.br/scielo>.
- Dimenstein, M. (2000). *A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista*. [Versão eletrônica] Estudos de Psicologia, v. 5, n. 1, Natal. Recuperado em 10, julho, 2015 <http://www.scielo.br/scielo>.
- Descartes, R.(1986) *Discurso sobre o método*. São Paulo. Ed. ICONE.
- Deleuze, G; Guattari, F. (1992). *O que é a filosofia?* São Paulo: Editora 34.

- Ferreira, A, B, H. (2001). *Mini Aurélio: minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Freud, S. (1910). *Cinco lições em psicanálise* in: Obras completas de Sigmund Freud vol. XI. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1929). *O mal estar na civilização*. in: Obras completas de Sigmund Freud vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago
- Feijoo, A M. L. C. (2000). *A Escuta e a Fala em Psicoterapia: Uma Proposta Fenomenológico-Existencial*. São Paulo: Vetor.
- Feijoo, A. 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: VIAVERITA.
- Feijoo, (2012) *Os fundamentos da clínica psicológica na filosofia de Soren Kierkegaard*. [versão eletrônica] Rev. abordagem gestalt v. 13, n. 1. Goiânia. Recuperado 19, agosto. 2015. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.com.br>
- Ferreira, A. A. L. (2005). O múltiplo surgimento da psicologia in Jacó- Vilela, A, M: *História da psicologia: rumos e percursos*. Rio de Janeiro. Ed. Nau
- Foucault, M. (1972). *Microfísica do Poder*. São Paulo: Graal.
- Gaudenzi, P; Ortega. F (2012) *O estatuto da medicalização* [versão eletrônica] Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Recuperado em 14, agosto, 2015. [Http:// http://www.scielo.br](http://www.scielo.br).
- Galileu Galilei (2008) "a história da ciência" Tradução. James M, Laura, T, M São Paulo: Companhia Das Letras.
- Knapp, P. (2004). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. Em: P. Knapp (Org.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.
- Kierkegaard, S. (1884 [1972]) *O Conceito de Angústia*. Tradução de: João Lopes Alves. Lisboa: Ed. Presença.
- Kierkegaard, S. ([1848], 1961.) *Desespero humano: a doença mortal*. São Paulo: Livraria Tavares Martins
- Kierkegaard, S (1986) Ponto de vista explicativo da minha obra como escritor. Porto: Edições 70
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmeses da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Mancebo, D. (2002). *Modernidade e produção de subjetividades: breve percurso histórico*. [versão eletrônica] Psicol. cienc. prof. v. 22, n. 1, São Paulo. Recuperado em 19, agosto, 2015. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>.

- Moysés, M, A & Collares, C, A. L.(2007). Medicalização: elementos de desconstrução dos Direitos Humanos”. In: *Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?* Comissão dos Direitos Humanos CRP-RJ (org.) Rio de Janeiro CRP-RJ
- Popper, K. R. (1980). *Conjecturas e refutações*. Brasília: Editora da UnB.
- Perdigão, P. (1995). *Existência e Liberdade: uma introdução a filosofia de Sartre*. Porto Alegre: L & PM.
- Protasio, M, M.(2008). Contribuições kierkegaardianas Para a Compreensão do Adoecimento Psíquico. In: Feijoo, A. M. L.C de (org.) *Interpretações fenomenológico- existenciais para o sofrimento psíquico na atualidade*. Rio de Janeiro: Edições Ifen.
- Rodrigues, J. (2006) *Terror, Medo, Pânico: manifestações da angústia no contemporâneo*. Rio de Janeiro: 7letras
- Rodrigues. J. (2003) *A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo*. Scielo[ versão eletrônica] *Psicol. Estud.* v.8. Maringá. Recuperado em 22, agosto, 2005. <http://www.scielo.br>.
- Robins, R. W.; Gosling, S. D.; Craik, K. H. (1999). *An empirical analysis of trends in psychology. American Psychologist (APA)*.
- Sá, R.N. (2005). As Influências da fenomenologia e do existencialismo na psicologia. In: A.M.Jacó-Vilela, A.A.L. Ferreira & F.T. Portugal. *História da Psicologia: rumos e percursos*. Rio de Janeiro: Nau editora.
- Severiano, M, F, F. (2010). Lógica do mercado e lógica do desejo in: Soares, C. (org.) *Escola de Frankfurt: inquietudes da razão e da emoção*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Soares, G, B ; Caponi, S .(2011). *Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida*. Interface v. 15, n. 3 2. Bucatu. Recuperado em 15, agosto, 2015. <http://www.scielo.br>.
- Toledo, C, A, A. (2012) *Instituição da Subjetividade Moderna: A Contribuição de Inácio de Loyola e Martinho Lutero*. [versão eletrônica] Recuperado em 25, agosto, 2015. [www.unicamp.gov.br](http://www.unicamp.gov.br).
- Urbina, S. (2007) *Fundamentos da testagem psicológica. Tradução Claudia Dornelles*. Porto Alegre: Artmed
- Vacarro, M. M (201/ 2014) *Constituição do Sujeito e Historicidade: um estudo a partir do existencialismo sartreano*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.

---

[1] & [2] Poesias de Álvaro de Campos. Fernando Pessoa. Lisboa: Ática, 1944 (imp. 1993).

## DECLARAÇÃO

Eu, Elaine Aude de Araújo, RG nº 588.742-9 (Marinha do Brasil), graduada em Letras, declaro, para os devidos fins, ter realizado a correção ortográfica e gramatical da dissertação intitulada “Medicalizando a Vida e Adoecendo a Existência”, de autoria de Marta Velasque Ribeiro, aluna do curso de Especialização em Psicologia Clínica na Perspectiva Fenomenológico-Existencial do Instituto de Psicologia Fenomenológico-Existencial do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, setembro de 2015

---