

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS - CCH  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**VALÉRIA CHRISTINE ALBUQUERQUE DE SÁ MATOS**

**HERMENÊUTICA DA SAÚDE:** contribuições para o saber-fazer do psicólogo  
hospitalar

São Luís

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS - CCH  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**VALÉRIA CHRISTINE ALBUQUERQUE DE SÁ MATOS**

**HERMENÊUTICA DA SAÚDE:** contribuições para o saber-fazer do psicólogo  
hospitalar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Almir Ferreira da Silva Júnior.

São Luís

2016

**VALÉRIA CHRISTINE ALBUQUERQUE DE SÁ MATOS**

**HERMENÊUTICA DA SAÚDE: contribuições para o saber-fazer do psicólogo  
hospitalar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Almir Ferreira da Silva Júnior.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Almir Ferreira da Silva Junior**

Doutor em Filosofia - USP  
DEFIL/CCH - UFMA

---

**Prof. Dr. Helder Machado Passos**

Doutor em Filosofia - USP  
DEFIL/CCH - UFMA

---

**Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda**

Doutor em Psicologia - PUC - Campinas  
DEPSI/UFPR

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua fidelidade, cuidado e amor.

Ao meu esposo José Carlos Júnior, pelo carinho, compreensão, companheirismo e palavras de incentivo nos momentos em que pensei em desistir. Ao meu filho Benjamim, pelo prazer de sua companhia e afeto e por suportar tantas ausências minhas.

Aos meus pais, Marli e José Feitosa, sempre presentes. Agradeço o investimento financeiro e emocional durante a minha trajetória educacional. Sei do contentamento de vocês por eu estar alcançando mais esta etapa.

À Dina (*in memoriam*), por cuidar de forma tão cuidadosa e afetuosa de meu maior bem, Benjamim, permitindo que eu pudesse me dedicar a este projeto.

Ao meu orientador prof. Dr. Almir Ferreira da Silva Junior, por acreditar nesse projeto e por tantos momentos de orientações sempre cheios de palavras de conhecimento e incentivo. Terá sempre minha admiração e respeito!

Ao meu supervisor de estágio docente e amigo, Prof. Dr. Jean Marlos Pinheiro Borba, por compartilhar momentos de transmissão de profundo conhecimento com muita paixão e dedicação!

À minha amiga, irmã, companheira de sonhos e lutas: Neiliane Silva. Devo minha entrada nesse mestrado ao seu companheirismo, amizade, carinho. Tens lugar cativo em meu coração.

À amiga Anna Kennya, pela disponibilidade e suporte na revisão ortográfica deste trabalho.

À Consuelo, pelo empenho na normalização deste trabalho.

Às amigas que puderam frutificar no mestrado, em meio às lutas e correria das disciplinas. Obrigada turma de 2014/2016.

Aos professores, doutores do Mestrado em Psicologia da UFMA, a minha gratidão e admiração!

Aos colegas, amigos, companheiros de trabalho, residentes e estagiários do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão. Em especial a Nelson, Vanussa, Gabriela, Neta, Emília, Suane, Carol e Edilena.

Ao Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão, em especial ao meu chefe, Dr. Lages Neto pela compreensão e apoio!

À Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS, em especial à Dr<sup>a</sup>. Silvia Via<sup>v</sup>  
pela liberação concedida para os meus estudos em momento tão oportuno.

À direção do posto Genésio Ramos Filho, em especial pela diretora geral  
Cleudiléia. Agradeço o apoio nesse momento de minha vida.

À equipe de agentes comunitários de saúde da Vila Isabel Cafeteira, pelo  
companheirismo e por tolerarem uma ausência tão longa requerida para os estudos.

A todas as pessoas que direta e indiretamente contribuíram para este trabalho.  
Serei eternamente grata.

*(...) Só há um recurso: não acionar a alma sem o corpo, nem o corpo sem a alma, para que, defendendo-se um do outro, consigam equilibrar-se e conservar a saúde.*

*Platão.*

## RESUMO

A presente pesquisa propõe-se a investigar a compreensão hermenêutico-filosófica dos fenômenos da saúde e doença como contraponto à perspectiva médico-biológica, bem como identificar contribuições na perspectiva hermenêutico-filosófica para a prática do psicólogo hospitalar. A atuação psicológica em ambiente hospitalar, na atualidade, tem requerido uma compreensão dos fenômenos do campo da saúde para além dos aspectos físicos, biológicos do ser humano, tão enfocados numa atuação pautada nos parâmetros biomédicos, abarcando questões relativas à existencialidade dos sujeitos numa perspectiva que aponte para a totalidade do ser. Nesse sentido, a hermenêutica filosófica fundada pelo filósofo Hans-Georg Gadamer estabelece uma compreensão dos fenômenos humanos num contraponto ao cientificismo. Em *Verdade e método*, Gadamer repensa o problema da compreensão e dirige uma crítica à racionalidade científica moderna. Em sua coletânea de textos intitulada *O caráter oculto da saúde*, Gadamer faz uma reflexão sobre os fenômenos da saúde e doença numa perspectiva humana, histórica, em contraponto a concepção médico-biológico com enfoque na perspectiva biológica, e desta forma, reducionista. Para o alcance dos objetivos estabelecidos, pretende-se estabelecer uma caracterização e crítica ao modelo médico-biológico, numa análise hermenêutico-comparativa do conceito de saúde-doença, buscando uma melhor compreensão destes fenômenos para uma orientação das ações do psicólogo hospitalar em sua prática profissional. Entende-se que é nesse espaço de enorme complexidade, entre paradoxos e desafios para um fazer que possa acolher a subjetividade humana, que o psicólogo precisa compreender os fenômenos de saúde e doença numa perspectiva diferenciada, ampliando o olhar e a discussão sobre esse tema, marcando com sua prática um lugar específico, peculiar, em decorrência de sua formação com enfoque sobre o fenômeno humano, considerando a existencialidade do sujeito adoecido.

**Palavras-chave:** Hermenêutica filosófica. Psicologia hospitalar. Médico-biológico.

## ABSTRACT

This research proposes to investigate the philosophical hermeneutic understanding of health and disease phenomena as opposed to biological medical perspective; thereby identifying contributions of philosophical hermeneutic perspective to the practice of health psychologist. Psychological operations in hospital, today, has required an understanding of healthcare phenomena beyond the physical, biological aspects of the human being as focused on a guided activity in biological medical parameters, covering issues related to existential subjects from a perspective that points for the totality of being. In this sense, philosophical hermeneutics proposed by Hans-Georg Gadamer develops a criticism of the notion of modern scientific knowledge in its methodological primacy of reaching experiences of truths, and in opposition articulates a new paradigm for understanding human phenomena, namely the ontological-hermeneutic. Besides *Truth and Method*, the research takes as hermeneutic foundation of reference collection of texts entitled *The hidden nature of health*, in which Gadamer discusses the phenomena of health and disease in a hermeneutic-existential and historical perspective, confronting so to set up from the medical-biological model in a reductionist perspective. To achieve the stated objectives, is taken as a starting point the psychological know-how in hospital context. Subsequently, it presents a characterization and criticism of the biological medical model, highlighting the scientific rationality while support this paradigm. It emphasizes the contributions of gadameriano thought for the health field, trying to think these thoughts in proximity to the practice of health psychologist. It is understood that is between paradoxes and challenges for a doing that can accommodate the human subjectivity is that the psychologist must understand health phenomena and illness in a different perspective, extending the look and discussion on this topic by checking with its practice a place specific, peculiar because of their training focusing on the human phenomenon, considering the existential of subject's ill.

**Keywords:** Philosophical Hermeneutic. Health psychologie. Medical-biological.

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- APA Associação Americana de Psicologia.
- CFP Conselho Federal de Psicologia.
- HUPD Hospital Universitário Presidente Dutra.
- OMS Organização Mundial de Saúde.
- UTI Unidade de Tratamento Intensivo.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>PSICOLOGIA E SAÚDE: novos horizontes profissionais.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Psicologia da Saúde <i>versos</i> Psicologia Hospitalar.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Os impasses epistemológicos do saber-fazer psicológico no contexto hospitalar.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3</b>	<b>A atuação do psicólogo hospitalar.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.1</b>	<b>A tríade paciente-família-equipe.....</b>	<b>27</b>
<b>2.4</b>	<b>A Instituição Hospitalar.....</b>	<b>33</b>
<b>3</b>	<b>O CAMPO DA SAÚDE, CONSTITUIÇÃO DO SABER MÉDICO E O SABER PSICOLÓGICO.....</b>	<b>38</b>
<b>3.1</b>	<b>Revisitando algumas concepções de saúde: da tradição clássica à medicina moderna.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2</b>	<b>O Modelo Médico-Biológico: caracterização e críticas.....</b>	<b>50</b>
<b>3.3</b>	<b>O Modelo Médico-Biológico: considerações críticas.....</b>	<b>52</b>
<b>3.4</b>	<b>As Bases do Modelo Médico-Biológico: a racionalidade científica.....</b>	<b>57</b>
<b>4</b>	<b>HERMENÊUTICA FILOSÓFICA DA SAÚDE E O SABER-FAZER PSICOLÓGICO EM ÂMBITO HOSPITALAR.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1</b>	<b>Gadamer e a hermenêutica da saúde: aspectos norteadores do saber-fazer psicológico em âmbito hospitalar.....</b>	<b>72</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao se destacar a relevância da subjetividade humana na busca pela compreensão do fenômeno da saúde, não há como ignorar o papel do psicólogo no campo da saúde, mais especificamente, no contexto hospitalar. É importante ressaltar que a psicologia hospitalar é uma especialidade recente, sendo reconhecida no ano 2000 pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP (CFP, 2007) Em decorrência desse surgimento tão tardio, estudiosos como Angerami (2014), Ismael (2010), Spink (2013) ressaltam a necessidade de se pensar sobre a atuação do psicólogo hospitalar na atualidade, pois mesmo com o aumento de publicações e artigos nessa área, percebe-se uma deficiência de instrumental teórico que sedimente uma prática bem fundamentada.

Ao refletir sobre o momento de inserção dos psicólogos no campo da saúde, Spink (2013) e Chiattonne (2014) enfatizam que, inicialmente, a prática psicológica em âmbito hospitalar servia de “apoio” ao trabalho médico e, desta maneira, favorecendo o tratamento prescrito por este, mantendo o paciente numa situação de passividade. Além disso, a falta de compreensão do fazer psicológico por parte da própria instituição conduzia à contratação de profissionais que, diante da enorme demanda, serviam para “apagar o fogo” em situações emergenciais.

E, mesmo na atualidade, muitos profissionais da psicologia acabam cedendo às pressões do denominado modelo médico-biológico<sup>1</sup>, e realizam um trabalho secundário, que se configura muito mais como um trabalho de “enquadramento” dos pacientes ao modelo assistencial, apresentando uma atuação voltada para os fins institucionais. Para um fazer psicológico autônomo, é imprescindível suscitar reflexões sobre essa atuação em âmbito hospitalar, buscando pensar sobre as bases desse conhecimento (CHIATTONE, 2014).

---

<sup>1</sup> O modelo médico-biológico é também designado na literatura como modelo médico-curativo, modelo biomédico, modelo médico científico, dentre outros termos. Este consiste no entendimento dos fenômenos do campo da saúde, priorizando modos de explicações biológicos, pautados em conhecimentos de “base científica”.

Não se pode deixar de considerar que a miscelânea de teorias e técnicas psicológicas foi e continua sendo um desafio para se estruturar o saber psicológico também no contexto hospitalar. Diante dessas dificuldades, muitos profissionais da área da psicologia deixam de refletir sobre o fundamento de sua prática, adotando modelos metodológicos que divergem, em termos epistemológicos, da orientação a que se propõem.

Uma das inquietações vivenciadas como psicóloga atuante na clínica cirúrgica do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) tem sido pensar os fenômenos da saúde e doença para além do “olhar” médico-curativo. No cotidiano de trabalho, percebem-se as inúmeras situações que os psicólogos hospitalares vivenciam frente às concepções e modos de ver reducionistas advindos da equipe de saúde, restringindo a complexidade dos fenômenos da saúde, em muitos momentos, aos aspectos biológicos. Eis o que justificaria refletir sobre uma prática profissional melhor fundamentada, em que o lugar do psicólogo não seja o de um profissional “complementar” na equipe de saúde, subordinado ao saber-fazer médico; mas que construa um espaço reconhecido por sua especificidade e diferencial no tocante à compreensão da pessoa humana.

Afinal, também nesse âmbito, o psicólogo é solicitado por uma prática que demonstre uma abertura cada vez maior às questões referentes à subjetividade humana, ou seja, uma compreensão que contemple cada vez mais os fenômenos relativos à existência humana. Simonetti (2013), ao levantar questionamentos sobre o papel do psicólogo no contexto hospitalar, ressalta que essa prática abre espaço para a subjetividade da pessoa enferma, interferindo no processo de adoecimento, modificando a vivência que tanto o paciente quanto a equipe de saúde e a família têm da doença. Esse saber-fazer é inerente ao profissional da psicologia.

Em outro aspecto, o psicólogo, como parte da equipe multiprofissional, precisa aproximar-se do conhecimento médico-biológico, para melhor compreensão do processo de adoecimento e da terapêutica proposta. É uma aproximação importante e que favorece o psicólogo em seu suporte oferecido ao paciente e família. No entanto, More et al (2009) destacam que a psicologia e a medicina, historicamente, estiveram vinculadas, e que a psicologia recebeu a influência do pensamento biologicista, interferindo no modo de compreender os fenômenos da saúde-doença.

Diante desta realidade, em que o psicólogo se depara por um lado com o fenômeno da saúde e as subjetividades geradas nesse contexto e, por outro lado, com o saber médico-científico e seu olhar técnico e objetivo, alguns questionamentos são

suscitados: Em que medida a concepção médico-biológica de saúde contempla a dimensão existencial da subjetividade humana no âmbito hospitalar? Como o psicólogo hospitalar pode estabelecer sua prática refletindo de modo crítico sobre o modelo médico-biológico vigente? Como uma hermenêutica da saúde se constitui um referencial de práxis para a atuação do psicólogo no âmbito hospitalar em uma perspectiva mais crítica e do cuidado com a saúde?

Partindo-se destes questionamentos, estabeleceu-se como objetivo geral desta pesquisa analisar a contribuição dos fundamentos da hermenêutica filosófica de Hans Georg Gadamer para a prática do psicólogo no contexto hospitalar e na perspectiva de um cuidado com a saúde. Por conseguinte, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o modelo médico-biológico como paradigma dominante da saúde;
- Discutir a proposta hermenêutico-filosófica da saúde como contraponto ao modelo médico-biológico de cuidado com a saúde;
- Justificar a importância de uma hermenêutica filosófica da saúde para a reflexão da atuação do psicólogo no contexto hospitalar.

Nessa incursão pelo campo da saúde, entende-se que tanto a saúde como a doença são estudados por diversos campos do conhecimento, que se aproximam e se distanciam em decorrência de sua matriz epistemológica. Desde a modernidade até os dias atuais, o saber-fazer predominante neste campo tem sido o médico-biológico, no qual muitas outras formações se espelham. Num movimento contrário e de questionamento ao modo impositivo de entender os fenômenos relativos à saúde e doença, outros saberes como a Sociologia, Antropologia, Filosofia e Psicologia têm trazido grandes contribuições para a compreensão dessa temática, ampliando os horizontes de discussão para além do biológico, orgânico. Afinal, os fenômenos de saúde e doença referem-se aqui, especificamente, ao ser humano na complexidade de sua abrangência e na pluralidade de suas dimensões.

Ao buscar analisar os fenômenos da saúde exclusivamente na perspectiva médico-biológica, parte-se de compreensões objetivadas e tecnicistas, favorecendo uma naturalização dos fenômenos. Influenciados pela teoria cartesiana de separação entre mente

e corpo, as ciências médicas se afastaram de concepções mais totalizantes do ser humano,<sup>2</sup> adotando, como base científica, doutrinas mecanicistas e biologicistas, que consideram o indivíduo como conjunto de órgãos e limitam o corpo humano a uma concepção de máquina. Nesse âmbito, as dimensões psicossociais do sujeito são minimizadas.

Não se intenciona, neste trabalho, desconsiderar a relevância do modelo médico biológico para a sociedade atual. Entende-se a importância deste na explicação dos processos de saúde-doença e na estruturação da sociedade moderna. São perceptíveis as inúmeras contribuições geradas pelo avanço científico e tecnológico e pelas aquisições obtidas por intermédio das inúmeras pesquisas no campo da saúde, no sentido de mantê-la ou mesmo preservá-la como ponto de equilíbrio e bem-estar. No entanto, é necessário pensá-lo sobre o ponto de vista ético e das relações humanas e de suas limitações para dar conta da totalidade dos fenômenos encontrados no mundo da vida<sup>3</sup>; rever as concepções trazidas pela medicina organicista tradicional, identificando outros modos de entender os fenômenos de saúde e doença para além da diretiva da *res extensa* cartesiana, voltada para a objetificação desses fenômenos (GADAMER, 2011 [1993]).

Do mesmo modo, não se pretende defender uma concepção paradigmática em detrimento de outra, pois seria incorrer num grave erro de restringir-se a uma dada concepção, como se esta pudesse dar conta da totalidade de dado fenômeno, isolando-se numa postura rígida, dogmática. Estabelecer uma crítica ao modelo médico-biológico não é sinônimo de negá-lo em sua eficácia, mas tem o propósito de destacar os limites do seu alcance.

Na perspectiva de pensar sobre o lugar de relevância de cada concepção de saúde, Campos (2000) defende que “[...] não há como se operar sem objetividade. As estruturas existem e influenciam a produção do campo da saúde: normas, saberes, culturas, sistemas, instituições,” ou seja, o modelo médico-biológico tem seu lugar e relevância na sociedade, motivo pelo qual este se mantém em destaque até os dias atuais.

Ao desenvolver uma reflexão sobre o modo como o conceito de saúde é defendido pela perspectiva médico-científica, Peixoto e Holanda (2011) ressaltam que, na concepção mecanicista da doença, esta é considerada como resultado de causas objetivas, e

---

<sup>2</sup> Nos gregos se percebe uma visão mais totalizante do homem, em que instâncias como o corpo e a alma são consideradas integradas, coexistindo. Essas concepções foram defendidas por Hipócrates, o pai da medicina moderna.

<sup>3</sup> Para Husserl, filósofo alemão, o mundo da vida (*Lebenswelt*) seria um ente responsável por atribuir sentido a coisas, distante do mundo bruto dos objetos. Esta compreensão adota o valor das experiências subjetivas, onde se encontra a vida prática, o mundo verdadeiro.

que conceitos como o defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) <sup>4</sup> apontam nesta direção. Desta forma, a saúde teria um caráter idealizado e inalcançável. Do mesmo modo, Canguilhem (2000 [1966]) ao abordar os conceitos de saúde e doença, normal e patológico, afirma que uma saúde perfeita e contínua é algo inobservável e que define uma estrutura idealizada. Daí por que só podemos pensar os fenômenos do campo da saúde considerando o sujeito como ser-no-mundo-da-vida, em seu cotidiano.

O método experimental apresenta restrições quando trata de analisar os fenômenos considerando a amplitude que perfaz o mundo da vida. Nesse entendimento, Canguilhem (2000 [1966], p. 159-160) ao discutir sobre o método experimental aplicado no contexto hospitalar ressalta que “A vida, não é, portanto, para o ser vivo uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas”. O referido autor, desta maneira, aponta para as diversas situações que integram e expressam a condição humana e que muitas vezes escapam aos preceitos de objetividade e segurança tão defendidos pelo método científico.

No contexto de uma discussão sobre como melhor abordar o processo de adoecimento, seja pela ótica naturalista, seja por outras perspectivas que questionam o saber médico, Foucault chama a atenção para o paradoxo que se institui ao voltar-se o olhar para a doença, esquecendo-se da singularidade do ser-doente, em que o sujeito é percebido como elemento negativo nesse âmbito. Para ele “o que a medicina classificatória chama ‘histórias particulares’ são os efeitos de multiplicação provocados pelas variações qualitativas (devidas aos temperamentos) das qualidades essenciais que caracterizam as doenças” (FOUCAULT, 2014 [1980], p. 14). Sendo assim, o sujeito longe de interferir de modo negativo nesse processo, é parte fundamental neste.

Desde o nascimento da medicina moderna por volta do século XVII, os aspectos orgânicos, biológicos nos estudos dos fenômenos da saúde e doença têm sido mais enfocados em detrimento de outros elementos. Ismael (2010) ressalta a importância de se observar também os fenômenos sociais e psicológicos quando se está diante de um sujeito em processo de adoecimento, na medida em que estes são essenciais para a compreensão da origem, diagnóstico, e desenvolvimento da doença.

---

<sup>4</sup> Segundo a OMS, a saúde é entendida como estado de completo bem-estar, físico, mental, social, econômico, dentre outros aspectos.

Numa proposta, que adota uma postura de crítica à racionalidade científica moderna, a hermenêutica-filosófica instituída pelo filósofo alemão Hans-Georg Gadamer (1900-2002)<sup>5</sup> questiona a busca pelo conhecimento indubitável, a autossegurança científica e a submissão do conhecimento filosófico aos mesmos moldes das ciências naturais, como afirmou: “a experiência do mundo social-histórico não se eleva a uma ciência com o processo indutivo das ciências da natureza” (GADAMER, 2015 [1960], p. 38).

A reflexão hermenêutica sobre o olhar científico dos fenômenos apresenta-se como proposta de leitura de diferentes contextos como a arte, a educação e a saúde. Gadamer (2011 [1993]), em uma coletânea de reflexões sobre a saúde intitulada *O caráter oculto da saúde*, propõe uma compreensão dos processos de saúde e doença, do cuidado e da relação terapêutica, contrapondo-se à racionalidade científica moderna, e conseqüentemente, possibilitando uma abertura para as questões relativas à subjetividade do ser-doente. Daí a necessidade de compreender-se a crítica dirigida ao paradigma da metodologia científica moderna como única possibilidade de construir experiências de verdade, cuja herança ainda determina a diretiva científica no modelo médico-biológico de interferência, abordagem, pesquisas acerca da saúde.

Nesse entendimento, o presente trabalho propõe-se a discutir e pensar sobre a hermenêutica da saúde e suas contribuições para a prática do psicólogo, buscando refletir sobre os fenômenos da saúde em contexto hospitalar numa perspectiva humana, ética, considerando a relevância dos conhecimentos de base filosófica para uma práxis reflexiva e ampliada também nesse campo.

No desenvolvimento da pesquisa que se segue, em um primeiro momento busca-se fazer uma reflexão sobre a constituição da psicologia hospitalar, procurando situar a área do conhecimento, Psicologia, em relação ao seu campo de atuação, a instituição hospitalar. Para tanto, parte-se da identificação do saber-fazer psicológico em âmbito hospitalar, do que lhe é específico no campo da saúde, procurando demarcar um posicionamento epistemológico contrastante ao paradigma científico moderno. Em meio a essa construção teórica, considera-se fundamental caracterizar o hospital como instituição que modificou sua funcionalidade no decorrer da história da humanidade, configurando-se

---

<sup>5</sup> Para Bleicher, a crítica hermenêutica se apresenta de três diferentes modos, que são: a teoria hermenêutica, que se refere à teoria geral das interpretações; a filosofia hermenêutica, em que se situa a hermenêutica filosófica, que estabelece uma crítica ao conhecimento que se propõe a uma explicação do ser do homem (objetivismo e metodologismo); e a hermenêutica crítica, que proporciona um olhar crítico aos pressupostos idealistas que subjazem tanto à teoria hermenêutica quanto à filosofia hermenêutica (BLEICHER, 1992).

na atualidade como espaço em que se tem a convivência de diversas especialidades, havendo o predomínio de formações orientadas pelo modelo médico-biológico.

No segundo capítulo, considera-se imprescindível fazer um sucinto resgate histórico dos fenômenos da saúde e doença, favorecendo uma compreensão de como esses fenômenos foram concebidos em diferentes épocas e culturas, uma vez que, sob os fundamentos da hermenêutica filosófica, compreender é também estabelecer uma ponte entre elementos do passado e do presente, rastreando pré-conceitos enquanto concepções prévias e formadoras de conceitos. Além disso, nesse desenvolvimento histórico é possível delinear como se deu a instituição do saber científico como modelo explicativo das questões referentes ao cotidiano de vida, às práticas produzidas no meio social. Especialmente na Idade Moderna, o campo da saúde pôde ser “enquadrado” nessa ótica cientificista, constituindo-se no modelo médico-biológico, paradigma dominante em saúde até a atualidade.

Numa proposta de suscitar reflexões para a atuação psicológica em âmbito hospitalar, adotando um posicionamento que se coloque como contraponto ao pensamento científico moderno apresentam-se as ideias concebidas pelo campo hermenêutico-filosófico, em especial, as considerações encontradas em *Verdade e Método* (2015 [1960]) e em *O caráter oculto da saúde* (2011 [1993]). Compreende-se que a perspectiva gadameriana amplia as discussões sobre as questões da saúde, como afirma Gadamer (2011 [1993], p. 109, grifo nosso), “Não há dúvida de que, na experiência de saúde e doença, manifesta-se algo como de uma problemática geral **que não se limita** a posição especial da ciência médica no interior da ciência natural moderna”.

A partir das ideias concebidas por Gadamer, destacam-se algumas aproximações com o saber-fazer psicólogo no contexto hospitalar. Tendo em vista o conjunto teórico e reflexivo a ser apresentado nesta pesquisa, considera-se que seus fundamentos oportunizam de modo significativo e decisivo um repensar sobre a práxis profissional do psicólogo. Pensar os fenômenos de saúde e doença, na perspectiva de uma reflexão hermenêutica que dialogue com a Psicologia hospitalar, lança o desafio de ressignificar esse ambiente como um campo de entrecruzamento de projetos existências que não pode ser desconsiderado na densidade de diferenças subjetivas e multiculturais e que, portanto, como expressão do mundo da vida precisa ser compreendida de modo mais amplo.

## 2 PSICOLOGIA E SAÚDE: novos horizontes profissionais

Ao buscar estabelecer aproximações entre a psicologia hospitalar e a hermenêutica filosófica, considerou-se imprescindível aprofundar o debate no que tange a constituição e estruturação dessa especialidade que, por ser exercida em local específico de grande complexidade, o hospital, exige uma gama de conhecimentos que lhe são próprios. Poder pensar numa atuação psicológica em âmbito hospitalar é chamar a atenção para um saber-fazer psicológico que possui as características do saber *psi* num contexto mais amplo, mas que também exige uma formação específica voltada para os fenômenos encontrados no ambiente hospitalar.

No Brasil, a atuação psicológica em âmbito hospitalar se constitui um campo de atuação recente. O relato do primeiro psicólogo hospitalar no Brasil foi registrado na década de cinquenta (ANGERAMI, 2013 ISMAEL, 2010). E somente no ano de 2000, esta foi reconhecida como especialidade pelo CFP, conforme resoluções nº 14/00 e 02/01<sup>6</sup>.

O que se percebe a partir da década de 70 para os dias atuais é uma ampliação do número de psicólogos nos diferentes níveis de atenção à saúde<sup>7</sup>, seja na atenção primária, seja na reabilitação ou tratamento de pacientes. É interessante observar as modificações que em tão pouco tempo ocorreram. Angerami (2013) ressalta que a formação acadêmica do psicólogo no que se refere à temática da saúde difere do que fora por ele apresentado na década de oitenta<sup>8</sup>, destacando a prioridade em que são trabalhados

---

<sup>6</sup> Nesse período, foram estabelecidas nove especialidades pelo CFP, dentre as quais: psicologia escolar, organizacional e do trabalho, social, do esporte, jurídica, do trânsito, psicomotricidade, psicopedagogia, clínica e hospitalar. Estas duas últimas especialidades são voltadas para a atuação no campo da saúde.

<sup>7</sup> O modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Isto significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde. Desse modo, o modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica), conforme dispõem os artigos 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90.

<sup>8</sup> Conforme Angerami (1984), na década de oitenta, a temática da saúde era timidamente contemplada pelos currículos dos cursos de Psicologia. Consequentemente, os profissionais que adentravam os hospitais tinham

na formação em psicologia os temas sobre hospitalização, morte, saúde pública, dentre outros. No entanto, é dada ênfase à necessidade de avançar em muitos estudos para se estabelecer uma prática profissional melhor fundamentada.

A formação do psicólogo é falha em relação aos subsídios teóricos que possam embasá-la na prática institucional. Essa formação acadêmica, sedimentada em outros modelos de atuação, não provê o instrumental teórico necessário para uma atuação nessa realidade. Torna-se então abismático o hiato que separa o esboço teórico de sua formação profissional e sua atuação prática. Apenas recentemente a prática institucional mereceu preocupação dos responsáveis pelos programas acadêmicos em psicologia (ANGERAMI, 2013, p. 7).

Segundo Almeida e Malagris (2011), essa abertura para a atuação do psicólogo no âmbito da saúde pôde ser justificada pela necessidade de entender o processo saúde/doença em sua dimensão psicossocial. Uma lacuna que se manteve em decorrência do predomínio do conhecimento médico-biológico no campo da saúde com sua ênfase sobre os aspectos biológicos do adoecer. Diante da complexa tarefa de ter que lidar com as questões relativas à subjetividade humana no âmbito da saúde e do adoecimento houve a necessidade de ampliar-se o olhar sobre esses fenômenos.

Daí a importância de se rever o alcance e os possíveis limites do modelo médico-curativo como uma forma de entender os fenômenos da saúde e doença, buscando-se, assim, e de forma mais ampliada, pensá-los sob outros enfoques como o social, o político, o psicológico, dentre outros. E, nesse sentido, o saber psicológico tem muito a contribuir, com seus diversos estudos voltados para a compreensão da pessoa humana em seus distintos contextos de interação, como a família, as relações sociais, o trabalho, dentre outros; o campo da saúde se constitui um importante espaço para o surgimento de diferentes manifestações da subjetividade humana.

## **2.1 Psicologia da Saúde *versos* Psicologia Hospitalar**

São diversas as historiografias que tentam situar o campo da psicologia da saúde. Romano (1987) relata a presença do primeiro psicólogo atuando em ambiente hospitalar no ano de 1818, na cidade de Massachusetts, Estados Unidos. Formalmente, o

---

pouca ou nenhuma compreensão do saber-fazer psicológico nesse contexto e acabavam adequando erroneamente o modelo dos consultórios para essa realidade.

marco da criação da Psicologia da Saúde no continente americano foi o ano de 1978, quando se organizou a divisão da psicologia da saúde (*Division 38*) pela Associação Americana de Psicologia (APA). Entretanto, o termo “psicologia da saúde”, provavelmente, tenha sido utilizado pela primeira vez em 1974, na revisão curricular da Universidade da Califórnia, em São Francisco - EUA (SPINK, 2013). Dentre os objetivos estabelecidos pela *Division 38* para este novo campo, segundo Straub (2014), pode-se apontar os seguintes:

- Investigar as causas e origens das doenças, principalmente, as comportamentais, sociais e psicológicas;
- Propor políticas públicas voltadas para o campo da saúde e o aprimoramento do sistema de saúde pública;
- Buscar promover ações no âmbito da promoção da saúde através da adoção de comportamentos, tais como prática de atividade física, aquisição de alimentação saudável, dentre outros;
- Atuar no nível da prevenção e tratamento de doenças, com a estruturação de programas que objetivam a adesão dos pacientes as terapêuticas propostas.

Seguindo este movimento, em 1986 foi criada a Sociedade Europeia de Psicologia da Saúde, nos mesmos moldes da norte-americana, numa perspectiva de atuação atrelada à psicologia behaviorista ou comportamentalista<sup>9</sup> (SPINK, 2013; ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Posteriormente à criação da disciplina “Psicologia da Saúde”, foram utilizados outros termos para tentar aproximar a psicologia aos fenômenos relacionados à saúde e doença, tais como medicina comportamental, medicina psicossomática e psicologia médica. Para Almeida e Malagris (2011), o uso de diferentes termos causa “confusão” e dificulta a identificação de cada área. A fim de proporcionar esclarecimentos, é necessário abordar cada especialidade relacionada ao tema em estudo.

A medicina comportamental surgiu do movimento behaviorista, como área de conhecimento que sustenta o papel de comportamentos aprendidos para a prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Defende uma multicausalidade no entendimento da

---

<sup>9</sup> A psicologia *behaviorista* ou comportamentalista surgiu nos Estados Unidos e considera como foco de seus estudos a análise do comportamento humano. Autores como Pavlov, Watson e B. F. Skinner deram grandes contribuições para o desenvolvimento desta abordagem da psicologia. Esta adota os critérios de cientificidade moderna, sendo considerada a vertente científica da psicologia.

origem das doenças, sendo estas desencadeadas por fatores comportamentais, ambientais e biofísicos (STRAUB, 2014).

Por sua vez, a medicina psicossomática, como um movimento reformista médico, compreende que as enfermidades físicas possuem sua origem ligada a um conflito psicológico fundamental. Tem como fundamento teórico as explicações psicanalíticas. Apesar de buscar outros elementos para a compreensão das doenças, o dualismo cartesiano entre corpo e mente se presentifica nessa teoria, uma vez que não se compreende a pessoa humana em sua totalidade (STRAUB, 2014).

A psicologia médica, por fim, pode ser definida como campo de estudo da medicina em que o enfoque é dado sobre as relações humanas no contexto médico. O termo foi primeiramente utilizado pelo psicanalista Pierre Schneider, em 1971. Esta é considerada uma extensão da medicina psicossomática, numa dimensão clínica, mais prática (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Em meio a essa miscelânea de termos para referir-se aos fenômenos do campo da saúde e da psicologia, também é importante refletir sobre a utilização dos termos psicologia da saúde e psicologia hospitalar. A trajetória da psicologia hospitalar se confunde com a da psicologia da saúde, necessitando-se situar os diferentes campos.

O termo psicologia hospitalar vem sendo utilizado e popularizou-se em congressos, publicações, em cursos e nos próprios serviços hospitalares. Entretanto, Chiattonne (2014) questiona seu uso, pois, segundo esta, o termo é “simplista” e faz referência ao local onde o psicólogo atua. Para designar de modo mais fundamentado, esta utiliza o termo psicologia no contexto hospitalar.

Tentando situar a utilização do termo “psicologia hospitalar” em outros âmbitos, Almeida e Malagris (2011) ressaltam a inexistência deste em outros países do mundo, como nos do continente europeu e norte-americano. Nestes espaços, o termo reconhecido é o de psicologia da saúde.

Ao dar destaque ao campo da “psicologia da saúde”, para Spink (2013) este se constitui como uma especialidade da psicologia social, quando se propõe a situar as questões relacionadas à saúde na interface entre o individual e o social. A pesquisadora utiliza a expressão “psicologia social da saúde”. No entanto, ressalta que no Brasil, dentre as especialidades relativas à área da saúde regulamentadas pelo CFP, a que se aproxima dessa terminologia é a da psicologia clínica.

Conforme a resolução do CFP, o psicólogo especialista em psicologia clínica deve exercer suas atividades na área específica da saúde, em diferentes contextos, através de intervenções que visam reduzir o sofrimento humano, levando-se em conta sua complexidade e subjetividade. Estas intervenções podem se efetivar tanto em âmbito individual, grupal, social ou institucional, proporcionando ações preventivas, com fins de diagnóstico ou de ação curativa. Segundo CFP (2007), dentre tantas atividades desempenhadas pelo psicólogo clínico, tem-se:

- atendimentos terapêuticos, em diferentes propostas, tais como: psicoterapia individual, familiar, de casal ou em grupo, terapia psicomotora, psicoterapia lúdica, arte terapia, orientação de pais e outros;

- atua inserido nas equipes multiprofissionais, contribuindo para a identificação, intervenção e esclarecimento dos fatores psicológicos que interferem sobre a saúde geral das pessoas, em instituições como unidades básicas de saúde, ambulatórios e hospitais;

- atuação em âmbito hospitalar, contribuindo para a preparação de pacientes desde a entrada, e também, durante a permanência e alta hospitalar, sobretudo junto aos pacientes terminais, participando e contribuindo nas decisões com relação à conduta a ser adotada pela equipe, proporcionando proteção e cuidados aos pacientes e seus familiares;

- participação em instituições especializadas em saúde mental, como hospitais-dia, unidades psiquiátricas e outros, podendo atuar junto aos pacientes que apresentam transtornos psicopatológicos, tanto individuais como em grupos, contribuindo no diagnóstico e na terapêutica proposta pela equipe;

- participação em programas da atenção básica, como em centros e postos de saúde na comunidade, contribuindo com a estruturação de grupos de prevenção de enfermidades ou no estabelecimento de estratégias para enfrentamento de problemas identificados, buscando evitar seu agravamento e proporcionar bem-estar psicológico.

- acompanhamento de programas de pesquisa, contribuindo para a estruturação e implementação de políticas de saúde mental, participando de todas as etapas desse processo, quer seja a elaboração, coordenação, implementação e supervisão, objetivando gerar a qualidade da atenção oferecida em saúde mental em seus diferentes níveis no sistema (CFP, 2007).

Por sua vez, o profissional psicólogo especialista em psicologia hospitalar deve atuar em instituições de saúde nos níveis secundário e terciário de atenção a saúde, ou seja, em unidades que possuem maior aparato tecnológico, oferecendo assistência para pacientes em situação de reabilitação e tratamento. Outros espaços de atuação dos psicólogos hospitalares, também apontados, são as instituições de ensino superior, centros de pesquisa, com fins ao aperfeiçoamento de profissionais nesta área específica (CFP, 2007).

É relevante destacar a diferença principal entre as especialidades regulamentadas pelo CFP para o campo da saúde, ou seja, entre a psicologia clínica, a psicologia hospitalar e a neuropsicologia. Basicamente, esta é marcada pela prática do especialista em psicologia clínica no nível primário de atenção à saúde, e o de psicologia hospitalar nos níveis secundário e terciário. O neuropsicólogo volta a sua atuação para as alterações no funcionamento cerebral, favorecendo o diagnóstico e o tratamento das disfunções neurológicas (CFP, 2007).

Um cuidado que se deve ter, segundo Chiattonne (2014), é saber diferenciar a prática clínica da psicoterapêutica, pois estas não são sinônimas. Esta última se configura numa subárea da psicologia clínica e exige um modo de atuação específico que não atende às demandas exigidas num trabalho em âmbito hospitalar. Em decorrência dessa falta de entendimento, muitos psicólogos erroneamente transpuseram o modelo de atendimento do consultório para os hospitais, incorrendo em inadequação teórico-metodológica por não se levar em conta a realidade vivenciada.

Diante da definição do próprio CFP quanto ao papel do psicólogo hospitalar e no que tange aos objetivos propostos para esta pesquisa, decidiu-se voltar o foco para o saber-fazer do psicólogo no contexto hospitalar, entendendo que esta instituição se constitui num local em que o saber-fazer médico é preponderante, a atuação em equipe multiprofissional é desafiadora, inclusive, para o profissional da psicologia que precisa manter-se sempre muito atento aos fundamentos de sua prática profissional.

## **2.2 Os impasses epistemológicos do saber-fazer psicológico no contexto hospitalar**

Ao abordar a necessidade de melhor fundamentação da prática do psicólogo no contexto hospitalar, diversos autores como Chiattonne (2014), Angerami (2014) e Simonetti

(2013) identificam uma indefinição no estabelecimento da identidade desse profissional, mais especificamente, do seu saber-fazer nesse campo.

Dentre outras explicações, Chiattonne (2014) ressalta a pluralidade existente no campo da psicologia, o que gera uma diversidade teórico-metodológica que não se apresenta como “crise transitória de crescimento”. Esse fenômeno da multiplicidade acabou se estendendo para as suas especialidades, e não poderia ser diferente com a psicologia hospitalar.

Daí, a ciência *psi*, tende a constituir-se, vendo-se na obrigação de reconhecer e desconhecer seu objeto. Ao não reconhecê-lo, não se legitima como ciência independente e pode ser anexada a outras modalidades de conhecimento. Mas ao não desconhecê-lo, não se legitima como ciência, pois não se submete aos requisitos da metodologia científica, nem resulta na formulação de leis gerais com caráter preditivo. Abre-se um campo de conflitos que não é acidental (FIGUEIREDO, 1991, p. 23).

Os embates epistemológicos acompanham o saber ou saberes psicológicos em suas diferentes vertentes, passando por sua consolidação no campo científico. Por um lado, existem matrizes científicas que defendem a objetividade no estudo dos fenômenos humanos; por outro, escolas que apregoam a relevância da subjetividade humana na compreensão do sujeito. Essa pluralidade marcaria, de uma vez por todas, o conhecimento psicológico (FIGUEIREDO, 1991).

Essa diversidade do saber psicológico no contexto hospitalar pode ser percebida pelos “diferentes olhares” sobre os fenômenos da saúde e doença, apresentados pelas abordagens psicológicas e suas respectivas leituras. Desde leituras objetivadas que são “mais aceitas” pelo paradigma dominante em saúde, por apresentar explicações com base na racionalidade científica, até concepções que se voltam para a subjetividade e intersubjetividade da pessoa adoecida, cuja reflexão reivindica a necessidade de uma fundamentação filosófica capaz de questionar esse objetivismo.

Ao iniciar sua atuação no campo da saúde, a psicologia teria lançado mão de instrumentos técnicos e metodológicos de outras áreas do saber psicológico, o que se colocou como barreira para o estabelecimento de um “paradigma definido” (CHIATTONE, 2014). A referida autora utiliza o termo “estágio pré-paradigmático” ou “ciência multiparadigmática”, para denominar o momento em que se encontra a psicologia na contemporaneidade. Por outro lado, é imprescindível refletir sobre a “necessidade” de se estabelecer um paradigma em psicologia hospitalar. Ora, mas em que medida é possível

se falar em paradigma diante da subjetividade humana? Poder-se-ia ter uma teoria que venha abarcar tal complexidade?

O paradoxo evidencia-se pela impossibilidade de se contextualizar a psicologia no contexto hospitalar, dentro de um paradigma científico, ou buscar as raízes desse conhecimento, dado que os pressupostos, as leis em psicologia hospitalar, ainda não estão firmemente estabelecidos. Então, como comprovar ou rejeitar hipóteses estabelecendo um estatuto de verdade - a arquitetura do conhecimento - se não se tem como partir de um paradigma, de uma teoria clara e consistente na área? (CHIATTONE, 2014, p. 145).

Muitos desses conhecimentos levados para o campo da saúde teriam sido derivados da prática clínica. Para Spink (2013, p. 29), isso aconteceu “[...] sem a contrapartida do questionamento desta transposição de técnicas de uma esfera para outra”. A autora ressalta que nesse momento inicial de entrada da psicologia em instituição hospitalar, alguns profissionais acabavam adotando a perspectiva médica, esquecendo-se de refletir sobre a natureza desse conhecimento.

Nesse contexto, nada mais fácil à aceitação da autoridade da profissão dominante na saúde, o médico. Reflete, ainda, a crença na verdade absoluta das ciências naturais. Estando o saber médico embasado nesta verdade, a variância e o desvio da norma deverão ser buscados algures, ou seja, no paciente. E finalmente, reflete a forma de inserção do psicólogo no setor saúde, sendo predominante a falta de autonomia e a subordinação ao médico, o que não encoraja um saber independente (SPINK, 2013, p. 35).

Enquanto o saber psicológico apresenta indefinições no que se refere a um consenso teórico-metodológico, o saber médico possui suas diretrizes fortemente estabelecidas pelas bases da medicina científica moderna. Esse é um ponto importante ao se tentar situar a atuação psicológica em instituição hospitalar numa busca por uma prática melhor fundamentada, mas que, não necessariamente, venha “complementar” ou “respaldar” a prática médica que se apresenta tão consolidada em torno de um paradigma.

A aproximação com os saberes do campo da medicina e de outras áreas que se fundamentam no modelo médico-biológico se torna necessária, considerando-se a multiplicidade e a subjetividade do saber psicológico, que muitas vezes é interpretado como “impreciso” e “incapaz” em relação ao estudo dos fenômenos da saúde, perpetuando a primazia do saber médico como paradigma dominante nesse campo (CHIATTONE, 2014).

Uma saída apontada por Chiattonne (2014), diante da diversidade do saber *psi* em âmbito hospitalar é, primeiramente, ter consciência dessa multiplicidade, buscando diálogos com outros campos de conhecimento, num movimento de abertura e parceria com

outras áreas. Além disso, refletir sobre os padrões de cientificidade, podendo pensar de modo crítico sobre o paradigma médico-biológico.

Sustenta-se que uma reflexão importante diante da diversidade do campo psicológico é sobre a própria complexidade do fenômeno humano, da multidimensionalidade do homem como ser, não cabendo este num paradigma que o enquadre e delimite. Qualquer tentativa de “enquadramento paradigmático” seria reduzir este fenômeno tão amplo e complexo a conceitos que certamente não o abarcariam. No entanto, o psicólogo em sua prática em instituição hospitalar precisa extrapolar as discussões teóricas, pensando em sua atuação de modo mais efetivo.

### 2.3 A atuação do psicólogo hospitalar

É perceptível, no contexto de equipe multiprofissional de saúde, a falta de clareza quanto à atuação do psicólogo hospitalar. Muitas vezes, essa falta de compreensão leva a expectativas irreais, num anseio por resultados imediatos, numa lógica que tenta equipará-lo a outros profissionais da equipe de saúde que fundamentam seu conhecimento num outro campo epistêmico.

Essa incompreensão da práxis do psicólogo no âmbito hospitalar, segundo Chiattonne (2014), tem relação com o excesso de teorizações de muitos psicólogos que acabaram se distanciando da realidade, numa dificuldade de transpor esses conhecimentos teóricos para uma prática, dificultando a inserção desse profissional no campo da saúde.

Ao definir a especialidade da psicologia hospitalar, Simonetti (2013, p. 15, grifo nosso) destaca que é o “[...] campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”. Este justifica o uso do termo “aspectos psicológicos”, afirmando “[...] referir-se não as causas psíquicas das enfermidades físicas, como na psicossomática, mas **a toda subjetividade** produzida em decorrência do adoecimento, como sentimentos de raiva, tristeza, pensamentos, crenças, dentre outros”.

É relevante considerar que os aspectos psicológicos atrelados ao adoecimento podem ser entendidos como fatores desencadeantes ou como consequência da doença, tratamento e internação. Em muitas doenças, como cardiopatias, encefalopatias, insuficiência renal, dentre outras, é possível observar uma vasta manifestação psicológica decorrente desta vivência específica (CHIATTONE, 2014). Essas vivências devem ser alvo

da atenção do psicólogo, levando em consideração, principalmente, a atenção que é dada aos aspectos físicos. Dentre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, é o psicólogo que apresenta uma formação que permite um olhar sobre as questões subjetivas da pessoa enferma.

E, nesse sentido, falar em subjetividade humana num contexto em que predomina o saber médico-biológico é ter que lidar com incompreensões, imposições advindas de um saber que percebe a estrutura humana na lógica cartesiana de separação mente e corpo. Em decorrência desses “embates epistemológicos”, o papel do psicólogo é muitas vezes “mal-entendido”.

O que faz um psicólogo no hospital? Demonstra que o psicólogo efetivamente faz alguma coisa, e que essa coisa é importante porque abre espaço para a subjetividade da pessoa adoentada, porque influi no curso da doença, porque modifica a vivência que o paciente, os médicos e a família têm da própria doença, e mais; este trabalho que o psicólogo realiza diante da doença lhe é específico, ou seja, além dele nenhum outro profissional da área da saúde foi treinado para isso (SIMONETTI, 2013, p. 14).

Nesse interesse em definir a atuação do psicólogo hospitalar, Ismael (2010) ressalta o suporte ao paciente e família, objetivando minimizar a angústia. Este autor aborda que a intervenção psicológica precisa ser focal, ou seja, voltar-se às repercussões da doença e internação, uma vez que esta vivência pode ser potencializada pelo ambiente hospitalar que, com suas normas e rotinas, levam a modificações na dinâmica psíquica do paciente.

Ao se enfatizar a prática psicológica em ambiente hospitalar, entende-se que, não só o psicólogo, mas também outros membros da equipe de saúde acabam ouvindo as queixas e demandas dos pacientes. Contudo, não se trata de uma escuta naturalizada ou mecânica, como afirmam Saldanha, Rosa e Cruz (2013, p. 187):

“O olhar e atenção na escuta” são desempenhados pelo psicólogo, que recebe uma formação voltada para o acolhimento das demandas apontadas pelo paciente. Uma escuta “treinada” para a identificação das questões que interferem na vivência do sujeito adoecido.

Mas não se trata somente de exercitar sua escuta. O psicólogo também fala. Transitar entre a escuta e a fala faz parte da rotina de um psicólogo, o que também é alvo de incompreensões quando se define o trabalho deste profissional como uma “mera” conversa. Para Simonetti (2013, p. 24), o diálogo estabelecido entre psicólogo e paciente vai muito além de uma conversa. Ao dar a devida ênfase à escuta psicológica no âmbito

hospitalar, o mesmo autor também afirma que “[...] no hospital há muita gente querendo dizer para o paciente o que ele tem que fazer [...], mas não há ninguém, além do psicólogo, querendo escutar o que ele tem a dizer”.

Atentar para a comunicação que efetivamente se estabelece no contexto hospitalar é considerar como as concepções paradigmáticas da medicina científica percebem o paciente. Este é visto por muitos profissionais de modo objetivado, como alvo unicamente de estudo e investigação. Nessa relação, espera-se um sujeito passivo, que incondicionalmente se submeta às práticas médicas, sem questionamentos e hesitações. Nesse âmbito, o psicólogo se coloca como alguém que se propõe a respeitar a autonomia do sujeito, estabelecendo uma comunicação clara, efetiva com este. É nesta comunicação com o paciente, família e equipe que flui a intervenção psicológica. Em outras palavras, é no exercício de uma práxis do diálogo que o psicólogo hospitalar efetiva o seu saber fazer.

Ao abordar a prática do psicólogo hospitalar e, mais especificamente, em relação ao foco da intervenção psicológica, autores como Ismael (2010); Angerami (2013); Almeida e Malagris (2011) apontam a tríade paciente-família-equipe. Ao psicólogo caberia transitar entre essas esferas como agente facilitador das relações e, com esse fim, exercitar o que mais lhe é destacado em sua formação, o seu papel de escuta da angústia dos sujeitos.

### 2.3.1 A tríade paciente-família-equipe

No desempenho de suas funções, o psicólogo necessita de diversas habilidades que o auxiliem no suporte ao sujeito em situação de adoecimento. Entretanto, seu olhar não deve se restringir somente à atenção ao paciente. Os familiares e a própria equipe também apresentam suas demandas, necessitando de suporte. E atuar nesses diferentes contextos revela a complexidade da intervenção psicológica.

Para melhor compreender os fenômenos observados, o psicólogo utiliza, como instrumento de investigação, a avaliação psicológica. Esta, segundo Fongaro e Sebastiani (2013), não se conduz da mesma forma como um psicodiagnóstico, que se propõe a realizar um fechamento sobre o quadro apresentado. Mas trata-se de ampliar o olhar sobre o sujeito adoecido, percebendo-o em sua totalidade, ou seja, como ser biopsicossocioespiritual.

Os objetivos da avaliação psicológica na condução do sujeito hospitalizado, dentre outros, são: favorecer uma hipótese diagnóstica; obter informações sobre a dinâmica psíquica do paciente; estabelecer as questões que se mostram prioritárias para o atendimento; acompanhar a evolução do paciente na sua relação com o adoecimento e tratamento; conhecer a história de vida da pessoa em acompanhamento; poder diferenciar quadros psicológicos e psiquiátricos específicos; perceber os limites e possibilidades do sujeito no transcurso de sua recuperação (FONGARO; SEBASTIANI, 2013).

Embora a avaliação psicológica pareça ter foco inicialmente sobre o paciente, as informações geradas também possibilitam maiores esclarecimentos para a equipe e família. Para melhor compreensão da amplitude do trabalho do psicólogo, faz-se imprescindível detalhar um pouco de sua atuação com cada um desses elementos que compõem a tríade, entendendo que estes possuem suas especificidades em suas demandas, solicitando do psicólogo uma intervenção diferenciada.

Na sua prática junto ao paciente, o psicólogo se volta para as subjetividades geradas pela doença, tratamento e internação. Por outro lado, é necessário aproximar-se do diagnóstico médico, ou seja, entender o acometimento gerado no corpo do paciente, objetivando o esclarecimento de dúvidas apresentadas, a diminuição da ansiedade gerada pela falta de informação e a desmistificação de concepções que permeiam o imaginário do paciente.

A internação em ambiente hospitalar sinaliza que o paciente apresenta um comprometimento de saúde de ordem físico, orgânico. Além dessas alterações, emergem inúmeros sentimentos decorrentes dessa vivência do adoecimento. Essas questões de ordem emocional são fundamentais para a evolução do corpo físico (SALDANHA; ROSA; CRUZ, 2013).

Em sua atenção ao paciente, o psicólogo deve promover o bem-estar físico e emocional deste, fazendo referência não unicamente aos aspectos psíquicos, mas entendendo o ser humano em sua totalidade e, assim, não podendo deixar de fazer referência à dimensão física (CFP, 2007). É interessante destacar a importância de o psicólogo buscar conhecimentos diversos em sua atuação no campo da saúde, aproximando-se, inclusive, das explicações médicas das doenças.

Para prestar assistência ao paciente, é preciso conhecer a doença, sua evolução e seu prognóstico, além da rotina pela qual ele vai ser submetido. Conhecer sobre sua doença faz com que o paciente tenha maior segurança no momento de prestarmos ajuda psicológica (ISMAEL, 2010, p. 21).

É importante, para o psicólogo, não “cair na armadilha” de tentar dissociar os aspectos psíquicos dos físicos, situação geralmente criada pelo pensamento cartesiano, numa atitude de separar estas instâncias que estão interligadas, entrelaçadas no sujeito, acaba não se compreendendo a coexistência do psíquico com o físico e vice-versa (SIMONETTI, 2013).

Nesse sentido, pode-se incorrer no mesmo erro cometido pelo modelo médico-biológico, que explica a doença restringindo-a as modificações físicas, orgânicas. O psicólogo pode de igual modo buscar compreender o fenômeno do adoecimento somente por suas manifestações psicológicas, esquecendo-se do físico ou de outras esferas. Para Gaspar (2014), percebe-se uma modificação na prática do psicólogo hospitalar ao afastar-se de explicações “psicologizantes” do sujeito, em que o fenômeno do adoecimento, por exemplo, é explicado como consequência de algum trauma psicológico e forte evento emocional. O que se vê é uma aproximação da dimensão psicossocial na busca pela compreensão do adoecimento como experiência humana.

Não se pode minimizar o impacto criado no sujeito diante do adoecimento e tratamento impostos. Esta vivência se constitui para o sujeito que sofre como uma ameaça para a sua integridade nas diversas esferas de seu espaço vital, seja ela física, emocional, social, econômica, dentre outras (ISMAEL, 2010).

Uma situação de perdas é como poderia ser definida a doença, afinal, perde-se a saúde, perde-se a autonomia, perde-se tempo e dinheiro e muitas outras coisas, isso quando não se perde mesmo a própria vida. Tantas perdas, muitas delas reais e outras imaginárias, abrem uma espécie de “caixa de pandora” de consequências subjetivas para a pessoa adoentada. O ser humano comumente confere sentido a tudo o que ele vivencia, e com o adoecimento não é diferente. O conjunto de sentidos que o sujeito confere a sua doença constitui, como consequência, o campo dos aspectos psicológicos (SIMONETTI, 2013, p. 17).

Diante das inúmeras perdas sofridas pelos pacientes, o trabalho do psicólogo ganha destaque, uma vez que este se apresenta como profissional capacitado para lidar com estas situações no contexto da equipe multiprofissional. Não se pode, no entanto, diante do adoecimento, contabilizar somente as perdas pelas quais o sujeito passa. Existem os ganhos, como por exemplo, a atenção recebida, que podem ajudar na manutenção do processo de adoecimento (SIMONETTI, 2013). O olhar atento do psicólogo é capaz de identificar e atuar nesses momentos, favorecendo uma ressignificação do próprio adoecimento, das relações, da vida.

Somado ao impacto causado pelas repercussões da doença sobre o sujeito, a hospitalização implica uma ruptura do paciente com sua “zona de conforto”, com o que lhe é mais familiar e particular.

Na hospitalização, o paciente perde sua individualidade, sente uma brusca ruptura com seu cotidiano, sente-se agredido pela rotina hospitalar e seu horário rígido, o que acaba por levá-lo ao conhecido processo de despersonalização. Ainda hoje, em muitos hospitais, há uma descaracterização do paciente com tendências a identificá-lo pelo número de seu leito, ou mesmo pela doença, trazendo uma sensação de perda da identidade e autonomia. As várias técnicas diagnósticas, cada vez mais modernas, fazem com que se sinta manipulado, invadido, sem muita oportunidade de poder opinar em seu próprio corpo ou tratamento, ao mesmo tempo em que se evidencia um grande distanciamento do médico (ISMAEL, 2010, p. 26).

São inúmeras as imposições decorrentes do processo de internação hospitalar. Não se pode ignorar a “invasão no espaço vital” dessas pessoas, as modificações ocorridas em seu cotidiano de vida e nas suas relações. Ao discorrer sobre o processo de despersonalização do paciente, Angerami (2013, p. 4, grifo nosso) ressalta que “o hospital, o processo de hospitalização e o tratamento inerente que visa ao restabelecimento [...] **não fazem parte dos projetos existenciais** da maioria das pessoas”. Em alguns casos, o adoecimento não é intencionado pelo sujeito, mas faz parte da facticidade da vida, ou seja, apresenta-se como algo inesperado e inexplicável.

Da mesma forma que o adoecimento, a morte se constitui num fenômeno muito presente no contexto hospitalar, embora temido por pacientes, familiares e até mesmo pela equipe de saúde. Para Kübler-Ross (1985, p. 29, tradução nossa), a morte é um processo previsível e natural como o nascimento, mas que se tornou “[...] em nossa sociedade moderna algo terrível e ignorado, que se deve evitar por todos os meios possíveis. Por isso que a morte nos relembra que a vulnerabilidade humana permanece, apesar do nosso avanço tecnológico”.

A medicina moderna, com toda sua tecnificação dos processos de cuidar, tem grande parcela de contribuição na percepção negativa da morte, afastando-a da dinâmica social, encerrando-a nas enfermarias e leitos de UTI. Dessa forma, a morte acaba esquecida, silenciada pela prática médica, que utiliza a mais avançada tecnologia para postergar a morte. Cabe ao psicólogo diminuir os impactos da tecnificação, resgatando o caráter humano desse processo.

Ao abordar a temática dos pacientes terminais, Angerami (2013) ressalta os preconceitos em torno deste fenômeno, bem como do desamparo social sofrido com a

perda da capacidade produtiva. Todas estas questões emergem num momento de hospitalização, necessitando de uma intervenção psicológica que acolha os sentimentos vivenciados e resgate o fenômeno da finitude humana como parte da existência.

Como parte da tríade do foco de atenção psicológica no contexto hospitalar, a família deve também receber suporte psicológico, uma vez que esta sofre com o adoecimento vivenciado pelo sujeito em decorrência do tratamento e internação (SALDANHA, ROSA, CRUZ; 2013). O apoio familiar é fundamental no restabelecimento do paciente, pois tanto pode favorecer a recuperação deste quanto pode ser um fator dificultador desse processo.

Segundo Oliveira e Sommermam (2008), a família se constitui uma unidade social, com vínculos de afeto em relação ao paciente, podendo ou não ter laços de consanguinidade. Estes autores chamam a atenção para os novos arranjos familiares decorrentes da própria dinâmica social e dos avanços técnico-científicos. O grupo familiar, por se constituir num todo dinâmico, passa ao longo da vida por inúmeras transformações, tendo que sofrer adaptações frente a novos contextos. As crises são situações esperadas que problematizam o transcurso “natural” da vida, levando a uma desorganização dessa dinâmica, exigindo uma maior mobilização. O adoecimento é apontado como um desses elementos desencadeadores de crise no âmbito familiar (OLIVEIRA; SOMMERMAM, 2008).

A hospitalização é sempre um evento gerador de estresse, rompendo, por vezes, abruptamente com nossas certezas e rotina de vida, sendo para a família um das questões mais angustiantes, revelando sentimentos despertados pelo conflito entre vida e morte (OLIVEIRA; SOMMERMAM, 2008, p. 121).

Além de intermediar a relação entre paciente e família, o psicólogo também se aproxima dos profissionais da equipe, acolhendo as questões trazidas por esta no cotidiano. No trabalho com a equipe multidisciplinar, o psicólogo deve participar de decisões em relação à conduta a ser adotada por esta, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, portando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe (CFP, 2007).

Mesmo com os inúmeros desafios impostos por um trabalho em equipe multiprofissional, a própria dinâmica estabelecida em ambiente hospitalar acaba exigindo dos profissionais essa forma de atuação. Nesse sentido, Chiattonne (2014, p. 167) pontua

que “o psicólogo no hospital deve, portanto, inserir-se nas equipes de saúde, não em um movimento de simplesmente incluir-se, mas sim, de fixar-se, afirmar-se, interagir”, uma vez que existe uma dificuldade dos diversos membros da equipe de saúde em atuar numa proposta de uma multidisciplinaridade, ficando muitos destes isolados em sua prática.

Embora o psicólogo seja parte integrante da equipe multiprofissional, vivenciando os dilemas e estresse cotidiano do ambiente de trabalho, ele também é solicitado para acolher demandas advindas desta. Nesses momentos é importante exercer seu papel de escuta e realizar os devidos encaminhamentos, conforme as demandas apresentadas.

Em pesquisa realizada por Saldanha, Rosa e Cruz (2013) no Hospital Santa Cruz, na cidade de Santa Cruz do Sul – RS, identificou-se que a equipe de saúde percebe o papel do psicólogo como que de um “tradutor”, tanto na relação entre médico-paciente-equipe quanto na relação enfermeiro-paciente-equipe. Esse papel de intermediador é entendido pelos profissionais como tendo a finalidade de reduzir os embates causados pela má-comunicação entre esses diferentes contextos.

Mesmo com o estabelecimento de equipes multiprofissionais no âmbito hospitalar, numa instituição que há pouco tempo era constituída basicamente de médicos e enfermeiros, Saldanha, Rosa e Cruz (2013); Mosimann e Lustosa (2011) chamam a atenção para uma hierarquização ainda muito presente nos hospitais, com a sobreposição de saberes, estando o saber médico no topo da hierarquia.

Com tantos desafios para situar a prática psicológica no âmbito hospitalar, em meio às diferenças e divergências marcadas pelas diversas formas de conhecimento, o saber psicológico se concretiza num campo de relevância para a compreensão dos fenômenos da saúde e doença, expandindo-se para os inúmeros setores hospitalares, com sua gama de especificidades e complexidades. Não se poderia deixar de abordar esse lugar tão marcado por múltiplos saberes, constituindo-se na atualidade pelo convívio dos diversos olhares da equipe multiprofissional; mas, persistindo, ainda, o predomínio da racionalidade científica moderna representada pelos profissionais com formação fundamentada no modelo médico biológico.

## 2.4 A Instituição Hospitalar

Etimologicamente, a palavra hospital tem sua origem no termo latim *hospitalis*, significando “ser hospitaleiro”, acolhedor. É um termo que deriva da palavra hóspede (*hospitium*), fazendo referência ao ato de acolher um viajante, um estrangeiro (BRASIL, 1944). É interessante poder pensar na significação literal da palavra hospital, com uma conotação positiva, e de como este espaço foi se constituindo no decorrer da história e é concebida nos dias atuais.

Em a *Microfísica do poder*, Foucault (2010 [1979]) descreve o nascimento do hospital como instituição destinada a um fim terapêutico. Esse início é marcado pela entrada da figura do médico nesse espaço. Somente no século XVIII, mais especificamente no ano de 1780, o hospital passa a ser uma “máquina de curar”, ou como melhor definiu “O hospital deixa de ser uma simples figura arquitetônica. Ele agora faz parte de um fato médico-hospitalar que se deve estudar” (FOUCAULT, 2010 [1979], p. 100).

Esse caráter científico é inaugurado no século XVII, já que antes desse período os hospitais existiam com uma finalidade diferente. Estes eram concebidos como espaço de exercício da caridade, local frequentado por religiosos que acolhiam os pobres no momento de sua morte. Não se tinha, até então, uma concepção de hospital como lugar destinado a curar. Os médicos que adentravam nesses espaços eram considerados pouco qualificados.

O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (FOUCAULT, 2010 [1979], p. 102).

Assim, foram concebidos os primeiros hospitais, com esse caráter religioso, e de exclusão, uma vez que os pobres doentes deveriam ser afastados do convívio social, por representarem perigo ao restante da sociedade, principalmente, às classes econômicas mais favorecidas.

Do ponto de vista técnico, a parte desempenhada pela terapêutica no funcionamento dos hospitais na época clássica era limitada, relativamente à ajuda material e ao enquadramento administrativo. Na figura do “pobre necessitado” que merece hospitalização, a doença era apenas um dos elementos em um conjunto que compreendiam também a enfermidade, a idade, a impossibilidade de encontrar trabalho, a ausência de cuidados. A série doença-

serviços-médicos-terapêutica ocupa um lugar limitado e raramente autônomo na política e na economia complexa dos “socorros” (FOUCAULT, 2010 [1979], p. 197).

A “medicalização dos hospitais” acontece por meio da disciplinarização desses espaços, objetivando uma vigilância constante sobre os sujeitos. E isso foi motivado por “razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, e o desejo de evitar que as epidemias se propaguem” (FOUCAULT, 2010 [1979], p. 107). A entrada dos médicos nessa instituição até então dominada por religiosos, só foi possível em decorrência das modificações que se deram no saber e prática médica. De uma medicina mais individualista, para um enfoque mais grupal. De uma assistência prestada nos domicílios, para uma atuação em ambiente hospitalar. Essas modificações econômicas e sociais que se deram no período renascentista permitiram a modificação do caráter de inserção dos hospitais na dinâmica urbana. Com a melhoria nas condições de vida nas cidades, possibilitando a reestruturação desses espaços com o processo de urbanização, o modo como os hospitais eram concebidos também pôde ser revisto (MOSIMANN, LUSTOSA, 2011).

É, portanto, o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que está na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e, onde seja registrado o que acontece [...] (FOUCAULT, 2010 [1979], p. 108).

Somado às modificações nos campos sociais e econômicos, o próprio desenvolvimento da medicina, com a implementação de técnicas que tiveram grande impacto na redução de mortes por infecção, favoreceram a mudança no modo como o hospital era visto, atraindo as elites da época para esse espaço na busca pelos serviços médicos (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011).

Não se pode deixar de marcar nessa contextualização histórica a criação do hospital médico juntamente com a entrada da burguesia nesse espaço. Nesse lugar de acolhimento dos pobres, o médico era uma figura praticamente ausente, rara. São questões que conduzem a uma reflexão da práxis médica em sua origem, afastada da realidade de grupos econômicos menos favorecidos, servindo como instrumento de exclusão social.

É na Idade moderna que surge a descentralização, a segregação de atividades complementares e a coexistência de pessoal administrativo, médico e auxiliar dentro das instituições hospitalares. Na Idade contemporânea cresce a descentralização, aumenta a complexidade das estruturas organizacionais e a diversidade de funções (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011).

Diversas modificações se dão nas instituições hospitalares no período da modernidade, adquirindo uma crescente organização técnica, administrativa e de recursos humanos. Nessa trajetória de mudanças gradativas é que a prática hospitalar e o saber médico aproximam-se, adquirindo um caráter indissociável que se mantém até a atualidade.

Sob a égide de valores, como ordenação, eficiência e disciplinamento do mundo do trabalho e da vida urbana, surgiu um novo olhar sobre a instituição hospitalar. Esta se tornou de responsabilidade do Estado e local de estudos, investigação, tratamento e formação de profissionais da medicina, favorecendo com que a prática médica se tornasse essencialmente hospitalar e o hospital, por sua vez, se medicalizasse (RIBEIRO; DACAL, 2012).

A consolidação da relação entre o hospital e o saber médico firmou-se no século XIX, com o avanço técnico-científico e a estruturação de campos de conhecimento, como a anatomia, a microbiologia, que estabeleceram a compreensão patologizante das doenças como base da medicina moderna, portanto, parâmetro de entendimento dos fenômenos da saúde e doença (RIBEIRO; DACAL, 2012).

O modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, como é designado esta forma de prestação de serviços com enfoque na assistência médico-curativa, foi consagrado no século XIX, deixando sua influência até o momento atual em diversos países. Inclusive no Brasil, onde somente na década de 90 estruturou-se o sistema público de saúde, tendo como “porta de entrada” a atenção básica.

Assim, como no nível de atenção primária à saúde existem princípios e diretrizes<sup>10</sup> que norteiam as ações em saúde, do mesmo modo, nas instituições hospitalares, estes também devem ser considerados. Dentre eles, deve-se pensar na integralidade das ações, no conceito ampliado de saúde, no projeto terapêutico construído pela equipe

---

<sup>10</sup> Segundo a Lei 8080/90, as ações dos diversos serviços de saúde devem obedecer aos seguintes princípios: universalidade do acesso; integralidade das ações em todos os níveis; igualdade e equidade da assistência prestada; além de garantia de acesso as informações. Dente as diretrizes organizativas do sistema, tem-se a descentralização, a regionalização e hierarquização dos serviços. Para Campos (2012), o desafio na prática se estabelece ao se tentar transpor essas diretrizes genéricas em projetos particulares que promovam justiça social e bem-estar.

multiprofissional, no favorecimento da autonomia de pacientes e familiares (CAMELO, 2011).

O hospital, na atualidade constitui-se em uma organização social complexa e como tal, ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, sendo um lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social. O hospital congrega, assim, profissionais, saberes, tecnologias e infraestrutura diversificada (CAMELO, 2011, p. 735).

Dentro da rede assistencial de saúde, o hospital ocupa um espaço que vem sendo repensado tanto na esfera pública quanto privada, buscando-se refletir sobre o seu papel como instituição de cuidado (SCLIAR, 2007). A centralidade das instituições hospitalares tem sido avaliada, considerando-se, principalmente, o seu elevado custo, além de sua eficiência e qualidade.

Mesmo com os avanços tecnológicos, o hospital, segundo Camelo (2011, p. 737), possui uma estrutura organizacional com base em organogramas clássicos, que possuem “estruturas hierarquizadas verticais, a fragmentação das responsabilidades e a formalização das relações, pautando-se nas lógicas de autoridade legal, herdadas da concepção burocrática”. Desta forma, o hospital se apresenta de modo rígido tanto no aspecto estrutural quanto nas relações que aí se estabelecem.

É certo que a cultura institucional calcada no modelo biomédico reforça um modelo fortemente verticalizado. Entretanto, se os objetivos da tarefa para o psicólogo não estiverem claros e, principalmente, se ele se afastar das expectativas institucionais, o saber, facilmente, torna-se excludente, a disputa pueril se instala, a postura radicalmente verticalizada se reforça, perdendo-se a oportunidade de crescimento científico e de contribuição para o exercício da visão holística em saúde (CHIATTONE, 2014, p. 170).

São estas normas e rotinas tão fortemente fixadas na dinâmica das instituições hospitalares que se constituem num desafio para a prática psicológica. Para contrapor estas barreiras institucionalmente impostas é importante perceber as possibilidades do seu saber-fazer, repensando suas ações, bem como atentando para o fluxo de comunicação que se estabelece em dado momento (CHIATTONE, 2014).

Não se pode deixar de considerar que os hospitais, assim como outras instituições sociais, segundo Popper (2004 [1961], p. 33), “determinam o peculiar caráter social do nosso meio social”. Além disso, ele destaca que “[...] as instituições sociais não agem, ao invés disso, só os indivíduos agem, dentro ou para ou através das instituições”. É importante levar em conta que, ao refletir sobre o modo de funcionamento e estruturação

das instituições hospitalares, não se pode perder de vista que estas são dirigidas por pessoas e que são estas que mantêm seu *status quo*, seu modo de funcionamento.

É entre paradoxos que o hospital se consolida até os dias atuais. É interessante observar o caráter dual em que este se apresenta. Por um lado, oferece profissionais preparados, equipamentos e medicamentos avançados, constituindo-se numa alternativa para o tratamento de enfermidades; por outro, aniquila a individualidade humana, transformando a pessoa adoecida num objeto para a intervenção médica (SIMONETTI, 2013).

O desafio para o psicólogo em sua atuação no âmbito hospitalar é combater a objetificação do paciente, defendendo sua autonomia, restituindo-lhe sua individualidade, sua capacidade de decisão em meio às determinações impostas pela própria equipe. É primordial refletir sobre a instituição hospitalar, considerando dentre tantas características, a sua estruturação político-ideológico. Nesse aspecto, o psicólogo pode não ser um agente de transformação, mas um profissional que se coloca em prol dos interesses da instituição, contribuindo para a adaptação dos pacientes (CHIATTONE, 2014).

E, deste modo, além da tríade anteriormente destacada, paciente-família-equipe, esse foco no modelo assistencial seria ampliado com mais um elemento, a própria instituição hospitalar (paciente-equipe-família-instituição). Numa atuação que se coloque como contraponto a essa perspectiva, e para que o psicólogo não se torne um agente voltado para os interesses da instituição, a prioridade deve ser mantida sobre o paciente, numa atuação voltada para o seu bem-estar, para o seu restabelecimento tanto físico quanto emocional (CHIATTONE, 2014).

Nesse espaço de enorme complexidade, entre paradoxos e desafios para um fazer que possa acolher a subjetividade humana, é que o psicólogo precisa compreender os fenômenos de saúde e doença numa perspectiva diferenciada e para além do paradigma médico-curativo, ampliando o olhar e a discussão sobre esse tema.

### **3 O CAMPO DA SAÚDE, A CONSTITUIÇÃO DO SABER MÉDICO E O SABER PSICOLÓGICO**

Na tentativa de compreender os fenômenos do campo da saúde numa ótica ampliada, o saber psicológico tem marcado seu lugar de relevância nessas discussões ainda de maneira muito tímida. Para melhor entender esta trajetória na estruturação do conhecimento no campo da saúde, é imprescindível perceber como a saúde foi abordada ao longo da história da humanidade, como cada cultura teorizava e construía suas técnicas para lidar com o adoecimento e proporcionar saúde e bem-estar.

Além disso, poder perceber como essas concepções foram modificadas desde a Antiguidade, principalmente no mundo ocidental, até chegar ao estabelecimento do modelo médico-biológico, como paradigma dominante em saúde na atualidade.

Ao buscar conhecer a leitura hermenêutico-filosófica dos fenômenos da saúde é relevante destacar que isso também se dá quando se estabelece uma ponte entre passado e presente, resgatando elementos importantes no transcurso da história.

Segundo Gadamer (2015 [1960], p. 445), “O tempo já não é mais, primariamente, um abismo a ser transposto porque divide e distancia, mas é, na verdade, o fundamento que sustenta o acontecer, onde a atualidade finca suas raízes”.

Para este, a história não se coloca como uma barreira para a compreensão dos fenômenos. Buscando-se um melhor entendimento dos fenômenos relativos ao campo da saúde, será realizado um resgate histórico das concepções de saúde no decorrer da história da humanidade, o que contribuirá para que se assimile a diretiva hermenêutica de que a compreensão dos fenômenos reivindica um diálogo entre o passado e o presente, entre o que fora pré-concebido e a atualidade contemporânea de sua manifestação.

### 3.1 Revisitando algumas concepções de saúde: da tradição clássica à medicina moderna

Ao se fazer um resgate do sentido da palavra saúde, constata-se que esta deriva etimologicamente da palavra *salus*, no latim, que remete em seu significado a íntegro, intacto. No grego, o termo utilizado é *holos*, que tem um sentido de totalidade. Em outros idiomas como o francês, o alemão e o inglês, os termos utilizados apontam para uma concepção de saúde ligada a uma noção de inteireza, firmeza (ALMEIDA FILHO, 2000).

Historicamente, percebe-se que a compreensão da saúde no mundo ocidental passou por inúmeras modificações, desde concepções mais abrangentes, em que a saúde é entendida numa interação entre corpo e *psique*<sup>11</sup>, até modos individualizantes, em que apenas um destes dois âmbitos é considerado. Tal diferenciação decorre de diferentes possibilidades de compreensão de ser humano, de mundo e, conseqüentemente, das diversas manifestações sócio-culturais e ético-políticas que foram sedimentadas na história da humanidade. Esses distintos olhares revelam aspectos ideológicos, direcionam um saber-fazer e, conseqüentemente, um modo de atuação no campo da saúde. Daí que:

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito [...] (SCLIAR, 2007, p. 30).

Ao se fazer um resgate histórico das concepções de saúde e doença na humanidade, ainda que de modo sucinto, pode-se melhor entender como se alcançaram distintas possibilidades de pensar e atuar diante dos fenômenos de saúde e doença em tempos pós-modernos<sup>12</sup>. Voltando-se para a Idade Antiga, tem-se uma concepção de doença muito ligada aos fenômenos espirituais, o que na literatura é denominado de concepção mágico-religiosa (SCLIAR, 2007; STRAUB, 2014).

O adoecimento de um sujeito era facilmente atribuído aos espíritos, sendo decorrente de uma feitiçaria ou possessão maligna que adentravam no corpo. Os

<sup>11</sup> Do grego *psychein*, significando “sopro”, esta foi uma palavra que teve seu sentido modificado no decorrer dos tempos, adquirindo o sentido de alma, ego, mente, sentimento. Alvo da intervenção psicológica a *psique* faz referência à dimensão não física do sujeito, aos seus sentimentos, emoções.

<sup>12</sup> Pós-moderno é um termo utilizado por Lyotard (1993), filósofo francês, ao caracterizar a cultura que se estabeleceu a partir da modernidade, especialmente, em decorrência do progresso científico e da crise da filosofia metafísica.

curandeiros, sacerdotes, eram pessoas que tinham habilidades reconhecidas no meio da comunidade para curar, exercendo um papel de “médico” nesse período. Um método bastante utilizado por estes para tratar os doentes era a trepanação, que consistia em se fazer buracos no crânio da pessoa enferma para que os demônios pudessem deixar o corpo. Essa prática era amplamente realizada na Europa, Egito, Índia e América do Sul, até por volta do século XIX (pelos mesmos motivos e objetivos), ocasião em que outras descobertas começaram a estimular o exercício de novas práticas terapêuticas (OLIVEIRA, 2011).

Diversos textos bíblicos fazem referência a essas concepções de doenças relacionadas aos espíritos maus, ou como consequência da ira divina ou da desobediência humana contra os mandamentos divinos (SCLIAR, 2007). Dentre eles, pode-se apontar o texto de Êxodo 15:26 em que são dadas instruções divinas para a prevenção de doenças, conforme expressa a seguinte passagem: “nenhuma enfermidade virá sobre ti, das que enviei sobre os egípcios; pois eu sou o Senhor, que te sara” (BÍBLIA SAGRADA, 1993, p. 103).

Por volta dos séculos VI e V a.C. aconteceram avanços importantes na saúde pública e saneamento na Grécia e em Roma. No contexto romano, foi registrada a criação de um sistema de esgotamento sanitário e de banheiros públicos. Na Grécia, por sua vez, diversas divindades ligadas ao campo da saúde eram cultuadas, como por exemplo, o deus da medicina *Asclepius*, a deusa da saúde, *Higieia*, e a deusa da cura, *Panacea*. A enfermidade não tinha um caráter puramente simbólico, concepção muito presente em diversas culturas da Antiguidade, mas de outro modo, os gregos já a entendiam como fenômeno concreto, natural. Nesse período, iniciou-se uma forte crítica às “concepções místicas” das enfermidades, sendo atribuídas as causas das doenças ao desequilíbrio da natureza.

Percebe-se, desta maneira, um distanciamento da figura do médico com a do sacerdote, iniciando-se uma separação entre medicina e religião. Além disso, são inúmeros os médicos e filósofos que “receitam” para manutenção da saúde, um estilo de vida com equilíbrio e serenidade. Dentre eles, os filósofos Antístenes e Diógenes defendiam que certas atitudes poderiam evitar doenças; entendiam que uma vida feliz é obtida seguindo-se o próprio fluxo da natureza, aceitando-a como ela se apresenta (PEREZ, 2007).

O destaque na história grega é dado ao filósofo Hipócrates de Cós (460-377 a. C), considerado “o pai da medicina moderna”. Para ele, as doenças teriam uma causa

natural e deste modo, o tratamento e prevenção poderiam ser estudados e conhecidos por intermédio de uma observação empírica dos doentes. Segundo seu entendimento, é necessário na prática médica respeitar o curso natural do organismo, o que se percebe em sua afirmação: “[...] tudo é vão quando se pretende forçar a natureza; mas quando ela por si mesma caminha por boa vereda, principia então verdadeiramente o ensino da arte” (HIPÓCRATES, 2009, p. 9 – tradução nossa).

No juramento hipocrático, pode-se perceber a invocação aos deuses no início do discurso, finalizando o mesmo com uma punição pelo descumprimento dos preceitos defendidos. Este formato dá um caráter religioso/sagrado, mas também moral para o texto, quando na defesa da confidencialidade e do respeito à vida. O destaque é dado ao ensino da medicina atrelado à ética na relação com o paciente e no comprometimento com as questões comunitárias. A profissão é defendida como um tipo de “sacerdócio”, destacando o bem-estar da pessoa enferma como prioridade. É recomendado ao médico o cuidado de não prejudicar o doente com sua intervenção, concebendo-se o remédio tanto em seu efeito terapêutico quanto nocivo ao enfermo. A prática médica deveria ser fundamentada no respeito e responsabilidade para com o doente, como se pode notar:

Por Apolo médico e Esculápio juro: por Hígie, Panacea e todos os deuses e deusas a quem tenho por testemunho da observância deste voto, que me obrigo a cumprir o que ofereço com todas as minhas forças e vontade. Tributarei a meu mestre de medicina igual respeito que aos autores dos meus dias, partindo com eles a minha fortuna e socorrendo-lhes caso necessário; tratarei a seus filhos como a meus irmãos e se quiserem aprender a ciência, os ensinarei desinteressadamente e sem outro gênero de recompensa. Instruirei com preceitos lições faladas e demais métodos de ensino a meus filhos, aos meus mestres e aos discípulos que me seguem segundo os regulamentos e juramento que determina a lei médica e a ninguém mais. Fixarei o regime dos enfermos de modo que lhes seja mais proveitoso segundo minhas faculdades e meu conhecimento, evitando todo mal e injustiça. A ninguém darei por prazer remédio mortal, nem persuadirei a pessoa alguma com sugestões desta espécie; abster-me-ei igualmente de administrar a mulheres grávidas substância abortiva. Minha vida conservarei e exercerei minha profissão com inocência e pureza. Não praticarei a talha deixando esta operação e outras aos especialistas que se dedicam a praticá-la ordinariamente. Quando entrar em uma casa, não levarei outro propósito que o bem e saúde aos enfermos, tomando muito cuidado de não cometer intencionalmente faltas injuriosas ou ações corruptas e evitando principalmente a sedução das mulheres jovens, livres ou escravas. Guardarei reserva acerca do que escute ou veja na sociedade, que não seja preciso divulgar, seja no domínio da minha profissão, considerando a discrição como um dever em semelhantes casos. Se observar com fidelidade o meu juramento, seja-me concedido gozar felizmente minha vida e minha profissão, honrado para sempre entre os homens, se eu dele me afastar ou infringir, caia sobre mim a sorte adversa (HIPÓCRATES, 2009, p. 7 - tradução nossa).

Partindo de explicações racionais, Hipócrates fundamentou a teoria humoral, em que a partir do “equilíbrio” de quatro fluidos do corpo (sangue, bile amarela, bile negra e fleuma) se poderia ter corpo e mente saudável. O referido filósofo recomendava, para isso, a adoção de práticas de exercícios físicos, dieta equilibrada, descanso e cuidados com os excessos.

Por isso, a dieta muito rígida e mantida por longo tempo, é nociva até para os sãos, pelas consequências danosas que qualquer excesso pode acarretar. Por esta razão, é mais conveniente um método de alimentação moderada que outra muito rigorosa [...] Uma vez que o exercício corporal chegue a ser penoso, nenhum remédio é tão rápido e eficaz com o descanso (HIPÓCRATES, 2009, p. 12 - tradução nossa).

Vale ressaltar que Hipócrates, além de enfatizar os aspectos físicos das doenças, voltava a sua atenção, de igual modo, para os aspectos psicológicos destas, o que se observa em sua afirmativa, citada por Straub (2014, p. 8): “É melhor conhecer o paciente que tem a doença, do que conhecer a doença que tem o paciente”. É interessante observar em Hipócrates uma tentativa de abordar as questões relativas à saúde numa aproximação com os aspectos físicos e psicológicos, não incorrendo numa tentativa de separação dessas instâncias, demonstrando um interesse por um olhar mais abrangente sobre o sujeito enfermo.

Ainda que a teoria humoral<sup>13</sup> tenha sido primeiramente pensada pelos estudos hipocráticos, em Galeno (129-201 a. C.) ela pôde ser ampliada. Não só os humores foram enfatizados pelos estudos de Galeno, mas a química do corpo, ou as misturas, conforme sua designação conceitual. A sua noção de misturas considerava, segundo Morand (2009):

- Os elementos, o fogo, a terra, a água e o ar;
- As qualidades, o quente, o frio, o seco e o úmido;
- Os humores, o sangue, a bile negra, a bile amarela e a fleuma.

O que se pode depreender de sua teoria, brevemente, é que o corpo se constitui de elementos que se modificam sob a influência das qualidades. A mistura das qualidades e o equilíbrio dos humores são determinantes para a saúde, e para a compreensão da composição do corpo e dos remédios. A mistura equilibrada é algo raro e se situa no nível

<sup>13</sup> Ao abordar a teoria dos humores, Galeno considerava que os humores eram comuns a todos os seres vivos que tivessem sangue. Entendia também que estes eram transmitidos de mãe para filho pelo sangue e, que o excesso de um humor poderia causar doenças. Este excesso poderia ser provocado por alterações na alimentação, no modo de vida, no ambiente, e também pela idade do sujeito.

do corpo e da alma. Uma boa alimentação, prática de atividade física moderada e adoção de bons hábitos de vida auxiliam na prevenção de doenças.

Segundo a perspectiva galeana, o corpo era visto como um microcosmo que reproduzia elementos característicos do macrocosmo, o universo. As explicações galeanas tinham base naturalista, como se pode constatar: “A natureza, como já demonstrei, não faz inutilmente qualquer destas coisas [...] É uma regra que ela observa igualmente em todos os animais” (GALIEN, 1854, p.177 - tradução nossa). A causa da doença estaria dentro do homem, em sua própria constituição ou como consequência de hábitos de vida.

Mesmo tendo sido ultrapassada por outras teorias médicas posteriormente, esta trouxe relevantes contribuições para o modo de compreensão do fenômeno da doença, relacionando-a a mecanismos internos, orgânicos, traços da personalidade. Estas concepções acabaram influenciando, decisivamente, nas práticas da medicina popular e alternativa. Práticas não baseadas em “evidências” ou “fatos” científicos, mas em diferentes tradições de cura fomentadas em diversas culturas (FIGUEIREDO; ABREU, 2010; SCLIAR, 2007).

Também na Grécia Antiga encontra-se o filósofo Platão (427 a.C - 348 a.C), que trouxe grandes contribuições para pensar sobre a saúde, o corpo. Em *Fedro*, no diálogo que se estabelece entre Sócrates e Lísias, pode-se depreender a linguagem como *phármakon*<sup>14</sup>, ou seja, tem um duplo sentido, podendo conduzir ao conhecimento verdadeiro, ou ao que é falso, e, sendo assim, respectivamente, ao remédio ou ao veneno (MONTENEGRO, 2009). Em analogia com um ser vivo, o discurso pode adoecer, necessitando de um remédio, como se percebe: “Todo discurso deve ser formado como um ser vivo, ter o seu organismo próprio, de modo a que não lhe faltem nem a cabeça, nem os pés, e de modo a que tantos os órgãos internos quanto os externos se encontrem ajustados uns aos outros, em harmonia com o todo” (PLATÃO, 2004, p. 262).

Em outro diálogo, *O Banquete*, observa-se uma aproximação entre o Eros (amor) e a medicina. O Eros, como impulso da alma humana, conduz os seres humanos para atrações múltiplas. No tocante à medicina, esse Eros, sendo duplo, é inerente a todos os corpos; pois o amor experimentado pelos corpos é diferente, a depender em ter-se um corpo são ou enfermo. No discurso proferido pelo médico Erixímaco, o amor se

---

<sup>14</sup> O filósofo Jacques Derrida em seu livro *A farmácia de Platão* coloca a noção de *phármakon* platônica como pertencente a uma rede de significações. Por um lado, a palavra tem por tradução “remédio”, em que diz de sua conotação benéfica, como afirma: “Esta medicina é benéfica, ela produz e repara, acumula e remedia” (DERRIDA, 2005, p. 44). Por outro lado, esse caráter benéfico inverte-se, tornando-se veneno, ou seja, “[...] a eficácia do *phármakon* pode inverter-se: agravar o mal ao invés de remediá-lo” (DERRIDA, 2005, p. 45).

presentifica não somente na alma humana, mas também na natureza, no corpo. Para o bom desempenho da arte médica, seria necessário equilibrar os elementos opostos, o Eros que habita o corpo são e o corpo doente. “Em suma, a medicina é a ciência das leis do corpo quanto à repleção e à evacuação, sendo por isso o mais hábil médico aquele que discerne o amor propício e o amor nefasto” (PLATÃO, 1996, p. 31).

Convém destacar que a antropologia platônica seguia uma concepção monista de homem, em que corpo e alma interagem entre si, afetando um ao outro. Isso pode ser percebido em seus diálogos:

- *Fédon*. Neste, Sócrates apresenta o corpo enquanto possibilidade, numa perspectiva diferente de outros pensadores da época que defendiam que o corpo era unicamente a prisão da alma, limitando sua atuação. Sócrates resgata a união entre corpo e alma, sinalizando que o corpo pode se apresentar de duas formas, enquanto prisão e enquanto possibilidade, cabendo à alma o papel de constituí-lo (ARAÚJO JUNIOR, 2009). Sobre a complexidade desse tema, ele assim afirma: “Ora, a explicação ministrada secretamente acerca dessa matéria de que nós, seres humanos, estamos numa espécie de cárcere e que não devemos nos libertar ou fugir, a mim parece de grande peso e de difícil compreensão” (PLATÃO, 2008, p. 193-194).

- *Timeu*. Neste, saúde e doença são entendidas como decorrentes de assimetrias entre corpo e alma, como se pode constatar: “no que diz respeito à saúde e as doenças [...], não há proporção nem desproporção de maior importância do que a existente entre corpo e alma” (PLATÃO, 2010, p. 257).

A terapêutica platônica se baseava em manter em sintonia tanto o corpo quanto a alma, devendo o sujeito evitar dedicar-se demasiadamente a um em detrimento do outro, como se percebe:

Para esses dois males há tão-só uma salvação: não empregar a alma sem o concurso do corpo nem o corpo sem o concurso da alma, de modo que possam estar de maneira mútua regularmente equilibrados e sadios. Assim, o matemático, ou o aficionado ardente de qualquer outra matéria, que mantém uma atividade árdua com seu intelecto, precisa igualmente submeter-se seu corpo ao exercício praticando ginástica; por outro lado, aquele que é cioso no que toca a modelar o corpo deve, por sua vez, ativar sua alma se devotando às artes liberais e a todos os ramos da filosofia, se um ou outro quiser ser merecedor de ser classificado com justiça como belo e bom (PLATÃO, 2010, p. 258).

Ainda na Grécia antiga, um filósofo que trouxe grandes contribuições para pensar as concepções de saúde e doença e o saber-fazer médico foi o pensador Aristóteles (384 a.C. - 322 a.C.). Este, influenciado por seu pai médico, demonstrava amplo conhecimento dos tratados hipocráticos em sua obra e pode aprofundar algumas reflexões suscitadas por Platão. Ao pensar sobre diversos tipos de saberes, em seu caráter teórico ou

prático, Aristóteles se vê na difícil missão de situar o saber médico. Assim, ele inicia um debate sobre o saber médico: arte (*techne*) ou ciência (*episteme*)? A arte, segundo ele, seria uma compreensão obtida de diversas experiências, possibilitando apreender a causa das coisas, produzindo algo novo (*ergon*), não-natural.

A ciência, por sua vez, refere-se ao conhecimento das causas, de modo que conhecer cientificamente equivale à causa de origem mediante o encadeamento lógico de hipóteses e premissas. E, como ressalta Puente (2009), a ciência, por outro lado, é um conhecimento que advém de experiências de casos singulares e não tem este caráter pragmático da arte.

Para Aristóteles (1973, p.54), “[...] a ‘arte médica’ não domina a saúde, pois não se serve dela, mas fornece os meios de produzi-la; e faz prescrições no seu interesse, mas não a ela”. A lógica aristotélica é de que a saúde não é produto do fazer médico, mas existe potencialmente no sujeito, pois, do contrário, ninguém poderia se curar sozinho (PUENTE, 2009). Ainda assim, se poderia compreender que para o *estagirita* a Medicina se constituiria uma *techne* comprometida com o seu fim último, o seu *telos*, a saúde.

Assim como nos escritos hipocráticos, Aristóteles defende para a manutenção da saúde, o equilíbrio em todas as práticas, seja alimentares, físicas, dentre outras. A medicina, conforme o entendimento aristotélico, não deve seguir o rigor matemático, considerando que cada sujeito possui uma medida própria que deve ser considerada no estabelecimento da terapêutica, como se depreende: “[...] não há arte ou preceito que os abranja a todos, mas as próprias pessoas atuantes devem considerar, em cada caso, o que é mais apropriado a ocasião, como também sucede na arte da navegação e na medicina” (ARISTÓTELES, 1973, p. 68).

Nos escritos hipocráticos, galeanos, platônicos e aristotélicos, o que se percebe são explicações acerca da saúde e doença muito ligadas à dinâmica da própria natureza e concebidas a partir dos estados de equilíbrio, desequilíbrio, harmonia, desarmonia manifestados pelo organismo humano. Estes se dão num sujeito em que corpo e alma são afetados, numa concepção totalizante deste.

A medicina grega, ao contrário, oferece a nossa consideração, nos escritos e práticas hipocráticas, uma concepção não mais ontológica e sim, dinâmica das doenças, não mais localizante e sim, totalizante. A natureza (*physis*) tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo o homem e é toda dele [...]. A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez, sobretudo, o esforço que a

natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio (CANGUILHEM, 2000 [1966], p. 20).

A partir da baixa Idade Média<sup>15</sup>, vivencia-se um período em que o domínio da igreja católica definia o modo como a saúde e as doenças eram explicadas, ou seja, sempre numa perspectiva religiosa. As enfermidades eram entendidas como consequência do pecado original e o sofrimento como modo de alcançar a salvação espiritual. Os médicos eram ministros da igreja, existindo diferentes classes de médicos, para distintos grupos sociais. Estes se voltavam para o atendimento dos civis, eclesiásticos, burgueses, militares e pobres. Os estudos científicos de perfuração do corpo (dissecção) eram proibidos por considerar-se que tanto homens como animais possuíam alma. Predominavam os rituais curadores, com a utilização de sangrias, dietas, infusões e emplastos de ervas (VIDAL Y BENITO, 2010; BALESTRIN; BARROS, 2009).

Posteriormente, com o início da Renascença (séc. XV), período em que se resgatam os estudos científicos de dissecção humana e da prática médica, pensadores como Copérnico (1473-1543), Galileu Galilei (1564-1642), Isaac Newton (1642-1727) marcaram esse momento com suas teorias. Um importante filósofo e matemático que decisivamente refletiu e discutiu a necessidade do método científico para a busca da verdade, e cuja referência se tornou paradigmática até hoje para as discussões epistemológicas, foi René Descartes<sup>16</sup> (1596-1650).

Aqui se faz oportuno ressaltar sua concepção mecanicista do homem e da doença, segundo a qual o corpo era comparado a uma máquina, e a doença seria uma avaria nesta estrutura, cabendo ao médico consertá-la (BALESTRIN; BARROS, 2009; SCLIAR, 2007). Descartes defendia a separação entre mente e corpo (dualismo cartesiano). A doutrina cartesiana concebia a natureza humana em um âmbito físico e outro mental, instâncias estas que se dividem e se unem substancialmente.

---

<sup>15</sup> A Idade Média foi classificada, por alguns historiadores em baixa Idade Média (período inicial) e alta Idade Média (período que antecedeu a Renascença) (STRAUB, 2014).

<sup>16</sup> Embora o filósofo René Descartes não tenha inaugurado a discussão sobre a distinção entre corpo (*res extensa*) e alma (*res cogitans*), o que pode ser constatado nos diálogos platônicos, por exemplo. No entanto, foram as ideias cartesianas que marcaram profundamente o pensamento moderno da época, influenciando até os dias atuais.

Depois disto, eu descrevera a alma racional, e mostrara que ela não pode de modo algum ser tirada do poder da matéria, como as outras coisas de que falara, mas que deve ser expressamente criada; e que não basta estar alojada no corpo humano, como um piloto em seu navio, a não ser, talvez, para mover seus membros; mas que precisa estar mais estreitamente ligada e unida a ele, para ter, além disso, sentimentos e apetites semelhantes aos nossos, e assim constituir um verdadeiro homem (DESCARTES, 2009 [1989], p. 98).

Embora tenha considerado a união entre corpo e alma, a ênfase em sua construção teórica se voltou para a divisão, como ele mesmo afirmou: “De sorte que este eu, isto é, a alma pela qual sou o que sou, é inteiramente distinta do corpo” (DESCARTES, 2009 [1989], p. 60). Sob a influência do seu pensamento, o que se seguiu às suas teorias foram desenvolvimentos nas pesquisas médicas, cuja diretriz racionalista aponta, na maioria das vezes, numa valorização dos aspectos físico-biológicos referentes ao adoecimento, em detrimento dos fatores psicológicos.

No período iluminista, os estudos no campo da saúde estão voltados progressivamente aos aspectos biológicos e anatômicos. As transformações políticas e econômicas que ocorrerão no contexto europeu, somado aos avanços tecnológicos nos séculos XVII e XVIII, irão remodelar a medicina neste momento. No período mercantilista, uma “certa preocupação” de países como a França, Inglaterra e Alemanha com a saúde da população, mais especificamente dos trabalhadores, despertará um maior interesse pelo aumento da mão-de-obra produtiva (FOUCAULT, 2010 [1979]).

O crescimento urbano, a falta de saneamento básico, a má qualidade do ar e da água e o acúmulo de cadáveres nas ruas, irão contribuir para a formulação da “teoria miasmática” no século XVII, que segundo a qual as más condições sanitárias geram alterações atmosféricas que favorecem doenças e epidemias (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Todavia, essa explicação das doenças será abandonada ainda nesse período, com o desenvolvimento dos estudos anatômicos. Como representante desse novo modelo de explicação das doenças, destaca-se o anatomista François Bichat (1771-1802), que defendia o entendimento da saúde como o “silêncio dos órgãos”, numa compreensão desta como ausência de doenças no interior do organismo (SCLIAR, 2007).

Outro estudioso importante para o desenvolvimento da medicina científica moderna foi Louis Pasteur (1822-1895), médico francês que, por meio do microscópio, identificou microrganismos causadores de doenças, fundando a “teoria microbiológica da doença”. Suas descobertas permitiram a criação de vacinas, como a antirrábica. A

“revolução pasteuriana”, dentre outras que se sucederam, marcarão os estudos médicos definitivamente, deslocando as causas das doenças do ambiente (teoria miasmática, por exemplo), para o interior do corpo, em seus órgãos e tecidos (microbiologia, patologia celular). (SCLIAR, 2007).

Os diversos estudiosos da medicina na Idade Moderna irão contribuir para o seu desenvolvimento numa perspectiva científica, em que as concepções mágico-religiosas e naturalistas acerca da saúde e doença serão progressivamente abandonadas e substituídas por explicações de base racionalista. Saúde entendida como ausência de alterações orgânicas. As mudanças acontecerão, primeiramente, no campo teórico, para posteriormente, alcançar a terapêutica, as práticas utilizadas pelos médicos para a cura das doenças.

Em *O nascimento da clínica*, Foucault (2014 [1980]) destaca que as modificações necessárias para o aparecimento da clínica no cenário médico na modernidade, não se deram somente no que se refere à teoria médica em específico, mas também, no modo de entender a doença. Para que essa nova forma de conceber os fenômenos relativos à doença pudesse se organizar, foram estabelecidos alguns princípios, sendo estes:

- O caráter histórico se sobrepõe ao saber filosófico, ou seja, os elementos observáveis, passíveis de descrição são alvos dos estudos médicos, em detrimento do questionamento das causas, origens desses conhecimentos;

- As semelhanças ou analogias estabelecidas entre as doenças se superpõem, transformando-se em identidade, definindo as essências;

- Partindo-se das analogias, estabelece-se uma disposição inteligível, racional das enfermidades;

- As doenças possuem caráter natural e também ideal. O primeiro faz referência a sua essência nosológica (doença). O segundo, ao fato de apresentar-se sempre na experiência como perturbação. O paciente, a despeito do quadro patológico apresentado, acrescenta por sua subjetividade uma série de situações que escapam a idealização nosológica.

É interessante observar nesses princípios estabelecidos na estruturação da medicina científica moderna, a prioridade dada à “universalidade” do conhecimento, à racionalização das doenças e ao enfoque sobre a doença em detrimento dos elementos

trazidos pelo paciente decorrentes de sua história de vida. O que “escapa” aos preceitos nosológicos é considerado fruto da subjetividade do paciente, ou seja, tem menor relevância nesse contexto.

Com o advento da clínica, o olhar “superficial” da medicina clássica sobre as doenças, em que se levava em consideração o modelo taxonômico da história natural,<sup>17</sup> foi modificado para um olhar médico mais “aprofundado”, em que se defendia a realização de procedimentos no interior do corpo, em suas estruturas orgânicas. Esse caminho conduziria a um esclarecimento da doença, à cura (FOUCAULT, 2014 [1980]). A prática clínica corresponderá, na história da medicina, “[...] ao momento em que esta constituirá o sujeito doente” (FONSECA, 2007, p. 164). No contexto de estruturação de um saber objetivante, no caso o saber médico, se produzirá uma subjetividade, ou seja, o doente.

Tal redirecionamento que busca pensar a relação saúde e doença de modo mais abrangente revela como curiosidade a necessidade de atentar ao percurso histórico da medicina moderna; o que aqui será auxiliado pelas reflexões foucaultianas. Em seu livro *Microfísica do poder*, Foucault (2010 [1979]) narra e reflete sobre o nascimento da medicina social, destacando que “a medicina é uma prática social que somente um dos seus aspectos é individualista e valoriza a relação médico-doente” (FOUCAULT, 2010 [1979], p. 79). Nesse percurso, ele sinaliza três momentos que antecederão a medicina científica, que são: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho.

Um momento identificado na trajetória da medicina moderna foi o da medicina urbana. Consistia na “limpeza” dos espaços urbanos objetivando o controle das doenças. A medicina aqui praticada era “extremamente” excludente, uma vez que retirava dos centros urbanos pacientes com lepra, os doentes mentais, os epiléticos, os acometidos de doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis, dentre outros tipos de enfermidades. Essas práticas irão influenciar fortemente a medicina científica estabelecida no século XIX (FOUCAULT, 2010 [1979]).

Somente num último momento na história da medicina social observa-se uma “medicalização dos pobres”. A constituição de uma medicina da força de trabalho só se deu quando os operários começaram a ser vistos como um perigo para as elites da época, quando aumentaram as revoltas populares e passaram a ser alvo do controle político e médico. No momento de sua consolidação na Idade Moderna, a medicina se configurou

---

<sup>17</sup> Segundo este modelo, a doença, como entidade ideal, apresentava um lugar definido no quadro geral de doenças, sendo percebido o seu sintoma, sua estrutura visível (FOUCAULT, 2014 [1980]).

numa prática elitista, o que reflete até os dias atuais no modo como esta se apresenta no topo da hierarquia nas instituições hospitalares (FOUCAULT, 2010 [1979]).

Toda esta trajetória marca a consolidação de uma medicina científica, que por sua vez, orienta-se por um modelo de saúde dominante no século XX. A exclusão, a manipulação, o controle e o empoderamento, segundo Foucault (2010 [1979]), podem ser percebidos e destacados na consolidação do saber-fazer médico na modernidade. A medicina científica e alopática é o modelo mais aceito no mundo ocidental atual frente a outras modalidades com a medicina homeopática, tradicional chinesa, dentre outras, devendo-se considerar que cada uma dessas práticas se propõe, de modo particular, a pensar a doença e o papel do médico (VIDAL Y BENITO, 2010).

Para melhor compreender a concepção de saúde consolidada pelos avanços da medicina moderna, torna-se necessário, por conseguinte, compreender a racionalidade que a determina, ou seja, a saúde na perspectiva de seu modelo médico-biológico.

### **3.2 O Modelo Médico-Biológico: breve caracterização**

As modificações que ocorreram no campo da saúde para favorecer o processo de medicalização se deram, inicialmente, no âmbito da assistência e técnica. Posteriormente, adquiriram um significado mais amplo, alcançando outras esferas da vida humana, como o social, econômico, dentre outros. A expansão da medicina no século XX se efetuou com o “domínio do medicalizável”, ou seja, da terapêutica, do diagnóstico, do saber e fazer médico (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

De uma medicina baseada na identificação de elementos presentes no meio ambiente que pudessem gerar alterações orgânicas, gradativamente se observa uma atenção voltada para a análise de modificações que ocorrem no interior do corpo, em que o foco passa a ser os microrganismos presentes em seu interior, nos seus órgãos e tecidos. O modelo médico-biológico de explicação da saúde no século XX apresenta, segundo Straub (2014), três características que podem ser destacadas:

- Em primeiro lugar, entende que a doença é resultado de um microrganismo (bactéria, vírus, fungo, dentre outros) que adentra ao corpo;
- Em segundo lugar, esse modelo tem como alicerce de seu conhecimento a doutrina cartesiana em que se defende o dualismo mente-corpo na explicação de doenças;

- Por fim, de acordo com ele, a saúde nada mais é que a ausência de doenças.

Desta feita, o modelo médico-biológico se caracterizaria, essencialmente, por uma compreensão internalista do adoecimento, segundo a qual o corpo seria percebido como instância separada da mente, *psique*. O que ainda se percebe é uma forte ênfase sobre o orgânico na formação em saúde, de modo mais amplo. Ao abordar os pontos essenciais na formação médica da atualidade, Luz (2014) em seu livro *As novas faces da medicina*, destaca:

- Ensinar os mecanismos biológicos que regem o organismo, seja o coração, rins, pulmões, dentre outros órgãos. Este chama a atenção para as modificações que ocorrem na tecnologia contrapondo a imutabilidade do fenômeno biológico;

- Ensinar os mecanismos fisiopatológicos das doenças, para que se possa levantar o diagnóstico e estabelecer o tratamento;

- Deve-se orientar o futuro médico na busca pela causa das doenças, pois a cura orgânica é alcançada pela eliminação da causa;

- É importante o incentivo à pesquisa para o alcance de soluções inovadoras;

- Desenvolver o pensamento crítico para que se produza uma boa prática clínica;

- Uma boa formação médica transita entre a ciência, o conhecimento e a técnica;

- Proporcionar um ambiente favorável (a universidade) para a descoberta de novos talentos, onde a criatividade e a inteligência possam frutificar.

Como se pode perceber nos pontos considerados essenciais na prática médica, segundo Luz (2014), um destaque é dado ao aprofundamento dos conhecimentos de base biológica, no domínio de técnicas que orientem um saber-fazer reconhecido em sua cientificidade. Nos tempos atuais, constata-se uma prática médica fortemente atrelada ao domínio da tecnologia, promovendo avanços no entendimento das doenças, auxiliando no diagnóstico e na terapêutica. No entanto, é necessário também pensar este modelo que direciona a maior parte das formações profissionais no campo da saúde, não somente em seus aspectos positivos, mas em sua insuficiência na compreensão dos fenômenos encontrados nessa área específica de atuação.

### 3.3 O Modelo Médico-Biológico: considerações críticas

Não perdendo de vista a relevância dos conhecimentos tomados com base no modelo médico-biológico, é necessário entender suas limitações na compreensão dos fenômenos de saúde e doença. Limitações não a partir do que esse modelo se propõe em suas diretrizes, mas considerando o seu alcance para pensar a saúde humana em sua abrangência.

Ao considerar o adoecimento como unicamente desencadeado por microrganismos, o modelo médico-biológico deixa de considerar, em proporções devidas e necessárias, outras variáveis intervenientes, como os fatores sociais, psicológicos, ou comportamentais da doença. Como consequência, aqueles que tomam como base este modelo fundamentam suas investigações nas causas das doenças no âmbito físico, ao invés de se concentrarem em fatores que promovam a vitalidade física, psicológica e social. Essa “patologização” do corpo humano conduz a uma prática de saúde que se fundamenta e se constitui sobre a doença, esquecendo-se de promover a saúde.

Outro ponto de forte influência até os dias atuais diz respeito à concepção dividida de corpo e mente, herança da diretiva cartesiana. Segundo esse modelo, estas são consideradas instâncias separadas e autônomas que pouco ou minimamente interagem entre si. Esse modo de entendimento impossibilita uma concepção mais ampla acerca do ser humano, comprometendo uma assistência integral aos sujeitos adoecidos.

É interessante observar, a partir das considerações de Luz (2014), anteriormente elencadas, os elementos reconhecidos como prioritários na formação médica. Pode-se constatar a ênfase dada aos aspectos biológicos e a concepção de cura atrelada à identificação e eliminação do microrganismo. Todos os pontos elencados como sendo “fundamentais” na formação do profissional do campo da medicina transitam entre o domínio de mecanismos fisiopatológicos e da técnica. Além disso, percebe-se que nenhum destaque é dado a outros modos de compreender o adoecimento, ou mesmo, no desenvolvimento de habilidades que favoreçam a relação médico-paciente.

O mesmo autor, ao definir a medicina, ressalta que “É uma ciência que busca entender essa **maravilhosa máquina** que é o organismo humano” (LUZ, 2014, p. 19, grifo nosso). Diante dessa afirmação, em que medida a ciência médica, ao dirigir sua atenção ao fenômeno da saúde e doença, limita a sua compreensão sobre o organismo humano,

tomando-o como uma máquina maravilhosa? Uma compreensão puramente orgânica poderia dar conta de compreender o fenômeno da saúde?

As críticas ao modelo médico-biológico na atualidade se voltam para o caráter dicotômico e patologizante de explicação dos fenômenos da saúde e doença. Outros saberes anteriormente pensados, como, por exemplo, o saber popular advindo da tradição foram desconsiderados e substituídos pelo “novo modo de explicar as doenças”. Nesse contexto, portanto, “os laboratórios e os microscópios tornaram-se fortes armas médicas” (MAEYAMA; CUTOLO, 2010). Entende-se a importância dos aspectos físicos, biológicos do adoecimento, mas ao tratar do ente humano, a complexidade em que este se estrutura não permite que se ignorem outros aspectos que compõem a totalidade do ser.

Em seu texto clássico *O normal e o patológico*, o médico francês Canguilhem (2000 [1966]) propõe uma reflexão sobre os métodos e técnicas utilizados na compreensão dos fenômenos patológicos humanos. O ponto de partida de suas análises é a teoria defendida pelos estudiosos Augusto Comte e Claude Bernard amplamente difundida durante o século XIX no contexto europeu. Esta sustentava a oposição entre saúde e doença, normal e patológico, percebidos como conceitos qualitativamente opostos.

Ao iniciar sua discussão, Canguilhem suscita o seguinte questionamento: seria o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal? Esta indagação faz referência a um entendimento de sua época de que os estados patológicos difeririam dos estados normais unicamente por variações quantitativas, ou como o próprio autor descreve: “[...] semanticamente, o patológico é designado a partir do normal, não tanto como *a* ou *dis*, mas como *hiper* ou *hipo*” (CANGUILHEM, 2000 [1966], p. 22).

Esse modo de entender os fenômenos patológicos unicamente por uma perspectiva quantitativa, em que se defende um retorno ao estado normal pela ciência, acaba por desconsiderar outras dimensões desse fenômeno, como, por exemplo, a dimensão ontológica que diz respeito ao modo de ser.

Nesse sentido, Canguilhem (2000, [1966] p. 22-23) ressalta que “[...] a doença deixa de ser objeto de angústia para o homem são e torna-se objeto de estudo para o teórico da saúde”. Ou seja, não cabe mais ao próprio homem dar sentido ao seu adoecimento, originando leituras próprias, subjetivas desse fenômeno. O importante é que a medicina domine e direcione esse fenômeno atribuindo-lhe o devido sentido, sendo este objetivo e racionalizado.

Para compreender a maneira como se consolidou o modelo médico-biológico no transcurso da medicina moderna, é necessário refletir sobre o paradigma flexneriano ou biomecânico, que deixou marcas no modo de estruturação da formação médica até a atualidade. Abraham Flexner, pedagogo americano, estabeleceu um modelo de ensino para a formação médica, no qual eram priorizadas as disciplinas de base técnica em detrimento de outras.

Ciência, democracia e outras forças que vêm constantemente crescendo em intensidade estão criando um mundo diferente e as universidades devem levar isso em conta. [...] as universidades devem, por vezes, dar a sociedade não o que esta precisa, mas o que esta necessita (FLEXNER, 1968, p. 5 - tradução nossa).

Conforme as diretrizes dessa proposta, a formação médica deveria passar por ciclos básicos com enfoque no laboratório. Outros aspectos também importantes na formação, como a relação médico-paciente, passaram a ter menor relevância. A busca por explicações das doenças na organização das cidades e dos grupos sociais perdeu espaço para teorias individualizantes, biológicas. Tesser, Neto e Campos (2010, p. 3617), ao abordarem o modelo flexneriano, enfatizam:

A visão mecanicista do corpo humano; uma concepção das doenças como defeitos da “máquina humana”, que se dão, invariavelmente, em relação às pessoas e lugares. Os microrganismos, como os germes são tidos como “causas últimas das doenças” e tanto o diagnóstico quanto o tratamento são instituídos partindo-se dessa premissa. O relacionamento entre médico e paciente é instituído a partir do “paradigma do cuidado hospitalar”, que deve se dar de modo autoritário em que os doentes devem se submeter aos profissionais e “aprender deles o saber científico”, considerado único saber eficaz de tratamento e prevenção de doenças.

Em consequência ao paradigma flexneriano, constata-se uma falta de investimento na formação médica no que se refere à relação deste com o paciente, um distanciamento das questões culturais, do cotidiano de vida dos pacientes, de sua subjetividade. A pretensão de ser o “único conhecimento verdadeiro” coloca o saber médico em posição de destaque e impossibilitado de dialogar com outros modos de compreensão da saúde. Para os defensores do modelo flexneriano, no entanto, este permitiu uma estruturação e padronização dos currículos médicos, além de consolidar o profissional médico enquanto um cientista, firmando definitivamente as bases científicas do saber médico.

Hoje em dia, o que mais se espera da medicina e da ciência não é o desenvolvimento tecnológico, pois nesse campo, felizmente, já estamos bem avançados. O que mais se quer é uma humanização da medicina, e do que mais se fala é da relação médico-paciente, da bioética, do barateamento dos custos, do acesso à saúde para todos, etc. E tudo isso só será possível se escaparmos do cientificismo duro e conseguirmos criar conexões produtivas entre a ciência e outros campos de saber (SIMONETTI, 2013, p. 26).

Enquanto a medicina prioriza cada vez mais o desenvolvimento tecnológico e o aprimoramento de técnicas em sua prática profissional, esta gradativamente se distancia de outros aspectos também essenciais para sua intervenção junto ao paciente, numa “atitude pretenciosa” de possuir o domínio de toda a natureza humana, dando destaque aos aspectos orgânicos como sendo a dimensão prioritária do sujeito.

O que se pode identificar como produto da valorização da técnica em detrimento de outros elementos essenciais na formação do médico é um crescente afastamento entre profissional e paciente, seja pelo modo impessoal estabelecido durante o atendimento, ou pelo abandono das práticas clínicas substituídas pelos exames instituídos. Luz (2014), ao tratar das características da medicina moderna, identifica:

- A profissão se tornou mais impessoal: a desvinculação do paciente com o médico é justificada pelo sistema;
- A fragmentação em decorrência das múltiplas especialidades;
- A dependência da medicina pelas tecnologias, substituindo o exame clínico, a anamnese;
- A pressa do profissional nos atendimentos, constatada pelo tempo de consulta;
- O assédio dos médicos pela indústria farmacêutica e de equipamentos;
- O comércio em torno da profissão;
- A heterogeneidade na prática médica, decorrente dos recursos e da qualidade.

As observações de Luz (2014) sobre a prática médica na atualidade configuram um cenário de tecnificação, hiperespecialização, medicalização e comercialização. Estes atravessam a formação e a prática médica, interferindo no modo como este profissional percebe o fenômeno da saúde e doença e como ele atua sobre o paciente. Como consequência disso, o que se tem é uma dificuldade dos profissionais do campo da medicina de compreenderem para além do objetivável: o fenômeno do adoecimento.

Ao analisar a situação das especialidades médicas no Brasil, por exemplo, Campos, Chakour e Santos (1997) ressaltam dois pontos contraditórios: de um lado, as especializações levam a um aprofundamento técnico que conduzem a uma prática médica mais resolutiva; por outro lado, acarreta um prolongamento do tempo para estabelecimento de diagnóstico e tratamento, diminuindo a eficácia e elevando os custos do sistema de saúde.

Parte dessa elevação dos custos dos serviços de saúde é também decorrente da dependência por parte dos médicos de tecnologias para a identificação de patologias e fechamento de diagnósticos. O exame clínico que aproximava médicos de seus pacientes está, progressivamente, sendo substituído pela impessoalidade das máquinas de exames (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997).

Além das questões em torno das especialidades médicas, outro ponto destacado por Luz (2014) é quanto à impessoalidade na relação médico-paciente, justificada, segundo este, pelo sistema. É interessante constatar como o profissional médico é percebido diante do contexto em que está inserido, como se nota na afirmação “O assédio dos médicos pela indústria farmacêutica”.

Numa reflexão que contrapõe a essa configuração de uma passividade dos médicos diante do “sistema”, ou seja, da realidade que vivenciam, Fonseca (2007) destaca que é no domínio do exercício da medicina na atualidade que se instalam diversos mecanismos de poder relevantes e fundamentais. O saber médico, pois, possui um lugar de destaque na sociedade atual, onde sofre, mas também exerce papéis de controle, domínio e manipulação.

Diante dessa crescente desvinculação entre médico e paciente, em contrapartida, têm-se pacientes cada vez mais insatisfeitos e profissões que ganham maior espaço com outras formas de entender e atuar sobre o sujeito em adoecimento. Novos olhares e novas teorias se estabelecem num movimento de crítica ao paradigma dominante e de abertura para concepções que considerem outras facetas desse fenômeno.

Mas, o que fundamenta a legitimação do modelo médico-biológico? Responder a esta questão corresponde à abordagem desse modelo na perspectiva de uma racionalidade científica que o sustenta.

### 3.4 As Bases do Modelo Médico-Biológico: a racionalidade científica

O saber-médico tem por fundamento a racionalidade científica. Segundo esta, existe um critério único no julgamento de teorias que se apresenta de modo atemporal e universal. São consideradas científicas as teorias que são avaliadas pelo critério da universalidade (CHALMERS, 1993). Em tempos de crescente domínio técnico-científico, os diversos fenômenos encontrados no mundo da vida são submetidos a esses parâmetros. E como reflete Gadamer (2011 [1993], p. 17), “[...] torna-se mais efetiva a forma silenciosa nas quais esferas cada vez mais amplas da vida humana são submetidas ao domínio técnico e a decisão pessoal de cada um e do grupo é substituída por automatismos racionais”.

Nos últimos séculos, juntamente com o avanço científico, de igual modo, aumentaram as preocupações dos estudiosos e dos próprios cientistas com os caminhos percorridos pela ciência. Para Portocarrero (2009, p. 33), as problemáticas em torno da pesquisa científica residem em seu “risco e fonte de patologia e mortalidade”, bem como em “seu caráter de violência e dominação”, ou seja, existem implicações graves decorrentes do exercício da ciência. Se podemos desconsiderá-las em seus resultados de contribuição e importância, também não podemos avaliá-las somente por seus impactos positivos.

Em meio às reflexões suscitadas quanto às questões dogmáticas e metodológicas do campo das ciências, existem estudiosos que se voltam para o estudo da racionalidade científica, e outros que buscam analisar a produção científica por sua explicação social (PORTOCARRERO, 2009). Seja num aspecto ou em outro, o conhecimento científico é percebido dentro de suas limitações, em suas tentativas de conceder respostas acerca de todos os eventos encontrados no meio social.

Em seu livro *Verdade e Método*, Gadamer (2015 [1960]), na tentativa de elaborar os fundamentos de uma hermenêutica filosófica, articula e dirige críticas às bases do conhecimento científico e, de modo mais específico, a metodologia científica moderna como única referência metodológica norteadora capaz de garantir um conhecimento considerado seguro e verdadeiro; uma racionalidade metodológica que, sustentada por um modelo quantitativo-mecanicista, orienta-se pela diretriz da objetividade desconsiderando uma diversidade de experiências humanas como experiências de verdade como, por exemplo, a arte e a história.

A proposta de uma hermenêutica filosófica expressa em *Verdade e método*, tem sua originalidade e complexidade voltadas à problematização do método e ao processo de ressignificação da verdade, o que necessariamente remete a uma discussão crítica acerca do fenômeno da compreensão (GADAMER, 2015 [1960]).

Privilegiando, como ponto de partida, a problemática da autoevidência das ciências humanas, a questão central que se desenvolve no todo da obra é precisamente o conceito de experiência, cuja amplitude de desdobramento remete à temática da finitude, da verdade e da historicidade. Ainda que seu impulso ontológico fundamental tenha sido dado pela fenomenologia de Martin Heidegger, considerando o significado da denominada “hermenêutica da facticidade” – o ser humano tomado na condição de seu modo fático de ser –, o que propõe Gadamer é uma “[...] ontologização da hermenêutica em sentido novo” (STEIN, 1996, p.70).

A publicação de Gadamer (2015 [1960]), *Verdade e método*, está inserida numa época notoriamente marcada por uma expressiva racionalidade técnico-científica, cuja referência metodológica impõe-se indistintamente nas esferas do saber. Assim, torna-se evidente que a discussão e os propósitos do seu projeto hermenêutico filosófico não podem prescindir de sua própria atualidade, que confere uma significativa importância à tradição científica da modernidade. Por isso, suas diretrizes e análises são definidas considerando-se o âmbito de surgimento dos conceitos modernos de método e de ciência. Em um contexto no qual emergia a querela entre as ciências naturais e as ciências humanas, sua meta não era o desenvolvimento de um novo método, mas o questionamento sobre a ideia de construção de um saber, ou seja, a investigação do fenômeno da compreensão em sua abrangência e, de modo bem específico, suas condições próprias às ciências humanas.

Assim, tornam-se relevantes todos os elementos que antecedem ao comportamento compreensivo da subjetividade e seus procedimentos metodológico-científicos. Afinal, não se pode prescindir tudo que perfaz a experiência ontológica primordial que, por sua vez, expressa em relacionamento imediato com o mundo.

Retomando o caráter de abrangência e universalidade do fenômeno de compreensão como um *existencial*, bem como seu engajamento real e efetivo, resultante da analítica heideggeriana, o propósito de Gadamer era, conforme já destacado, a atualização

do significado filosófico da hermenêutica via sua orientação ontológica<sup>18</sup>. Afinal, o ser humano constitui-se um ser hermenêutico pelo fato de que sua experiência total de mundo revela-se como experiência da finitude e da historicidade. Daí, para Gadamer, o caráter de importância de repensar a hermenêutica a partir da analítica heideggeriana da temporalidade do *Dasein*. Eis o que torna também a hermenêutica filosófica uma hermenêutica eminentemente histórica.

Desse modo, à medida que o desenvolvimento de sua tarefa crítica vincula-se a uma tendência contrária à reivindicação universal da metodologia científica no âmbito da ciência moderna, também define como diretriz fundamental a seguinte meta: “Procurar por toda parte a experiência de verdade, que ultrapassa o campo de controle da metodologia científica, e indagar por sua própria legitimação, onde quer que a encontre” (GADAMER, 2015 [1960], p. 30).

Ocorre que essas experiências extracientíficas – mais próximas das ciências humanas –, como a experiência da arte, da filosofia e da história, são tradicionalmente reconhecidas como experiências incompatíveis aos critérios de verificação de verdade definidos pelos procedimentos metódicos da ciência. Desponta como desafio a busca por essa legitimação, cuja via coincide com o enfrentamento hermenêutico de problematizar o fenômeno da compreensão e da verdade pela perspectiva ontológica.

Resulta daí a afirmação de que o grande fator incentivador de *Verdade e método* de Gadamer (2015 [1960]) constitui-se o problema da autoconcepção, ou autoevidência das ciências humanas frente às ciências naturais. A esse respeito então, Gadamer ainda escreve que: “É inútil [...] limitar a elucidação da natureza das ciências humanas a uma pura questão de método. Não se trata, em absoluto, de definir simplesmente um método específico, mas sim de fazer justiça a uma idéia inteiramente diferente de conhecimento e de verdade” (GADAMER, 1996 [1958], p. 27 – tradução nossa).

Consequente da crítica dirigida ao paradigma da ciência moderna a discussão sobre a problemática epistemológica das ciências humanas ou ciências históricas modernas, é retomada em sua importância. A proposta de uma consciência histórica do

---

<sup>18</sup> Repensar a tarefa fundamental da ontologia é o traço determinante na reflexão hermenêutica de Gadamer. Nesse sentido, sua pretensão mesma não é fundamentar as ciências humanas, mas reformular a filosofia tendo em vista uma nova ontologia hermenêutica. Daí que a hermenêutica não é um problema específico de metodologia, mas sim de ontologia, com base na experiência de *finitude* e *historicidade*. Posteriormente retomar-se-á essa questão no sentido de precisar melhor o sentido dessa ontologia reformulada pela hermenêutica filosófica de Gadamer.

presente e da relatividade de opinião sinaliza a necessidade de considerar a própria perspectiva em relação ao outro e de uma compreensão mais plural que, por sua vez, contemple o horizonte histórico no qual se coexiste. Emerge a predisposição reflexiva de interpretá-lo. Eis o tipo de reflexão que caracteriza as ciências humanas. Ocorre que, na investigação de seus métodos específicos – histórico-críticos –, elas continuavam atraídas pelo critério de cientificidade tão específico e referenciado pelo modelo das ciências da natureza, cuja exigência sempre era a eliminação dos elementos subjetivos.

Aquilo que, através do método científico, pode ser considerado como uma experiência segura é caracterizada pelo fato de ser basicamente independente de qualquer situação da ação e de qualquer integração em um contexto da ação. Ao mesmo tempo, essa “objetividade” significa que ela pode servir a qualquer contexto possível da ação. Foi exatamente isso que, de maneira específica, encontrou expressão na ciência contemporânea e remodelou, amplamente, o perfil da terra em um mundo humano artificial (GADAMER, 2011 [1993], p. 10).

Com a estruturação do conhecimento moderno, todas as áreas que permeiam a sociedade foram alcançadas pelo saber científico, ditando o modo de ver e pensar do homem moderno. Para isso, o conhecimento adquirido por meio da tradição cultural foi questionado e minimizado em seu alcance sobre as questões relativas ao mundo da vida.

Com o distanciamento estabelecido entre o saber e fazer, a teoria e a prática, a ciência se coloca acima de sua competência e, desta forma, a ciência médica se propõe a responder por questões que estão além de sua capacidade, pois para aplicação de conhecimentos é fundamental a aproximação com a cultura, valores, hábitos, dentre outros aspectos. Lawn (2011, p. 54) ressalta que “[...] na realidade, faz sentido dizermos que a razão, longe de ser aquilo que se coloca fora da tradição como um teste imparcial, é aquilo que é transmitido na tradição”. Inclusive, quando se trata da capacidade de atuar profissionalmente, tem-se que considerar os conhecimentos adquiridos pela tradição, pela cultura, o que é suplantado numa formação de enfoque médico-biológico.

Parece-me, no entanto, mais certo afirmar que a ciência possibilita um saber direcionado a uma capacidade de fazer, um domínio sabedor da natureza, quer dizer, a técnica. E isso não é exatamente práxis, pois não é um saber obtido como soma de diversas experiências da prática de situações da vida e de circunstâncias de ações, mas trata-se de um saber, que, possibilita, antes, uma nova e específica relação de práxis [...] (GADAMER, 2011 [1993], p. 14).

A reflexão levantada por Gadamer se propõe a pensar sobre as possibilidades do conhecimento científico diante dos problemas existentes nos diversos contextos de

atuação humana. A prática científica se coloca numa postura de propor soluções para todas as questões do cotidiano de vida.

No entanto, em sua aplicação, percebe-se uma limitação no alcance de suas propostas, ou como Gadamer (2011 [1993], p. 27) enfatiza: “[...] a inevitável consequência é que se acaba recorrendo à ciência bem além da medida na qual de fato é competente”. Com isso, constata-se que, para lidar com os problemas que se colocam no cotidiano dos sujeitos, ou mesmo para pensar o conjunto das experiências expressas pelo humano, é necessário algo para além do científico, da técnica.

Numa proposta de suscitar algumas reflexões sobre a cientificidade moderna, para tanto, foram escolhidos alguns filósofos modernos que trouxeram grandes contribuições nesse tema. Dentre eles, e que antecedeu Gadamer nessa discussão, pode-se destacar o filósofo alemão Edmund Husserl (1859-1938). Em meio à crise no contexto europeu na primeira metade do século XX, este se inquietou diante da busca por fundamentos para a ciência. Nesse momento, poder-se-ia identificar dois importantes grupos no meio científico: de um lado, os que defendiam a articulação das leis da natureza com a razão; do outro, os que distinguiam as leis da natureza das leis do espírito e afirmavam que o fato psicológico, a mente, a *psique*, seria o fundamento do saber (GUIMARÃES, 2012).

Mais do que uma escolha entre matrizes divergentes, a questão que se apresentava no contexto europeu era bem mais complexa. Tratava-se de entender o sentido do mundo ocidental e da humanidade como um todo, e desta maneira, posicionar-se quanto ao ideal de ciência e o lugar da razão na estruturação do conhecimento. As transformações decorrentes do positivismo, na forma de ver o mundo pelo homem moderno, foram consequência do abandono de questões significativas para a humanidade, como por exemplo, o sentido na vida, na história; ou como Husserl (2012 [1954], p.3) melhor definiu, o impacto do racionalismo científico sobre a subjetividade humana ao afirmar que “meras ciências de fatos fazem meros homens de fatos”.

A crítica de Husserl ao cientificismo reside no ponto em que o objetivismo da ciência não abre espaço para se abordar questões relativas à subjetividade humana e se constitui apenas como a superfície de uma dimensão mais profunda. Para o referido filósofo, “A ciência é uma prática. Vivê-la simplesmente significa estar direcionado exclusivamente aos seus respectivos questionamentos e finalidades, no caso os científicos,

a fim de efetivá-los, na certeza atual de sua capacidade e de seu poder” (HUSSERL, 2009 [1934], p.663).

Nesse sentido, o conhecimento científico se propõe a uma práxis pautada na técnica, e portanto, um tipo específico de práxis que desconsidera elementos importantes como valores, cultura, dentre outros, o que acaba se distanciando das questões do cotidiano, do mundo vivido.

A roupagem de idéias da “matemática e ciência matemática da natureza”, ou a roupagem dos símbolos, das teorias simbólico-matemáticas, abrange tudo aquilo que, para os cientistas, assim como para os homens instruídos, substitui o mundo da vida e o mascara, como a natureza “objetivamente efetiva e verdadeira” (HUSSERL, 2012 [1954], p. 41).

Para Husserl, a ciência trata do ser, ou do valor da verdade, que tem a pretensão de ser supratemporal. Além disso, que estas verdades sejam válidas para todos os homens, em seu caráter universal. Consequentemente, o mundo científico nunca se questiona sobre o modo de funcionamento do mundo da vida, ou como ele destaca, “[...] todas essas ciências são, enquanto produções do conhecimento para o mundo, uma pretensão incompreensível” (HUSSERL, 2009 [1934], p. 666). Desta feita, o fenomenólogo dá ênfase ao afastamento do conhecimento científico das questões relativas ao mundo da vida.

Ainda nessa discussão acerca do cientificismo moderno, outro filósofo importante é o austríaco Karl Popper (1902-1994). Este enfatiza que, na formação técnica não se permite que os sujeitos sejam “[...] iniciados na tradição científica, na tradição crítica de formulação de problemas, de serem tentados e guiados antes pelos enigmas grandiosos e aparentemente insolúveis do que pela solução de pequenos quebra-cabeças” (POPPER, 2004 [1961], p. 43). Ou seja, não se trata de uma formação que proporcione uma visão crítica acerca dos fenômenos estudados, mas na aquisição de conhecimentos que obedecem aos padrões impostos pela ciência.

De fato, estes técnicos, estes especialistas estão normalmente cômicos de suas limitações. Eles se chamam de especialistas e rejeitam toda pretensão a autoridade fora de suas especialidades. Eles o fazem, no entanto, de uma forma altamente orgulhosa e proclamam esta especialização como uma necessidade (POPPER, 2004 [1961], p. 44).

Na formação técnica em saúde, e isso não se restringe somente à formação médica, há uma ênfase na formação profissional no que se refere à técnica. Outras questões igualmente relevantes para um bom desempenho profissional, como habilidades comunicativas, relacionais, dentre outras, são menos valorizadas.

Num movimento de explicitar o método científico, tecendo críticas às suas diversas “pretensões”, Popper em seu livro *A lógica da pesquisa científica* (1972 [1959]) levanta inúmeras considerações interessantes sobre o caráter lógico da pesquisa científica. Nesse percurso, evidencia também seus limites na busca por um conhecimento indubitável.

A ciência não é um sistema de enunciados certos ou bem estabelecidos, nem é um sistema que avance continuamente em direção a um estado de finalidade. Nossa ciência não é conhecimento (episteme): ela jamais pode proclamar haver atingido a verdade ou um substituto da verdade (POPPER, 1972 [1959], p. 305).

Toda a “segurança” transmitida pela cientificidade moderna é fortemente criticada pelo filósofo. Para ele, “o velho ideal científico da *episteme* - do conhecimento absolutamente certo, demonstrável - mostrou não passar de um ‘ídolo’” (POPPER, 1972 [1959], p. 308). Esse aspecto não passa de uma idealização, de um objetivo ilusório que a ciência busca atingir, mas que se frustra diante da necessidade de rever constantemente seus conhecimentos. Dando seguimento à sua explanação, Popper (1972 [1959], p. 308) ressalta que “apenas em nossas experiências subjetivas de convicção, em nossa fé subjetiva, podemos estar absolutamente certos”.

Popper (2004 [1961]), em a *Lógica das ciências sociais*, mais uma vez aborda a questão do conhecimento científico, agora numa aproximação com o campo das ciências sociais humanas. Considera o objetivismo defendido pela ciência impraticável pelo próprio cientista, uma vez que leva em conta que as questões da ordem do subjetivo não podem ser suprimidas dos sujeitos que praticam a ciência. Para ressaltar sua compreensão da relação entre a ciência e a subjetividade do cientista, destaca que “[...] sem paixão, não se consegue nada - certamente não em ciência pura” (POPPER, 2004 [1961], p. 25).

Não se pode deixar de pensar sobre a postura de alguns profissionais técnicos no que se refere a manter um distanciamento do paciente alegando a necessidade de uma “neutralidade”. Isso, em muitos momentos, é estimulado numa formação que defende uma “objetividade” na práxis profissional, atribuindo a esse posicionamento um caráter de maior cientificidade nas ações. Essa crítica ao objetivismo científico, em que se supõe uma

neutralidade do cientista em relação aos fenômenos estudados, é importante para que se conceba o lugar e a relevância da subjetividade humana na busca pelo conhecimento.

Para Popper (2004 [1961]), as ciências naturais não são nem mais críticas, ou mais firmes, ou mais objetivas que as ciências sociais. E, nesse sentido, ele ainda acrescenta que “[...] se há mais objetividade nas ciências naturais, então é porque existe uma melhor tradição e padrões mais elevados de clareza e de criticismo racional” (POPPER, 2004 [1961], p. 40). Esse é um ponto relevante na análise popperiana, pois as ciências naturais alegam uma maior objetividade em relação, por exemplo, às ciências humanas, sociais. Garantem maior confiabilidade e segurança de seus estudos, e acabam questionando ou diminuindo outras propostas de estudo e pesquisa.

O saber científico, e aí se inclui o saber médico, se apresenta, de maneira pretensiosa como conhecimento que domina o seu objeto de estudo, mais especificamente, o corpo humano. Além disso, se propõe a “responder” por todas as questões relativas ao funcionamento deste, seja de modo saudável ou fisiológico, seja de modo disfuncional ou patológico.

Ao abordar o avanço da ciência, Popper (1972 [1959]) ressalta a necessidade de se obter novas “experiências perceptuais ou sensoriais”, além de se estruturar às que já se tem. Também enfatiza que o avanço científico não se deve ao acúmulo de experiências ao longo dos anos e nem a um melhor uso dos sentidos humanos, mas que esta avança em decorrência da liberdade no confronto de ideias. Não se pode ignorar o modo como se dá o progresso científico. Problemas mais profundos e em maior número vão surgindo, necessitando de soluções pensadas pela ciência.

Outro pensador com contribuições importantes sobre o cientificismo moderno é o filósofo e físico americano Thomas Kuhn (1922-1996). Em seu livro *A estrutura das revoluções científicas* (1996 [1962]), em que se propõe a estudar a história da ciência, chega a constatações de como uma “cultura científica” foi gerada de modo equivocado, ocasionando implicações graves em seu desenvolvimento. Essa exacerbada confiabilidade atribuída ao método científico é, também, denominada de concepção popular ou de senso comum da ciência (CHALMERS, 1993).

Na perspectiva kuhniana, as ciências normais<sup>19</sup> comprometidas com os ditames tradicionais da pesquisa científica, possuem estreita relação com o estabelecimento de

---

<sup>19</sup> Ciência normal deve ser entendida como “a pesquisa firmemente baseada em uma ou mais realizações científicas passadas” (KUHN, 1996 [1962], p. 29).

paradigmas. A estruturação de um paradigma no interior de um determinado campo científico sinaliza o amadurecimento no seu desenvolvimento. Este seria um ponto de diferenciação das ciências e não-ciências (KUHN, 1996 [1962]). Residiria, então, nesse ponto, a tensão existente entre os conhecimentos de base médico-biológico e os psicológicos de base filosófica? Ou seja, as divergências entre esses campos estariam em suas estruturações paradigmáticas e na constituição e reconhecimento enquanto conhecimento científico?

Na tentativa de refletir sobre a estruturação paradigmática de cada campo de conhecimento, faz-se interessante destacar como cada um possui padrões, valores que são passados pelo grupo científico. Nesse entendimento, “[...] a maneira pela qual um cientista vê um aspecto específico do mundo será orientada pelo paradigma em que está trabalhando” (CHALMERS, 1993, p. 131). Por esse e por outros motivos, é fundamental refletir sobre os paradigmas em que residem os modelos de atenção à saúde, de como estes concebem o mundo e o humano no interior de sua estruturação teórico-prático.

Quanto aos campos de conhecimento que não possuem um paradigma definido, como a sociologia (e de igual modo, a psicologia), constata-se que, na dificuldade de determinação de um único paradigma, todos os “fatos” que marcaram seu desenvolvimento se mostram igualmente importantes. Os embates travados no interior destes se configuram em tarefas árduas na fundamentação de suas teorias (KUHN, 1996 [1962]). E aí reside, por exemplo, uma diferença entre o campo da medicina e o psicológico, no que se refere ao “amadurecimento paradigmático”. Enquanto as bases do saber médico estão firmemente estabelecidas num paradigma, a psicologia se constitui um saber fundamentado sobre uma pluralidade epistemológica e paradigmática.

Ao abordar como se dão as mudanças de paradigmas<sup>20</sup> no meio científico, Kuhn utilizou o termo “crise” para denominar a necessidade de se rever teorias e conceitos. Essas modificações, segundo este, desencadeiam fortes crises nos cientistas que veem sua segurança questionada, ou como ele mesmo enfatizou que “[...] indubitavelmente alguns homens foram levados a abandonar a ciência devido a sua incapacidade para tolerar crises” (KUHN, 1996 [1962], p. 109). É imprescindível ao cientista saber-viver num “mundo desordenado”, diante da instabilidade vivida pelas exigências constantes de revisão de seus estudos.

---

<sup>20</sup> Para Kuhn (1996 [1962], p. 10), paradigmas são “realizações científicas universalmente reconhecidas, que durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”.

O conhecimento indubitável, seguro, defendido pelos cientistas é apenas uma aparente idealização buscada, mas não alcançada. Na prática, o que se tem são conhecimentos que precisam ser constantemente revistos por se tornarem obsoletos diante de novas descobertas, exigindo do cientista uma permanente atualização de seus estudos. Se por um lado, a estagnação da ciência se coloca como algo danoso para a sociedade, por outro, o seu avanço traz benefícios duvidosos, precisando ser constantemente avaliado, criticado. E este é o desafio levantado ao se pensar de modo crítico sobre o modelo médico-biológico vigente. Quais as suas limitações quanto à sua estruturação paradigmática no campo da saúde? E nesse contexto, como pensar e atuar compreendendo o humano para além de noções orgânicas, mecanicistas?

É importante, no que se refere às diferentes concepções de saúde, refletir sobre as bases epistemológicas que fundamentam os diversos saberes e práticas. Holanda (2011) enfatiza a dicotomia encontrada no saber-fazer oriundo da prática médica, e o encontrado em outras formações (em que se encontra o saber psicológico), em que se percebe uma busca por concepções holísticas do homem. E esses modos de ver refletem uma “visão de mundo, de homem”.

Conforme se destacou anteriormente, a medicina científica estruturou seu conhecimento desde a Idade Moderna até a atualidade em princípios pautados na racionalidade científica, adquirindo um *status* de cientificidade que lhe garante um lugar de respeito, prestígio e confiabilidade de seus métodos na sociedade contemporânea. Por outro lado, a psicologia apenas recentemente adentrou no contexto hospitalar e ainda busca estruturar seus conhecimentos diante da pluralidade do saber psicológico e das dificuldades que enfrenta ao lidar com os diversos fenômenos produzidos pela subjetividade humana nesse contexto.

Mas, como então, pensar numa prática em que ambos os saberes, tanto médico quanto psicológico, possam atuar conjuntamente diminuindo este “abismo epistemológico” que os separa? Numa tentativa de refletir sobre este aspecto, Mosimann e Lustosa (2011, p. 224) enfatizam que “[...] um conhecimento nunca deve ter o propósito de anular ou mesmo desqualificar o outro [...]”, considerando a relevância de cada campo de conhecimento e a possibilidade de enriquecimento com a troca entre estes. Ainda complementando esta reflexão, os autores ressaltam que “[...] se não é possível conhecer o todo da doença, ou do doente, já será de grande utilidade conhecer muitas de suas dimensões” (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011, p. 224).

Não se tem aqui a pretensão de responder a todos os questionamentos anteriormente feitos, mas é relevante pensar sobre as bases epistemológicas do saber médico e do saber psicológico e, a partir disso, poder pensar nas possibilidades e limites de cada campo de conhecimento. Para um saber que pretende se manter num lugar de destaque do domínio científico há espaço para que a subjetividade humana seja compreendida? Até que ponto se pode pensar os limites entre esses dois universos de saberes, considerando, por vezes, a diferença de paradigma que envolve os mesmos?

Na tentativa de compreender a possibilidade de um diálogo entre esses dois domínios de saberes, a medicalização e o psicológico, contemplar-se-á, a seguir, os fundamentos de uma hermenêutica do cuidado com a saúde, não simplesmente como diretiva crítica lançada ao modelo médico-biológico, mas como possibilidade de dialogar com as suas diretrizes. A psicologia no âmbito hospitalar, nesse propósito, converge para uma aberta interação com outros domínios de conhecimento e o rigor de sua identidade só pode ser construído na interação com suas próprias diferenças paradigmáticas.

#### 4 HERMENÊUTICA FILOSÓFICA DA SAÚDE E O SABER-FAZER PSICOLÓGICO EM ÂMBITO HOSPITALAR

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

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

Em outras palavras, a discussão acerca da compreensão na perspectiva hermenêutica filosófica aborda este fenômeno como forma originária de ser-no-mundo<sup>21</sup>, no intento de questionar e problematizar o alcance das experiências científicas, em suas diferentes formas, tomando-se o cuidado de não cair num criticismo, mas de transpor os

---

<sup>21</sup> Em sua referência ao termo alemão *verstehen*, que significa “compreender algo”, “saber como fazer algo”, a expressão deriva do verbo *stehen*, cujo sentido implica “estar de pé”, “manter-se em”. Assim, distingue-se tanto de *Verstand*, como faculdade de compreensão e intelecto, quanto de *begreifen*, como procedimento de entender conceitualmente algo.

limites dessas experiências, no sentido de contemplar o horizonte de práxis da vida humana em toda sua extensão. Como sugere o título *Verdade e método*<sup>22</sup> da obra de Gadamer (2015 [1960]), trata-se de pensar filosoficamente uma relação entre verdade e método, sem que essa discussão, conforme acenado anteriormente, seja unicamente orientada pelos critérios de verdade impostos pela constituição da ciência moderna ao formular sua proposta metodológica universal para o alcance da verdade, cuja referência sempre foi, por excelência, as ciências da natureza<sup>23</sup>.

Com base em tais propósitos, o que significa pensar uma hermenêutica da saúde considerando-se esses fundamentos? Quais consequências uma ressignificação hermenêutico-filosófica sobre a verdade e o método proporcionariam para pensar o fenômeno da saúde e qual a sua atualidade para a contemporaneidade? Uma hermenêutica do cuidado com a saúde reivindica necessariamente um repensar da relação com a ciência e com a verdade?

Na tentativa de responder tais questões tomar-se-á como referencial teórico de discussão, sobretudo, as reflexões gadamerianas desenvolvidas em *Verdade e método* (2015 [1960]) e a coletânea de ensaios hermenêuticos publicados sob o título *Caráter oculto da saúde* (2011 [1993]). Ora, o verdadeiro problema posto pelas ciências humanas manifestava-se pela impossibilidade de se compreender sua natureza tendo em vista o padrão de conhecimento progressivo da legalidade, uniformidade e regularidade que tornariam previsíveis os fenômenos e processos individuais.

A experiência do mundo social-histórico não se eleva a uma ciência com o processo indutivo das ciências da natureza. Seja o que for que aqui venha significar ciência – e mesmo que em todo conhecimento histórico esteja incluído o emprego da experiência genérica no respectivo objeto de pesquisa –, o conhecimento histórico não aspira, no entanto, a abranger o fenômeno concreto, como no caso de uma regra geral. O caso individual não serve simplesmente para confirmar uma legalidade, a partir da qual seja possível, numa reversão prática, fazer previsões. Mais do que isso, seu ideal é compreender o próprio fenômeno em sua concreção singular e histórica (GADAMER, 2015 [1960], p. 38).

<sup>22</sup> Em sua origem, o título da referida obra seria *Compreender e acontecer*, mas, por conta de insatisfação do editor ao atentar melhor ao subtítulo *Fundamentos de uma hermenêutica filosófica*, a obra resultou no título *Verdade e Método: Fundamentos de uma hermenêutica filosófica*. Como bem destaca Ernildo Stein, esse título revela um caráter provocativo, sobretudo, quando na leitura da obra, esta permite confrontar a verdade contra o método, destacando que nas experiências da arte, da história e da linguagem é produzido um tipo de verdade incompatível com o método lógico-analítico (Cf. E. STEIN, *Aproximações sobre hermenêutica*, 1996, p. 44).

<sup>23</sup> No campo da filosofia, o destaque é dado ao pensamento kantiano, ao conceber a supremacia das ciências naturais como modelo do conhecimento e da verdade. Em sua publicação a *Crítica da razão pura* (1781), Kant defende a subordinação da experiência à razão (objetificação), para que esta assim adquira um *status* de verdade.

Alinhando-se nessa crítica à insuficiência do paradigma da ciência moderna para legitimar o estatuto de cientificidade das ciências humanas. É fundamental destacarmos, sucintamente, algumas reflexões do pensador alemão Wilhelm Dilthey (1833-1911)<sup>24</sup>, com quem Gadamer desenvolve uma grande interlocução demarcando a extensão e os limites de sua teoria. Isto pelo fato deste último dirigir uma crítica à compreensão de que as ciências do espírito, para garantirem o seu estatuto de ciência, deveriam, em sua independência e autonomia própria, elaborar métodos específicos, e não se submeter a uma adaptação teórico-científica com base nas ciências da natureza.

Ainda em seu caráter epistemológico e metodológico da compreensão, a hermenêutica foi desenvolvida no início do século XX por Dilthey. No contexto de uma “crítica da razão histórica” buscou o pensador alemão desenvolver uma investigação transcendental sobre as condições de possibilidade do conhecimento histórico. Tratava-se de recorrer à hermenêutica na tentativa de responder ao desafio imposto pelo conhecimento histórico quanto à conquista de sua legitimidade. Inserindo-se na problemática das ciências humanas do século XIX, Dilthey busca discutir o fenômeno da compreensão vislumbrando um modo de conhecimento adequado a experiência da vida.

Uma das referências de sustentação das investigações hermenêuticas de Dilthey é sua firme convicção de que, se “[...] toda ciência é ciência da experiência” (DILTHEY, 1956, p. 5 – tradução nossa), logo sobressai uma conexão direta entre as condições da consciência humana e o próprio cenário de experiências. Experiência aqui entendida como *Erlebnis*, ou seja, vivência.

Ademais, todas as constatações resultantes das investigações das ciências humanas reportam-se necessariamente aos fatos que emergem de uma experiência interior; “[...] um domínio de ser que não diz respeito à explicação, e sim à compreensão” (DILTHEY, 1956, p. 36 – tradução nossa). Daí a necessidade de se pressupor uma relação adequada entre teoria do conhecimento e psicologia.

Para Dilthey, fazia-se necessário que a filosofia tomasse consciência de uma relação radical entre os seus diversos sistemas e o fenômeno da vida. Para tanto, convinha pressupor além de uma fundamentação histórica, que articulasse a filosofia e a concepção

---

<sup>24</sup> Em Dilthey, a hermenêutica desenvolveu suas bases epistemológicas e metodológicas buscando modos de compreensão (*verstehen*) do homem no mundo da vida. Para o pensador hermeneuta, “a vivência é um modo característico distinto em que a realidade está aí para mim”. Não é algo percebido ou representado, mas é tomado pela pessoa de modo imediato como pertencente a ela em algum sentido (DILTHEY, 1924, p. 419 - tradução nossa).

da vida e do mundo<sup>25</sup>, uma fundamentação também psicológica. Dilthey (1992 [1919]), em *Teoria das concepções do mundo*, busca justificar a tarefa de entendimento da filosofia com a consciência e então afirma: “Toda a nossa vida interior gravita em torno das conexões em que nossa vida própria está inserida” (DILTHEY, 1992 [1919], p. 32).

Assim, do ponto de vista psicológico, é apenas considerando a “estrutura da vida anímica” como uma condição concreta da vida humana, que Dilthey sustenta suas fundamentações para uma nova proposta de hermenêutica das ciências humanas. Ora, isto significa que a existência individual e impulsiva não pode ser indiferente àquilo que “[...] está sempre aí para nós, num nível qualquer”, ou seja, o mundo (DILTHEY, 1956, p. 33 - tradução nossa). Por isso, jamais a percepção pode estar desligada, solta, dessa referência de reciprocidade, para a qual tanto o “si mesmo” e o mundo, bem como o “ideal da vida” e a “visão do mundo” são correlatos.

O que se chama de vitalidade é, portanto, uma expressão inter-relacionada da visão da vida e do mundo; “[...] da vida com a consciência daquilo que o homem vive, experimenta e olha em sua totalidade, na urdidura de vida própria e mundo” (DILTHEY, 1956, p. 34 - tradução nossa).

As contribuições da hermenêutica filosófica para o campo da saúde, dentre tantos aspectos, se voltam para uma reflexão sobre os fenômenos encontrados nesse contexto, concebendo um sujeito no âmbito de suas experiências de vida. É esse lugar que se tem, como ponto de partida, para se poder pensar sobre os fenômenos encontrados no contexto hospitalar, o que contrapõe a concepção científico-natural proposta pelo modelo médico-biológico.

---

<sup>25</sup> “Uma filosofia que tem consciência de sua relatividade, que reconhece a lei da finitude e da subjetividade em que se encontra, é o deleite improfícuo do erudito: já não cumpre a sua função [...] o espírito humano deve tentar remontar às relações objetivamente cognoscíveis em que a sistemática filosófica, em sua evolução e em suas formas, encontra-se com a natureza humana, com os objetos a ela dados, com suas idéias e seus fins: se as concepções da vida e do mundo se alteram, e modificam, a auto reflexão histórica que a filosófica traz de si deve buscar na vida humana e em suas referências ao que lhe resiste e sobre ela atua o fundamento firme de toda historicidade, da luta das concepções do mundo. A filosofia, enquanto fato histórico humano deve para si mesma tornar-se objeto” (DILTHEY, 1992, p. 29).

#### 4.1 Gadamer e a hermenêutica da saúde: aspectos norteadores do saber-fazer psicológico em âmbito hospitalar

Retornando à crítica hermenêutica filosófica gadameriana dirigida ao paradigma da ciência moderna, em *O caráter oculto da saúde* (2011 [1993]) o hermeneuta suscita reflexões sobre o modo como a experiência contribui para a aquisição de uma gama de saberes, inclusive o conhecimento científico. E, nesse aspecto, a sua crítica se volta para a maneira como a experiência é enquadrada pelo método científico, restringindo-a ao seu caráter objetivado e a-histórico de tratamento dos fenômenos estudados.

Aquilo que, através do método científico, pode ser considerado como uma experiência segura é caracterizado pelo fato de ser basicamente independente de qualquer situação da ação e de qualquer integração em um contexto da ação. Ao mesmo tempo, essa “objetividade” significa que ela pode servir a qualquer contexto possível da ação. Foi exatamente isso que, de maneira específica, encontrou expressão na ciência contemporânea e remodelou, amplamente, o perfil da terra em um mundo humano artificial (GADAMER, 2011 [1993], p. 10).

Como bem observa o hermeneuta, não há como se negar o modo como a experiência no âmbito da ciência foi modificada. Esta nova configuração impôs limitações, pois o saber decorrente dessa experiência conduz a um fazer, uma prática que se consolida na técnica, uma forma específica, particular de “práxis”, que se diferencia da “práxis” entendida pelos gregos (*phronesis*)<sup>26</sup> (GADAMER, 2011 [1993]).

Mas o que significa aqui práxis? [...] Mesmo que em toda práxis esteja incluída a aplicação científica, ambas não são idênticas, já que práxis (*phronesis*) não significa apenas a exequibilidade daquilo tudo que se possa fazer. Práxis é sempre também escolha e decisão entre possibilidades. Ela carrega sempre uma relação com o “ser” do homem [...]. Desse ponto de vista, apresenta-se um irreduzível antagonismo entre ciência e práxis (*phronesis*). A ciência, por essência não finaliza - a práxis exige decisões imediatas (GADAMER, 2011 [1993], p. 12).

E, nesse âmbito, tem-se uma nova concepção de práxis no interior da ciência moderna. Um saber-fazer, um “domínio sabedor da natureza” que é produzido sem considerar o ser do homem, as situações da vida, o contexto onde se dão as diversas ações (GADAMER, 2011 [1993]). Nesse intuito, Silva Junior (2013) chama a atenção para a proposta hermenêutico-filosófica de buscar uma compreensão mais ampla da experiência,

<sup>26</sup> A *phronesis* faz referência a uma sabedoria prática, um saber ético, que exige ponderação reflexiva e uma ação imediata em decorrência da situação experienciada.

pensando-a de outras formas em que sua verdade não tenha que ser submetida aos padrões impostos pela ciência moderna de verificação por seu “aparato científico-natural e metodológico”.

No intento de desenvolver uma hermenêutica da experiência, ou mesmo uma concepção acerca da experiência hermenêutica, Gadamer dialoga com a tradição. Para ele, não se trata de pensá-la, conforme Dilthey, como vivência (*Erlebnis*). Embora reconheça a contribuição de Dilthey em seu propósito de discutir uma hermenêutica das ciências humanas sob o fundamento da história e com base na análise acerca do fenômeno da vida - a vivência como fundamento epistemológico para o conhecimento -, a hermenêutica filosófica, no entanto, entende a experiência (*Erfahrung*) ampliando essa noção para um sujeito que compreende a partir de seu percurso, de suas relações, da linguagem. Para tal, sua referência é a abordagem dialética hegeliana.

Pode-se depreender com estas reflexões sobre a experiência que romper com a concepção de experiência no âmbito da ciência moderna é a tarefa alcançada pela hermenêutica, como bem destaca Gadamer (2015 [1960], p. 16):

Todavia, a hermenêutica filosófica tem como empenho ratificar os limites de uma tecnologia da compreensão, e, portanto, do horizonte metodológico da ciência moderna para efetivamente compreender a amplitude do âmbito das experiências humanas.

De uma concepção de experiência objetivada e a-histórica, esta passa a ser compreendida sob um prisma histórico<sup>27</sup> e dialético<sup>28</sup>, ou seja, considerando-se a finitude das próprias experiências da consciência, de suas certezas, num movimento em que a experiência é o que a consciência vive, em sua busca por conhecer, experimentar as coisas (SILVA JUNIOR, 2013).

Pensar a experiência de um ponto de vista hermenêutico é considerá-la em seus aspectos históricos, em sua imprevisibilidade, reconhecendo a própria finitude e a possibilidade diante do horizonte que se abre às novas expectativas. Além disso, é percebê-

<sup>27</sup> Gadamer entende a história (*Wirkungsgeschichte*) como “história dos efeitos”, dos resultados. Para ele esta se constitui “[...] realmente numa fonte de verdade distinta da razão teórica” (GADAMER, 2015 [1960], p. 60). A vida histórica é importante para os sujeitos na compreensão de si mesmos e de suas identidades socialmente construídas. E desta forma, fica marcada a influência do que se herda na constituição do “eu”, como afirma o referido filósofo, “O que satisfaz nossa consciência histórica é sempre uma pluralidade de vozes nas quais ressoa o passado” (GADAMER, 2015 [1960], p. 377).

<sup>28</sup> Gadamer se apoia na concepção hegeliana de experiência ao concebê-la como experiência da consciência. Em *Fenomenologia do espírito* (1807), Hegel defende a experiência como movimento dialético, em que a consciência busca conhecer o “em si”. Ao experimentar algo este se torna consciente de sua própria experiência.

la num movimento dialógico, em que as relações de alteridade se estabelecem por meio da linguagem, buscando a compreensão do outro para além de uma objetificação (SILVA JUNIOR, 2013). Para Gadamer (2005 [1960], p. 469), “[...] é uma pura ilusão ver no outro um instrumento completamente dominável, manejável”. Esta forma de conceber o humano no âmbito de suas relações contrapõe a perspectiva adotada pelas ciências naturais, em que se institui uma objetificação do outro, controlando-o, manipulando-o. No contexto da saúde, diversos fenômenos como doença, paciente, corpo, dentre tantos outros são alvos dessa objetificação, controle e manipulação.

Esse tratamento dado aos fenômenos pelo modelo médico biológico vai de encontro a algumas reflexões suscitadas por Gadamer para o campo da saúde. Ao relacionar o sentido da palavra “tratar” com a palavra *palpare*, que significa “[...] tocar o corpo do doente com a mão, cuidadosa e sensivelmente para, com isso, perceber tensões e contrações que talvez confirmem ou corrijam o diagnóstico subjetivo do paciente” (GADAMER, 2011 [1993], p.114), o hermenauta, assim, marca a questão do cuidado enquanto uma atitude antagônica ao controle e manipulação, apontando para a necessidade de se estabelecer uma relação de tolerância, permissão, sensibilidade, acolhimento ao outro.

Nesse sentido, é imprescindível poder pensar no saber médico, na atuação no campo da saúde. Retomando e ampliando as reflexões aristotélicas sobre as distinções entre os conhecimentos teórico, técnico e prático, Gadamer (2011 [1993]) considera o saber médico um tipo especial de arte, mas com algumas problemáticas, uma vez que este não coincide em sua totalidade com a própria ciência e nem mesmo com o conceito grego de *techne*<sup>29</sup>, termo utilizado para diferenciar a prática médica das atividades exercidas pelos curandeiros e que remete à arte praticada por um artesão. Ou seja, a medicina não se configura unicamente como técnica, pois para a recuperação do sujeito concorrem outros elementos, como a própria dinâmica do organismo. Além disso, não é considerada arte, pois a saúde não é produzida pelo médico. Ao dar ênfase a essa difícil questão em torno da prática médica, Holanda (2011, p. 80) afirma que “[...] a medicina encontra-se num ‘limbo’ entre um fazer que nunca é essencialmente teórico [...], nem essencialmente arte”.

---

<sup>29</sup> Segundo Gadamer (2011 [1993], p. 41), o conceito grego de *techne* refere-se a uma forma própria do saber prático que passa pelo aprendizado, ou, “é aquele saber que constitui num determinado “ser-capaz-de-fazer”. Mas, trata-se de uma capacidade que se “fundamenta no conhecimento das causas” e que produz uma obra (*ergon*), algo novo.

Partindo desse pressuposto, pensar a medicina como “arte de curar” se coloca como questão emblemática. O crescente processo de medicalização favoreceu um distanciamento da medicina moderna das concepções gregas, em que se tinha uma medicina mais voltada para o cuidado, para a terapêutica. E nesse âmbito, a concepção de cura foi se estabelecendo em torno de “[...] práticas de normalização e sujeição dos indivíduos” (FONSECA, 2007, p. 161). O termo “cura” estaria atrelado ao de “sujeição”, cabendo ao paciente submeter-se ao saber-fazer médico, numa relação onde o médico enquanto ser-capaz-de-fazer “produz” a cura e o paciente passivamente a recebe.

[...] Pode-se, é verdade, dizer que o médico produz a saúde com os meios de sua arte, mas tal afirmação não é exata. O que é produzido desse modo não é uma obra, um *ergon*, algo novo que surge no ser e comprova o ser-capaz-de-fazer, mas o restabelecimento da saúde do doente, e não é possível ser evidenciado se ele é resultado do sucesso do saber e do ser-capaz-de-fazer médico. A pessoa com saúde não é uma pessoa que foi feita saudável [...], até que ponto um sucesso de curar se deve ao tratamento especializado do médico e até que ponto a própria natureza contribui para tal sucesso (GADAMER, 2011 [1993], p. 42).

Diante dos próprios mecanismos produzidos pela natureza, caberia ao médico atuar como “favorecedor” nesse processo de restauração da saúde perdida, por vezes, deixando de intervir, configurando sua atuação em um “não fazer”. Isso é comumente observado em diversas patologias, como algumas viroses, por exemplo, em que o sujeito deve apenas esperar a remissão dos sintomas.

Além disso, Gadamer (2011 [1993], p. 118) amplia a noção de cura, afirmando que “[...] pertence à arte de curar, no entanto, não somente o combate efetivo contra a doença, mas também a reconvalescença e, por fim, o cuidado com a saúde”. Deste modo, ele resgata a concepção grega de cura ao aproximá-la, novamente, a uma noção de cuidado. Uma hermenêutica da saúde, dentre outras coisas, constitui-se como uma proposta de pensar a saúde ressignificando a concepção de cura na perspectiva do cuidado com a saúde.

Ao considerar a prática psicológica no contexto hospitalar, convém destacar que se deve levar em consideração as bases epistemológicas desse conhecimento. Ao pautar a sua prática numa perspectiva de “cura”, o psicólogo se confronta com a limitação do seu fazer diante, por exemplo, da terminalidade de um paciente, dentre tantos outros aspectos. Nesse intuito, Simonetti (2013, p. 21), ao considerar uma *práxis* voltada para a cura frente às questões da subjetividade humana, justifica que “[...] no fim das contas a cura não elimina a subjetividade, ou melhor, a subjetividade não tem cura”. Por isso, ao

atrelar-se a cura ao cuidado com a saúde, esta não se restringe a procedimentos técnicos e nem a diagnósticos médicos, mas possibilita uma ampliação do campo de atuação diante do ser-aí, da existência humana. Outro ponto interessante é que a prática psicológica, assim como o saber-médico, se coloca como instrumento para que a saúde do sujeito se restabeleça, devendo-se respeitar a dinâmica da natureza nesse pêndulo que oscila entre saúde-doença.

Pensar sobre o “saber-fazer” do psicólogo no âmbito hospitalar numa perspectiva de cuidado é propor um resgate do sentido do termo “terapeuta”, atentando para o modo como este, por exemplo, era concebido pelos gregos. Para os terapeutas de Alexandria, a palavra *therapeutes* possui dois sentidos verbais: de cuidar e de tratar. Sendo assim, o terapeuta seria responsável pelo cuidado com o corpo e com a alma, numa compreensão mais ampla, como se pode perceber na afirmativa de Leloup (1996, p. 26) “[...] o terapeuta (psicólogo hospitalar), pois, não cura, ele cuida. O terapeuta está lá para ajudar o doente a se colocar nas melhores condições possíveis, para que ele - enquanto sujeito vivente - atue, aja e daí advenha a cura”. Assim, o psicólogo deve sustentar seu fazer no cuidado com o paciente, não se esquecendo do seu papel de cooperador no restabelecimento da saúde deste, favorecendo o dinamismo próprio do ser.

O objetivo da psicologia hospitalar fundamenta-se em uma posição filosófica muito particular, que pode ser melhor compreendida se colocada em perspectiva com a posição filosófica que fundamenta a medicina. É certo que, na cena hospitalar, medicina e psicologia se aproximam bastante, articulam-se, coexistem, tratam do mesmo paciente, mas não se confundem, já que possuem objetos, métodos, e propósitos bem distintos: a “filosofia” da medicina é curar doenças e salvar vidas, enquanto a “filosofia” da psicologia hospitalar é reposicionar o sujeito em relação a sua doença (SIMONETTI, 2013, p. 20).

Partindo de sua compreensão hermenêutico-filosófica sobre os fenômenos humanos, Gadamer compara os processos de saúde e doença ao equilíbrio, retomando este conceito dos escritos hipocráticos. Para este, não só a saúde humana pode ser interpretada enquanto experiência de equilíbrio, mas a natureza<sup>30</sup> de modo geral. Nessa perspectiva, a doença é percebida como perturbação deste equilíbrio e a arte médica ou o ser-capaz-de-fazer médico voltam seus esforços para a tentativa de seu restabelecimento. Conforme a perspectiva de Gadamer (2011 [1993], p. 50), “[...] doença, perda de equilíbrio, não

<sup>30</sup> A natureza é entendida por Gadamer (2011 [1993], p. 44) enquanto “[...] algo que mantém a si mesmo e se mantém por si mesmo nas suas trajetórias”.

significa apenas um fato médico-biológico, mas também um processo histórico de vida e um processo social”.

Ao destacar outros elementos que atravessam a experiência do adoecimento, não se restringindo somente aos fatores biológicos, Gadamer (2011 [1993]) dá destaque à história de vida do sujeito, elemento este que tem estreita relação com outro ponto sustentado em sua teoria, a tradição, a cultura. Ao trazer esta questão para o campo da saúde, mais especificamente, em relação ao processo de adoecimento de cada sujeito, ele chama a atenção para um aspecto que é pouco enfatizado pelo modelo médico-biológico.

O resgate da história de vida e do contexto em que cada sujeito se encontra é imprescindível na compreensão dos processos de vida. Na concepção gadameriana, a vida histórica é importante para os sujeitos na compreensão de si mesmos e de suas identidades socialmente construídas. E, desta forma, fica marcada a influência do que se herda na constituição do “eu”. Não se pode pensar num movimento compreensivo sem considerar o fluxo da vida histórica.

Na realidade, não é a história que pertence a nós, mas nós é que a ela pertencemos. Muito antes de que nós compreendamos a nós mesmos na reflexão, já estamos nos compreendendo de uma maneira auto-evidente na família, na sociedade e no Estado em que vivemos (GADAMER, 2015 [1960], p. 281).

A relevância da história na compreensão das questões da saúde é minimizada pelo saber médico, que direciona o seu saber-fazer sobre um sujeito que é visto, estudado, tratado, praticamente distanciado de sua história de vida. Toda a gama de subjetividades geradas no contexto das diferentes culturas, da tradição é minimizada em seus efeitos sobre a dinâmica vivencial de cada sujeito. Este é visto de modo isolado de seu contexto social, de sua própria história.

Ao sustentar a importância da história, da tradição<sup>31</sup> na compreensão das questões relativas ao mundo da vida, o pensador hermenêutico defende ainda que “[...] a tradição se mostra em ambos os casos como o contrário abstrato da autodeterminação livre, já que sua validade não necessita de fundamentos racionais, pois nos determina de modo espontâneo” (GADAMER, 2015 [1960], p. 373). Para este, existe um espaço de aproximação entre a tradição e a razão, não se devendo menosprezar nenhuma forma de

---

<sup>31</sup> Etimologicamente, esta palavra é originada do latim *traditio*, significando transmitir algo e se refere a um processo que se dá de geração em geração (LAWN, 2011). A defesa de Gadamer quanto a um resgate da tradição encontra-se respaldada por ser esta uma importante noção da teoria sociocultural, numa ação dinâmica de transmissão de conhecimento intergeracional, influenciando nossas atitudes. Daí que tradição, do ponto de vista hermenêutico-filosófico também significa transmissão (*Überlieferung*).

compreensão. A crítica empreendida pela hermenêutica filosófica à constituição do saber científico moderno se volta contra uma hipervalorização da razão pelas ciências naturais, em detrimento da tradição. É interessante constatar a aproximação entre estes dois polos. O que para a ciência é uma relação inconciliável, no discurso gadameriano existe um ponto em comum, em que a razão colabora para que a tradição se mantenha ao longo da história.

Esse ponto de conflito entre tradição e razão é bem percebido no contexto hospitalar, no modo como os profissionais que atuam consolidados no paradigma médico-biológico lidam com as questões relativas à história de vida do paciente, suas vivências e suas concepções de mundo. Para Martins (2010, p. 18) “[...] as histórias pessoais, as memórias de família [...] e todo o contexto sociocultural dos indivíduos, foram banalizados pela terapêutica objetivista e utilitarista dominante”. Ao lidar enfaticamente com as questões do adoecimento, a medicina científica dá destaque aos seus modelos explicativos de leitura das diversas patologias, deixando de lado as próprias experiências de vida dos sujeitos em seus diferentes contextos e ao longo de sua existência.

É interessante observar como a compreensão gadameriana dos fenômenos de saúde e doença não exclui o fato biológico, mas também não os restringe a esse mecanismo. Isso implica uma visão mais ampla desses fenômenos, considerando a profundidade e complexidade desse tema. Nesse mesmo raciocínio, Campos (2012) defende “[...] a dialética multifatorial” na constituição da saúde e doença nos sujeitos, onde tanto os fatores particulares (biológicos, subjetivos) quanto singulares (políticos, do cotidiano de vida) e universais (sociais, ambientais) interferem nesses estados. Não há uma sobredeterminação de um paradigma em detrimento de outro, pois estes influenciam de diferentes modos conforme cada situação. A “teoria e método paidéia<sup>32</sup>” defendidos pelo referido autor ressalta, dentre outros aspectos, a “escuta da história de vida” dos sujeitos/usuários dos serviços de saúde, entendendo que estes possuem um conhecimento privilegiado do seu adoecimento, de sua própria vida.

Também nesse entendimento, ao analisar o sentido do adoecimento para pacientes e médicos, Laplantine (2004) identificou que ambos possuem uma compreensão “[...] não racional [...]” dessa experiência, fruto da vivência obtida com o adoecimento. Mesmo para o profissional médico que possui uma formação que se volta para o

---

<sup>32</sup> A teoria e método paidéia defendido por Campos (2012) busca ampliar o modo de compreensão e de interferência sobre esses diversos fatores que influenciam e constituem os fenômenos de saúde e de doença.

entendimento da doença sustentado na racionalidade científica, não há como permanecer estático nesse posicionamento.

Diante da “universalidade” dos conhecimentos médicos-científicos, outros elementos são considerados pouco relevantes na busca pela compreensão do adoecimento enquanto “objeto” de estudo. Institui-se como grande desafio, nesse contexto, entender o lugar de relevância das questões referentes ao mundo vivido, e de como estes conteúdos são importantes para o estudo dos processos de vida, do adoecimento. Daí a necessidade e relevância de se pensar sobre a doença e saúde, não como objetos, mas experiências hermenêuticas, fenômenos que se dão no transcorrer da existência humana e que fazem parte do ser do homem; experiência de finitude, experiência histórica e experiência de linguagem. Este é um desafio que se coloca numa prática psicológica em âmbito hospitalar que concebe o adoecimento do sujeito.

Embora a perspectiva gadameriana defenda a influência da história sobre a constituição dos sujeitos, o referido autor não concebe uma sobredeterminação desta sobre os indivíduos, controlando-os, manipulando-os. Os sujeitos não são percebidos de modo passivo em relação às influências recebidas nos diversos contextos nos quais se insere, como o familiar, social, dentre outros, mas estas pré-concepções herdadas podem sofrer modificações diante do confronto com o novo, com outro olhar sobre um fenômeno em específico.

É nesse sentido que Gadamer (1996 [1958], p. 19 – tradução nossa) sustenta que “[...] é cometer um grave contrassenso supor que a insistência sobre esse fator essencial que é a tradição (presente em toda compreensão) implica uma aceitação não crítica da tradição, ou num conservadorismo social e político”.

Além do destaque dado à história de vida de cada sujeito, Gadamer também ressalta a influência dos processos sociais sobre o modo de adoecer. Interagindo com tal concepção, Laplantine (2004), em suas análises sobre as formas elementares de cura e doença, institui modelos de caráter metaculturais, destaca o modo como cada sociedade, num determinado momento de sua história, apresenta diferentes representações sobre estes temas, como as representações mágico-religiosas, naturalistas e as decorrentes do pensamento médico. Ressalta a necessidade de se pensar sobre as condições sociais desses processos, mesmo diante das dificuldades metodológicas que se levantam na realização desses estudos. As teorias sociais têm sua contribuição fundamental para que se possa entender a origem destes na explicação dos fenômenos de saúde e doença, mas possuem

suas limitações ao desconsiderar outros elementos também relevantes neste processo (CAMPOS, 2012).

No tocante à prática psicológica, esta deve considerar os diversos fatores que influenciam o fenômeno do adoecimento, dentre estes, a história de vida do paciente, seus valores, crenças, sua cultura. Por mais que não seja possível acessar a “totalidade” do que constitui a doença, pois sempre algum aspecto deixará de ser considerado no conjunto dessa análise, não se pode, no entanto, perder de vista suas múltiplas facetas. Para Simonetti (2013, p. 26) “[...] o aspecto psicológico não ocorre isoladamente, mas se dá em uma determinada cultura, e cada cultura tem seus determinantes sobre a doença, tais como usos, costumes, mitos, folclores, condições econômicas [...]”.

Na prática da medicina científica, o que se observa, de um modo geral, é um esforço por dominar a doença, modificando o próprio percurso da natureza, dominando suas manifestações fisiopatológicas, mas, conseqüentemente, deixando de lado o interesse sobre a manutenção dos cuidados com a saúde e, de igual maneira, com a prevenção de doenças (CAPRARA, 2003). Ao se colocar o foco estritamente sobre a doença e seus parâmetros e medidas, acaba-se por desconsiderar a imensa riqueza presente nas variações do ser doente, em que os aspectos qualitativos são imprescindíveis na compreensão dessas experiências e na busca por intervenções terapêuticas.

Numa crítica a esse posicionamento médico de situar a doença no indivíduo com vistas a uma intervenção terapêutica, numa declarada “caça as bruxas” é que Canguilhem (2000 [1966], p. 19), assim descreve a atitude médica frente ao adoecimento:

Ver em qualquer doente um homem aumentado ou diminuído em algo já é, em parte, tranquilizar-se. O que o homem perdeu pode lhe ser restituído, o que nele entrou, pode sair. Mesmo se a doença é sortilégio, encantamento, possessão demoníacas pode-se ter a esperança de vencê-la. Basta pensar que a doença atinge o homem para que nem toda esperança esteja perdida.

Todo foco da intervenção médica recai sobre a doença como “mal” a ser extirpado, banido. Ao abordar a normalização imposta pelo saber médico moderno, Holanda (2011, p. 76) considera que este processo leva a um distanciamento do sujeito de sua própria identidade, ou seja, “o sujeito não é mais ‘sujeito’ de sua existência, mas ‘objeto’ de um contexto exterior a si próprio”. O que se observa na prática médica é, na maioria das vezes, um entendimento objetivado da doença, considerando como sendo de menor importância a dimensão existencial e subjetiva desta.

Esse modo objetivado de lidar com o sujeito pode ser observado na rotina hospitalar, até mesmo, pelo modo de identificação dos pacientes, que são reconhecidos por suas patologias, ao invés de seus próprios nomes. Há um destaque dado às doenças e seus mecanismos fisiopatológicos. O sujeito fica “esquecido” entre explicações racionais sobre suas enfermidades e exames que constatem suas alterações orgânicas (MARTINS, 2010).

Cabe ao psicólogo que atua no contexto hospitalar intervir em uma proposta de resgate da subjetividade humana, atentando para as diversas vezes em que esta é esquecida, objetificada no âmbito hospitalar. Por outro lado, deve tomar cautela para não incorrer num subjetivismo, desconsiderando os aspectos físicos do adoecimento. Como anteriormente foi ressaltado neste trabalho por Ismael (2010) e Simonetti (2013), não se pode deixar de considerar a coexistência do psíquico com o físico e vice-versa, numa compreensão do todo do sujeito.

Nessa perspectiva crítica, ao refletir sobre o enfoque dado pelos médicos às causas físicas das doenças, Foucault ressalta a importância destes se voltarem, por outro lado, para o conhecimento das forças das doenças e dos medicamentos. Foucault (2014 [1980], p. 13) afirma que “A percepção da doença no doente supõe, portanto, um olhar qualitativo [...] é preciso toda uma hermenêutica do fato patológico a partir de uma experiência modulada e colorida; medem-se variações, equilíbrios, excessos ou defeitos”. Numa abordagem qualitativa da doença outros aspectos podem ser percebidos, como os psicológicos, sociais, dentre outros, ampliando a compreensão de determinado fenômeno, permitindo abarcar até mesmo suas múltiplas variações, aquilo que “escapa” a uma concepção objetivada.

Do mesmo modo, é alvo da reflexão gadameriana o destaque dado à doença pela cultura científica em tempos atuais. Antes, a medicina era reconhecida como “arte da cura” pelos gregos. Atualmente, percebe-se uma ênfase dada à doença e seus mecanismos como “objeto” do saber-médico. Pode-se dizer que se trata de uma “ciência da doença”, e nesse âmbito, “doença como perturbação, incômodo, perigo, como um ‘objeto’, como aquilo que executa uma resistência” (HOLANDA, 2014, p. 126). E, dentro dessa lógica, a saúde acaba ocultada pela necessidade da ciência de subjugar a doença, e sendo assim, a própria natureza.

A esse propósito, destaca Gadamer:

[...] Mesmo quando se diz que se conseguiu dominar a doença, no final já se separou a doença da pessoa e ela é tratada como um ser com vida própria, com o qual tem de se lidar. Isso até ganha um sentido especial, se pensarmos nas grandes epidemias, cujo domínio foi tão amplamente alcançado pela medicina moderna [...]. No final de nossas reflexões se saberá que a saúde sempre se encontra em um horizonte de perturbação e ameaça (GADAMER, 2011 [1993], p. 117).

Como consequência de uma forte ênfase dada à doença no ambiente hospitalar, o que se tem é uma extrema impessoalidade e burocratização desse espaço. Não se prioriza o sujeito adoecido. Todo aparato tecnológico, normas e rotinas são voltadas para a identificação e combate das doenças. Há uma naturalização dessas questões, levando a uma reprodução desse modo de tratamento na formação e práticas médicas.

Por isso, a compreensão do psicólogo no âmbito hospitalar acerca do fenômeno do adoecimento precisa transpor essa concepção patologizante e de busca por uma dominação da doença. Esta precisa ser entendida como um processo de desequilíbrio, de desarmonização do sujeito. Segundo Chiattonne (2014, p. 222), “[...] estar doente implica em desequilíbrios que podem ser compreendidos, em uma visão holística, como um abalo estrutural na condição do ser, chocando-se ao processo dinâmico de existir”.

Ampliando a discussão sobre o fenômeno da doença, outro ponto relevante abordado por Gadamer em sua compreensão dessa experiência é o modo como o adoecimento faz com que o corpo seja sentido, presentificando a corporeidade. Na concepção do autor este é “[...] o primado metódico da doença sobre a saúde” (GADAMER, 2011 [1993], p. 81). Enquanto a saúde é esquecida pelo saber-fazer médico, pelo sistema de saúde e pelo próprio sujeito que a vivencia, a doença não só é sentida no corpo, mas faz com que o corpo perturbado se presentifique.

É fundamental pensar no corpo para além de um campo de estudo e intervenção médica, com suas estruturas anátomo-fisiológicas. Gadamer (2011 [1993], p. 79) demonstrava essa preocupação com o modo como o corpo era percebido no campo da saúde, ao levantar o seguinte questionamento: “[...] o que acontece, realmente, com a possibilidade de perceber o corpo tão somente como corpo - e tratar o corpo como corpo?”. Não deixando de considerar a importância dos estudos das estruturas anatômicas, é imprescindível na atuação hospitalar poder pensá-lo como “morada” de um sujeito que se relaciona com ele, que se manifesta por meio dele, que sente, percebe, vivencia este corpo de maneira única e particular.

Aqui se torna imprescindível também lembrar que para além de um corpo anatómico valorizado durante a formação médica, segundo o filósofo francês Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), este é, antes de tudo, um corpo que em contato com o mundo experencia, se relaciona, atribui sentido às coisas, ou como ele mesmo afirmou: “[...] o corpo é um nó de significações viventes e não a lei de um certo número de termos co-variantes” (MERLEAU-PONTY, 1999 [1945], p. 210). Ressalta ainda a subjetividade presente na relação do sujeito com o corpo, em contraposição à objetificação instituída pelas ciências naturais.

Para o fenomenólogo, o corpo não deve ser comparado a um objeto físico, ou, como se pode constatar na perspectiva objetificante do olhar médico biológico, a uma máquina. Antes, este deve ser relacionado a uma obra de arte, onde se pode captar seus múltiplos sentidos, sons, cores, formas, ou seja, suas diversas características, tanto físicas quanto subjetivas podem ser percebidas nessa concepção (MERLEAU-PONTY, 1999 [1945]). É através do corpo que o sujeito entra em contato com o mundo da vida, que vivencia os diferentes modos de ser-no-mundo.

O corpo é o veículo do ser no mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles. Na evidência deste mundo completo em que ainda figuram objetos manejáveis, na força do movimento que vai em direção a ele [...] pois, se é verdade que tenho consciência de meu corpo através do mundo, que ele é, no centro do mundo [...] é verdade pela mesma razão que meu corpo é o pivô do mundo (MERLEAU-PONTY, 1999 [1945], p. 122).

Enquanto a subjetividade do corpo é esquecida por parte dos profissionais com uma formação médico-científica, cada vez mais se percebe uma “pretensão” de identificar em cada parte do corpo, aquilo que o limita, o adocece. A busca pelo “corpo perfeito” desafia os profissionais da medicina, que combatem a falibilidade do corpo. Ao voltar-se enfaticamente para a preservação deste, tenta-se negar os limites da própria existência humana (CAPALBO, 2011).

E nesse sentido, Gadamer ressalta que, para além da experiência da morte, não há outra vivência na dinâmica da vida que demonstre de modo tão veemente os limites da ciência, da técnica, do ser-capaz-de-fazer. Além disso, o que se observa no cotidiano hospitalar é que o avanço tecnológico conduz a um prolongamento artificial da vida, como ele mesmo enfatiza ao dizer que “O prolongamento da vida acaba por se tornar, em geral,

um prolongamento do morrer e uma estagnação da experiência do eu” (GADAMER, 2011 [1993], p. 69).

Nessa esfera, o psicólogo deve contribuir com outro olhar sobre as questões de morte na instituição hospitalar, que nesse meio é concebida como “inimiga” a ser vencida, combatida, ou como fracasso da terapêutica instituída. É primordial entendê-la como fenômeno inerente à existência humana e gerador de sentido de vida. Compreender o sujeito como ser-para-a-morte<sup>33</sup> é percebê-lo dentro de suas limitações e possibilidades em sua dinâmica existencial.

Por isso, onde não há morte, não há vida, pois a morte dá sentido a vida [...] a sua negação leva a pessoa a autoalienação, a um estado de incompletude, pois não pode se compreender integralmente sem enfrentar seu próprio fim, sua própria morte, a possibilidade de não-mais-ser. Na verdade, sempre o homem viveu sob o impacto da morte (CHIATTONE, 2014, p. 201).

Enquanto a doença é enfocada, perseguida pelo saber científico, tanto as experiências de morrer e da saúde são ocultadas. O que se percebe no tocante, especificamente à experiência da saúde, é que há um crescente distanciamento e esquecimento desse termo, em parte, pelo caráter que lhe é inerente, o do “autoesquecimento”. Ao suscitar reflexões sobre o próprio conceito de saúde, Almeida Filho (2000) enfatiza a difícil tarefa de se conceituar este termo na atualidade, configurando-se, segundo ele, num tipo de “ponto cego” da ciência médica. Isso pode ser constatado pelas inúmeras disciplinas médicas encarregadas de lidar com diferentes patologias, não se podendo dizer o mesmo de uma única teoria da saúde.

Penso que nem mesmo a coletivização da doença através do conceito de morbidade consegue indiciar “essa coisa chamada saúde”. Não é por acaso que os textos epidemiológicos sobre a saúde mostram-se sinuosos e inconvincentes; os seus formuladores patinam sobre metáforas, inventam maneiras indiretas de falar sobre saúde, porém o seu objeto continua sendo a enfermidade e a morte (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 7).

Aí, precisamente, reside “o caráter oculto da saúde”, no mistério e na complexidade em que esta se coloca, sinalizando que possui uma medida própria. Ou como ressalta o próprio hermeneuta, “[...] se não se pode medir verdadeiramente a saúde é por

---

<sup>33</sup> Nessa perspectiva, Heidegger considera como estrutura existencial o ser-para-a-morte. Esta é uma condição existencial impossível de ser evitada. O ser-aí é essencialmente finito: “[...] há no Dasein uma permanente ‘não-integridade’, impossível de abolir, que encontra seu fim na morte” (HEIDEGGER, 2002 [1927], p. 25).

ela ser um estado da adequação interna e de conformidade com si próprio, que não pode ser superado por outro controle” (GADAMER, 2011 [1993], p. 114).

Essa forma de compreensão da saúde vem de encontro com conceitos idealizados<sup>34</sup>, em que esta é concebida num patamar inatingível. Ao entender a saúde com sua própria medida, concebe-se que esta apresenta sua especificidade de acordo com cada sujeito, numa referência ao seu caráter subjetivo. Cada um tem sua própria medida de saúde, mesmo que a medicina moderna consiga estabelecer alguns parâmetros do que seja considerado normal e saudável. E isto deve ser considerado no momento do atendimento de um paciente pelo psicólogo que atua no contexto hospitalar.

A despeito dos parâmetros médicos, existe uma “medida própria” para cada pessoa. É importante no momento da escuta, poder perceber a forma como o paciente compreende o seu adoecimento e suas expectativas quanto a sua recuperação. No momento em que um profissional da equipe sinaliza para o paciente sua melhora clínica, por exemplo, este também precisa sentir-se em conformidade consigo mesmo.

Na leitura gadameriana dos fenômenos saúde e doença, o sujeito somente se lembra de que estava saudável, quando este adoece. A doença não existe sem a saúde e é ela que aponta para o lugar de sua falta. Ou seja, é a doença que diz que a saúde é ausente. Essa dinâmica entre saúde-doença, falta-presença diz respeito ao balanço da vida, em que o desequilíbrio vai dando lugar ao equilíbrio novamente e vice-versa (GADAMER, 2011 [1993]).

Estar atento à dinâmica própria da vida é tarefa pertinente ao desenvolvimento das atividades profissionais do psicólogo no âmbito hospitalar, que precisa reposicionar os fenômenos de saúde e doença no espaço da existência humana. Atento a esse mesmo raciocínio, Canguilhem (2000 [1966], p. 159), ao abordar os parâmetros instituídos pelo método científico, ressalta que “o ser humano não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis”, fazendo uma menção ao sujeito lançado no mundo da vida, onde as vivências do cotidiano ocorrem seguindo o fluxo da vida.

Compreende-se que, para o homem, a saúde seja um sentimento de segurança na vida, sentimento este que, por si mesmo não se impõe nenhum limite. A palavra *valere*, que deu origem a valor, significa em latim, passar bem. A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais (CANGUILHEM, 2000 [1966], p. 163).

---

<sup>34</sup> Pode-se destacar o conceito trabalhado pela Organização Mundial de Saúde, em que a saúde é entendida como completo bem-estar físico, psíquico, social, espiritual, dentre outros aspectos.

Além disso, a saúde também pode ser entendida como a disponibilidade do sujeito diante da dinâmica do mundo vivido. Desse modo, Gadamer (2011 [1993], p. 118) sustenta que “[...] saúde não é, de maneira alguma, um sentir-se, mas é estar-aí, estar-no-mundo, estar-com-pessoas, sentir-se ativo e prazerosamente satisfeito com as próprias tarefas da vida”. Para além de uma questão internalista, o autor aponta para uma aproximação entre saúde e alteridade. É também na relação com outras pessoas que o sujeito se constitui como “ser saudável”. Assim também, pode-se pensar a saúde como uma experiência hermenêutica eu-tu. E isto pressupõe uma compreensão diferenciada da natureza humana, ou seja, o ser humano como ser-aí, como *Dasein*. Este termo, utilizado prioritariamente pelo filósofo Martin Heidegger (1889-1976), remete à constituição ontológica do homem. É na relação com os outros que o homem constrói sua existência, seu modo de ser, sua história.

[...] o ser com os outros pertence ao ser da pre-sença que, sendo, está em jogo seu próprio ser. Enquanto ser-com, a pre-sença ‘é’, essencialmente em função dos outros. Isso deve ser entendido, em sua essência, como uma proposição existencial. Mesmo quando cada pre-sença de fato não se volta para os outros, quando acredita não precisar deles ou quando os dispensa, ela ainda ‘é’ no modo ser-com [...]. A abertura da co-pre-sença dos outros, pertencente ao ser-com, significa: na compreensão do ser da pre-sença já subsiste uma compreensão dos outros porque seu ser é ser-com (HEIDEGGER, 2002 [1927], p. 175-176).

Não há como se compreender um sujeito, seja saudável, seja doente, desconectando-o de suas relações. É nesse movimento de abertura para com as questões da vida que se tem um sujeito disponível para novas experiências, novas possibilidades. Um horizonte se abre, permitindo até mesmo um aprendizado com o adoecimento. Para Gadamer (2011 [1993], p. 81), ao considerar o sujeito como *Dasein* pode-se afirmar que “[...] nesse ‘estar-aí’ o ser humano está presente em seu estar-entregue, em seu estar-aberto e em sua abertura, em sua receptividade espiritual para tudo que seja”.

[...] o que é o ser do ser-aí humano? Com certeza, não mera consciência. Mas que tipo de ser é esse, que nem dura, nem vige como as estrelas eternas ou as verdades matemáticas, mas que se acha sempre em desvanecimento como toda vida estendida entre o nascimento e a morte, e que, contudo, em sua finitude e historicidade, é um “aí”, um aqui, um agora, um presente no instante, não um ponto vazio, mas plenitude do tempo e reunião do todo? O ser do ser-aí humano é um ser tal “aí”, no qual futuro e passado não vêm à tona como instantes que chegam e desaparecem, mas como a história própria que sempre constitui a cada vez um futuro próprio e o ser próprio, desde o acaso do nascimento [...] (GADAMER, 2012, p. 258).

Nas diversas experiências obtidas no campo da saúde, o psicólogo que atua na instituição hospitalar não pode deixar de pensar sobre outros elementos importantes para a compreensão não só da saúde e do adoecimento, mas do ser que os experiencia. Como comentado anteriormente por Simonetti (2013, p. 15), o foco da intervenção psicológica é “[...] toda subjetividade produzida em decorrência do adoecimento”. Resgatar a subjetividade ao compreender estes fenômenos é entender que a saúde está ligada ao ser do sujeito, em uma perspectiva existencial, subjetiva da experiência humana. Esses aspectos são esquecidos numa compreensão objetivada, tecnicista de abordar os fenômenos. Daí por que uma hermenêutica do cuidado com a saúde constitui-se como uma hermenêutica do cuidado com o sujeito na radicalidade e amplitude de sua existência.

Conforme a perspectiva hermenêutica, o estar aberto, preparado para novas experiências é que sinaliza a saúde, o bem-estar. Este termo é utilizado pelo autor para enfatizar o modo como a saúde é ocultada, passando despercebida pelo sujeito. Ao invés de se falar saúde, em muitos momentos, fala-se em bem-estar. Na busca por suscitar uma reflexão acerca desse termo, Gadamer (2011 [1993], p. 80) faz o seguinte questionamento: “[...] porém o que é bem-estar senão exatamente o fato de não se estar direcionado a isso, mas estar, desimpedidamente, aberto e preparado para tudo?”.

A proposta de uma hermenêutica da saúde, nessa perspectiva de reconsiderar o fenômeno da saúde para além das diretrizes de uma objetividade de compreensão científica e, conseqüentemente, privilegiando sua dimensão subjetiva e existencial, aponta para a necessidade de um cuidado diferenciado com a saúde. Nesse aspecto, fica destacado que a tarefa daqueles que atuam no campo da saúde como ser-capaz-de-fazer pode ser situada entre a natureza e a arte, e que, portanto, deve ser entendida dentro dos seus limites. Desse modo, é possível pensar nos desafios do cuidado com a própria saúde e com o de outras pessoas. Esta é uma tarefa árdua, que exige um comprometimento, um implicar-se no processo que ultrapassa um domínio técnico, exigindo outras habilidades para que se favoreça um restabelecimento do equilíbrio perdido (GADAMER, 2011 [1993]).

Ao refletir sobre o cuidado no contexto hospitalar, um aspecto que não pode deixar de ser pensado é quanto ao retorno do sujeito em tratamento à sua vida cotidiana, ao seu lugar no contexto familiar, social. O hospitalismo se coloca como experiência desfavorável para o restabelecimento do paciente, uma vez que sua autonomia é desvalorizada e o paciente é objetificado pelo saber médico-científico. O psicólogo deve

considerar em sua prática de cuidados o incentivo a autonomia do paciente, considerando-o um agente de seu próprio cuidado, dentro de seus limites e possibilidades.

Ao invés de uma relação de dependência, a autonomia do paciente deve ser estimulada para o retorno às atividades da vida cotidiana. Uma não submissão à autoridade e orientação médica é vista por Gadamer (2011 [1993]) como algo positivo, por vezes, e como sinal de inteligência por parte do paciente que resiste a uma submissão cega. Além disso, é uma expressão de contrariedade diante da perda da liberdade com o adoecimento, de uma vivência de “exclusão da vida”. Nesse ponto, o psicólogo deve atentar para o esforço que o paciente tem de preservar a sua autonomia no contexto hospitalar, não incorrendo no erro de, juntamente com outros profissionais da equipe de saúde, atuar no sentido de buscar uma “adaptação” deste ao ambiente, estimulando a submissão, a dependência e o conformismo.

É também pensando no cuidado que o olhar hermenêutico filosófico se volta para as questões que envolvem a relação médico-paciente. Segundo Araújo, Paz e Almeida (2012, p. 205), a complexidade do cuidado reside em “[...] convergir à diagnose, o tratamento mais apropriado, o diálogo e a colaboração do usuário nesse momento existencial, que é a experiência da doença”. Diante dessas tarefas, é necessário que o profissional busque no contato com o paciente estabelecer uma relação terapêutica, ou seja, favorecedora para o tratamento do mesmo.

Dentre as reflexões suscitadas por Gadamer, ele destaca a necessidade do estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e paciente, além da necessidade deste saber aproximar-se e também afastar-se objetivando a recuperação do paciente. A intervenção profissional pode interferir no balanço da natureza, perturbando o seu equilíbrio, considerando-se que o sujeito que vivencia o adoecimento encontra-se em enorme tensão social, psíquica (GADAMER, 2011 [1993]).

Nesse aspecto, o psicólogo no (contexto) hospitalar precisa continuamente refletir sobre seus modos de intervenção, considerando as suas possibilidades e limites diante da própria dinâmica do paciente, atentando para intervenções iatrogênicas<sup>35</sup>. Retomando a concepção platônica de *pharmakon*, em que este se apresenta de duas formas, como remédio e veneno; pode-se depreender que a prática psicológica, de igual modo,

---

<sup>35</sup> O termo iatrogênico vem do grego *iatros* (médico, curandeiro) e *genia* (origem). Este é amplamente utilizado para designar patologias, danos, efeitos colaterais causados no paciente pela ação médica, ou de algum membro da equipe de saúde, ou medicamentosa.

repercute de modo positivo ou negativo no equilíbrio do sujeito adoecido, contribuindo tanto para o seu estabelecimento quanto para o seu agravamento.

[...] Constitui seu estado médico necessitar de confiança e, ao mesmo tempo, porém, também ter de voltar a limitar o seu poder médico. Ele tem de ver para além do “caso” que ele trata, para ter condições de avaliar o ser humano no todo de sua situação vital. Sim, ele deve refletir até mesmo sobre a sua própria atividade, e o que ela causa no paciente. Ele tem de saber se retirar. Pois ele não pode fazer com que o paciente dependa dele, nem desnecessariamente prescrever condições de conduta de vida (GADAMER, 2011 [1993], p. 51).

A proposta hermenêutico filosófica também defende o diálogo terapêutico entre paciente e equipe como forma de vigilância em saúde com o objetivo de efetivar o cuidado em saúde. Não se trata de um encontro intersubjetivo, mas de favorecer o restabelecimento do equilíbrio do paciente, o fluxo da comunicação da vida, por meio de decisões compartilhadas pelos profissionais da equipe de saúde, considerando o momento, a vivência do paciente diante de cada situação (ARAÚJO; PAZ; ALMEIDA, 2012).

Para que se aproximem médico e paciente, o “solo comum” deve ser o diálogo. Além disso, “[...] ele (diálogo) já é tratamento e continua sendo muito importante no tratamento que se segue, o qual deve conduzir à cura” (GADAMER, 2011 [1993], p. 133). Nesse ponto, o psicólogo se coloca como profissional com uma posição de destaque, uma vez que ele é visto, no contexto hospitalar, com sua atuação voltada para intermediar as relações entre pacientes e equipes de saúde, transitando entre a escuta e a fala, favorecendo uma comunicação efetiva nesse âmbito (SIMONETTI, 2013).

Ao aproximar as palavras tratamento e diálogo, Gadamer propõe diminuir o distanciamento entre profissional da saúde e paciente. A ciência moderna contribui para aprofundar o abismo entre estes, uma vez que o tempo disponibilizado para as consultas não proporciona um espaço para o diálogo. Na compreensão do filósofo, “[...] o diálogo promove a humanização da relação entre uma diferença fundamental, a que há entre o médico e o paciente. Tais relações desiguais pertencem às mais difíceis tarefas entre os seres humanos” (GADAMER, 2011 [1993], p. 118).

A linguagem para o campo hermenêutico filosófico tem um destaque diante da dinâmica compreensiva. Para Lawn (2011), a linguagem sob o foco hermenêutico é essencialmente diálogo, remetendo à primazia da fala sobre a escrita. É pelo diálogo que o homem se conecta ao mundo, atribuindo-lhe sentido, interpretando-o.

A linguagem não é somente um dentre muitos dotes atribuídos ao homem que está no mundo, mas serve de base absoluta para que os homens tenham mundo, nela se representa mundo. Para o homem, o mundo está aí como mundo numa forma como não está para qualquer outro ser vivo que esteja no mundo. Mas esse estar-aí do mundo é constituído pela linguagem [...]. Não só o mundo é mundo apenas quando vem à linguagem, como a própria linguagem só tem sua verdadeira existência no fato de que nela se representa o mundo (GADAMER, 2015 [1960], p. 571-572).

O diálogo, na compreensão gadameriana, vai além de uma conversa em que se estabelece uma troca de informações. Para que uma “arte da conversação” possa ser efetivada, é imprescindível que aqueles que se proponham não “passem ao largo um do outro”, mas que se mantenham no “mesmo passo” (GADAMER, 2015 [1960], p. 479). Como, então, favorecer um diálogo efetivo com o outro se utilizando de uma linguagem técnica, e, portanto, enigmática para quem a recebe?

Esta é uma questão importante quando se reflete sobre a comunicação estabelecida no contexto hospitalar. A linguagem utilizada pelos profissionais da saúde se coloca como “barreira” em muitos momentos, para uma compreensão das questões relacionadas com o adoecimento, tratamento. Os questionamentos trazidos pelos pacientes são percebidos como desnecessários ou incômodos pela equipe. Há pouca abertura para um diálogo. A comunicação que se estabelece nesse cenário, em muitos momentos, visa somente informar o sujeito de alguns procedimentos. É uma via de mão única e o profissional geralmente comanda o que é dito.

O abuso de termos técnicos pelos profissionais da saúde é algo incentivado na formação médico-científica, mas que interfere na relação profissional-paciente, dificultando no diálogo. Segundo Moura (2012), identificou-se como entrave na comunicação entre médicos e pacientes, a falta de clareza, o abuso de jargões e o não esclarecimento de expressões utilizadas por ambos. O que acontece na comunicação entre médico e paciente num “encontro clínico tradicional” é o que se denomina de “afunilamento da narrativa”, uma vez que há uma seleção por parte do profissional médico do conteúdo trazido pelo paciente. Todo interesse se volta para os elementos que conduzam, especificamente, a uma lógica pautada na identificação de sintomas patológicos, sustentados pela racionalidade científica. Conseqüentemente, há uma perda de outros aspectos também relevantes para a compreensão das demandas trazidas pelo paciente, que não se restringem ao diagnóstico de doenças.

Nesse âmbito, o psicólogo hospitalar possui um papel fundamental, ao identificar por meio da escuta do paciente, questões que possam estar interferindo na

comunicação com a equipe e impossibilitando o restabelecimento do equilíbrio. Ismael (2010, p. 21), ao abordar a importância da comunicação para o paciente, destaca que esta é relevante para “[...] diminuir a ansiedade, dirimir as fantasias, desmitificar as idéias preconcebidas”. Além disso, o psicólogo possui uma tarefa desafiadora nesse contexto, que é de incentivar o paciente no diálogo com os profissionais da saúde, mesmo nas limitações encontradas quanto à terminologia médica utilizada por estes.

Para uma práxis que conduza ao desvelamento e à resolução de problemas, é fundamental um diálogo estabelecido com clareza. O saber-fazer do psicólogo deve-se fundamentar em formas de compreensão do processo de adoecimento, do cuidado e do diálogo terapêutico pautado em princípios éticos, em que o homem seja reconhecido em seus diversos modos de constituição, em sua complexidade, seja no campo biológico, psicológico, social, dentre outros, ou seja, na dimensão de sua totalidade.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O olhar da psicologia no contexto hospitalar, com suas diversas abordagens que se propõem a pensar e aprofundar temas relativos à compreensão da pessoa humana tem contribuído para fomentar e ampliar as discussões, o que se constitui um diferencial num espaço onde se tem um predomínio de profissionais com uma formação sustentada pelo modelo médico-biológico, com um enfoque objetivante dos fenômenos encontrados.

Diante dessa difícil tarefa de atuar num contexto onde a racionalidade científica é valorizada e a subjetividade humana, em alguns momentos, é minimizada em sua influência sobre o sujeito adoecido, é que o psicólogo hospitalar necessita nortear seu saber-fazer em parâmetros que o auxiliem a pensar mais profundamente sobre estes fenômenos, considerando que nesse espaço se identifica um universo de produção de subjetividades, de sentidos.

Partindo de uma concepção filosófica, ou, mais especificamente, do paradigma hermenêutico filosófico, considera-se como importante e necessário dirigir-se uma reflexão crítica à concepção metodológico-científica, cuja referência fundamenta o saber médico-biológico, como paradigma que sobredetermina as discussões e intervenções acerca dos fenômenos de saúde e doença, bem como a formação tanto médica quanto de outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Combater a objetificação do humano é fundamental para se resgatar elementos de sua subjetividade, considerando o sentido atribuído por este quando lançado no mundo da vida.

É um desafio poder pensar para além de paradigmas reconhecidos, como o modelo médico biológico, que no decorrer dos tempos tem consolidado seu modo de pensar e atuar por meio da medicalização da sociedade num contexto mais amplo. Não desconsiderando seu lugar de relevância no campo da saúde, com grandes aquisições de conhecimentos técnicos que tem beneficiado as populações, é mister alargar as fronteiras

com modos de compreensão que contemplem outros aspectos do sujeito, na dimensão de sua totalidade.

O pensamento gadameriano nos possibilita refletir, dentre tantas questões, acerca dos parâmetros adotados pela ciência moderna, e de como essa compreensão influencia a atuação humana nos diversos contextos da sociedade. Defende-se, nesta pesquisa, um pensamento que vá além desses posicionamentos, rompendo com os dogmatismos impostos pela ciência, buscando perceber outras formas de experiência que não se restrinja à técnica.

Não se trata de se instituir um novo paradigma que tenha a pretensão de dar conta de todas as questões relativas ao campo da saúde, ao fenômeno humano, ou, até mesmo, de anular o paradigma médico biológico. Entende-se a complexidade de lidar com o tema da saúde, como bem ressalta Campos (2012, p.60): “saúde tem várias dimensões qualitativas e quantitativas. Algumas passíveis de medições objetivas e realizada sem participação ativa dos sujeitos (...). E outras difíceis de avaliar sem o concurso ativo dos sujeitos implicados”.

E considerando-se os desafios enfrentados pelos psicólogos no cotidiano de trabalho no contexto hospitalar é que se evidenciou a relevância das questões levantadas por Gadamer em seu ensaio sobre o campo da saúde, em que diversos conceitos são trabalhados, dentre eles, a saúde, o adoecimento, a cura, o cuidado, a morte, a comunicação terapêutica, dentre outros, relacionando-os com uma práxis, com um fazer que rompa com as limitações do fazer técnico. No transcorrer deste trabalho, foi possível pensar numa atuação psicológica no contexto hospitalar de orientação hermenêutico-filosófica sustentada pelos seguintes fundamentos:

-Identificar o fenômeno da saúde como uma experiência hermenêutica e, desta forma, uma experiência que precisa ser pensada para além da referência de uma experiência científica, em que o objeto de estudo é tão somente estudado quantitativo-mecanicamente, isolado e objetificado. Como uma experiência humana, a saúde se manifesta em seu caráter histórico e dialético, ou seja, em sua finitude, imprevisibilidade, e horizonte de possibilidades, buscando uma compreensão do outro para além de uma relação de manipulação, objetificação;

-Ao se compreender e respeitar a dinâmica da natureza, da vida em seu balanço entre equilíbrio e desequilíbrio, o psicólogo hospitalar deve atuar como favorecedor no processo de restauração da saúde perdida, e deste modo, objetivando um fazer voltado para

o cuidado com a saúde do paciente, configurando sua atuação, por vezes, em um “não fazer”.

-Ao lidar com o fenômeno do adoecimento, é necessário dar a devida importância à história de vida do paciente, percebendo que este possui uma concepção própria de seu adoecimento, que contribui para a compreensão dos seus processos de vida, de sua visão de si mesmo e do mundo;

-É fundamental considerar a complexidade do tema “saúde”, em que diversos fatores concorrem para a compreensão deste fenômeno. Cabe ao psicólogo não se restringir a um único modo de entendimento, seja objetivado ou subjetivado, isolando-se num paradigma, percebendo a importância de diversos discursos, seja de âmbito social, psicológico, biológico, dentre outros;

-Atuar no sentido de favorecer um resgate da subjetividade humana no contexto hospitalar, identificando os momentos em que esta é esquecida, enquadrada pelos parâmetros de cientificidade, não deixando de conceber a coexistência do físico com o psíquico e vice-versa;

- Ao refletir sobre o fenômeno da saúde e adoecimento, é importante não restringi-los às modificações anátomo-fisiológicas, mas pensá-los como parte da dinâmica da vida, em que se vivencia o equilíbrio em alternância com o desequilíbrio, evitando-se uma concepção “idealizante” de saúde, ou “patologizante” da doença;

-Perceber o corpo para além de sua estrutura anatômica, concebendo-o como “morada” de um sujeito que através dele se relaciona com o mundo e o vivencia de modo particular;

-Em relação à experiência de morte, quando se atenta para o limite do ser-capaz-de-fazer, é também imprescindível numa atuação psicológica em âmbito hospitalar resgatá-la como fenômeno inerente à existência humana e que possibilita produção de sentido de vida;

-Ao compreender a objetificação e naturalização dos fenômenos instituída pelo saber moderno, como a morte, o corpo, é fundamental que o psicólogo hospitalar em sua prática possibilite o “desvelamento” destes, restituindo-os em seu sentido atribuído pelo próprio sujeito em contato com o mundo da vida;

-Ponderar sobre a difícil tarefa de lidar com a experiência da saúde, pelo seu “caráter oculto”, de “autoesquecimento”, em que o sujeito a vivencia como um estado de conformidade consigo mesmo, em que prevalece, a despeito de toda “normatização”

imposta pela medicina moderna, os parâmetros e medidas estabelecidos pelo próprio sujeito;

-Considerando-se os limites da *techne* na efetivação dos cuidados à saúde, é fundamental que o psicólogo reflita constantemente sobre o seus modos de intervenção, reconhecendo que sua atuação junto ao paciente pode interferir no restabelecimento do paciente, tanto de modo positivo, quanto negativo. É necessário pensar sobre os efeitos “iatrogênicos” de cada intervenção;

- O papel do psicólogo na escuta e no diálogo com o paciente é imprescindível para a efetivação de uma relação terapêutica, não incorrendo no erro de “afunilar” as informações trazidas pelos pacientes, e nem de “dominar” o diálogo, mas, antes, favorecer o estabelecimento de uma verdadeira “arte da conversação”;

- A prática psicológica em âmbito hospitalar, precisa pensar a saúde numa relação hermenêutica eu-tu, considerando o sujeito no âmbito de suas relações no mundo da vida (*Dasein*), em que ele constrói sua existência, sua história, numa compreensão subjetiva da saúde.

- O psicólogo hospitalar deve atuar considerando o seu saber-fazer voltado para o cuidado do paciente, transitando entre a sua escuta e fala, estabelecendo uma relação com paciente e familiares em que estes possam ser acolhidos em suas demandas, em seu sofrimento.

O que se intenciona nesta pesquisa, para além de uma filosofia como fundamento a uma prática, é sustentar uma atuação psicológica em âmbito hospitalar que se faz buscando-se uma compreensão dos fenômenos encontrados nesse contexto, partindo de um sujeito conectado ao cotidiano de vida. Nesse sentido, este trabalho situa-se longe da pretensão de apresentar respostas aos problemas vivenciados pelos psicólogos, mas ao identificar elementos dessa prática, objetiva destacar a pergunta pelo sentido desse fazer, numa compreensão dessas experiências a partir de um referencial que não limite, mas considere o fenômeno humano em sua inteireza.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Salvador, 3 (1-3), 4-20, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v3n1-3/02.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2016.
- ALMEIDA FILHO, N. Qual o sentido do termo saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(2):300-301, abr-jun, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2080.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2016.
- ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, vol.14, nº 02, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a12.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- ANGERAMI, V. A. e col. **Psicologia Hospitalar**. A atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar. São Paulo: Traço Editora, 1984.
- \_\_\_\_\_, V. A. e col. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Cengage Learning, 2013.
- \_\_\_\_\_, V. A. **Psicologia: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Cengage Learning, 2014.
- ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; ALMEIDA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Rev Esc Enferm USP**; 46(1): 200-7, 2012. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acesso em: 05 mar. 2014.
- ARAÚJO JUNIOR, A.B. Sócrates, o corpo, a morte e a tarefa do pensamento: um estudo de Fédon de Platão. In: PEIXOTO, M.C.D. **A saúde dos antigos: reflexões gregas e romanas**. São Paulo: Edições Loyola, 2009.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução de Leonel Vallandro e Gerd Bornheim da versão inglesa de W. D. Ross In: Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1973, v.4. Disponível em: <<http://www/dd9c4w.bn1.livefilestore.com>>. Acesso em: 16 fev. 2016.
- BALESTRIN, M. F.; BARROS, S. A. M. A relação entre a concepção do processo de saúde e doença e a identificação. **Revista polidisciplinar eletrônica da Faculdade de Guaracá**. /hierarquização das necessidades em saúde, Vol. 01:18-21, 2009. Disponível em: <[www.revistavoos.com.br](http://www.revistavoos.com.br)>. Acesso em: 17 nov. 2014.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993, 1282p.

BLEICHER, J. **Hermenêutica contemporânea**. Lisboa: Edições 70, 1992.

BRASIL. **História e evolução dos hospitais**. Ministério da Saúde; Departamento Nacional de Saúde; divisão de organização hospitalar. Organizador: Ernesto de Souza Campos. Rio de Janeiro: Editora do Ministério da Saúde, 1944. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf)>. Acesso em: 16 jan.2016.

CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista cogitare enferm.** 16 (4): 734-40, 2011. Disponível em: <<http://www.fajopa.com.br/>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In. Campos, G. W. S. [et al] orgs. **Tratado de Saúde Coletiva** – 2a. Edição rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 39-78.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e saúde coletiva**, 5 (2), 219-230, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(1):141-144, jan-mar, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v13n1/0233.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000 [1966].

CAPALBO, C. Maurice Merleau-Ponty: a percepção e a corporeidade: o cuidar do corpo numa perspectiva de totalidade. In: PEIXOTO, A.J; HOLANDA, A. F. **Fenomenologia do cuidado e do cuidar**: perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Ed. Juruá, 2011.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(4):923-931, jul-ago, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16842.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

CFP. **Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil**. 1992. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr\\_prof\\_psicologo.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2014.

CFP. **Resolução nº. 13/2007** – Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília, DF, 14 de setembro de 2007. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao\\_CFP\\_nx\\_013-2007.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2014.

CHALMERS, A. F. **O que é ciência afinal?** São Paulo: Brasiliense, 1993.

- CHIATTONE, H. B. C. **A significação da Psicologia no contexto hospitalar**. In: ANGERAMI, V. A. *Psicologia: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Cengage Learning, 2014.
- DERRIDA, J. **A farmácia de Platão**. São Paulo: Iluminuras, 2005.
- DESCARTES, R. **Discurso de método**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009 [1989].
- DILTHEY, W. **Psicología e teoria del conocimiento**. México: Fondo de Cultura Económica, 1924.
- DILTHEY, W. **Introducción a las ciencias del espíritu: ensayo de una fundamentación del estudio de la sociedad y de la historia**. Trad. de J. Marías, Madrid, 1956.
- DILTHEY, W. **Teoria das concepções do mundo**. Trad. De A. Morão. Lisboa: Edições 70, 1992 [1919]. Disponível em: <<http://www.lusosofia.net/textos/dilthey.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- FIGUEIREDO, B. G; ABREU, D. M. Os documentos cartoriais na história da Farmácia e das Ciências da Saúde. **Cadernos de História da Ciência** – Instituto Butantan – vol. V (1) jan-jul 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2014.
- FIGUEIREDO, L. C. **Matrizes do pensamento psicológico**. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.
- FLEXNER, A. **Universities: american, english, german**. New York: Oxford University Press, 1968 [1930].
- FONGARO, M. L. H.; SEBASTIANI, R. W. **Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral**. In: ANGERAMI, V. A. A. *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Cengage learning, 2013.
- FONSECA, M. A. História da clínica e medicina da alma em Michel Foucault. In: PEREZ, D.O (org.). **Filósofos e terapeutas: em torno da questão da cura**. São Paulo: Escuta, 2007.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014 [1980].
- \_\_\_\_\_, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010 [1979].
- GADAMER, H. G. **Le problème de la conscience historique**. Paris: Seuil, 1996 [1958].
- \_\_\_\_\_, H. G. **O Caráter oculto da saúde**. São Paulo: Vozes, 2011 [1993].
- \_\_\_\_\_, H. G. **Martin Heidegger, 75 anos (1964)**. In: GADAMER, Hans Georg. *Hegel-Husserl-Heidegger*. Tradução Marco Antônio Casanova. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 235-249.
- \_\_\_\_\_, H. G. **Verdade e método I**. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Paulo Flávio de Meurer. Petrópolis: Vozes, 2015 [1960]. 631p.

GALIEN. **Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien**. C. Daremberg (ed.) Introd., trad., e notas de C. Daremberg. Paris: J. B. Baillière, 1854.

GASPAR, K. C. **Psicologia hospitalar e a oncologia**. In: ANGERAMI, V. A. *Psicologia: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

GUIMARÃES, A. C. O conceito de mundo da vida. **Cadernos da EMARF**, Fenomenologia e Direito, 5(1), 1-150, 2012.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 9. ed. tradução Márcia de Sá Cavalcanti. Petrópolis: Vozes, 2002 [1927]. (Parte I, 325p; Parte II, 262p.).

HIPÓCRATES. **Aforismos y sentencias**. Buenos Aires: Ed. Del Zorzal, 2009. Disponível em: <<http://www.librosenred.com/ld/pablocastr/1-aforismosysentencias>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

HOLANDA, A. F. **Fenomenologia do “cuidado”**: reflexões para um olhar sobre o binômio saúde-doença. In: PEIXOTO, A. J; HOLANDA, A. F. *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares*. Curitiba: Ed. Juruá, 2011.

HOLANDA, A. Por uma clínica fenomenológica do sofrimento: o sofrer é do sofrente e do existente. In: COSTA, I.I (org.) **Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014.

HUSSERL, E. A ingenuidade da ciência. **Rev. scientiæ zudia**, v. 7, n. 4, p. 659-67, São Paulo, 2009 [1934]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ss/v7n4/a08v7n4.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

\_\_\_\_\_, E. **A crise das ciências européias e a fenomenologia transcendental**. Tradução de Diogo Falcão Ferrer. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012 [1954].

ISMAEL, S. M. C. **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

KÜBLER-ROSS, E. **La mort, dernière étape de la croissance**. Monaco: Éditions du Rocher, 1985.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1996 [1962].

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LAWN, C. **Comprender Gadamer**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LELOUP, J. Y. **Cuidar do ser: Fílon e os terapeutas de Alexandria**. Petrópolis, RJ: Vozes 1996.

LUZ, P. L. **As novas faces da medicina**. São Paulo: Manole, 2014.

LYOTARD, J. F. **O pós-moderno**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

MAEYAMA, M. C.; CUTOLO, L. A. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 39, no. 1, de 2010. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

MARTINS, P. H. Re-significando a emancipação dos paradigmas na saúde. In: PELIZZOLI, M (org). **Os caminhos para o corpo: integração mente e corpo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999 [1945].

MONTENEGRO, M. P. A linguagem como pharmakon no Fedro de Platão. In: PEIXOTO, M. C. D. **A saúde dos antigos: reflexões gregas e romanas**. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

MORAND, A. F. Mistura das qualidades e determinação da saúde em Galeno: aspectos químicos e cósmicos. In: PEIXOTO, M. C. D. **A saúde dos antigos: reflexões gregas e romanas**. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

MORE, C. L. O. O., et al. Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 465-473, jul./set. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

MOSIMANN, L. T. N. Q; LUSTOSA, M. A. A psicologia hospitalar e o hospital. **Rev. SBPH**. Vol 14, nº01, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n1/v16n1a11.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

MOURA, J. C. **Interações e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária a saúde: um estudo hermenêutico**. 2012. 196p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

OLIVEIRA, A. Psicologia da saúde e o paradigma biopsicossocial: um ensaio epistemológico. **Rev enferm UFPE on line**; 5(9): 2300-16, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

OLIVEIRA, E. B. S.; SOMMERMAM, R. D. G. **A família hospitalizada**. In: ROMANO, B. W. **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.

OSÉS, A.O. **Diccionario de hermenéutica**. Bilbao: Universidad de Deusto, 1997.

PEIXOTO, A. J.; HOLANDA, A. F. **Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares**. Curitiba: Juruá, 2011.

PEREZ, D. O. Os filósofos, os terapeutas e a cura. In: PEREZ, D. O. **Filósofos e terapeutas**: em torno da questão da cura. São Paulo: Escuta, 2007.

PLATÃO. **O banquete**. São Paulo: EDIPRO, 1996.

- \_\_\_\_\_. **Fedro**. São Paulo: Martin Claret, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Diálogos III: Socráticos**. 1ª ed. São Paulo: EDIPRO, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Diálogos V. O Banquete. Mênon, Timeu, Crítias**. Bauru-SP: EDIPRO, 2010.
- POPPER, K. R. **A lógica da pesquisa científica**. São Paulo: editora Cultrix, 1972 [1959].
- \_\_\_\_\_, K. R. **Lógica das Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2004 [1961].
- PORTOCARRERO, V. **As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PUENTE, F. R. A medicina e a filosofia prática em Aristóteles. In: PEIXOTO, M. C. D. **A saúde dos antigos: reflexões gregas e romanas**. São Paulo: Edições Loyola, 2009.
- RIBEIRO, J. C. S; DACAL, M. D. P. O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. **Rev. SBPH** vol.15 nº 2, Rio de Janeiro – Jul./Dez. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- ROMANO, B. W. **O psicólogo clínico no hospital: contribuições para o desenvolvimento da profissão no Brasil**. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1987.
- SALDANHA, S. V.; ROSA, A. B.; CRUZ, L. R. O Psicólogo clínico e a equipe multidisciplinar no hospital Santa Cruz. **Rev. SBPH**. Vol 16, nº1, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n1/v16n1a11.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29 – 41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2014.
- SILVA JUNIOR, A. F. Razão e exclusão: a reabilitação dos preconceitos como crítica hermenêutica a ciência moderna. In: CARVALHO, I. S.; FERREIRA, R. F. **Processos de exclusão na sociedade contemporânea**. São Luís: EDUFMA, 2013.
- SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.
- STEIN, E. **Aproximações sobre hermenêutica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.
- STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: Artmed, 2014.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3): 3615-3624, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

VIDAL Y BENITO, M. C. **La relación médico paciente**: bases para una comunicación a medida. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2010.