UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

WALTER CAUTELLA JUNIOR

**Do inominável à pro-dução de sentido: o plantão psicológico em
hospital geral como utensílio para a metaforização da crise pelo trágico.**

São Paulo

2012

WALTER CAUTELLA JUNIOR

Do inominável à pro-dução de sentido: o plantão psicológico em hospital geral como utensílio para a metaforização da crise pelo trágico.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Henriette Tognetti Penha Morato.

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Cautella Junior, Walter.

Do inominável à pro-dução de sentido: o plantão psicológico em hospital geral como utensílio para a metaforização da crise pelo trágico / Walter Cautella Junior; orientadora Henriette Tognetti Penha Morato. -- São Paulo, 2012.

272 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Plantão psicológico 2. Crises 3. Fenomenologia existencial 4. Hospitais I. Título.

RA776.9

Nome: **CAUTELLA JR, WALTER**

Título: **Do inominável à pro-dução de sentido: o plantão psicológico em hospital geral como utensílio para a metaforização da crise pelo trágico.**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor em Psicologia.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA.

Prof.^a Dr.^a Henriette Tognetti Penha Morato (Orientadora)	Universidade de São Paulo – USP. Instituto de Psicologia – IPUSP.
Prof.^a Dr.^a Heloisa Szymanski Ribeiro Gomes	Pontifícia Univ. Católica de São Paulo PUC/SP. Faculdade de Psicologia.
Prof.^a Dr.^a Carmem Lucia Brito Tavares Barreto	Universidade Católica de Pernambuco UNICAP. Faculdade de Psicologia.
Prof. Dr. Luiz Marcelo Inaco Cirino	Universidade de São Paulo – USP. Faculdade de Medicina – FMUSP.
Prof.^a Dr.^a Maria Luísa Sandoval Schmidt	Universidade de São Paulo – USP. Instituto de Psicologia – IPUSP.

Dedico este trabalho aos meus pais.

Aqueles que nunca pouparam esforços para minha educação.

Gostaria de agradecer...

À Helô...

Por existir em minha vida, fazendo-me outro embora eu mesmo...

Pela interlocução nos tortuosos caminhos da vida e desta tese...

Pela paciência, leveza e confiança, ajudando para que eu chegasse lá...

A todos os alunos e estagiários que passaram pelo projeto HU ao longo dos anos...

Dividindo suas crises e instigando a curiosidade que deu sentido a este trabalho...

A todos os atores institucionais do HU...

Principalmente aos pacientes, “heróis” anônimos que depositaram confiança em nosso trabalho...

À Prof.^a Dr.^a Henriette Tognetti Penha Morato.

Por me receber em seu laboratório, ensinar e estimular a reflexão nos últimos 21 anos de minha carreira...

À Prof.^a Dr.^a Gohara Yvette Yheia

Pela disponibilidade e incentivo (embora, talvez nem soubesse disto...).

A todos os “mestres” que encontrei pelo meu caminho...

Que, com certeza, não foram poucos...

A Tereza Cristina de Cala, Heloisa e Henriette...

Três gerações do LEFE, pela revisão cuidadosa e atenção...

***Temos mantido em segredo a nossa morte para tornar nossa vida possível [...].
Temos disfarçado com falso amor a nossa indiferença, sabendo que nossa
indiferença é angústia disfarçada.***
(Clarice Lispector)

A angústia é a vertigem da liberdade
(Søren Aabye Kierkegaard)

***Uma crise só se torna um desastre quando respondemos a ela com juízos pré-
formados, isto é, com preconceitos.***
***Uma atitude destas não apenas aguça a crise como nos priva da experiência da
realidade e da oportunidade por ela proporcionada à reflexão.***
(Hannah Arendt)

O mito é o nada que é tudo.
(Fernando Pessoa)

***Aqueles que embarcam numa vida de diálogo com a experiência humana deveriam
abandonar todos os sonhos de um fim tranquilo de viagem. Toda sua felicidade se
encontra na própria jornada.***
(Zygmunt Bauman)

RESUMO

CAUTELLA JR, W. **Do inominável à pro-dução de sentido: o plantão psicológico em hospital geral como utensílio para a metaforização da crise pelo trágico**. 2012. 280 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Este trabalho intenta tematizar a questão da crise através da prática de Plantão Psicológico, tendo como cenário o hospital geral universitário (HU) da Universidade de São Paulo (USP). Acompanhando pacientes e equipe de saúde do hospital, os psicólogos experienciaram muitas situações de crise, tais como aquelas expressas pelo gênero dramático. Suas experiências levaram a compreender tal prática por meio de uma analogia. Escolhe-se a tragédia grega como fio condutor para esta pesquisa, uma vez que este gênero literário do século V a. C. possui um caráter de transcendência histórica, trazendo em seu bojo a possibilidade de traduzir e desvelar aspectos da experiência humana nas situações críticas.

Artisticamente, o drama se reporta a uma situação em que o protagonista encontra-se em uma encruzilhada do destino, submetido a uma circunstância de perda de liberdade por um advento imponderável e convocado a empunhar sua responsabilidade na direção do sentido de sua existência.

A metodologia de pesquisa se assenta no olhar da fenomenologia existencial. Sendo assim, afasta-se de procedimentos ou instrumentais pré-definidos, partindo, como propõe M. Heidegger, do questionamento do ser. Elege-se a narrativa de atendimentos realizados por psicólogos plantonistas nos vários espaços do HU, apresentada através de diários de bordo, como matéria-prima para este interrogar e interpretar.

Desvelou-se a crise como ruptura ocasionada por um acontecimento que irrompe na cotidianidade, levando à situação de alheamento e ocultamento de sentido pelo aniquilamento temporário da malha representacional que dá sustentação a existência. Estando lançado neste hiato, inaugura-se outra temporalidade que convoca à metaforização da crise, considerando-se o Plantão Psicológico como utensílio pertinente para possibilitar este trânsito.

Palavras Chaves: 1. Plantão psicológico 2. Crises 3. Fenomenologia existencial 4. Hospitais I. Título.

ABSTRACT

CAUTELLA JR, W. From The Nameless To The Sense Pro-Duction: Psychological Attendance In A General Hospital As A Tool To Metaphorize Crisis By The Tragedy Comprehension. 2012. 280 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

This present work intends to explore crisis phenomenon as a question through the Psychological Attendance practice, which scenario is the University General Hospital at the University of São Paulo. The psychologists experience many crisis situations such those expressed by drama theme, while accompanying hospital patients and health staff. Their experiences lead to comprehend such praxis by the means of an analogy. Greek tragedy is the guideline chosen for this research, because this literary style from the V b. C. century, by its historical transcendental characteristic, carries forward possibilities to translate and unveil relevant aspects of human experience when passing by critical situations. Artistically, drama conveys a situation where the protagonist finds himself in a destiny crossroads, under loss of freedom circumstances by an unexpected event, which convokes him to handle his own responsibility toward the sense of his existence.

Existential phenomenology is the methodological path for this research. Departing from the questioning of being, as Heidegger's proposal, it goes apart from predefined procedures. Psychologists' attendances narratives at many hospital wards, as board diaries, are the main resource for the interrogation and interpretation.

Crisis is revealed as a rupture, caused by an event that emerges in the human quotidian. Thus, it leads to an alienating situation and living sense occultation, due to a temporary annihilating of the existence supporting trama. By being projected in such hiatus, other temporality is settled, conveying to methaforize crisis, where Psychological Attendance is considered as an appropriate utensil to conduct such transit.

Keywords: 1. Psychological Attendance 2. Crisis 3. Existential Phenomenology 4. General Hospital 5. Tragedy

SUMÁRIO

Apresentação

DA EXCLUSÃO À CRISE: O DESVELAMENTO DE UM CENÁRIO 11

De onde vim e para onde vou... 11

Adentrando novas veredas 21

O Palco da tragédia 23

A tragédia 29

Os vários personagens desta tragédia 34

A viagem continua: circunscrevendo a questão e apontando um sentido 41

Capítulo I 43

DA PSICOLOGIA HOSPITALAR AO PLANTÃO PSICOLÓGICO NO HOSPITAL: A BUSCA POR TRANSCENDER FRONTEIRAS.

Psicologia Hospitalar 43

Plantão Psicológico 47

O vir a ser do Plantão Psicológico 53

Psicologia Hospitalar X Plantão Psicológico 58

Capítulo II 65

PLANTÃO PSICOLÓGICO NO HU: PRÁTICA EM AÇÃO

Caracterizando os vários palcos da tragédia 65

Pelo fio da historicidade se desvela uma prática em ação 70

Trilhando caminhos e forjando impressões 73

Capítulo III 90

INVESTIGANDO O DIZER DA CRISE: NARRATIVAS DO VIVIDO E SENTIDO

O interrogar da crise 101

A narrativa como modo de conhecer 104

O método descrito 107

Capítulo IV 115

TRAGÉDIAS CRÍTICAS: CRISE EM AÇÃO...

Episódio um 116

O INAUDÍVEL “RUÍDO DA DOR”

Episódio dois 125

A CRISE EM TRÊS FRAGMENTOS	
Episódio três	136
ERA UMA VEZ O MEDO QUE FOI EMBORA...	
Episódio quatro	143
A IGNORÂNCIA NEM SEMPRE É ALGO RUIM	
Episódio cinco	152
ELA VAI VOLTAR A PENSAR SOBRE A MORTE	
Episódio seis	162
ENTÃO A VIOLÊNCIA QUE VINHA DE FORA, DE REPENTE ERA UM DESCONHECIDO DE DENTRO, E ISSO ERA AMEDRONTADOR.	
Capítulo V	175
DA ESTRANHEZA A RELEXÕES POSSÍVEIS: BUSCANDO FUNDAMENTOS PARA COMPREENDER A CRISE	
A crise: possibilidades de compreensão teórica	185
Heidegger: vida e obra	192
Ser e tempo	193
Angústia	200
Morte/finitude	204
CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS	208
Um modo possível de compreender a crise	208
Plantão Psicológico: utensílio de metaforização da crise	217
Plantão Psicológico: agir afetivamente	223
Plantão Psicológico: falar e metaforizar	225
Plantão Psicológico: apropriando cuidado	227
Pela via do trágico inicia-se um arremate possível...	230
Êxodo	241
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	249
ANEXOS	261
ANEXO A – FÁBULA 220 DAS FÁBULAS DE HIGINO	262
ANEXO B – O FIO DE ARIADNE	263
ANEXO C – ÉDIPO REI DE SÓFOCLES	264

ANEXO D – ÉDIPO EM COLONO DE SÓFOCLES	267
ANEXO E – ANTÍGONA DE SOFOCLES	270

APRESENTAÇÃO

DA EXCLUSÃO À CRISE: O DESVELAMENTO DE UM CENÁRIO

De onde vim e para onde vou...

Esta jornada inicia-se a partir de certos questionamentos despertados durante o curso de pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para a obtenção do grau de Mestre. Como um viajante, que no final de cada etapa de seu caminho sente-se provocado pelo horizonte que se descortina diante de si, começo novo percurso, ainda incitado pelas descobertas da última viagem. Deste modo, este trabalho tem como ponto inicial a pesquisa concluída em abril de 2003. Busca adentrar veredas que foram reveladas pelo caminho, mas que, naquele momento, por mais instigantes que fossem, me levariam a lugares muito distantes do destino almejado. Agora, estando livre para nova aventura e me sentindo realizado pelo êxito da última empreitada, lanço-me por estas promissoras sendas. Para isto, torna-se necessário resgatar, de forma breve, meu trajeto de pesquisa, para que seja possível alçar voo a novas paragens.

Nos vários anos de prática psicológica em um hospital psiquiátrico de curta permanência, fui tocado pela situação existencial dos internos. Essas pessoas transitam pela vida de uma maneira que poderia ser compreendida como "ausência de uma existência" (CAUTELLA JR., 2003). Se existir é responder a aquilo que se apresenta (ALMEIDA, 1999), essas pessoas manifestam um modo de ser que tende ao isolamento do mundo, vivendo um presente eternizado e longe de qualquer estrutura de compartilhamento pessoal e coletiva, como o tempo e a própria cultura. Foi no contato com tal situação que surgiu a preocupação com uma prática psicológica que pudesse ser pertinente ao curto espaço de tempo de acompanhamento a essas pessoas, visando à promoção de abertura de possibilidades para a inclusão no jogo social, como resgate da cidadania.

Para que fosse possível pensar em uma prática psicológica não excludente e cidadã, acreditei ser necessário estudar o movimento de exclusão do divergente. Seguindo o rastro da história, embasado pelos escritos de pensadores como FOUCAULT (1987) e LÈVI-STRAUSS (1955), considerei, a partir de FIGUEIREDO (1996), que o projeto epistemológico da modernidade é determinante para a relação excludente com o diferente.

Se, na Idade Média, a humanidade conheceu uma conjuntura histórica propícia para uma relação pacificada com o “desamparo existencial”, condição esta considerada fundante para KIERKEGAARD (1969), a abertura econômica, política e social do fim deste período lançou o homem de encontro a sua condição de desalojamento. Os modos conhecidos de ser no mundo, até então vigentes e que perduraram por séculos, caíram por terra. Sentindo-se estrangeiro em seu próprio mundo, o homem precisava forjar novos procedimentos para apaziguar a angústia de sua trajetória no mundo. Tal contexto o conduziu à relação com o mundo e entre homens marcados pela racionalidade e a lógica, expressa no Renascimento e, posteriormente, no Iluminismo. Elegeu-se, como dogma inabalável, a máxima aristotélica, pela qual cabia exclusivamente ao intelecto a função do conhecimento. A episteme da modernidade, centrada na racionalidade lógica, visava criar tramas de sustentação para amparar uma forma de estar no mundo que atenuasse um modo de ser na inospitalidade. Buscava-se superar a insegurança de ser através da compreensão conceitual e da representação do mundo, fazendo surgir um modo técnico de habitá-lo (HEIDEGGER, 2001a, 2001b).

Contudo, a investida contra a insegurança de ser esbarrava na impossibilidade de que a racionalidade não dava conta de alterar a constituição ontológica dos homens, tornando toda a tentativa de controle e representação infrutífera para o domínio da angústia (CRITELLI, 1996). Assim, tudo aquilo que podia ameaçar a eficácia do controle, como método de sustentação existencial, era passível de expurgo. Foi por essa perspectiva que os “loucos”, entre outros divergentes, foram os alvos principais desta “ação defensiva”, visto denunciarem, através de seu modo de ser, a impossibilidade do homem controlar sua própria destinação como humano.

Frente a esta questão, uma das principais considerações, apontadas por meu trabalho de pesquisa de mestrado, consistiu em compreender a alteridade como ponto

fundamental para se articular outras possibilidades para pensar o divergente. Alteridade, aqui, é compreendida como uma emergência no contato com o mundo circundante, denunciando que nem tudo é somente como eu penso que é e nem todos são como eu sou (BRANDÃO, 1986). O outro se desvela me desvelando: o que não posso ver de mim mesmo, por comodidade ou necessidade de sustentação existencial, o outro pode trazer à minha presença pela e na sua forma de ser. Isso acontece porque o diferente, na sua estranheza, aponta outras possibilidades de ser, até então obscurecidas, assim causando um descentramento no que se tomava como certo, seguro e imutável. Tal percepção, surgida na relação com o outro, provoca uma afetabilidade, que abre possibilidade de outros modos próprios de como tal relacionamento poderá acontecer. Mediante a angústia causada pela revelação de mim mesmo na presença daquilo que penso não ser eu, pode surgir a necessidade de se construírem dispositivos defensivos para apaziguar tal descentramento originado, mecanismo este já citado, como a necessidade de dominar, através de uma relação explicativa com o fenômeno, ou a exclusão concreta do divergente. No confronto com a estranheza do diferente, a sociedade tende à exclusão pelo que ele explicita sobre sua própria condição.

Por esta perspectiva, o divergente ocupa o lugar de bode expiatório, sendo considerada como sua a “falha” de existir em uma sociedade que não consegue sustentar a perplexidade causada por uma relação que denuncia o estranho em si mesmo. Estimulados por esta visão segmentada, que não leva em conta a complexidade da questão, surgiram vários princípios norteadores e organizações que se autodenominaram “defensores” dos divergentes. Na verdade, tal postura, mesmo que imbuída de real boa vontade, parece reforçar a identidade, costumeiramente atribuída ao divergente, de alguém frágil, inimputável, incapaz e desprotegido, perpetuando sua marginalidade.

Por outro lado, uma nova perspectiva pode revelar outras possibilidades de compreensão. Embora a construção do comportamento divergente seja sempre multifatorial e singular, produto de uma complexa interação entre a historicidade da pessoa e maneiras próprias de lidar com o mundo ao qual está lançado, na construção da divergência, desvela-se um modo de ver a si mesmo exclutor. Quando o divergente, no contato com a angústia existencial e o desalojamento pela exposição ao real inóspito, constrói uma forma possível de ser que o lança para fora da cultura e do compartilhamento, pode estar revelando a

exclusão de si mesmo. Dizendo de outro modo, quando, como única forma possível de sustentação existencial, o divergente assume uma forma malograda de ser (BINSWANGER, 1977), compreendida aqui como um “*simulacro existencial*”¹ (CAUTELLA JR., 2003), está se apresentando ao mundo como já excluído. Traindo a si mesmo, o divergente rompe com o mundo na tentativa, vista como única possível, de sustentar uma existência sem angústia. Dito isto, torna-se possível estabelecer uma correlação com a ideia sobre “delírio” proposta por JASPER (1955), que assume tal fenômeno como a ruptura com a lógica geral, na tentativa de dar sentido ao seu mal-estar no mundo, ou afetabilidade negativa para quem o percebe.

Para este autor, o delírio é comunicado através de juízos, admitindo que somente onde se pensa e se julga pode nascer o delírio. Deste modo, ele considera o delírio como juízos patologicamente falsos (JASPERS, 1955). Podemos chamar de ideias delirantes todos os juízos falsos que possuem, em determinado grau, os seguintes caracteres externos:

1º) A convicção extraordinária com que lhes adere, a certeza subjetiva incomparável; 2º) a impossibilidade de influenciamento da parte da experiência e de raciocínios constringentes; 3º) a impossibilidade de conteúdo. (PAIM, 1982, p. 97)

O que interessa, neste momento, é a ideia de que o delirante, quando realiza um juízo falso da realidade, rompe com a lógica geral, se excluindo e isolando. Mesmo sabendo que a Psicopatologia de Jaspers é de cunho Fenomenológico e, portanto, descritiva, buscando tão somente a atualização daquilo que acontece na consciência do enfermo (PAIM, 1982), é possível inferir que a ruptura com a lógica tem o intuito de dar sentido a uma emergência afetiva não compreendida ou metabolizada. O delírio, por esta perspectiva, poderia ser uma tentativa malograda de explicar, controlar e, conseqüentemente, aplacar o mal estar oriundo de uma afetabilidade “estrangeira”² e, portanto, não compreendida e não pacificada³. A ruptura, expressa pela convicção absoluta e impossibilidade de influenciamento, surge, deste modo, como uma tentativa canhestra de obter e preservar

¹ O termo “simulacro existencial” refere-se a um modo de ser no mundo marcado pelo sofrimento e pela impropriedade.

² O termo “estrangeira” aqui se refere à condição de estranho, não próprio, não integrado a mim mesmo.

³ Ideia discutida pelo Prof. Dr. Carol Sonenreich no I Simpósio da Seção de Psicologia Médica do HSPE. São Paulo, 27/04/1996.

certo apaziguamento existencial, tendo como intuito impossível extirpar a angústia se desenraizando do mundo. Dito isto, é possível compreender a postura refratária do delirante em relação a qualquer argumentação externa. Se assim não fosse, o influenciamento abalaria a certeza incondicional e o delírio perderia o caráter de estratégia para sustentar a paz falaciosa, que tem em seu fundamento a exclusão. Abdicando da ruptura, a pessoa teria que se haver com suas emergências afetivas de maneira compartilhada. Ou seja, construir um sentido para suas afetações que leve em conta uma lógica geral, estando ela no mundo com outros que, muitas vezes, não facilita em nada para aplacar o mal-estar vivido como “estrangeiro”. Voltando ao comportamento divergente, que na maioria das vezes traz em seu bojo alterações do juízo, este também tende, na ruptura com o outro, encontrar guarida e expurgar a angústia.

Dito isto, revela-se a complexidade do movimento de exclusão do divergente. Este não é fruto somente de uma ação social ou da instituição hospitalar, como pesquisado em meu mestrado, mas também, da construção de uma subjetividade que encontra na exclusão de si mesmo a tentativa de exclusão da angústia. Dessa forma, o movimento de exclusão pode ser apontado como fenômeno, porém não específico de apenas um dos lados envolvidos em uma relação. Isso porque quando o divergente se exclui, fazendo-se perceber pelo outro como divergente, impõe ao outro, de forma arbitrária, a posição de algoz. A imposição do papel de excludente ou excludor, normalmente atribuídos à sociedade, mostra-se tão autoritária e desrespeitosa quanto o inverso. Se o divergente encontra-se prejudicado, isso implica estar em contato com um agente prejudicador, sobre quem pode recair a carga da responsabilidade do ser prejudicado. Nesse caso, é a sociedade que se torna vítima do divergente, e este, seu algoz. Afastar-se de posições maniqueístas se torna fundamental para não promover uma intervenção psicológica dirigida ao divergente institucionalizado, a partir de uma compreensão ingênua do fenômeno.

O acompanhamento de pessoas em situação tão desfavorável me sensibilizou para o momento de crise e suas particularidades. Considerando os modos que a modernidade lida com a divergência, este momento, geralmente, tem como palco a internação psiquiátrica. Mesmo considerando tanto o comportamento divergente quanto o malogro existencial como um modo particular de habitar o mundo, a ocasião da institucionalização configura-se como uma situação crítica, marcada pela ruptura da cotidianidade e o desvanecimento,

mesmo que temporário, dos rumos de vida. Deste modo, estando em contato constante com estas pessoas, as características deste momento agudo e peculiar da existência revelam-se e convocam ao questionamento. Como já dito, ninguém passa incólume pelo encontro com a divergência. Para além da complexa dinâmica acima exposta, o divergente, quando é assim reconhecido pela sociedade, tem sua identidade social alterada a partir da crise e da institucionalização e, nestes casos, sofre sucessivos ataques a integridade do eu, sendo, na maioria das situações, submetido a uma relação social estigmatizante.

Os gregos, sociedade com profundo conhecimento de recursos visuais, criaram o termo *estigma* para se referirem a sinais corporais com os quais se buscava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mal sobre o status moral de quem os apresenta (GOFFMAN, 1988). Posteriormente, já na era Cristã, duas novas compreensões foram acrescentadas ao conceito. A primeira delas se refere a sinais corporais de graça divina, como os cinco sinais que supostamente apareceram no corpo de São Francisco de Assis (1182 – 1226). A segunda, uma alusão médica a este fenômeno religioso, refere-se a sinais corporais de distúrbios físicos. Atualmente, o termo é utilizado de maneira semelhante ao sentido literal original, dando mais ênfase a própria desgraça do que a sua evidência corporal. O termo *estigma*, deste modo, é usualmente utilizado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas este é legatário da intrincada rede de relações, tendo o fenômeno da alteridade como origem possível para ações estigmatizantes.

A sociedade, de maneira geral, tende a categorizar as pessoas e o cabedal de atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada categoria. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que tem probabilidade de serem, neles, encontrados. Em cada um destes ambientes, prevalecem, de modo implícito e não intencional, maneiras particulares de relacionamento, orientadas por tal categorização. Quando nos relacionamos com um estranho em um determinado ambiente social, prevemos, implicitamente, a sua categoria e os seus atributos, ou seja, sua “*identidade social*” (GOFFMAN, 1988). Esta categorização tem o intuito de controlar a angústia e o desconforto frente ao diferente. Estas concepções, invariavelmente, transformam-se em expectativas normativas bastante rígidas. Durante o contato social, o outro que se coloca a nossa frente pode manifestar um modo particular de ser, que o torna diferente dos outros membros pertencentes deste clã virtual. Ou seja, o seu modo particular de habitar o mundo

não é condizente com as expectativas que o grupo social espera dele, deflagrando mal estar. Consequentemente, o grupo tende a não considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma *“pessoa estragada e diminuída”*, tendo como provável consequência o expurgo. Tal característica é um *estigma* (GOFFMAN, 1988). Deste modo, um estigma é, na realidade, um tipo especial de relação entre atributos e estereótipos (GOFFMAN, 1988). O estigmatizado é um sujeito que possui um traço que pode se impor à atenção e minimizar a possibilidade de um contato social promissor.

Por esta perspectiva, naturalizada pela epistemologia moderna com tendências à categorização, o divergente sofre uma brutal *“mortificação do eu”* (GOFFMAN, 1992). Tais mortificações se acentuam quando ele ingressa no universo hospitalar, mesmo podendo ser, esta, uma institucionalização de curto espaço de tempo. Os vários anos de prática clínica no hospital psiquiátrico me levaram a perceber certas características deste momento crítico. A impossibilidade em sustentar seu modo de ser divergente na sociedade, tanto pela indisponibilidade da sociedade quanto pela necessidade de apaziguamento da própria angústia, o conduz, quase que invariavelmente, a uma carreira de internações. O malogro existencial (BINSWANGER, 1977), aqui expresso nas sucessivas internações, paulatinamente vai criando um *“desculturamento”* (GOFFMAN, 1992). Isto é, se acentua a perda de habilidades para o enfrentamento de alguns aspectos da vida diária. Deste modo, sua *“categoria de pertencimento”* pode restringir-se ao hospital. Abre-se uma carreira de institucionalizações ou, melhor dizendo, uma *“cronificação psicológica”* (CAUTELLA JR., 2003), consequência da complexa dinâmica entre diferentes.

Alicerçado na experiência de vários anos de convívio com o divergente institucionalizado, é possível tecer algumas considerações acerca deste momento crítico. Na condição de sujeito *“marcado”*, vai sofrendo, ao longo de seu percurso na instituição, sucessivos ataques a sua singularidade. Na vida fora da instituição hospitalar, por mais comprometido que o divergente esteja no tocante à formação de vínculos, a rotina diária não impede suas realizações e suas ligações, mesmo que precárias, com outros, preservando certa autonomia e identidade social. No universo institucional, o divergente perde a

capacidade de escolha⁴ e é submetido a uma rotina determinada pelo corpo dirigente. Tal condição vai, progressivamente, enfraquecendo sua identidade social e autoimagem. A situação se agrava quando a internação se prolonga por muito tempo. A separação entre o internado e o mundo mais amplo tende a enfraquecer os papéis que desempenhava, levando ao despojamento de quem se é e a mutilação das possibilidades do eu.

Concomitante a este processo de espoliação, pode ocorrer a “*morte civil*” (GOFFMAN, 1992) do interno, visto que a internação tende a colocar o divergente na condição de inimputável, incompatível, muitas vezes, com seu real estado. Mesmo após a saída da instituição, perdura a “marca” da inimputabilidade. A família mantém como um registro indelével o momento da crise e da internação. Ou seja, a partir do sinal “negativo”, estabelece-se um relacionamento desfavorável que, com sucessivas internações, torna-se uma matriz de relacionamento. Mesmo estando fora da crise e em franco processo de recuperação de habilidades, os familiares perpetuam um relacionamento desigual, tratando-o como “inválido” ou “incapaz” para as tarefas mais banais do cotidiano. Há uma tendência a “*infantilização*” do divergente. Tais atitudes geram um misto de raiva e dúvida em relação ao seu verdadeiro potencial, ocasionando uma abertura para o mundo mais restrita e condicionada a uma visão *pre-judicial*⁵.

Procedimentos básicos da rotina hospitalar podem adquirir conotações pejorativas e conduzir a novas mortificações, ampliando a situação já, por si só, desfavorável. Toma-se como exemplo as rotinas de admissão. Ser recebido no setor, ser conduzido ao leito em uma enfermaria habitada por estranhos em momentos diferentes do processo terapêutico, ter seus pertences marcados⁶, catalogados e mantidos sob tutela da enfermagem, ser submetido a exame físico e receber instruções sobre a rotina hospitalar são procedimentos necessários para o bom funcionamento institucional. No entanto, para além do caráter informativo/operacional, são, também, situações que tendem a favorecer a aceitação do lugar de “internado” e buscam a cooperação inicial do paciente, constituindo-se como um ataque lesivo a sua autonomia.

⁴ Aqui cabe pequena reflexão. Se considerarmos a “doença mental” como a “perda da capacidade de optar”, como propõe Sonenreich e Bassit (1979), o hospital, enquanto instituição própria para o “tratamento” desta situação, deveria fazer justamente o contrário do que faz, permitindo o exercício da escolha.

⁵ **Pre:** do latim *prae* (anterior – vir antes). **Judicial:** do latim *iudicium* (julgamento – processo).

⁶ Não raro, após a internação, o divergente continua a usar suas vestimentas com a marca do rol de roupas da instituição, revelando ao mundo sua condição de ex-institucionalizado.

O modo como o interno passa por esta situação dá indícios ao corpo dirigente de como ele vai se submeter às regras da instituição. Situações beligerantes no processo de admissão, muito comuns quando o divergente não possui crítica da situação e está sendo internado contra a sua vontade, são respondidas de forma enérgica, buscando a quebra de vontade do interno. Um interno fragilizado tende a dar menos trabalho à equipe de enfermagem.

Solicitar à enfermagem pequenas coisas, receber visitas sem a devida privacidade, ter o seu direito de se manter distante de outras pessoas cassado, receber tratamento social não condizente com seu status social, ter suas necessidades negligenciadas por *“não ter se comportado bem”* e não poder transitar livremente pelas dependências do hospital são outros exemplos de maceração do eu que me mobilizaram a pesquisar, no mestrado, uma prática psicológica inclusiva em instituição, dando ênfase ao resgate de cidadania. Dito de outro modo, os ataques lesivos no momento da crise, por ser eu um profissional de saúde e comprometido com a qualidade de vida, sempre me tocaram de forma contundente, me convocando a um envolvimento com a questão.

Usando uma nomenclatura adotada por GOFFMAN (1998), minha carreira profissional contribuiu para que eu pudesse ser considerado um *“informado”*. Diz respeito a um sujeito supostamente *“normal”* aos olhos da sociedade que, exercendo seu ofício em um lugar frequentado por divergentes, é levado a se relacionar com indivíduos estigmatizados; deste modo, estabelece relações menos pre-judiciais que podem facultar, talvez, a minimização de modos menos pertinentes de se estar no mundo. Tal perspectiva pode induzir, erroneamente, a acreditar que é possível extinguir a resposta estigmatofóbica (GOFFMAN, 1998) da sociedade através da atitude estigmáfila (GOFFMAN, 1998) dos *“informados”*.

Isto só seria possível se cada encontro social pudesse levar a um movimento de elaboração da angústia dos envolvidos, o que seria desejável, porém pouco provável. Além disto, por este panorama, continua operando uma cisão entre *“normais”* e *“divergentes”*, facilitada por uma epistemologia que preza a categorização e o controle. Como acredito ter esclarecido em meu mestrado, o estabelecimento de relações positivas que visam à aquisição de habilidades para o trato com a vida e com a afetabilidade por ela despertada,

tem em seu fundamento a convicção de que a divergência é um modo particular de ser e que apenas merece atenção quando implica em mal estar. Deste modo, neste trabalho, tentando ir adiante, o interesse recai na situação crítica, marcada pelo estigma, pela ruptura abrupta da trama de relações que dá sustentação a existência pacificada e no dissipar temporário dos rumos da vida, levando a situações de precariedade e desamparo típicas deste momento. Circunscrever o meu olhar ao momento crítico, do modo como foi agora descrito, permite abertura para novas possibilidades. Afastando-se paulatinamente da crise do divergente, apresentada quase sempre de maneira despudorada e agressiva, ameaçando o pretendido apaziguamento social, foi possível reconhecer outras crises que, embora menos espalhafatosas, mantém-se contundentes no cotidiano de cada um.

O sofrimento⁷, condição *sine qua non*, possibilita que o modo de ser do homem seja passível, em vários momentos de sua existência, a situações desfavoráveis para a construção do seu bem estar. Estando ele lançado, experimenta, mediante a inospitalidade do mundo, circunstâncias onde há obnubilação⁸ dos sentidos no encontro com eventos potencialmente lesivos a sua integridade física e mental, abalando o cuidado, elemento fundante do seu ser. Nem todos os eventos invasivos e agressivos conduzem, necessariamente, à construção de um comportamento divergente⁹. No entanto, tais eventos favorecem a situação de “crise” da existência, aqui compreendida como a esgarçada da malha existencial e a perda de rumo, mesmo que temporária, do seu projeto de vida, lançando a pessoa em uma situação de paralisia e de isolamento. Cabe aqui pequena digressão para explicar sobre como é compreendido o termo “malha existencial”, visto que será usado inúmeras vezes ao longo deste trabalho. A “malha existencial” refere-se à trama de relações simbólicas com as coisas e com as pessoas que permite sustentar, mesmo que fragilmente, uma existência pacificada. Estaria, guardando as devidas proporções, associado à manutenção do que Heidegger (2001a, 2001b) chamou de “decadência”, um modo de estar no mundo de maneira imprópria que mantém afastado da angústia. Deste modo, retornando a questão central,

⁷ Sofrimento aqui se refere à condição de ser afetado por tudo e por todos na qualidade de lançado no mundo.

⁸ O termo “obnubilação” é aqui usado de maneira semelhante ao que Jaspers (1955) considerou “obnubilação da consciência”: desvio mórbido do curso normal dos processos psíquicos caracterizado essencialmente pela diminuição do grau de clareza do sensório, com lentidão da compreensão. Guardando as devidas proporções e afastando-se do caráter psicopatológico da consciência, a ênfase recai na diminuição da clareza dos sentidos, estado vertiginoso, levando a um esmorecer temporário do projeto existencial.

⁹ Afinal, afeito à historicidade por sua própria condição humana, é possível ao divergente não se sentir hábil para lidar com a afetabilidade que o provoca.

cada homem no mundo, em inúmeros momentos, já viveu a crise em algum grau e, em certos casos, também a situação de mortificado e, mesmo que temporariamente, de estigmatizado, principalmente se considerar o estigma, como propõe GOFFMAN (1998), como fruto de relações humanas potencialmente desfavoráveis.

Partir desta premissa me proporcionou uma perspectiva mais ampliada e, conseqüentemente, ajudou para que eu também, assim como meus clientes institucionalizados, pudesse, após a conclusão do meu mestrado, sair do gueto psiquiátrico. Minha práxis, agora, pode ser levada a outros espaços, onde a condição humana de ser suscetível a crises, um dos temas centrais deste trabalho, solicite uma escuta que permita o trânsito por esta situação desfavorável e, em alguns casos, estigmatizante. Esta nova perspectiva beneficiou meu destinar-se profissional a outros lugares, onde a crise e os ataques lesivos a integridade do eu, não mais exclusivamente a divergência, evidenciam-se como fenômeno próprio da condição humana.

Adentrando novas veredas.

Em 2007, o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU - USP) formulou um pedido por cuidado psicológico para seus atores institucionais¹⁰ ao Instituto de Psicologia da USP (IPUSP). Tal solicitação foi encaminhada ao Laboratório de Estudos em Fenomenologia Existencial e Prática em Psicologia (LEFE¹¹) do Departamento de Psicologia da Aprendizagem do Desenvolvimento e da Personalidade (PSA) do IPUSP. A partir disso, constituiu-se uma equipe formada por alunos da graduação, da especialização, da pós-graduação e profissionais colaboradores do laboratório que foi a campo no intuito de traçar uma cartografia (ROLNIK, 1987) que desse subsídio para a implantação de um projeto de atenção psicológica naquela instituição. No campo, já dando início a uma atenção psicológica naquela instituição, a cartografia pretende também o desvelamento do

¹⁰ Pacientes, familiares, equipe médica, residentes de medicina, estudantes de medicina e funcionários do hospital.

¹¹ Na época o laboratório era intitulado Laboratório de Estudos e Prática em Psicologia Fenomenológica Existencial.

instituinte e instituído, percorrendo, com a atenção clínica, os vestígios revelados no encontro com os atores institucionais: gestos, palavras, incômodos, constrangimentos etc. (AUN, 2005).

Após tal trabalho de reconhecimento da demanda, optou-se pela implantação de um Serviço de Plantão Psicológico aberto a todos que desejassem. Os psicólogos plantonistas se disponibilizavam nos vários setores do hospital, inseridos diretamente no cotidiano da instituição. Coube a mim o lugar de coordenador e supervisor de prática clínica deste projeto.

Os vários contatos estabelecidos e a permanência nos vários departamentos revelaram um ambiente marcado pela crise. Diferente da instituição psiquiátrica, que assume com presteza a sua função social de “adaptar”, “conter” e “mascarar” as manifestações críticas, o hospital geral parece se constituir como palco privilegiado para o desespero e o desamparo humano. As dores, física e mental, surgem sem nenhum pudor, levando todos os atores institucionais a lidarem, cada um a seu modo e na medida do possível, com a ruptura abrupta da malha existencial. O clima é de emergência¹², de encontro com as várias finitudes e com a imponderabilidade do destino, típicas da situação crítica.

Se no ambiente psiquiátrico o tormento e a aflição trazem em seu bojo finitudes, espoliando e vilipendiando o divergente pela sua condição de malogro existencial (BINSWANGER, 1977), submetendo-o a inúmeras “mortes” no seu percurso de vida, no hospital geral não é diferente, além da probabilidade ímpar da morte, como evento concreto, ser também irrefutável. Deste modo, se configura um “palco” onde descortinam várias possibilidades desfavoráveis à integridade de uma existência pacificada e ao rumo pretendido, mesmo que de forma tácita, para a vida. Pode-se considerar que as possibilidades palpáveis e os outros efeitos lesivos decorrentes do momento de crise constituem-se como matéria prima privilegiada para um enredo **“trágico”**. Para alguém que sempre foi tocado pela agudez dos momentos de crise, o hospital geral configura-se como fórum excepcional para meus novos questionamentos, pois apresenta de maneira crua

¹² O termo emergência é aqui utilizado no sentido de emergir, patentear-se.

aquilo que acontece, às vezes de maneira velada e menos dramática, no dia a dia de qualquer um. Cabe, agora, tecer algumas reflexões acerca deste lugar.

O Palco da tragédia.

Fruto da ciência moderna, herdeira do cartesianismo, que privilegia a divisão entre razão e emoção e entre mente e corpo, o hospital geral impõe aos seus atores várias situações provocadoras de crise. A Medicina ocidental contemporânea, norteadora do saber no ambiente hospitalar, assim como outras disciplinas reconhecidamente científicas na modernidade, tem em seu âmago esse modo particular de apreender o mundo. Camargo Jr (1997) chamou de “biomedicina” a Medicina moderna, pois esta reflete a vinculação da racionalidade médica ao conhecimento produzido pela Biologia. Para ele, essa racionalidade vincula-se a um imaginário científico correspondente à racionalidade da mecânica clássica, que se fundamenta em três proposições básicas: o estabelecimento de leis gerais aplicáveis a todas as situações semelhantes, não se ocupando de casos particulares; a visão do universo enquanto uma grande máquina, subordinada a princípios de causalidade linear e à possibilidade de isolamento de partes para análise, entendendo-se que o funcionamento do todo ocorre, necessariamente, pela soma de suas partes.

Nessa medicina mecanicista não há espaço para os afetos, elementos integrantes da “mente” e, portanto, expurgados do “corpo”. As escolas médicas tendem a fomentar um distanciamento entre médico e paciente, no intuito de preservar uma suposta assepsia, necessária, segundo esta perspectiva, para a boa construção do diagnóstico e do tratamento. Este modo particular de atuação é fruto de um processo que teve seu início acerca de 2.400 anos, quando a civilização ocidental começou a forjar o seu destino. Imbuído da certeza de que a tarefa do homem no mundo era do domínio sobre o ente, na vã tentativa do controle da angustia, vai se construindo, paulatinamente, um reinado hegemônico da técnica, que tem seu ápice na modernidade. Como diz Critelli: *“A essência da técnica é a essência e o destino do Ocidente”* (2002, p. 83). Por este ponto de vista, desde muito cedo, o médico é levado a negar seus próprios afetos em prol de uma “cientificidade

técnica”. O ambiente hospitalar, hegemonicamente médico, não passa incólume por esta tradição e, deste modo, tende a buscar estabelecer relações assépticas com seus atores institucionais. O predomínio desta perspectiva traz consequências de peso para todos os envolvidos.

Como o olhar cartográfico do projeto revelou, a nítida primazia da perspectiva cientificista tecnológica no cotidiano hospitalar, principalmente dos internos e residentes, que se sentem inseguros frente às exigências que se apresentam, gera, conseqüentemente, um empobrecimento das relações humanas, abrindo a possibilidade da crise ser experimentada de maneira pouco propícia, ampliando as vivências desfavoráveis da situação. O ritmo frenético dos atendimentos, a superlotação do serviço, a abundância de eventos críticos levam, como modo de defender-se, a um distanciamento afetivo, quase uma apatia frente à crise. O fato de ser um hospital-escola também não contribui para o estabelecimento de relações mais pertinentes para aquele espaço. Sendo a base de seis faculdades¹³, a rotatividade de alunos e profissionais de saúde é intensa, colaborando para o estabelecimento de vínculos precários e frágeis entre os profissionais e os pacientes. Como certa vez uma residente me disse: *“O hospital parece um ponto de parada em uma longa estrada, onde todos passam e ninguém fica por longo tempo”*.

Quanto à clientela, percebe-se um acanhamento respeitoso mediante a primazia do saber científico e eficiência tecnológica. O hospital é percebido como um templo erigido em devoção ao saber, sendo todos aqueles que trajam o jaleco branco respeitados como sacerdotes desta instituição. Neste caso, os psicólogos plantonistas também são investidos de um suposto saber. O cliente não questiona a autoridade daquele que lhe atende, submetendo-se, simplesmente, aos procedimentos prescritos. A instituição espera que isto aconteça, considerando atípico o questionamento. Quando este ocorre, o entende como um ato quase desrespeitoso e que tende a desestabilizar o bom andamento dos serviços prestados. De maneira geral, os procedimentos, sejam eles invasivos ou não, são pouco explicados e, quando isto é feito, a utilização do jargão técnico diminui a possibilidade de compreensão do público leigo. Evidencia-se uma significativa perda de liberdade e uma

¹³ Medicina, Ciências Farmacêuticas, Odontologia, Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Instituto de Psicologia. Mantém, ainda, contato direto com o Instituto de Ciências Biomédicas, de Biologia, de Química, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Escola Politécnica, Educação Física e Esportes, Escola de Comunicação e Artes.

tendência à infantilização do cliente, acentuando sua “ignorância” e destruindo qualquer possibilidade de uma relação igualitária. O discurso do doente é desacreditado, não somente em razão do sofrimento e da angústia que, supostamente, o “impede de raciocinar corretamente”, mas porque, naquele contexto, o único discurso aceito sobre a doença é o discurso médico. O estatuto do doente é do “incapaz” na perspectiva dos direitos civis. Percebe-se que, embora o hospital psiquiátrico e o hospital geral tenham estatutos sociais diferentes, o ataque lesivo a integridade do eu guarda as devidas aproximações.

Pela perspectiva da família, esta se sente obrigada a dar uma autorização em branco para a equipe, sem a qual o seu doente não será tratado. Percebe-se que o seu lugar é o *não lugar*. Se o hospital é a sede do saber científico e da doença, a família não possui um lugar nessa instituição. Apesar de ser, aparentemente, bem recebida, a operacionalidade da práxis institucional não provê espaço para os acompanhantes. Quando o paciente adentra as entranhas do sistema, a família passa a ser negligenciada, pois não pode ser expurgada. A necessidade de informação sobre o seu paciente, que poderia mitigar o mal estar dos familiares, é descuidada. Na porta das salas com acesso restrito ocorre uma concentração de pessoas, buscando, quase sempre sem êxito, informações sobre seu parente. A angústia, nesta situação, é quase palpável. Tal atitude pode ser justificada pela agudez da situação, que exige da equipe uma dedicação exclusiva ao enfermo, pela carência de funcionários, cobrados para dar conta de uma tarefa específica e crucial. Porém, o que se percebe é que os familiares são vistos, geralmente, como estorvos dentro desse sistema.

A situação se inverte temporariamente quando o paciente está aguardando um procedimento, em observação ou internado. Nesses casos, o familiar assume o papel da enfermagem para as tarefas mais banais, cuidando, mesmo que de forma precária, pois não faz parte da instituição, do bem estar do paciente. Cobre, sem perceber, tarefa pertinente à equipe, geralmente subdimensionada ou muito ocupada. Mesmo nesses casos, a instituição não fornece condições para que a empreitada seja realizada com o mínimo conforto. Não raro vemos cenas de familiares que aguardam sentados em uma cadeira do pronto-socorro por longas horas e, muitas vezes, por dias, até que um encaminhamento seja dado ao seu paciente, ainda aguardando em uma maca no corredor.

A partir destas constatações, cabe refletir sobre a relação entre este lugar da família no contexto hospitalar e o paradigma técnico próprio deste contexto: numa instituição calcada no procedimento, a família, representante da proximidade, do cuidado e do contato nas relações humanas, ocupa exatamente o espaço do excluído. É no intervalo entre procedimentos, no qual a angústia dos doentes em situação de sofrimento pode se fazer menos mascarada por uma operação técnica, que a família pode ocupar um lugar. Ao mesmo tempo, a precariedade das condições de atendimento pode levar mesmo o cuidado familiar a uma direção pautada no procedimento.

Uma visão superficial poderia conduzir a crer que o médico, por ser uma figura de destaque neste sistema, encontra-se em um lugar confortável. Quando coabitamos com eles na faina diária, foi possível constatar a falácia desta suposta condição, pois estes, assim como todos, estão também submetidos à grande pressão. A aderência a uma episteme que preza a certeza absoluta e escamoteia a falibilidade humana, os conduz a um lugar insustentável, visto que a medicina não é uma ciência exata, embora deseje parecer como tal. Ocupar o lugar de especialista e suposto saber absoluto, facilmente associado ao divino, tem seu preço. A clientela, angustiada por não saber de seu destino e na iminente possibilidade de se encontrar com a finitude, tende a esperar “milagres”. Não raro foi possível escutar os pacientes falarem: *“Deus no céu e os médicos na terra”*. Acreditar que aquele ao qual entrega a vida e as expectativas futuras possui um “poder quase divino”, tende a se configurar como um modo de enfrentar a incerteza atroz do momento de crise, com a pungente ameaça de ter os rumos de sua existência alterados, definitivamente, pelos acontecimentos imponderáveis. Isto gera uma grande carga de responsabilidade nesses profissionais no tocante a situações nem sempre controláveis e previsíveis.

Assim, ingenuamente, quando o médico ocupa este lugar, cuidadosamente cultivado pelas escolas de medicina, está carregando uma responsabilidade muito maior que seus ombros. Para além do gozo narcísico de acreditar-se Deus, há a angústia por saber-se humano e falível, nitidamente desvelada em uma das narrativas, a ser apresentada posteriormente neste trabalho. Quando interpelado por seus atos ou no encontro com o limite intransponível, vê-se lançado à árdua tarefa de arcar, abruptamente, com sua humanidade. A onipotência médica, portanto, também opera como um modo para tentar sustentar certo apaziguamento frente ao inóspito da situação. É necessário acreditar-se

Deus, fantasiosamente imortal, para negar a aflição da própria finitude e fragilidade, revelada pelo outro que, após várias tentativas da equipe, sucumbiu frente ao limite da ciência e da própria existência, confirmando o inalienável destino de ser mortal. Revela-se a dura realidade: o médico não vence a morte, apenas a adia, quando consegue.

Ao longo das “andanças” pelo hospital, foi possível compreendê-lo como uma sociedade de castas. Em um espaço físico restrito habitam, de maneira relativamente pacífica, extratos sociais bem definidos. A harmonia deste contexto depende de que todos saibam de seus lugares e não tentem transcender os espaços a que pertencem. Ainda fazem parte deste microcosmo os funcionários não especializados: porteiros, seguranças, faxineiros, auxiliares de serviço gerais, entre outros. Cientes de seu lugar nesse contexto, tendem a transitar pelos espaços de forma discreta. Sua principal função é facilitar o funcionamento da grande máquina institucional. É um lugar vital, porém pouco valorizado pelos altos extratos dessa comunidade. Raramente vê-se um médico, residente ou outro profissional especializado, conversar com esses funcionários. Espantavam-se quando, nos primeiros momentos do projeto, eram interpelados pelos psicólogos plantonistas, trajando seus aventais imaculadamente brancos. Paradoxalmente, de maneira geral, tendem a se orgulhar de fazerem parte desse ecossistema, mesmo reconhecendo que a instituição dispensa-lhes pouco cuidado. Acreditam estar também “salvando vidas”, o que, de certa forma, é verdade. Inúmeras vezes vimos porteiros e seguranças orquestrando de maneira discreta o movimento da massa, conduzindo com presteza os necessitados para os lugares pertinentes, “diagnosticando” com precisão as demandas do momento. Isto quando não carregavam nos próprios braços aqueles que, devido ao acontecido imponderável, desfaleciam ao chegar, não conseguindo prosseguir pelas próprias forças. Embora estranhassem a proximidade, quase “promíscua”, como me disse certa vez um porteiro, acolhiam de bom grado o “contato da equipe”. Dando escuta a este “segmento hospitalar”, o que se percebe são queixas sociais e institucionais, típicas de uma população assalariada e pouco assistida.

Para além da descrição sucinta dos vários segmentos da população hospitalar, algo da atmosfera desse ambiente parece transcender as diferenças e unir a todos que habitam, mesmo que temporariamente, esse espaço. Paira nos recintos um clima angustiante, pois naquele contexto, por mais que se tente, torna-se impossível negar as finitudes que lá se

revelam de maneira abrupta e catastrófica através da emergência hospitalar, desalojando o sujeito¹⁴ do conforto da cotidianidade. O hospital é palco privilegiado para as mortes que habitam entre os vivos, incluindo aí a própria possibilidade da morte concreta.

Por sua vez, os psicólogos envolvidos no projeto não passam incólumes por este contexto. Fazendo parte da assistência¹⁵, são lançados, de forma abrupta, ao centro deste palco, muitas vezes, de maneira menos preparada do que os outros atores institucionais. Não foram, ao longo de seu processo formativo, expostos à crueza da finitude como foram seus colegas médicos e enfermeiros. Embora presente em cada momento da vida, a morte é, muitas vezes, escamoteada e apresentada quase que de maneira metafórica para os alunos de Psicologia. Já ouviram falar da “angústia de morte”, “pulsões de morte”, enfim, conceitos fundamentais para vários aportes psicológicos, porém distantes da real finitude e da “crueza” da realidade. Quando lançados a um contexto onde é impossível fugir à dura realidade da condição humana, sentem-se particularmente abalados pela revelação, através do padecimento do outro, da própria condição de ser mortal.

Ariès (1977) aponta como, ao longo do tempo, a morte foi tendo o seu cerimonial mudado. Hoje, o que se vê é uma inversão completa dos costumes, desde a relação entre o moribundo e ambiente social e físico até as manifestações sociais das emoções. Para este autor, a partir do século XX, nas sociedades ocidentais, a morte tornou-se um evento que solicita descrição. Por revelar a finitude e desencadear angústia, o local da morte foi transferido dos lares para os hospitais, onde foi tecnicalizada e dessacralizada. Na tentativa de superação desse limite último, ignoram-se todas as fronteiras, sejam elas de natureza ética, jurídica ou religiosa. Tudo aquilo que reporta o homem a essa condição de incerteza e finitude, recebe uma ação de expurgo como solução da angústia. Embora a morte seja a única presença constante e certa na vida, o homem tende a negar, sistematicamente, sua concretude. O saber médico, embasado por todo aparato tecnológico dos hospitais, é uma tentativa, no plano cognitivo, de domínio da morte ou, em última instância, de negação da mortalidade (BROMBERG, 2000). No ambiente hospitalar, a possibilidade de morte concreta

¹⁴ O termo “sujeito” foi aqui utilizado no intuito de realçar de forma inequívoca a condição de subordinação da pessoa ao evento crítico.

¹⁵ O termo “assistência” aqui pode ter duas conotações: aquele que assiste enquanto espectador e aquele que assiste como modo de promover cuidado.

é apenas o ápice de várias outras finitudes, e, por mais que se tente, não há como fugir daquilo que o dia-a-dia prefere ignorar.

Nas supervisões clínicas dos plantonistas, tal fato torna-se irrefutável. As “mortes” são presenças constantes nos seus discursos. Mesmo havendo a possibilidade de transitar e atender em qualquer departamento do hospital, a equipe de psicólogos tende a refugiar-se em espaços menos agudos e intensos, buscando a pediatria e a obstetrícia em detrimento do pronto-socorro ou das UTIs. Sentem-se pouco habilitados para lidar com situações de abrupta ruptura da malha existencial, visto a formação não contemplar tal situação. Fica evidente o incômodo por não conseguirem se respaldar em um *setting* seguro e pré-estabelecido. Tendo uma formação que negligencia o corpo como sede do psiquismo, sentem-se despreparados para acolher as manifestações psicológicas decorrentes do colapso do corpo. O psicólogo, assim como o médico, tende a operar a partir da cisão mente e corpo proposta pelo processo epistemológico da modernidade. O psicólogo plantonista não é diferente dos outros atores institucionais; também não consegue se alojar neste palco onde se desenrola a tragédia humana. É justamente pela perspectiva do trágico que se descortinam possibilidades compreensivas que direcionam a jornada iniciada. É no hospital que vi apresentada a tragédia da existência humana encenada a partir da crise.

A tragédia

A tragédia, gênero literário original, possui regras e características próprias. Como forma de expressão específica, traduz e desvela aspectos da experiência humana que tenderiam a ficar despercebidos (VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008). Oriunda da Grécia Antiga, mais precisamente de Atenas no século V, não é apenas uma forma de arte. É uma instituição social que a cidade, como afirma VERNANT & VIDAL-NAQUET (2008), colocava ao lado de seus órgãos mais importantes: os políticos e judiciários. Sendo um evento comunitário, expressava o pensamento do povo e, portanto, próprio da cidade. Tomando o homem como objeto, apresentava-o lançado em um debate, coagido a fazer escolhas

definitivas e tendo que orientar suas ações num universo de valores ambíguos, onde jamais algo é estável e unívoco.

A tragédia, tomando como tema as lendas heroicas, apresentava-se em sua pura expressão pela epopeia, cujo seu protagonista é *Aner*: homem herói, homem viril (LORAUX, 1992). É ele que, como joguete nas mãos dos deuses, sempre se vê submetido ao inexorável peso do destino. Para além do herói, há outros lugares próprios do homem e do humano na cena trágica: *Brotós* e *Anthópos* (LORAUX, 1992). *Brotós* é o homem enquanto mortal. Na maioria das tragédias gregas tal condição é a que prevalece, visto os deuses designarem habitualmente os homens por sua mortalidade para deles se diferenciarem. No entanto, o próprio homem, quando é tomado pelo pensamento de sua essencial mortalidade, pode se intitular *Brotós*¹⁶ (LORAUX, 1992). Se *Brotós* revela a relação vertical entre os deuses e o homem, *Anthópos*¹⁷ se refere às relações horizontais entre humanos no seio da sociedade. É através da condição de *Anthópos* que a tragédia expressa seu caráter social e a matriz democrática da sociedade grega. *Anthópos*, por esta perspectiva, traz em seu bojo a *Ágora*: espaço de discussão e, principalmente, de relações entre iguais. *Brotós* e *Anthópos* revelam a distinção dos planos entre humano e divino que, apesar da oposição clara, jamais deixam de ser inseparáveis. O domínio próprio da tragédia situa-se nesta zona fronteira onde os atos humanos se articulam com as potências divinas. Neste confronto entre entidades tão distintas, surge uma consciência trágica da responsabilidade humana na condução da sua própria existência (VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008).

De todos os gêneros literários, a tragédia e, principalmente, a Epopeia, guardam um caráter de transcendência histórica (LORAUX, 1992). Tal perenidade parece estar associada a uma tendência constitutiva que favorece exceder os limites de sua época. Isto permite que nós, na atualidade, ainda possamos ser afetados pela tragédia. Até nossos dias, ela causa prazer artístico e é tomada como referência. Esta característica parece estar associada ao fato que a tragédia não relata simplesmente uma história ou uma realidade política. Baseia-

¹⁶ É notável a importância de *Brotós* na constituição do pensamento ocidental. Martin Heidegger, já na era moderna, dá ênfase à questão da finitude em sua ontologia, como visto mais adiante. S. Freud, contemporâneo de Heidegger, tocado pela mitologia grega, aborda a importância da angústia de morte no desenvolvimento psicológico e na constituição dos estados neuróticos.

¹⁷ Aqui é possível estabelecer relação com que Arendt (2002), ao refletir sobre o sentido de “Vida Ativa”, chama de “ação”. Seria a única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria. Diz respeito à condição humana de pluralidade, visto que são os homens, e não o homem, que habitam o mundo. Essa pluralidade é condição fundante para toda a vida política.

se nas velhas lendas, recusando-se a abordar acontecimentos contemporâneos. Utilizando-se dos nomes e dos destinos de figuras exemplares, conhecidas de todos, vai fabricando um roteiro no qual se evidencia o como e o porquê um dado personagem necessita praticar determinado tipo de ação, que pode ser esta ou aquela (VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008).

A tragédia, enquanto gênero literário, estaria na categoria do drama. Refere-se, portanto, a uma ação percebida como *agida* e não como atuante (LORAU, 1992). Ou seja, seus personagens são reduzidos à força do destino. Deste modo, coincide com *páthos*: experiência trágica primordial. *Páthos* alude à condição do homem de estar submetido ao sofrimento¹⁸, estando ele lançado no mundo. No exercício do viver, marcado pelo padecer, o homem vai adquirindo experiência e, conseqüentemente, conhecimento (*máthos*¹⁹). Nesta condição de ser afetado pelos desígnios do destino, o homem se desvenda como ser mortal. Na tragédia, o homem é “*criatura de um dia – efêmera, diz a língua grega [...]*” (LORAU, 1992, p. 27). Este dia, de suma importância, condiciona toda existência humana, pois, sabendo-se mortal, cada ato vivido leva em conta a certeza deste desfecho trágico. Sendo assim, a tragédia pode ser compreendida como gênero humano. Desvela, radicalmente, o homem (LORAU, 1992) na sua condição de *Brotós* – ente que se destina, inexoravelmente, à morte, seja pelo capricho dos deuses ou quando tomado pela certeza inabalável de sua mortalidade.

Segundo Aristóteles (1449), a tragédia é mais séria que o relato histórico, pois possui um caráter filosófico. A liberdade que a tragédia tem pelo caráter ficcional permite que ela alcance o geral. Abordar eventos aterradores e dolorosos de maneira ficcional permite que os espectadores se identifiquem com os personagens e possam viver a trama como se fosse real. No entanto, esta é uma identificação longínqua, pois os fatos ali abordados estão em um espaço diferente do da vida. Deste modo, estando o público desvinculado dos personagens, ocorre uma *Kátharsis* (ARISTÓTELES, 1449): *purificação*²⁰ dos sentimentos de terror, piedade, etc. Esta *purificação* só é possível porque a construção da trama, com seu

¹⁸ Sofrimento aqui pode ser compreendido como afetação.

¹⁹ A palavra *Páthos* difere apenas por uma letra de *máthos*: conhecimento adquirido pela experiência.

²⁰ O termo *Kátharsis* pode tanto ser traduzido por “purgação” ou “purificação”. Aqui assumimos o termo “purificação” por este fazer menção ao caráter ritual da tragédia. O termo “purgação” estaria associado a “tratamento” como ato médico. Portanto, aparentemente menos indicado ao efeito em questão.

encadeamento combinado de sequências, permite uma inteligibilidade que o vivido não comporta (VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008).

Arrancadas da opacidade do particular e do acidental pela lógica de um roteiro que depura simplificando, condensando, sistematizando, os sofrimentos humanos, comumente deplorados ou sofridos, tornam-se, no espelho da ficção trágica, objetos de uma compreensão (VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008, p. 17 - 18).

GIRARD (1972) traz outra possibilidade de compreensão para a *purificação* aristotélica. Fazendo uma comparação metafórica da tragédia grega com a imolação de um bode expiatório, ele acredita que a *purificação* das paixões, através do roteiro trágico, acontece focalizando toda agressividade do público em uma única vítima, que é levada à morte coletivamente como a encarnação do mal. Por esta perspectiva, o termo “*tragédia*” teria sua origem em “*trag – oidia*” (Canto do Bode). Aquele que canta para receber como prêmio um bode, ou aquele que canta no sacrifício ritual do bode (VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008).

De maneira geral, a tragédia possibilita uma interrogação de amplo alcance sobre a verdadeira condição do homem no mundo com os outros. Tornam-se explícitos seus limites e sua finitude inevitável, através de um processo de “universalização” (BORNHEIM, 1992) via os personagens trágicos. BORNHEIM (1992), quando aborda a questão do sujeito e a norma, aponta o contraste entre o universal e o singular. Para ele, a universalidade pertence ao estatuto originário da norma. Sem a possibilidade de definir-se como universal, desvanece o projeto de normatização. Deste modo, a norma fixa-se com certa estabilidade, transcendendo as limitações históricas do espaço e do tempo. O universal abstrato, que define toda formulação do dever-ser da norma, encontra o seu respaldo no universal concreto que é a própria realidade divina: são os deuses que falam e tudo garantem.

Em contra ponto à perenidade/universalidade da norma está o sujeito. Este é, simplesmente, uma realidade singular, datada no espaço e no tempo. É bem verdade que, de certo modo, tudo é histórico, sendo que, naquilo que compete ao indivíduo, ele só pode ser chamado de sujeito de maneira imprópria. O projeto epistemológico da modernidade, que vem tomando vulto a partir do Renascimento e do Iluminismo, aponta uma tendência

para a extrema valorização do sujeito e sua individualidade em detrimento do caráter universal da norma. Por esta perspectiva, é possível afirmar que a existência precede a essência, pois a relevância recai no indivíduo concreto (BORNHEIM, 1992). Como expressão tácita deste processo, resgata-se a célebre frase de Friedrich Nietzsche: “Deus está morto” (NIETZCHE, 2007), anunciando o fim dos fundamentos transcendentais da existência, talvez ponto culminante de um movimento que teve seu início na Revolução Burguesa.

No entanto, com isto não se está dizendo que o universalismo deixa de existir na atualidade e prevalece um nominalismo²¹ absoluto. Na verdade, ele apenas adquire novas formas e nuances. O que perde poder na modernidade é o universalismo concreto, permanecendo a ênfase nos universais sem conteúdo. Este universal abstrato ainda tem relevância na construção das normas e, conseqüentemente, da educação²². Segundo Friedrich Schiller²³, discípulo de Kant, o universalismo abstrato adquire o caráter de concretude através das manifestações artísticas, dando ênfase ao teatro. Ou seja, a dramaturgia traz em seu bojo algo que é perene e potente.

Correndo o risco de se afastar demasiadamente do tema abordado, é possível, como propõe BORNHEIM (1992), traçar as diferenças da tragédia grega e o teatro moderno naquilo que concerne aos universais, tendo como exemplo o teatro elisabetano, na figura de seu principal representante, W. Shakespeare. Com ele, a dramaturgia moderna vai abandonando os universais concretos e assumindo a vigência dos universais abstratos. Contudo, por ora cabe resgatar o caráter de perenidade de toda peça de dramaturgia, mas, principalmente, da tragédia grega.

Na tragédia há um saber, uma teoria sobre a lógica ilógica que determina os rumos imponderáveis do destino. No desenrolar do roteiro trágico ficcional, através da “*mimêsis praxeôs*”²⁴ (DUPONT-ROC & LALLOT, 1980), a existência humana acede à consciência

²¹ Nominalismo é a doutrina que não admite a existência do universal, nem no mundo das coisas nem no pensamento. Surgiu na sua forma mais radical no século XI por intermédio de Roscelino de Compiègne. Esse atribuía universalidade aos nomes, daí a origem do termo.

²² Educação aqui é entendida como aquilo que possibilita a pessoa a lidar com a realidade de maneira habilidosa e permite a manutenção dos “contratos sociais”.

²³ Johann Christoph Friedrich Von Schiller foi poeta, filósofo e historiador alemão. Schiller foi um dos grandes intelectuais da Alemanha do século XVIII. Junto com Goethe, Wieland e Herder foi representante do Romantismo Alemão e do Classicismo de Weimar.

²⁴ Representação ficcional.

(VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008). Por esta perspectiva, pode-se inferir que é próprio do modo de ser do homem a possibilidade de ser tocado, de modo irrevogável, pelo seu semelhante. As situações de sofrimento, doença e morte vividas em um hospital desvelam o trágico do humano, revelando àqueles que circulam neste cenário não apenas sua condição de plateia do drama, mas principalmente de personagem mortal da tragédia, ou seja, suscetível as várias finitudes que permeiam o ambiente hospitalar. Dito isto, resgato agora o primeiro ato de uma tragédia, encenada pelos atores institucionais que transitam pelos corredores de um hospital geral, elevados pelo sofrimento e morte daquele que agoniza, e, a partir disto, são tocados em sua própria condição de ser mortal (*Brotós*) no palco da vida.

Os vários personagens desta tragédia.

São muitos os personagens que transitam pelo cenário desta tragédia: pacientes, psicólogos plantonistas, acompanhantes, médicos, enfermeiros, funcionários, etc. Cada um, dentro de suas possibilidades, vive a crise na sua singularidade, porém suas histórias se entrecruzam e se sobrepõem.

O paciente, personagem principal desta tragédia, vive um episódio de dor, desconforto e dúvida. De forma franca e escancarada, a imponderabilidade do destino e o esfacelamento da malha existencial se apresentam. Ao ser acometido pelo evento desagregador, é lançado, à revelia, a uma condição de intenso desalojamento e desamparo. Seu projeto de vida, imediato e futuro, perde a importância, pois o que prevalece é a circunstância indefinível que irrompe em seu cotidiano. No desconforto da situação, precisa aplacar sua dor física e psíquica, buscando resgatar novos rumos para continuidade existencial. Com sofreguidão, busca junto aos médicos e a equipe subsídios para aplacar o terror, pois é inevitável lembrar-se de sua fragilidade e não perenidade. A equipe, forjada sob a égide da especialidade e da técnica, se atem a aquilo que lhe compete. Dando ênfase ao corpo que padece, não se mostram disponíveis para outras dores que acometem a

pessoa. Consequentemente, o desamparo do paciente se dilata. A angústia e a ansiedade aumentam. Tal situação se reflete na alteração de certos dados vitais²⁵, entendidos quase que exclusivamente pela perspectiva do orgânico, gerando procedimentos de controle e estabilização que negligenciam aquilo que transcende o físico. São consideradas manifestações subsequentes à injúria física que merecem menos atenção, pois não impõe riscos imediatos. Isto amplia a condição de desalojamento do paciente, podendo levar ao agravamento de seu quadro e, principalmente, de seu presente em crise. Protagonista da tragédia encenada no palco hospitalar, recai sobre ele todas as atenções e o sentido existencial da instituição.

Pode-se dizer, com certa segurança, que os psicólogos plantonistas ocupam, em um primeiro momento, o lugar do coro. Como integrantes do coro, são parte e extraparte da tragédia (FIGUEIREDO, 2009). Cabem a eles o registro e o contato com o núcleo trágico, porém, em um primeiro momento, sem a intervenção no desenrolar da ação dramática. É o lugar supostamente mais protegido e, ao mesmo tempo, mais próximo do desfecho trágico: espectador privilegiado. Como psicólogos em formação, acreditam que este é o único sítio que lhes cabe neste latifúndio²⁶. Afinal, a formação não contempla o cuidado com a emergência. O que pode um psicólogo no Pronto-Socorro (PS) ou nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral?

Este lugar de testemunha da tragédia não se mostra seguro ou confortável. A proximidade macula a suposta neutralidade e provoca desalojamento. Sobre o coro, invariavelmente, se derrama o terror e a angústia que emana da batalha que se descortina logo adiante. O sangue que brota, muitas vezes, cai, literalmente, sobre o coro. Neste momento, sob a força das circunstâncias, são compelidos à atuação, tentando responder de maneira habilidosa às exigências da circunstância. O entusiasmo do ofício e a necessidade de dirimir a própria angústia suplantam o terror e parecem convocá-los a abandonar o testemunho. Neste momento são tragados pelo vórtice trágico e, no meio do torvelinho de

²⁵ Pressão arterial, ritmo cardíaco, dispneia, distúrbios neurovegetativos, etc.

²⁶ Na Roma antiga, grande domínio privado da aristocracia.

acontecimentos, tentam dar sentido a algo que se encontra no caos²⁷, cobrando desfecho. Se a crise no ambiente hospitalar tem seu epicentro no paciente, esta vai se propagando em múltiplas direções, atingindo outros espaços e tocando outros personagens, denunciando o mundo entorno, os outros e a nós mesmo. O Pronto – Socorro, a UTI, ou qualquer outra dependência do hospital, neste momento, constitui-se como palco para a manifestação violenta e repentina da ruptura de um frágil equilíbrio. Encena-se, neste tablado, a crise daquele que sofre, que se vê lançado na possibilidade, às vezes nem um pouco remota, da própria finitude e da mudança radical dos rumos de sua vida. Mas também, concomitantemente e não menos importante, irrompe a crise do psicólogo plantonista que se vê alçado à condição de homem viril (*Aner*²⁸), cujo destino dos fatos está condicionado a sua participação.

Sentindo-se inábil para a tarefa hercúlea que se apresenta, é na supervisão que encontra espaço para derramar sua angústia. Como dito anteriormente, não considera que possua *background* suficiente para dar conta da tarefa. Não se reconhece carente apenas da segurança de teorias bem forjadas que possam proporcionar conforto no trânsito pelo imponderável. Não raro o que se revela é uma situação temporária de estagnação, fruto da vivência de choque que surge do encontro com o sofrimento maciço. Com dificuldades em elaborar a crueza e o absoluto da situação, não consegue fazer desta vivência uma experiência. Sendo assim, a supervisão vai adquirindo múltiplas facetas. Para além da atenção e do cuidado com a arte do ofício, configura-se como espaço privilegiado para o trânsito da crise pessoal e profissional que a experiência hospitalar deflagrou. Por esta perspectiva, os supervisores, por obrigação de ofício, tornam-se, muitas vezes, plantonistas para os plantonistas. Surgem como paraninfos, amparando a criança que se vê lançada em um mundo no qual a condição humana é escancarada sem pudor.

²⁷ Nas mitologias e cosmogonias pré-filosóficas, vazio obscuro que precede e propicia a geração do mundo.

²⁸ Como esclarece N. Loraux (1992) a condição de *Aner* – Homem viril, herói – é originalmente designada aos homens. Porém, aqui tomo a liberdade de estender esta posição às mulheres que também participam deste enredo. A exclusividade do sexo masculino para tal posição na Grécia Antiga está relacionada à cultura da época, que valorizava o lugar do homem na construção social.

O hospital ainda é palco de outras crises. Para além do paciente e do psicólogo plantonista, outros personagens vão apresentando suas tragédias. Suas crises vão se entrelaçando e constituindo um mosaico afligente que caracteriza o espaço hospitalar.

Coadjuvantes na cena trágica, os acompanhantes também têm sua crise revelada neste espaço. No entanto, o ambiente hospitalar mostra-se pouco disponível para a crise destes personagens. Como dito anteriormente, ocupam um *“não lugar”*. Nesta condição, vivem de modo intenso a negligência de sua dor e de sua angústia. A equipe hospitalar, atenta ao desfecho trágico, se sente desobrigada a dar guarida a aquele que não ocupa o centro do palco. Consequentemente, permanece um quantum de angústia e mal estar que trafega livre pelo ambiente hospitalar. A ensurdecência para esta angústia pode levar a exercícios na tentativa de se fazer ouvir, transformando em ato o sofrimento sem espaço de elaboração. Na impossibilidade do verbo, refugia-se em atitudes nem sempre bem acolhidas na dinâmica hospitalar. Este ato é prontamente rechaçado pela equipe, ampliando a angústia e o mal estar dos acompanhantes. A eles nada é dito ou explicado. Vivem de forma crua a dúvida sobre os destinos de seu familiar padecente. Destino este que, inadvertidamente, influencia no próprio destino do acompanhante que, muitas vezes, se vê na iminência de perder seu ente próximo. Após o óbito letal, o acompanhante reconhece que a tragédia terminou para aquele que se foi. No entanto, resta agora olhar para a própria tragédia e buscar urgentemente lidar com a amputação ao qual foi violentamente submetido pelo desfecho desfavorável, já sempre anunciado na tragédia. Neste momento, na ausência do protagonista, o hospital considera concluída sua tarefa, deixando à míngua os coadjuvantes. Limita-se, através do Serviço Social ou congênere, a orientar quanto aos trâmites legais para este epílogo.

Mesmo que não se consolide o desfecho trágico, ficando no âmbito de outras finitudes, fica sempre a angústia e a dúvida em relação àquilo que muda após um diagnóstico desfavorável ou de difícil resolução. Como acompanhantes no momento crítico, sentem-se responsáveis por um cuidado que, muitas vezes, transcende os muros do hospital. Na impossibilidade do auto cuidado, aquele que assiste de maneira privilegiada o padecimento sente-se, muitas vezes, na obrigação de cuidar. Esta nova obrigação tende a provocar um desequilíbrio em uma rotina já ocupada de obrigações. Apresenta-se um

cenário imponderável que cobra nova organização, lançando o acompanhante a outras situações de crise.

A equipe médica e de enfermagem também não passam incólumes por este cenário dramático. Mesmo não se considerando responsáveis por elas, sentem-se pressionadas pelos resíduos das crises alheias que pairam no ambiente hospitalar. Alheias, pois não dizem respeito direto a elas, porém, para além da morte concreta, vivem, a cada perda dos pacientes, a pequena morte da ilusão de controle, na vã tentativa de expurgar a própria angústia. Adeptos da tecnicidade imposta pelo olhar cientificista da medicina e disciplinas afins, vivem o desamparo quando tem que lidar com o transcendente à técnica. O arsenal tecnológico que a equipe médica utiliza não provê recursos para lidar com aquilo que está para além do procedimento. O uso maciço do aparato tecnológico tende a não valorizar o ato clínico, aqui compreendido como um processo relacional, vivo e em ato, que se constrói de modo partilhado e no qual busca haver uma conjugação harmoniosa entre necessidades e modos tecnológicos de agir. Consequentemente, o médico, principalmente o residente ou o interno²⁹, se vê na dura situação de não saber responder a certas exigências do seu cotidiano. Mediante o desconforto de se ver lançado em uma experiência marcada por variáveis e irregularidades, tende, novamente, a recorrer à técnica como modo de aplacar a angústia, criando um círculo vicioso que afasta o profissional médico, cada vez mais, do seu cliente. De maneira geral, o trabalho médico, orientado por este modelo, leva a um contínuo processo de isolamento não só de sua clientela. A ininterrupta necessidade de especialização, imposta pelos procedimentos tecnológicos, cria o imperativo de uma autonomia que vai, paulatinamente, gerando um afastamento de outras modalidades da saúde. Ou seja, o saber que surge desta crescente especialização, tão valorizado pela moderna epistemologia, cria uma autoridade que, muitas vezes, é agida de maneira autoritária, inadequada e desrespeitosa em relação aos outros coabitantes deste espaço³⁰. Logo, a crise da equipe médica é marcada por uma solidão no meio de uma multidão. Tal isolamento leva a uma organização corporativa poderosa voltada, eticamente, para si

²⁹ Não se pode esquecer que se trata de um hospital-escola.

³⁰ Isto pode ser claramente demonstrado nas discussões em relação ao “ato médico”, cujo conteúdo mostra um autoritarismo desrespeitoso para com a competência de outros profissionais de saúde.

mesmo. Este corporativismo, aqui compreendido como método de sustentação existencial, não é suficientemente eficaz. O termo “método de sustentação existencial” refere-se aos meios de que cada um se utiliza para manter-se afastado da angústia, preservando, na medida do possível, uma existência pacificada. Seriam, reportando-se aos escritos de Heidegger (2001a, 2001b), os modos que cada um utiliza-se, de maneira tácita e pré-reflexiva, para manter-se na “decadência”. A divergência, os atos de expurgo, o apreço pela técnica, o isolamento e infindáveis outras manifestações são exemplos destes métodos. O médico, em seu cotidiano, precisa do diferente, porém não sabe como utilizar do saber das outras ciências, vivendo, deste modo, sobre o fado da maldição auto imposta da solidão.

O hospital, organismo vivo pulsante constituído pelo entrecruzamento dos vários personagens da tragédia, também vive seus momentos críticos. Inserido em um sistema maior, responde não apenas aos enredos que vão se desenvolvendo em seu interior, mas também às forças e tendências de uma macro organização que vive suas agruras. As dificuldades dos hospitais, e do próprio sistema de saúde brasileiro, não são segredo para quem é usuário ou trabalhador da área. A mídia, periodicamente, reserva lugar de destaque para anunciar com alarde a morte iminente daquilo que foi criado para salvar vidas. Não raro vemos os hospitais em uma evidência pejorativa. As causas são claramente apontadas: mínimas condições dos serviços. Segundo os atores institucionais deste grande épico trágico, falta pessoal especializado devido a baixa remuneração, falta material, leitos, dinheiro, e, quiçá, bom senso. Faltam recursos mínimos para que o sistema não pereça. Muitas podem ser as causas desta situação trágica. Para além da crônica malversação do dinheiro, quase endêmico de alguns segmentos do serviço público, aparentemente a crise tem uma gênese estrutural.

Teoricamente, o sistema público de saúde foi concebido como um conjunto abrangente de unidades, cada uma com sua especificidade, que deveriam funcionar de maneira complementar. Pretende-se uma organização por níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Tal organização tem o intuito de gestar e gerir programas e serviços voltados à prevenção da doença, promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A demanda dos usuários por um determinado nível de atenção ou aparelho vai

sempre variar, exigindo flexibilidades dos dirigentes. O sistema precisaria funcionar do nível primário em direção ao terciário. Hipoteticamente, espera-se que o usuário busque primeiramente os postos de saúde e, na medida de suas necessidades, sejam encaminhados para unidades secundárias ou terciárias. Estima-se que 80% dos casos possam ser elucidados e sanados nas unidades primárias. No entanto, na prática, não é assim que o sistema funciona. O usuário não utiliza o sistema nesta ordem, buscando as unidades terciárias, originariamente concebidas para emergências. Isto gera uma sobrecarga nas unidades que deveriam servir a casos mais complexos. Por outro lado, o sistema também não distribui os equipamentos e insumos de forma equitativa. Esta distorção no sistema gera considerável aumento dos custos e deterioração da qualidade do atendimento.

As causas desta deformidade são várias. Dentre elas, podem-se citar as questões culturais. O usuário acredita que será mais bem assistido nas unidades terciárias e ignora o acesso às unidades primárias. Pela perspectiva da administração do sistema, políticas de distribuição de recursos, tanto humanos quanto de equipamentos, que não levam em conta a singularidade de cada unidade e da população que esta assiste, ampliam a situação de crise. Além disto, a rede pública é afetada pela ausência de autonomia, condição primária para o planejamento, coordenação e o controle de recursos. Os administradores, constrangidos pela burocracia do sistema, não conseguem dispor de forma ágil e eficaz dos recursos materiais, para atender as demandas de uma instituição complexa como o hospital. Esta falta de autonomia também impede a prática de uma política de recursos humanos condizente com as atividades dos profissionais. Contratações, demissões, programas de treinamento, reciclagens, a necessidade de aquisição emergencial de medicamentos e equipamentos esbarram na burocracia e na pouca mobilidade do sistema.

A formação do profissional de saúde, principalmente os médicos, também colabora para a crise do sistema. A modernidade vem impondo, progressivamente, a necessidade da especialização. Cada vez mais os profissionais são levados a circunscreverem seu campo de atuação, fragmentando seu objeto de estudo, o paciente, em múltiplos segmentos. Tal nível de especialização dificulta a assistência aos 80% dos casos que poderiam ser sanados nas unidades primárias de saúde. A ausência de generalistas, nestas unidades, contribui para que o usuário busque as unidades secundárias e terciárias, gerando a distorção do sistema acima apresentada. É bem verdade que o HU passa relativamente incólume por esta crise,

pois sendo um hospital escola da Universidade de São Paulo, goza de certos privilégios que as demais instituições da rede pública, muitas vezes, não experimentam, tais como: profissionais especialistas com maior permanência na instituição, equipamentos relativamente atualizados para o ensino e pesquisa, pesquisadores fazendo parte de seu quadro de colaboradores, atendimento regionalizado, etc.

A viagem continua: circunscrevendo a questão e apontando um sentido.

Após esta vasta contextualização, volto ao palco da tragédia que optei acompanhar. Tal como na maioria das tragédias gregas, é *Brotós* que prevalece na cena trágica do hospital. Todos que ali estão se veem envolvidos pela condição de finitude, seja concreta ou não, e pela certeza inabalável da imponderabilidade do destino. Os espaços hospitalares e os atores institucionais são atravessados pela inexorabilidade da morte/finitude. Cada um, a seu modo, tenta lidar com o peso da tragédia. O hospital torna-se palco da ruptura da malha existencial. Transfigura-se em buraco negro, onde todas as certezas são tragadas e os sentidos da vida, sempre tênues e frágeis, são escamoteados de forma inopinada e repentina. Enquanto o corpo padece, deflagrando atos pautados pela técnica, o sofrimento psíquico é negligenciado e renegado. A “dor da alma” no ambiente hospitalar pertence ao campo do *meta-fenomenal* (FIGUEIREDO, 1996), ou seja, tudo aquilo que está para além da experiência. A presença dos psicólogos plantonistas serve, a princípio, como testemunho vivo da existência de algo não metabolizado. Um resto da experiência que tende a vagar pelos corredores, assombrando os transeuntes. Dito isto, cabe lembrar que a Psicologia se constitui como disciplina, na modernidade, justamente com a proposta de lidar com o expurgo proposto pelo projeto epistemológico, que visa a constituição de um sujeito epistêmico pleno. Ou seja, sempre foi função da Psicologia lidar com aquilo que resta da experiência que não cabe na perspectiva da razão e da ordem. Por tudo que foi dito até então, lanço a questão norteadora desta pesquisa que aqui se inicia: **Tendo a tragédia como fio condutor, como a crise, aqui compreendida como sofrimento de *brothós*, a partir deste cenário que a enquadra, pode se encenar como ação/destinação da condição humana?** Dito de outro modo, **como o Plantão Psicológico, metodologia interventiva aqui eleita para**

abordar este momento de crise, expressão da condição humana, pode, através de uma relação de solicitude entre psicólogo plantonista e cliente, servir como acontecimento para trânsito e apropriação de sentido de cuidar de ser como se é – humano/brothós?

Espera-se que as linhas que se seguem possam, tendo o hospital como cenário e o Plantão Psicológico como meio, ainda que de forma incipiente, visto a complexidade do acontecimento, desvelar articulações entre o momento de crise e o cuidado.

CAPÍTULO I

DA PSICOLOGIA HOSPITALAR AO PLANTÃO PSICOLÓGICO NO HOSPITAL: A BUSCA POR TRANSCENDER FRONTEIRAS.

Psicologia Hospitalar

O intuito deste capítulo é apresentar, primeiramente, a área do conhecimento que, hoje, se denomina Psicologia Hospitalar para, em seguida, abordar e tecer considerações sobre a metodologia interventiva do Plantão Psicológico. Acredita-se que, deste modo, ficam explícitas as diferenças entre ambas, ajudando ao leitor a situar a experiência aqui relatada no amplo espectro de práticas em hospitais.

A presença do psicólogo, no contexto hospitalar, é relativamente recente. Os primeiros registros de que se tem notícia no Brasil são do início dos anos cinquenta do século XX, na Universidade de São Paulo. Foi a partir de um pedido da Clínica Ortopédica e Traumatológica³¹ que se introduziu um profissional da Psicologia na equipe multidisciplinar desta instituição, com o intuito de preparar psicologicamente os pacientes para as intervenções cirúrgicas, bem como para a recuperação pós-operatória (ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; NICOLETTI, 1996). Com ênfase na reabilitação, buscava-se uma ação coordenada e contínua junto à pessoa portadora de deficiência física ou mental, *“no intuito de auxiliá-la a realizar suas potencialidades e objetivos física, social, psíquica e profissionalmente, de modo a alcançar um melhor controle sobre si mesma e sobre seu ambiente, enfrentando a realidade da vida”* (ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; NICOLETTI, 1996, p. 4). Posteriormente, já na década de setenta, foi implantado o Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, com ênfase no estudo e intervenção junto a cardiopatas, considerando a influência de estados emocionais agudos no desempenho cardiovascular, embora a natureza dessa ligação permaneça, até hoje, indefinida.

³¹ Hoje intitulado Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Ainda na década de setenta, são criadas as primeiras disciplinas relacionadas à prática psicológica hospitalar, oferecidas como matéria optativa em alguns cursos de graduação de Psicologia em São Paulo. Concomitante a isto, proliferam em outros locais do Brasil experiências que, embora ainda incipientes, influenciaram a Psicologia Hospitalar como concebida atualmente. Em Brasília, surgem trabalhos voltados à família de pacientes terminais e à equipe médica que atuavam junto a eles (ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; NICOLETTI, 1996). Progressivamente, vai havendo uma ampliação do campo de atuação do psicólogo no hospital. Aos poucos ele vai se afastando da reabilitação e da cardiologia, primeiros nichos de atuação, e começa se implicar com outros eventos importantes do cotidiano hospitalar. No Rio de Janeiro, por exemplo, foi fundado em 1980 o Programa de Estudos e Pesquisas em Tanatologia no Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais da Fundação Getúlio Vargas.

Em 1981, no Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo, foi proposto o primeiro curso de especialização do Departamento de Psicologia Hospitalar desta instituição, responsável na época por certa sistematização do conhecimento da área (ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; NICOLETTI, 1996). Ainda nesta década, surge o Setor de Psicologia do Serviço de Oncologia Ginecológica da Real e Benemerita Sociedade Portuguesa da Beneficência e o Setor de Psicologia do Serviço de pediatria do Hospital Brigadeiro, assim como os primeiros eventos voltados aos profissionais da área. Cabe apontar a relevância do I Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, promovido pelo Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da USP em 1983, que deflagra uma progressiva expansão dos conhecimentos nos próximos anos até o presente momento. No ano 1997, é fundada a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar - SBPF. Legitimando a disciplina, no ano de 2000, o Conselho federal de Psicologia – CFP cria o título de especialista da área (ISMAEL, 2005).

No entanto, esta expansão acaba por acolher, sob a égide da Psicologia Hospitalar, uma gama enorme de práticas que, muitas vezes, tem como única familiaridade apenas o fato de acontecerem dentro do ambiente hospitalar. Esta proliferação abrupta de práticas se reflete na tentativa de criar uma conceituação, que, no intuito de ser abrangente e circunscrever um campo do conhecimento, tende a ser superficial. Deste modo, muitos são os conceitos para a Psicologia Hospitalar. Pela perspectiva de Alamy (2007), seria:

[...] um conjunto de ações psicoterápicas capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde mental e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da patologia orgânica, da hospitalização, dos tratamentos medicamentosos e cirúrgicos, e da reabilitação (p. 19).

Esta autora considera que a intervenção psicológica deve possuir um caráter preventivo, curativo ou, quando junto a pacientes terminais, paliativo. O conjunto de ações psicoterápicas visaria levar o paciente a melhor elaboração do processo de adoecer, intervindo na forma como concebe e vivencia os problemas gerados pela patologia orgânica, pela internação e pelos tratamentos necessários à cura e a reabilitação (ALAMY, 2007).

Ao longo da história, houve várias tentativas de se construir alguma homogeneidade para este campo do saber. Mediante a impossibilidade de ser alcançada através da prática, sempre plural, buscou-se, aparentemente, esta continuidade através da definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde, ainda em voga atualmente. Saúde seria o *“total bem-estar biopsicossocial do homem e não somente a ausência de doença”* (1993). Cabe, aqui, uma breve digressão. Compreender a saúde por esta perspectiva é, no mínimo, temerário. Torna-se inevitável concordar com Knobel (1986), quando avalia tal conceito em seu livro sobre psicoterapia breve, afirmando que a única verdade que essa definição contém é a de que a ausência de sintomas não significa saúde, pois pode haver processos não manifestos ou uma negação da doença. Sendo deste modo, torna-se possível chegar facilmente a conclusão de que todos estão doentes. Quando em uma sociedade moderna, pós-revolução industrial, capitalista e repleta de tensões e exigências, alguém pode afirmar que se encontra em tal equilíbrio? Aparentemente, esse conceito propõe uma homeostase utópica (CAUTELLA JR, 1987).

Neste contexto, pode-se citar o grupo de psicólogos da Santa Casa de Belo Horizonte que, no ano de 1989, considerou a Psicologia Hospitalar como o *“ramo da psicologia destinado ao atendimento de pacientes portadores de alterações orgânicas como sintomas desencadeantes das disfunções”* (ALANY, 2007, p. 23). Deste modo, a Psicologia Hospitalar estaria destinada ao atendimento, de maneira geral, de pacientes portadores de alguma alteração orgânica/física, que produza algum desequilíbrio em uma das instâncias biopsicossociais (ALAMY, 2007). Ou ainda, é também possível compreender a Psicologia Hospitalar como uma prática voltada para as questões ligadas à qualidade e dignidade de

vida, onde o momento em que tais temas são abordados é o da doença ou internação (ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; NICOLETTI, 1996).

Neste ponto, a título de suscitar reflexões, cabe considerar que qualquer tentativa de conceituar algo tende a aprisionar seu ser, como questionado por Heidegger (2001a, 2001b), deixando à margem uma série de possibilidades existenciais que transcendem o necessário constrangimento do conceito. Há outras possibilidades, como se busca apresentar no decorrer deste trabalho, de prática psicológica em hospital que, embora não negligenciem a importância de tudo que já foi dito e feito nesta área, tentam transcender o conceito, procurando novas compressões e modos de atuação para o singular momento de busca de socorro no hospital, mediante o adoecer.

Quando se aborda a prática, percebe-se que não há padrões básicos de conduta no exercício da Psicologia Hospitalar, refletindo a *“multiplicidade oficial da Psicologia”* (FIGUEIREDO, 1993, p. 90). Como aponta Figueiredo, tal multiplicidade refere-se tanto aos inúmeros focos de ação da Psicologia, à grande gama de correntes teóricas que, muitas vezes, não apresentam nenhum consenso, como pelo modo singular com que cada psicólogo realiza seu ato clínico, embasado por sua experiência de vida própria e sua formação teórica. Tal prática, dirigida aos problemas psicoafetivos provenientes da situação de doença e/ou hospitalização, inclui, mesmo que implicitamente, a família e o corpo médico. No entanto, a atuação junto a estes não os coloca, na maioria das vezes, no lugar de alvo da ação. Qualquer intervenção do psicólogo hospitalar vai ter, quase sempre, como alvo o doente. O trabalho com o médico ou com os familiares vai ser um meio de chegar aos propósitos planejados para o paciente.

Os atendimentos enfocam os sintomas emergenciais da doença que desencadeou os problemas psicoafetivos. Quando se consegue a elaboração destes sintomas, termina o atendimento. Geralmente, o término do atendimento coincide com a alta hospitalar e, havendo a necessidade de continuidade deste, procura-se fazer o devido encaminhamento para a assistência ambulatorial. Apesar de aparentemente ancorada na técnica, é inevitável que a prática hospitalar se entregue a certa flexibilidade imposta pelo contexto institucional: um *setting* marcado pelo imponderável.

De maneira geral, a partir de um pequeno levantamento bibliográfico (ALAMY, 2007, CAMON; CHIATTONE, NICOLETTI, 1996, LAGE; MONTEIRO, 2007), é possível considerar que o principal objetivo da Psicologia Hospitalar é propiciar espaço para que o paciente possa expressar suas emoções, e assim lidar de maneira satisfatória com as limitações impostas pela doença e internação, priorizando as questões emergenciais provocadas por estas. Buscando restaurar o equilíbrio psíquico ao ponto de origem do desequilíbrio causado pelo diagnóstico e/ou internação, tal propósito parece bastante ambicioso considerando a questão da “homeostase utópica” (CAUTELLA JR, 1987) já citada anteriormente.

Ainda resgatando certas características da Psicologia Hospitalar, aparentemente o convívio com a medicina e a necessidade de ser aceita e mostrar-se “eficiente” no contexto hospitalar, além da nítida influência da concepção de ciência moderna, levaram a criação do que poderia ser considerado subespecialidades. Assim como na medicina, os profissionais da área tendem a desenvolver uma psicologia para cada patologia do corpo. Sendo assim, busca-se um modo de conceber a compreensão e prática psicológica para cada modo de se estar doente. Isto fica evidente na abundância de artigos que se referem a práticas específicas para cada órgão doente e para cada especialidade médica: cardiologia, nefrologia, hematologia, pediatria, obstetrícia, e por aí fora. Por mais que a literatura da área afirme o compromisso em conceber o “[...] *paciente enquanto um todo provido de sentimentos, emoções, razão, dificuldades, sonhos, incluindo-se os aspectos espirituais*” (ALAMY, 2007, p. 27), ocorre, assim como na medicina, uma forte tendência a fragmentação da pessoa doente. No entanto, se a epistemologia moderna prega até hoje a dicotomia entre mente e corpo, não poderia ser diferente em uma disciplina que requer para si a condição de ciência. Por esta via, pode-se compreender a progressiva tendência em criar modelos de atuação, visto que os aprendidos na formação não são suficientes para a situação hospitalar.

Plantão Psicológico

O termo “Plantão” refere-se à permanência em um lugar, por tempo determinado, tendo em vista a execução de um serviço. É usual ouvir esta expressão associada a certos

ramos de atividade que têm como práxis a realização de tarefa vital, tendo na área da saúde as disciplinas cujo lócus da práxis é o hospital. No entanto, paulatinamente, outras profissões foram se apropriando da ideia de se estar à disposição de uma clientela em espaço e tempo pré-determinado, mesmo não estando no hospital. O Plantão Psicológico não vem à luz no hospital, tendo sua gênese distante deste ambiente, no entanto, vai, progressivamente, caminhando para este lugar.

A primeira experiência de Plantão Psicológico a que se tem notícia aconteceu no ano de 1969, no Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – SAP/IPUSP. Ao longo de seu percurso institucional, o SAP, mediante a conjunturas reais e imediatas, como afirma Rosenberg (1987), foi tentando desenvolver uma resposta habilidosa a estas, criando um ambiente propício para o surgimento de uma metodologia interventiva que pudesse proporcionar um momento significativo da pessoa, frente à problemática que o conduziu a procurar ajuda (MAHFOUD, 1987). Como qualquer experiência pioneira, o Plantão Psicológico vai, ao longo dos anos, sendo questionado e submetido a novas exigências, e destes questionamentos parte um inevitável aprimoramento teórico e prático, que faz com que o modo atual de conceber tal metodologia se mostre diferente das primeiras experiências. Paulatinamente, tal metodologia é convidada a abandonar os muros da Universidade e adentrar novos espaços. Como qualquer organismo vivo e pulsante, através de ex-alunos de graduação, especialização e pós-graduação, vão surgindo novas experiências e possibilidades. O Plantão Psicológico ganha o mundo e, nesta abertura, precisa fazer-se outro.

Seguindo o rastro da história, o primeiro Plantão Psicológico em hospital começou acontecer no ano de 1992, em uma instituição psiquiátrica de curta permanência da cidade de São Paulo, destinada ao acolhimento de pessoas em quadro agudo do que se convencionou chamar, na modernidade, de doença mental (CAUTELLA JR, 1999 a). Voltado, em um primeiro momento, exclusivamente para os internos, ao longo do tempo mostrou-se como uma metodologia interventiva que possuía recursos para acolher a demanda de outros atores institucionais. Em 1993, no intuito de ampliar a atenção psicológica no momento da crise, foi inaugurado, nesta mesma instituição, o Plantão Psicológico para os familiares e acompanhantes dos internos (CAUTELLA JR, 1999 b). Visava abrir espaço para que a família pudesse manifestar seu mal-estar, podendo articular-se de maneira mais produtiva em

relação a esta situação de crise e as suas inevitáveis consequências na dinâmica familiar. Através desta modalidade, tentava-se aproveitar o momento de ruptura que o intenso sofrimento psíquico gera na dinâmica familiar e na vida de quem está em crise e, a partir disso, possibilitar a abertura de novos olhares sobre a experiência (CAUTELLA JR; BRAGA, 2005).

Mediante ao surgimento de inúmeras experiências de Plantão Psicológico fora do âmbito acadêmico, começa a surgir a necessidade de se constituir um espaço para o estudo desta prática para além dos muros da universidade, considerando que tais experiências já transcendiam o cabedal teórico existente e convocavam à busca de novos autores e perspectivas. E é assim que em 1999, trinta anos após a fundação do SAP, surge o Laboratório de Estudos e Prática em Psicologia Fenomenológica Existencial – LEFE, hoje intitulado Laboratório de Estudos em Fenomenologia Existencial e Prática em Psicologia, com a missão de promover conhecimento neste campo. Para isto, através da epistemologia proposta pela Fenomenologia Existencial, começa a desenvolver uma série de práticas psicológicas em instituição tendo, algumas delas, o Plantão Psicológico como metodologia interventiva. Com a cooperação de docentes, colaboradores especialistas, alunos da graduação, especialização e da pós-graduação, constituiu-se um núcleo de estudos onde o Plantão Psicológico surge como um dos temas centrais de pesquisa. Quase como ato fundador deste laboratório, é editado, neste mesmo ano, o livro *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: Novos Desafios*, organizado pela Prof.^a Dra. Henriette Tognetti Penha Morato (1999), trazendo vários relatos desta prática dentro e fora da universidade.

Segundo Schmidt (1999), o Plantão Psicológico está estruturado para que o cliente possa ser acolhido em um espaço de escuta qualificada, no exato momento que procura ajuda. Este acolhimento exige a priorização da entrevista psicológica, no entanto, esta não é pensada como triagem, mas como espaço propício à elaboração da experiência do cliente no que diz respeito ao sofrimento psíquico e as possibilidades de ajuda que podem ser concebidas. Dito de outro modo, o Plantão Psicológico busca proporcionar a pessoa um contexto favorável, para que possa clarificar a natureza de sua dor e a sua demanda por ajuda (SCHIMIDT, 1999). O modo de enfrentar tais dificuldades será definido no próprio

processo do plantão, com a efetiva participação do cliente e do plantonista (MORATO, 1999).

O Plantão Psicológico mostra-se como espaço promissor para uma intervenção em uma situação marcada pela perda de sentido, se aproximando da compreensão de Lévy (2001) para o que chamou de *démarche* clínica. Como *démarche* clínica compreende-se um “caminhar” que possa proporcionar “[...] a construção do sentido dado pelos sujeitos a sua própria história” (LÉVY, 2001, p. 21). Por este caminhar a pessoa se vê na iminência do encontro com o inesperado, o inverossímil e o incompreensível, tendo que resistir a tentativa de reduzi-lo ao já conhecido, ao já visto, ou rejeitá-lo como sem interesse (LÉVY, 2001), no intuito de apaziguar seu desconforto e desalojamento. Faz-se necessário que este possa se compreender a partir de sua complexidade e suas zonas de sombra e questionamentos próprios (LÉVY, 2001), assumindo ser agente deste trabalho. Por esta via, faz sentido, como propõe Aun (2005), resgatar do francês arcaico o substantivo *démarche*, oriundo do verbo *démarcher*, como o modo que a criança dá “os primeiros passos”. Deste modo, sugere uma clínica onde os envolvidos são levados a se dispor ao espanto “resgatando a atenção curiosa de uma criança a cada novo espaço que se dá a conhecer” (AUN, 2005, p. 18). Assim, cliente e plantonista são alçados à condição de viajantes que desbravam territórios não antes explorados, sujeitos ao espanto e a curiosidade infantil (AUN, 2005). Corroborando com isto resgata-se Mahfoud (1987), apresentando o Plantão Psicológico como uma situação de grande desafio, onde o cliente é levado a enfrentar a sua problemática a partir de si mesmo, ou seja, através de sua própria experiência, tendo que, neste percurso, tanto o plantonista como o cliente, enfrentar o inesperado.

Este périplo inicia-se através de uma queixa: emergência afetiva não elaborada que precisa ser comunicada para que, de alguma forma, o cliente possa sair da situação de crise em que se encontra. Esta situação se caracteriza pela perda de sentido. Na impossibilidade de dizer sobre o “indizível”, o cliente apresenta sua dor através de um discurso que, na verdade, é uma metáfora de algo ainda não acessado e elaborado. O Plantão Psicológico, por esta perspectiva, constitui-se como um meio de análise e interpretação de algo que, até aquele momento, não possui conteúdo palpável e comunicável. Abrindo espaço para a elaboração através da queixa, ainda que superficial, e no intuito de acessar a verdadeira demanda, o Plantão Psicológico se presta a proporcionar o trânsito de uma situação de signo

vazio de sentido para o resgate de novo sentido, através de uma relação de solicitude (HEIDEGGER, 2001) entre cliente e plantonista. Nesta relação, o plantonista não faz interpretações ou construções que visem amainar o desconforto do cliente, pois estas, utilizadas como meras narrativas históricas, tendem a impedir o trânsito que pode levar a presença de novo sentido (FIGUEIREDO, 1994). Atendo-se ao momento fenomenológico, e, portanto, anterior a qualquer movimento interpretativo – construtivo, o contexto do Plantão Psicológico busca a tessitura da malha de sentidos, rompida por um acontecimento traumático que lança a pessoa na crise³². Espera-se que, a partir disto, a fluidez existencial possa ser resgatada.

O Plantão Psicológico constitui-se como uma modalidade interventiva que, invariavelmente, acontece dentro de uma instituição. No caso deste trabalho, a instituição é o hospital. No entanto, como a experiência tem comprovado, este é um modo de atenção psicológica que pode acontecer em qualquer instituição, visto a grande plasticidade deste instrumento. Não partindo de uma técnica pré-concebida, ele vai se construindo de acordo com as demandas da instituição que o acolhe e a capacidade de ser flexível do plantonista. Deste modo, o Plantão Psicológico em um hospital vai ser, inevitavelmente, diferente de um Plantão Psicológico em uma instituição correcional para menores infratores (AUN, 2005), em uma clínica escola dentro de uma faculdade de Psicologia (ALMEIDA, 2005) ou em um batalhão da Polícia Militar do estado de São Paulo (OLIVEIRA, 2005), experiências vividas pelo LEFE. O próprio Plantão Psicológico no hospital vai, a cada dia e a cada momento, tornando-se outro, refletindo no seu acontecer a própria fluidez e impermanência da existência. A prática do Plantão Psicológico está associada mais a uma atitude do psicólogo plantonista do que uma postura. Oliveira (2006) propõe uma discussão sobre o significado das palavras postura e atitude: postura refere-se a um lugar, enquanto que atitude, ao sentido da ação. A postura pode ser compreendida como algo imposto e de difícil mobilidade. Por outro lado, atitude remete a ação, por vezes ousada; quando é solicitada uma “tomada de atitude” espera-se um enfrentamento ao desafio, uma reação a situação desfavorável que exige fluidez. E, como atitude, o Plantão Psicológico pode acontecer no contexto hospitalar, não fossilizado pela técnica associada à postura – um constante desafio aos seus psicólogos plantonistas.

³² Uma compreensão possível da crise e da dinâmica deste acontecimento será exposta no decorrer deste trabalho.

Partindo da desconstrução das técnicas pré-moldadas e também de si mesmo, o Plantão Psicológico se constitui como prática em constante construção, sempre partindo das demandas presentes do cliente naquele momento histórico de sua existência. O psicólogo plantonista visa promover uma *démarche* clínica (LÉVY, 2001) através de sua atitude junto ao cliente, quando infinitos podem ser os modos de promover o destinar-se próprio. Cada dizer do cliente clama por uma atitude criadora do psicólogo plantonista, elevando a *práxis* do Plantão Psicológico ao estado de arte.

Esta plasticidade só é viável através do que se convencionou chamar de cartografia: um modo de se caminhar pela instituição, aonde o caminhante vai sendo marcado pela instituição ao mesmo tempo em que deixa sua marca (AUN, 2009). Neste ato contínuo, através da experiência vivida, abre-se a possibilidade do Plantão Psicológico ir se transformando de acordo com as demandas institucionais. Deste modo, a cartografia acontece simultaneamente à atenção psicológica oferecida, pois, se não for deste modo, corre-se o risco de haver uma fossilização da prática, deixando de responder às necessidades, sempre dinâmicas, da instituição e dos atores institucionais. Assumindo um pensamento marcado pela circularidade de um movimento dialético, que não realiza uma superação através da síntese (COELHO JR, 1991), constrói-se uma relação entre plantonista e instituição que vai, dentro de um fluxo de acontecimentos, constantemente erigindo possibilidades de atenção psicológica pertinentes ao momento presente. Este modo de habitar a instituição e de oferecer cuidado exige grande flexibilidade do plantonista, além de significativa abertura para o imponderável (CAUTELLA JR, 1999 a). Estes são exigidos ao extremo, visto as referências teóricas tradicionais fazerem pouco sentido nesta situação limite. O saber se constrói a partir da pesquisa interventiva, tendo o clínico que assumir não somente o papel de cuidador, mas também o de supervisionando e pesquisador em ação. Sua *práxis* recai em uma pessoa vivendo uma situação de crise, que não está desvinculada da trama social a qual pertence. Deste modo, toda a construção teórica surge a partir da experiência vivida (MORATO, 1989). Embora não se descarte a bagagem de conhecimentos prévios, fruto da formação acadêmica, a experiência permite a significação destes conhecimentos de maneira contextualizada e, portanto, singularizada. Sendo o Plantão Psicológico uma metodologia interventiva voltada à situação de crise, a construção do seu cabedal teórico também deve se originar para além das construções teóricas tradicionais.

O que dá lastro teórico para este modo singular de apropriar-se da demanda explicitada, além de uma epistemologia nitidamente assentada no olhar ingênuo da fenomenologia existencial, são os pressupostos de uma vertente intitulada Psicologia Clínica Social, que tem como principais pesquisadores os franceses Jacqueline Barus – Michel, Eugene Enriquez e André Lévy da Universidade Paris VII. Por esta perspectiva, ocorre uma estreita articulação entre conceitos da fenomenologia, psicanálise e sociologia. Considera-se o cliente um sujeito social em situação, trazendo consigo sua bagagem histórica e cultural, devendo ser abordado a partir desta complexidade multifatorial. Evidencia-se, por esta via, uma nítida desconstrução da clínica tradicional. Rejeita-se a ideia de uma prática voltada exclusivamente para o indivíduo, com um enquadre estável e inserido em um sistema institucional relativamente fechado, como o consultório ou outro lugar ideal de clínica (MORATO, 1999). Esta perspectiva permite, ao Plantão Psicológico, ampliar seu raio de ação consideravelmente. Além de abordar a experiência emocional da pessoa em situação de crise, torna-se possível alcançar a instituição a qual pertence. Se na Psicologia Institucional se pretende chegar ao indivíduo a partir da instituição, por esta perspectiva chega-se na instituição através do indivíduo. O cliente, afetado pelo atendimento e tendo uma visão mais clara de si no mundo com tudo e com os outros, pode tornar-se agente multiplicador de mudanças institucionais, na medida em que se coloca diferente no universo institucional devido à ampliação de seus horizontes. Dito isto, cabe agora tentar apresentar como pode ser possível esta ampliação de horizontes, que permite aberturas para se estar no mundo de maneiras mais pertinentes a cada um.

O vir a ser do Plantão Psicológico

Esta possibilidade começa a se abrir a partir de uma relação clínica entre plantonista e cliente. O termo clínica origina-se da palavra grega *kline*, que pode ser traduzida como inclinar-se junto ao leito. Deste modo, é possível compreender a clínica como o ato de debruçar-se sobre alguém que jaz sofrendo sobre a cama. O clínico se curva sobre aquele que sofre para escutar e apreender o sofrimento, na intenção de socorrê-lo no seu mal. Por esta via, o ato clínico se constitui em uma relação de solicitude (ALMEIDA, 2005).

A palavra sofrimento vem de *phatos*, que pode ser compreendida como “*passar por*”. Ao se passar por uma experiência, se é afetado de modo irremediável pelo acontecimento. Na verdade, afetação é uma condição fundante do homem. Não se pode estar lançado no mundo sem se estar constantemente afetado. Com isto, afirma-se que o homem se encontra no mundo sempre de maneira afetiva. A esta condição Heidegger (2001a, 2001b) chamou de *Befindlichkeit*. Afetado, o homem é convocado a lidar com a afetação, não podendo evadir-se disto. O modo que lida com seus afetos desvela o seu modo particular de ser e estar no mundo com os outros. Os humores, segundo Almeida (2005), são a manifestação da condição ontológica do encontrar-se, na qual a vida é dada ao homem.

A escuta clínica realizada pelo plantonista, no momento da crise de sentido, vai estar atenta aos estados de ânimo. Com isto é possível perceber e identificar, através da afetação do próprio plantonista, como o cliente se encontra, naquele momento, afetado pelo mundo. Partindo do discurso do cliente, torna-se possível captar diante de qual mundo o eu está (ALMEIDA, 2005). Cabe, agora, esmiuçar o que se compreende por “discurso”, para que fique claro como se torna possível captar o estado de ânimo do cliente através dele.

Discurso vem de *logos*: aquilo que se faz ver, através da fala. A fala, deste modo, é o que faz advir o ente, na medida em que o nomeia. Quando isso ocorre, abre um lugar, instalando-o na clareira de seu ser. Esse nomear não está relacionado com a explicação ou a decifração. Ao contrário, o nomear institui um enigma que convoca a interpretação, a partir da compreensão. O compreender e o interpretar tornam-se protagonistas na situação do Plantão Psicológico. Aquilo que está disponibilizado no mundo convida a um nomear-se. No intercurso dos homens entre si, a fala informa algo aos falantes; deixa-os ver e faz com que vejam algo quando falam (NUNES, 2000). Não se pode confundir a fala com um mero instrumento de comunicação, ou um dispositivo de representação ou meio de expressão do sujeito. Na ausência da palavra, que faz advir o ente na clareira de seu ser, nada pode se mostrar ou ficar.

O potencial da fala só é evocado na presença de um escutar. Esse escutar não está relacionado ao ouvir as palavras ou a voz humana. Não é o conteúdo fala que deve ou pode ser efetivamente escutado. A escuta, função principal do plantonista na situação do Plantão Psicológico, é a escuta da fala como testemunho e acolhimento, validando o nomear que

traz o ente à luz (FIGUEIREDO, 1994). Só é possível falar daquilo que se escutou, captou e apreendeu. Ou seja, só é possível discursar sobre aquilo que se viveu. É por este sentido que *logos* se origina do verbo grego *legein*, similar ao verbo alemão *legen*, cuja tradução, entre as várias possíveis, é semear, assentar, colocar uma coisa ao lado de outra (ALMEIDA, 2005). Neste sentido, o psicólogo plantonista se faz interlocutor, provocando³³ toda a potencialidade da fala no seu desvelar de afetos.

Afetado pelos acontecimentos mundanos, o homem é convocado à responsabilidade de ser, respondendo a esta afetação. Esta resposta pode ser pertinente aos seus anseios e ao seu projeto existencial, ou pode ser impertinente, favorecendo o estabelecimento de um modo pouco propício de estar no mundo. Dito de outro modo, a partir da afetação e diante da responsabilidade inalienável de ser, o homem pode tender a desenvolver um “simulacro existencial” (CAUTELLA JR, 2003): um modo inautêntico de se estar no mundo. Neste simulacro existencial, ele experimenta distorções ou desvios do rumo de sua história, que protesta por um sentido mais concernente. O psicólogo plantonista, trazendo para a clareira a abrangência e a complexidade da situação, abre a possibilidade de que o cliente possa, a partir de uma relação de solicitude, fazer uso mais habilidoso de seus recursos ou desenvolver novo ferramental para se destinar de maneira mais autêntica e propícia.

Deste modo, cabe ao psicólogo plantonista estabelecer uma relação que favoreça a fluidez, através da construção de modos mais habilidosos e pertinentes de lidar com a afetação que o mundo imprime na pessoa em um dado momento existencial. Esta tarefa não é executada a partir de uma técnica pré-estabelecida, dependendo exclusivamente dos recursos dos envolvidos. É tarefa de o psicólogo plantonista captar as vicissitudes do momento presente e, através de seu cabedal teórico/prático/existencial, estabelecer uma relação que, levando em conta os recursos daquele que sofre, possa favorecer um lidar outro com a interpretação e compreensão da afetabilidade, de modo que o trânsito pelo momento de crise possa acontecer. Sendo assim, o Plantão Psicológico jamais pode ser considerado uma “técnica” como na acepção moderna do termo: conjunto de princípios lógicos a que deve obedecer à feitura de algo, ou seja, um modo de fazer passível de ser replicável e que busca o controle pormenorizado dos procedimentos para a obtenção de um

³³ A palavra provocar é constituída pelo prefixo *pro*, que significa “em direção de”, e do *radical* evocar que significa “clamar, chamar”.

resultado previamente determinado. Está, por esta via, mais próximo de *techné*, do grego: os vários modos possíveis de conceber uma arte; uma relação que visa levar à frente, colocar em movimento, destinar-se a partir de um sentido singular que surge do encontro.

Retornando ao momento clínico, ao debruçar-se sobre o discurso do cliente, o psicólogo plantonista, como já apresentado acima, é inapelavelmente afetado por tal narrativa. O que acontece neste momento não é, como alguns autores acreditam, uma compreensão empática, já que esta parte do princípio de que é possível compreender o narrador visitando o seu mundo fenomenal como se fosse ele, havendo uma objetivação da subjetividade (ALMEIDA, 2005). Tendo a afetação como ponto de partida, busca-se uma compreensão por ressonância, que surge do encontro e tece, ao mesmo tempo em que fomenta, a própria experiência do psicólogo plantonista. Ou seja, compreende-se o outro tal como se foi afetado pelo encontro. O psicólogo plantonista coloca-se diante do outro para trabalhar com aquilo que está acontecendo, tal como se é tocado pelo cliente. A compreensão por ressonância é, deste modo, algo “afetivo” e pré-reflexivo, afastando-se de qualquer entendimento racional. Para que isto ocorra, é necessário que haja uma disponibilidade, tanto do psicólogo plantonista quanto do cliente que aceita a tarefa de se mostrar nessa situação de crise de sentido e busca transcender o evento crítico através de um pedido de ajuda. É possível compreender tal disponibilidade como uma abertura que permite aos envolvidos serem afetados pelo que está sendo presenciado. É esta disponibilidade que leva o psicólogo plantonista a inclinar-se em direção ao sofrimento do cliente e constituir uma “força tarefa” no sentido de transcender, ir adiante.

A título de sintetizar: o homem está lançado no mundo em certo acolhimento e destinação, o que se constitui em sua facticidade. Esta, por sua vez, é captada pelo seu estado de humor, não sendo possível evadir-se desta sua circunstância. Esta afetação promove uma aproximação ou repulsa de sua facticidade, que pode conduzir ao trânsito mais ou menos pertinente pela sua existência. Psicólogo plantonista e cliente buscam uma compreensão não racional do vivenciado, visando que este se torne uma experiência. Deste modo, apropriando-se da vivência para que se torne experiência melhor elaborada, possibilita-se que o cliente não se torne prisioneiro da situação, resgatando seu fluxo existencial. Como afirma Arendt (1993), a compreensão leva o homem a se reconciliar com o mundo, tornando-o familiar e novamente transitável. Com isto, se afirma que o homem é

alguém que tem rumo. Este rumo não é dado *a priori* ou forjado pelo livre arbítrio. Como afirma Almeida (2005, p. 180), “lançado numa facticidade e golpeado pelos afetos provenientes de sua habitação” o eu se destina como ser-no-mundo (HEIDEGGER, 2001a, 2001b).

Toda afetação, seja “versiva” ou aversiva, é proveniente do mundo e, sendo assim, puxa o homem para junto deste, afastando-o de si mesmo. A este movimento Heidegger chamou de “decadência” (2001a, 2001b). A angústia, sendo o único estado de ânimo que não vem do mundo, abre a possibilidade de que o homem aproxime-se de si na medida em que não pode, nesta condição, se perder na igualdade daqueles que coexistem na situação, ou seja, na publicidade cotidiana. A angústia, quando oferece a experiência do nada, tirando a possibilidade do homem se alojar na cotidianidade, apresenta uma solicitação para que o eu, desamparado e carente de sentido e destinação, habite de novo o mundo (ALMEIDA, 2005). No entanto, tal habitação, pela via da angústia, embora custosa, pode constituir-se como algo próprio e singular.

Estando lançado no mundo, o homem reconhece, principalmente quando em situações críticas, que está à mercê de algo hostil que o possa levar a deixar de ser, lembrando-o da iminência da morte. Partindo desta constatação absoluta, passa a atribuir aos entes intramundanos, dependendo das circunstâncias, o caráter de temível, abrindo a possibilidade de temê-los. Ou seja, algo só se torna ameaçador quando desocultado a partir da disposição afetiva do temor. Vivendo o mundo nesta inospitalidade, o homem é fundamentalmente cuidado (ALMEIDA, 1999), sendo o seu modo de ser uma resposta a esta expectativa lesiva. No entanto, aquilo que é temível nem sempre é um perigo real, sendo apenas uma interpretação falaciosa de sua afetação, que leva a uma restrição nas possibilidades existenciais. A partir disto, o Plantão Psicológico pode ser uma situação na qual o caráter ameaçador de algo pode ser questionado, desmascarando o falso perigo que emerge em determinada circunstância de uma existência. Podendo, através do Plantão Psicológico, visitar de maneira assistida o terror e o desmistificando, o cliente pode, não se evadindo da responsabilidade de cuidar de ser, transcender a situação crítica de modo mais próprio, livrando-se do fatalismo das decisões pautadas pela publicidade. É bem verdade que este apropriar-se não é algo fácil. Na maioria das vezes, o cliente, apavorado com aquilo que vem do mundo e vivendo o desespero a que o evento crítico o lança, tende a delegar

esta responsabilidade ao psicólogo plantonista. Este, por sua vez, deve refutar este lugar e, através de um acolhimento cuidador, permitir que, ao seu ritmo e de acordo com seus recursos, o cliente possa forjar seu destinar-se.

Se expressa, aí, uma considerável diferença entre o médico e o psicólogo plantonista. Mediante ao clamor desesperado do cliente, o médico, geralmente, tende a conduzi-lo ao lugar de paciente. Este, por sua vez, instala-se neste cômodo lugar e espera “pacientemente” a ação de alguém sobre si, que possa definir o seu destinar-se sem a sua responsabilização. De maneira oposta, o psicólogo plantonista tem como tarefa encarnar o lugar de terapeuta na mais profunda acepção do termo. Do grego, “terapeuta” é aquele que tem como empreitada cuidar do ser. Neste caso, *cuidar do ser* significa amparar de maneira a permitir que a paralisia do terror possa ser superada e que o homem, em sua humanidade, realize suas possibilidades. Ou seja, o psicólogo plantonista, como testemunha de uma historicidade, reafirma o poder-ser do eu que, na circunstância da crise, solicita um novo inaugurar-se. Sendo assim, não é função do plantonista camuflar a angústia, como muitas vezes a modernidade sugere, pois, com isto, estaria abortando qualquer possibilidade de escolhas verdadeiramente próprias. Por outro lado, há de se valorizar o intercurso entre psicólogo plantonista e cliente, pois, por esta via, o encontro possibilita a elaboração de possibilidades. Quando tais possibilidades são clareadas e elaboradas a partir de uma relação de confiança, emerge novo sentido mais condizente com aquilo que é próprio e singular.

Psicologia Hospitalar X Plantão Psicológico.

Agora, parece ser possível voltar à proposta inicial deste capítulo, tecendo considerações acerca das interfaces de contato e as diferenças entre a Psicologia Hospitalar e o Plantão Psicológico realizado no hospital geral. Como o próprio nome já deixa claro, a Psicologia Hospitalar é um constructo teórico que embasa um conjunto variado de práticas, voltado exclusivamente ao paciente no âmbito da internação hospitalar e, algumas vezes, seus familiares. Não há a pretensão de cuidado psicológico aos outros membros da equipe,

pois o psicólogo é parte desta equipe e, deste modo, não lhe cabe tal intervenção, uma vez que está também submetido aos ditames institucionais. Por outro lado, o Plantão Psicológico, sendo uma metodologia que geralmente é aplicada por profissionais que, como no caso do Hospital Universitário, não fazem parte do quadro de funcionários, tem grande liberdade para disponibilizar atenção psicológica a todos os atores institucionais. Com mais liberdade de ação, o Plantão Psicológico constitui-se como metodologia pertinente para trabalhar as crises em vários níveis.

Como foi apresentado nas inúmeras conceituações no início deste capítulo, a Psicologia Hospitalar visa intervir nos aspectos psicológicos relacionados ao adoecer e ao tratamento. Como, desde as primeiras experiências na área, fica ilustrado, possui um caráter adaptativo, na medida em que tenta fazer com que o paciente, partindo de uma suposta condição deficitária, possa desenvolver um maior controle sobre si de maneira a conseguir realizar suas potencialidades. Já o Plantão Psicológico não busca ser uma metodologia interventiva “especializada”, e se vale de sua plasticidade para tornar-se útil no contexto em que se realiza. Para tal, não dispensa um conhecimento valioso dos eventos e dos instrumentos com que pode se deparar na instituição em que acontece, porém isto não ocorre no intuito de tornar o psicólogo plantonista “especialista” em um tipo especial de intervenção. É conveniente que tenha noções de medicina, biologia, procedimentos médicos, medicamentos, etc., pois isto o irá ajudar a compreender aquele que sofre e o mundo onde está habitando. Não há necessidade de que um psicólogo plantonista seja especialista em todas as áreas de saúde que constituem um hospital, mas que tenha a curiosidade de um *cartógrafo clínico* (AUN, 2005), ou seja, estar atento ao contexto no qual sua prática se insere. No hospital, alguns procedimentos podem ocasionar alterações que interferem diretamente na capacidade de trabalhar com as questões situacionais do cliente, por exemplo: após qualquer procedimento que exija sedação ou anestesia, deve-se contar com alterações de percepção ou de tempo e espaço. Mesmo levando em consideração toda esta contingência, a abordagem não se faz por esta via, preocupando-se exclusivamente com as pessoas em situação de crise de sentido.

Partindo de uma epistemologia que compreende o homem de maneira dicotômica, a Psicologia Hospitalar atua junto aos efeitos do estado emocional do adoecer, trabalhando questões psicológicas para favorecer o pronto restabelecimento do corpo. Além disto, sendo

uma prática hospitalar, adentra o campo da Tanatologia³⁴, quando aborda doentes terminais. Por esta concepção, vão tornando-se cada vez mais patentes as diferenças fundantes em relação ao Plantão Psicológico. Ambas partem de premissas diferentes. A Psicologia Hospitalar, nitidamente assentada em uma perspectiva metafísica³⁵, trabalha a partir da dicotomia entre mente e corpo, dando ênfase a influência de um sobre o outro. Por esta óptica, assim como as demais disciplinas que habitam o espaço hospitalar, tende a centrar-se em procedimentos e aspectos isolados do paciente. Já o Plantão Psicológico prescinde desta dicotomia. Partindo do questionamento do ser, compreende o homem de forma integrada e coesa, sendo que mente, corpo e mundo estão amalgamados de maneira indissociável. Está preocupado com o sentido do ser que, na situação hospitalar, assim como em inúmeras situações do cotidiano, encontra-se desvanecido por um evento imponderável e desalojador, levando a um estreitamento de possibilidades existenciais. Não visa atender o homem que tem parte de seu corpo adoecido, mas o ser no mundo lançado em uma trama indissociável de relações com tudo e com todos. Dito de outro modo, visa oferecer à pessoa uma experiência de integração.

Naquilo que se refere à relação do homem com sua morte, fato inegável no hospital, a Psicologia Hospitalar assume uma postura paliativa, pretendendo que o doente terminal tenha uma relação pacificada com a morte. Tal pacificação deve surgir de um ato de aceitação e de resignação frente ao destino ineludível. Deste modo, é obrigada, na sua práxis, a enfrentar uma tendência geral da área de saúde, e da sociedade como um todo, em lidar com dificuldades com a questão da morte. Segundo Falcão e Lino (2004), existem grandes dificuldades entre os estudantes de medicina e os profissionais da área hospitalar em lidar com a morte e o morrer. Para eles, as instituições formativas não assumem compromisso educacional com o assunto, embora os grandes avanços tecnológicos devessem apontar a inquestionável importância do assunto nos dias atuais. Aparentemente, isto é consequência da relação da sociedade moderna com a finitude, que a percebe como assunto mórbido, interdito e ocultado ao extremo. Segundo Elias (2001), a dificuldade não

³⁴ Parte da ciência que estuda a morte e as questões ligadas a finitude.

³⁵ A metafísica é uma das disciplinas fundamentais da filosofia que considera unicamente o intelecto como detentor da função do conhecimento. Tendo como fundadores Platão e Aristóteles, na filosofia moderna tem Descartes como grande seguidor quando instaura o *cogito* fundamentado no intelecto aristotélico. A validade do conhecimento dá-se através de conceitos logicamente articulados, excluindo qualquer outro tipo de experiência, por exemplo, espiritual, afetiva, etc.

está em apenas falar sobre assunto, mas também na forma em que é falado. O temor em transmitir suas próprias angústias aos filhos leva os pais a evitar tocar no assunto. Tal comportamento não favorece uma relação pacificada com este fenômeno natural. Esta atitude, típica da modernidade, é o que leva a Psicologia Hospitalar a se preocupar com tal questão, criando um olhar “especializado” sobre o assunto. É possível considerar que o próprio surgimento de tal ramo de conhecimento e práxis é uma tentativa, fruto do processo epistemológico da modernidade que medra frente à angústia, de controlar, aplacar e pacificar a angústia frente ao nada que a morte anuncia. Por outro lado, é possível prescindir de uma abordagem especializada para tal fenômeno, buscando encará-la de maneira natural, como já foi um dia na sociedade medieval (ARIÈS, 2003).

Ancorado na perspectiva fenomenológica existencial, o Plantão Psicológico vê na angústia a abertura do pensamento à reflexão (CRITELLI, 1996), e tende a encarar a morte de maneira mais familiar, portanto menos dogmática. A perspectiva norteadora do Plantão Psicológico assume, assim como Morin (1997), que nas atitudes e crenças diante da morte é que o homem exprime o que a vida humana tem de mais fundamental. Segundo este autor, por mais que a sociedade lute contra a morte, sempre vai se organizar a partir dela, uma vez que a existência da cultura só tem sentido porque é necessário transmitir conhecimento das antigas gerações às novas. Considerando a morte como uma presença oculta e uma certeza inexorável, busca-se, com este limite intransponível, uma relação libertadora. Uma vez que a morte existe, o apaziguamento se dá pela liberdade de poder se viver intensamente cada momento de sua vida de maneira o mais autêntica possível. Deste modo, a atitude não é paliativa, visando aceitação e resignação, porém de compreensão e de integração da morte na vida. Quanto mais a morte deixa os limites claros, instaurada a partir da noção de tempo e da convicção de que tudo que dura tem um início e um fim, mais o homem pode traçar os seus destinos de maneira autêntica e singular. Por esta via, qualquer tentativa de sustentação e tessitura da malha de sentidos deve considerar a presença inabalável da morte, seja no hospital ou em qualquer outro lugar. No hospital, a presença da morte não é maior do que em outros lugares, apenas aparece de forma mais crua e menos velada, devido ao esfacelamento do cotidiano protetor. Cabe, agora, uma pequena digressão para citar o poema Odes de Horácio (65 – 8 AC), que traz em seus versos, nos primórdios da civilização ocidental, a possibilidade de uma vida libertária a partir da relação natural com a morte.

Tu não procures - não é lícito saber - qual sorte a mim qual a ti os deuses tenham dado, Leuconoe, e as cabalas babiloneses não investigues. Quão melhor é viver aquilo que será, sejam muitos os invernos que Júpiter te atribuiu, ou seja o último este, que contra a rocha extenua o Tirreno: sê sábia, filtra o vinho e encurta a esperança, pois a vida é breve. Enquanto falamos, terá fugido ávido o tempo: aproveita o dia de hoje, muito pouco acredita no que virá (HORÁCIO, Odes, I, 11).

A maneira como o Plantão Psicológico compreende a morte, assumindo-a como fundante para a destinação do homem no mundo, reforça a ideia de se assumir a tragédia como fio condutor para este trabalho. Como dito anteriormente, na apresentação desta tese, sendo gênero humano, a tragédia desvela o homem em sua humanidade, convocando-o a se rebelar contra o destino imposto pelos deuses, trazendo para si a responsabilidade de sua própria existência, visto a morte ser incontestável. O Plantão Psicológico, agindo no momento da crise de sentido, surge como meio de sustentar esta responsabilidade existencial, muitas vezes hábil e comodamente perdida na cotidianidade. Aproveitando este momento peculiar, através de uma relação cuidadosa entre cliente e psicólogo plantonista, torna-se possível reatar caminho e fundar mundo, abrindo novas possibilidades mais pertinentes para aquele que sofre.

Pode-se dizer que o Plantão Psicológico busca incitar e lapidar o cuidado, *ethos* fundamental da vida³⁶. Novamente se valendo da mitologia Greco-romana para ilustrar o acima dito, é possível resgatar a fábula³⁷ de Higino³⁸. Heidegger se serviu desta fábula como interpretação pré-ontológica do ser-aí no mundo. Cura, cuidado e angústia, na ontologia de Heidegger, fazem parte da constituição fundamental do ser-aí como ser-no-mundo (ROCHA, 2009). Cabe ao psicólogo a tarefa de dirimir ou atenuar as distorções desta atitude fundante e pré-reflexiva, de maneira a facilitar a tessitura de um solo humano para a existência (FIGUEIREDO, 2009).

³⁶ Este tema será aprofundado mais adiante.

³⁷ Vide Anexo A.

³⁸ Caius Julius Hyginus, escravo pessoal do imperador romano caio Júlio Cesar Octávio, foi libertado e instruído na biblioteca Palatina, tornando-se um grande mestre. Entre suas principais obras está o livro *Fabulae seu Genealogiae*, cuja fábula 220 é aqui reproduzida.

Por outro lado, a Psicologia Hospitalar também assenta seus atos no cuidado, porém este é compreendido de maneira sutilmente diferente do acima exposto. Cuidado, por esta via, não é próprio do humano, porém algo que se pode, ou não, ter em relação a algo ou alguém. Deste modo, o psicólogo hospitalar tem como tarefa exercer um conjunto de atos que recai sobre o cliente, no intuito de proporcionar cuidado. Enfim, influenciado pelo saber médico, coloca-o no lugar de “paciente”. Partindo de uma compreensão do cliente como “homem doente”, não acredita na possibilidade deste desenvolver ações cuidadosas para si mesmo e para outros. Sendo assim, o psicólogo hospitalar, aqui compreendido como “especialista” no assunto, no afã de cumprir sua tarefa, tende a objetivar aquele que sofre. Assumindo a postura de agente cuidador, tende a suprimir possibilidades.

Para qualquer cuidador, seja psicólogo hospitalar, psicólogo plantonista, médico, enfermeiro, pai, mãe, etc., torna-se premente reconhecer e se surpreender com a capacidade de cuidado daquele de quem se cuida. Muitas vezes, cabe ao cuidador deixar-se ser cuidado pelo cliente, sendo o abandono do monopólio do cuidado, em certas circunstâncias, o modo mais pertinente de cuidar (FIGUEIREDO, 2009). A confiança nos movimentos humanos evita o estabelecimento de modalidades de cuidado em que o excesso de implicação³⁹ esvazia as possibilidades do cliente. Tais modalidades abrem a possibilidade de ocorrer um aprisionamento entre cliente e cuidador. Não se sentindo suficientemente hábil para lidar com o mundo a partir de si mesmo, fica atado ao cuidador por acreditar que estão nele todas as suas possibilidades.

Uma prática psicológica como a do Plantão Psicológico, tendo como característica fundamental a probabilidade de um único encontro, trabalha a favor de dirimir relações de dependência e de atrofiamento de possibilidades. O psicólogo plantonista realiza o que Figueiredo (2009) chama de uma presença reservada, criando um espaço vital onde o cliente pode vir a ser através do desabrochar de suas capacidades cuidadoras. Para que isto ocorra, é necessário que o psicólogo plantonista se desnude de suas pretensões e fantasias onipotentes, tendo para si bem claro aquilo que faz e o que pode fazer.

³⁹ Compreende-se como “excesso de implicação” o cuidado que sufoca e oprime pela dedicação exagerada do cuidador.

Após ter sido apresentado em linhas gerais, marcando as indiscutíveis diferenças em relação à Psicologia Hospitalar, parece ser possível dissertar sobre o Plantão Psicológico que vem acontecendo no Hospital Universitário.

CAPÍTULO II

PLANTÃO PSICOLÓGICO NO HU: PRÁTICA EM AÇÃO

Como foi dito no capítulo anterior, um dos principais atributos do Plantão Psicológico é a sua grande plasticidade, que o leva a ser único em cada espaço que se realiza. Deste modo, mediante a tal fluidez, parece pertinente apresentar a singularidade do Plantão Psicológico do HU. Inicia-se este capítulo com um mapeamento institucional, para, na sequência, adentrar elementos obtidos na cartografia clínica (AUN, 2005) realizada ao longo dos anos, já tecendo algumas considerações sobre estes.

Caracterizando os vários palcos da tragédia⁴⁰.

O Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU/USP foi idealizado no ano de 1967 e começou a funcionar em 1968. No início da década de oitenta do século XX, foi implantada a área de Obstetrícia e Pediatria. Em 1985, começou a funcionar a Clínica Médica e, um ano depois, inaugurou-se a Clínica Cirúrgica. No ano 2000, no intuito de aprimorar sua qualidade no atendimento, passou por um redirecionamento assistencial para retornar, em 2003, à sua vocação acadêmica. Localiza-se no campus da Cidade Universitária Armando de Salles Oliveira, em São Paulo, ocupando 36.000 m² de área construída. Conta atualmente com: 258 leitos; centro cirúrgico com nove salas e sete leitos para recuperação; centro obstétrico com quatro salas; Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos com 14 leitos; Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica com seis leitos; ambulatório com 57 consultórios; cinco anfiteatros; e 17 salas de aulas distribuídas por todo hospital.

Tem como propósito a assistência hospitalar de média complexidade à comunidade universitária da USP, através da Unidade Básica de Assistência à Saúde (UBAS). Além disto, oferece assistência ao Distrito de Saúde do Butantã, que compreende as comunidades dos

⁴⁰ Este mapeamento da instituição foi realizado com a ajuda do Departamento Administrativo do HU, dos funcionários do Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos – S.A.M.E. e com informações colhidas no site do hospital: <http://www1.hu.usp.br/>.

bairros Butantã, Rio Pequeno, Morumbi, Raposo Tavares, Vila Sônia e Jaguaré. Esta assistência é feita em conjunto com o Centro de Saúde-Escola e com as unidades do Programa Saúde da Família. Pela perspectiva acadêmica, tem como tarefa proporcionar treinamento aos estudantes, em situações similares ao que encontrarão no exercício da profissão. Para isto, disponibiliza-se como campo para ensino e pesquisa para seis faculdades: Medicina; Ciências Farmacêuticas; Odontologia; Saúde Pública; Escola de Enfermagem; e Instituto de Psicologia. Mantém ainda estreito vínculo com o Instituto de Ciências Biomédicas e com as Faculdades de Biologia, Química, Arquitetura e Urbanismo, Escola de Comunicação e Artes e Escola Politécnica. Desde sua fundação, optou por centralizar sua atuação em áreas gerais da medicina, tais como: Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Clínica Pediátrica; Clínica Ginecológica; Dermatologia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia; Odontologia; Otorrinolaringologia; Psiquiatria; Programa de Assistência Domiciliar (PAD); e áreas de apoio diagnóstico e terapêutico – Anestesiologia, Endoscopia, Patologia e Radiologia. Ao conjunto destas disciplinas convencionou-se chamar de “Departamento Médico”.

Na Clínica Médica, encontram-se os ambulatórios de doenças metabólicas, de anticoagulação, antitabagismo, obesidade, asma/DPOC⁴¹ e de renais crônicos. Este departamento conta com 12 leitos na UTI e oito leitos de Semi-Intensiva, além de 44 leitos na enfermaria. A UTI atende, 24 horas/dia, pacientes adultos em estado crítico, independentemente da clínica de origem. Em média, são atendidos 40 pacientes/mês. Na enfermaria, são assistidos em média 150 pacientes/mês, com leitos divididos da seguinte forma: 16 leitos de alta dependência para pacientes que necessitam de auxílio para cuidados pessoais básicos; 20 leitos intermediários para pacientes que necessitam de auxílio parcial para cuidados pessoais básicos; e 08 leitos autocuidado para pacientes independentes.

Fazem parte ainda da Clínica Médica: o Ambulatório Geral; o Pronto Socorro de adultos; Hemodiálise; Atendimento Domiciliar; Hospital-Dia e Métodos Gráficos. No Ambulatório Geral, são atendidas a população de bairros próximos e a chamada comunidade USP (alunos, funcionários e dependentes), realizando uma média de 3.700 consultas/mês. Também desenvolve atividades especiais de acordo com protocolos de pesquisa para asma, osteoporose, anticoagulação, insuficiência renal crônica, pré-operatório e doenças

⁴¹ Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

metabólicas, oferecendo orientação aos familiares cuidadores de pacientes em domicílio e cursos multidisciplinares à população. O Pronto Socorro, principal porta de entrada da instituição, funciona diariamente, 24 horas/dia, atendendo um número médio de 6.250 pacientes/mês, acolhendo os pacientes oriundos da triagem, consultórios, sala de observação e sala de emergência, que atende prontamente os casos mais urgentes. O serviço de Hemodiálise, criado em 1992, também funciona diariamente e conta com quatro médicos que atendem em média 16 pacientes/dia portadores de insuficiência renal crônica e aguda diagnosticados no hospital. É tarefa do Serviço de Hemodiálise não só avaliar pacientes com perda de função renal, mas também orientá-los em seu tratamento. O Atendimento Domiciliar (PAD), projeto iniciado em 2000, conta com a disponibilidade de uma equipe multiprofissional para realizar visitas domiciliares, fazendo diagnóstico, tratamento e orientação. Os principais objetivos do programa são: diminuir o tempo de internação, dando melhor aproveitamento ao leito hospitalar; prevenir internações; orientar cuidador e familiares; além de formar profissionais de saúde. O Hospital-Dia se dedica ao atendimento a pacientes que necessitam de medicação endovenosa, porém sem a necessidade de internação hospitalar. E, por fim, os Métodos Gráficos abrangem serviços complementares, tais como: eletrocardiograma; teste de esforço; eletroencefalograma; e prova de função pulmonar.

A Clínica Pediátrica, uma divisão do Departamento Médico, conta com 43 médicos assistentes para realizar atendimentos, ensino e pesquisa em Pediatria. Fazem parte desta divisão: o Pronto Atendimento Pediátrico; Enfermaria Geral de Pediatria; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Ambulatório de Pediatria; Programa de Atendimento Domiciliar em Pediatria; e a Neonatologia, sendo esta subdividida em centro obstétrico, berçário, alojamento conjunto, unidade de terapia intensiva neonatal, banco de leite e ambulatório. Em um mês, atende cerca de 4000 a 7500 consultas no Pronto Atendimento, 1700 atendimentos no ambulatório, 120 internações na enfermaria, 40 internações na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e 350 atendimentos na Neonatologia.

A seguir serão descritas outras divisões do Departamento Médico que, apesar de terem menor representatividade na instituição, não são menos importantes. O fato de possuírem menor expressão refere-se à estratégia clínica adotada pelo HU, que considera ser mais pertinente, partindo de uma leitura particular das demandas da população, dar

ênfase às grandes áreas do conhecimento médico, facilitando, deste modo, sua inegável vocação acadêmica. Além disto, necessidades que transcendem as possibilidades de assistência no HU podem ser encaminhadas para outras instituições públicas, não esquecendo a retaguarda oferecida pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – HC/FMUSP.

A Dermatologia, atualmente com uma equipe de três médicos, foi inaugurada em 1974, no intuito de desenvolver atividades clínica e cirúrgica ambulatorial, enfermaria, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto Socorro, no que se refere a doenças de pele, unha e cabelo. A Neurologia atua na assistência ambulatorial e no suporte consultivo para as demais clínicas e unidades do HU, contando, atualmente, com dois neurologistas que, além das atividades clínicas, são responsáveis por atividades didáticas junto aos internos e residentes de medicina. Com oito médicos especialistas, a Oftalmologia faz parte da divisão cirúrgica do Departamento Médico e realiza atendimento assistencial, além de pesquisa e docência junto aos alunos de graduação da faculdade de Medicina da USP e residentes da clínica médica do HU. A Ortopedia dedica-se ao atendimento especializado em traumatologia, ortopedia infantil, cirurgias de ombro e cotovelo, mão, quadril, joelho e pé. A Odontologia conta com uma equipe de oito cirurgiões dentistas e funciona no Pronto Socorro, atendendo as urgências traumatológicas bucomaxilofaciais e dando cobertura a todas as patologias odontológicas, além de desenvolver atividades ambulatoriais em pacientes pré-agendados. O serviço de Otorrinolaringologia é constituído por seis médicos assistentes, que fazem atendimento em Pronto Socorro e Ambulatório, com indicação cirúrgica de baixa e média complexidade, encaminhadas da unidade básica de saúde – UBS da região. O serviço de Psiquiatria e Psicologia Hospitalar foi fundado em 2005, sendo produto da integração entre os psiquiatras e psicólogos do HU e unidades da USP, desenvolvendo atividades de atenção secundária e terciária nas especialidades, visando à redução do grau de comprometimento dos agravos em saúde mental.

Há também um Departamento de Enfermagem, que atua de maneira especializada na Clínica Médica, na Clínica Cirúrgica, na Divisão Materno Infantil, na Divisão de Pacientes Externos e na Educação Continuada. A Divisão de Enfermagem de Clínica Médica – DECLI intenta propiciar a recuperação dos pacientes para o auto cuidado juntamente com os seus familiares, prevenindo doenças e danos, e visando a recuperação dentro do menor tempo

possível. A Divisão de Enfermagem Cirúrgica - DEC busca prestar assistência integral ao paciente cirúrgico de média complexidade, nos períodos pré, trans e pós-operatório. A DEC é composta por quatro sessões: Clínica Cirúrgica; Centro Cirúrgico; Central de Material e Esterilização; e Hospital-Dia. A Divisão Materno Infantil – DEMI tem como alvo de sua atenção o atendimento integral à mulher, ao recém-nascido e à criança. É composta por cinco sessões: Centro Obstétrico; Alojamento Conjunto; Berçário; Pediatria; e UTI Pediátrica e Neonatal. A Divisão de Pacientes Externos oferece serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico, como assistência multidisciplinar de média complexidade. Nela, a enfermagem realiza atendimentos ambulatoriais, através de consultas com agendamento prévio aos pacientes em acompanhamento ambulatorial e das unidades de internação, agendadas no momento da alta. Além disto, orienta grupos de educação para saúde visando o autocuidado aos pacientes e familiares. No Pronto Socorro Infantil, executam atendimento de 24 horas, priorizando os casos de emergência de acordo com protocolos estabelecidos pela American Heart Association. O Serviço de Apoio Educacional – SEd existe desde a fundação do HU, e tem o intuito de assessorar no desenvolvimento das atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa na área de enfermagem, sendo também responsável pelos processos seletivos dos profissionais de enfermagem.

Ainda como serviços complementares, o HU possui a Farmácia, a Nutrição, a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional, a Fonoaudiologia e o Serviço Social. Fundada em 1981, a Farmácia é um serviço clínico administrativo e destina-se, além do ensino e pesquisa, a oferecer assistência farmacêutica aos pacientes. O Serviço de Nutrição e Dietética é composto por 112 funcionários e preocupa-se em realizar assistência nutricional aos pacientes internados, ambulatoriais e funcionários. A fisioterapia é composta por quinze fisioterapeutas, que prestam assistência aos pacientes internados, do Centro de Reabilitação do Hospital e do Programa de Assistência Domiciliar (PAD), com o intuito de preservar, desenvolver ou restaurar a integridade de órgãos, sistemas ou funções. Vinculado ao Departamento Médico, o Serviço de Terapia Ocupacional busca equilibrar os déficits físicos, mentais e sociais através de atividades específicas, no intuito de ajudar as pessoas a alcançarem seus níveis máximos de funcionalidade e independência. Essas atividades podem ser de caráter expressivo, artesanal, artístico, profissional, lúdico, de autocuidado ou exercícios com ou sem a utilização de recursos de tecnologia assistida (adaptações, órteses,

etc.). O Serviço de Fonoaudiologia foi inaugurado em 2000 e destina-se ao atendimento de pacientes internados com dificuldades de alimentação e deglutição, especialmente nas UTIs Pediátrica e Neonatal e no Berçário. Atua também junto a indivíduos adultos com desordens de linguagem e deglutição decorrentes de neuropatias adquiridas. Por fim, o HU conta com um Serviço Social, que busca desenvolver atividades junto aos pacientes e familiares, propiciando acolhimento e humanização nas circunstâncias de emergência ambulatorial, internação, alta e atendimento domiciliar.

De posse desta vasta caracterização dos serviços que ocorrem na instituição, torna-se possível começar a tecer uma compreensão do Plantão Psicológico que vai acontecendo neste universo, com regras e características singulares.

Pelo fio da historicidade se desvela uma prática em ação.

O Serviço de Psiquiatria e Psicologia Hospitalar é formado por supervisores e preceptores dos residentes e internos do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, alunos de graduação e pós-graduação (lato e strito sensu) de diversos departamentos do IPUSP. Como dito anteriormente, surgiu, em 2005, como consequência do processo de reestruturação acadêmica iniciado em 2003. No ano de 2006, ainda como fruto deste processo, toma corpo o projeto acadêmico assistencial entre o HU e o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP. Trata-se da expressão de um trabalho conjunto entre o HU e os quatro departamentos que constituem o Instituto de Psicologia (Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade – PSA, Departamento de Psicologia Clínica – PSC, Departamento de Psicologia Experimental – PSE e Departamento de Psicologia Social e do Trabalho – PST). Sendo um projeto acadêmico e assistencial, tem como propósito a formação do psicólogo e, partindo de uma abordagem multidisciplinar, a assistência às necessidades do usuário em processo de adoecimento e de seus familiares. No ano seguinte, o Laboratório de Estudos em Fenomenologia Existencial e Prática em Psicologia – LEFE, através de alunos de graduação, pós-graduação e colaboradores especialistas, adentra o espaço hospitalar.

A entrada no campo hospitalar foi precedida por uma série de reuniões entre a direção do HU e os integrantes do LEFE⁴². Destes encontros, buscava-se aparar arestas burocráticas e acadêmicas, porém já surgia, ainda que em linhas gerais, a ideia do que posteriormente veio a ser o Plantão Psicológico no HU. Em tais reuniões, não surgiam queixas específicas, que justificassem de pronto a presença do psicólogo no hospital. Todos partiam da premissa de que a existência deste profissional neste contexto era relevante e, como hospital-escola, cabia ao HU acolher psicólogos em formação. No entanto, ainda que de maneira tímida, começava a ficar patente o desejo de todos os envolvidos para transcender as práticas psicológicas tradicionais, costumeiramente exercidas no hospital e já em andamento através de outros convênios e serviços, que abarcavam certas necessidades habitualmente associadas à práxis hospitalar do psicólogo. Aos poucos, amparados pela informalidade, que só acontece ao término das reuniões bem sucedidas, começam a surgir “pequenos incômodos” do árido cotidiano institucional. Um aborda as dificuldades junto aos internos e residentes de medicina, outro, estimulado pelo depoimento do colega, diz dos modos de relacionar de membros da equipe multiprofissional, sem deixar de enunciar o sofrimento de todos junto aos pacientes, alguém tão próximo, ao mesmo tempo em que distanciado pela premência dos procedimentos. As queixas, agora transvestidas em “banalidades cotidianas”, finalmente começavam a surgir para quem se dispunha a ouvir. E foi assim, já marcando um diferencial em relação ao projeto acadêmico que proporcionou a abertura para esta possibilidade de atendimento, que a atenção psicológica era pensada, já não restrita a pacientes e acompanhantes, colocando como alvo de sua ação todos os atores institucionais.

No Instituto de Psicologia, psicólogos (colaboradores especialistas e pós-graduandos) integrantes do laboratório começaram a estruturar a equipe que iniciaria a ação no hospital, a partir da abertura de vagas para os alunos de graduação. Desde cedo, a busca pelo projeto apontou o interesse do psicólogo pela clínica e/ou pela ação em hospital geral. Houve muita procura, embora, nas entrevistas iniciais, ficava patente que os alunos estavam mobilizados muito mais pela curiosidade do que pelo conhecimento prévio da prática, prevalecendo visões românticas e onipotentes de cuidado que beiravam o assistencialismo. Alguns buscavam renovação, abandonando seus projetos antigos de prática psicológica em

⁴² Colaborador do laboratório desde sua fundação, e munido da experiência de longos anos na área hospitalar, participei das referidas reuniões, já como possível supervisor clínico do projeto.

instituição e indo ao encontro da novidade. De maneira geral, pairava, no grupo em formação, inúmeras dúvidas e incertezas frente à inevitável imponderabilidade. Por mais que houvesse profissionais que já haviam vivido a práxis no hospital, ainda não era claro qual seria a prática e o lugar que o projeto e sua equipe iriam ocupar no contexto hospitalar.

Convencionou-se que o projeto teria duas equipes que compareceriam ao hospital em horários diferentes, no intuito de abarcar um maior espectro da população. Cada uma delas teria a presença de um supervisor de campo durante o tempo que permanecesse no hospital. Ao longo da experiência do laboratório com o Plantão Psicológico, esta figura se fez necessária e foi como que instituída nas práticas. O supervisor de campo é um psicólogo formado, com maior experiência no jogo institucional para, deste modo, atuar tanto na atenção aos plantonistas como nas ocorrências da instituição. Guardando certa semelhança com a figura do preceptor na medicina, o supervisor de campo estaria à disposição da equipe, tendo como responsabilidade atenção e cuidado com as demandas teórico-práticas e, principalmente, como a experiência veio a demonstrar ao longo dos anos, o acolhimento existencial no iminente exercício⁴³ pela crise que tal prática suscita. Estabelecendo um paralelo com as tragédias gregas, epígrafe para este trabalho, o supervisor de campo ocupa o lugar de um *corifeu*: chefe dos *coreutas*, membros amadores do coro. Também no intuito de auxiliar nesta difícil travessia, concordou-se que os atendimentos seriam realizados sempre em dupla, para que os psicólogos em formação pudessem contar com amparo mútuo. Mediante a necessidade, o atendimento poderia ser interrompido e o supervisor de campo ser acionado.

Na retaguarda e fora do hospital, instituiu-se a função do supervisor de projeto. Figura bastante conhecida da psicologia, o supervisor tem a tarefa de, estando alojado em outro lugar e relativamente distante do palco dos acontecimentos, ter outra perspectiva sobre os eventos que permite desvelar o oculto, favorecendo esclarecimento e apropriação da prática pelo clínico. Ou seja, o supervisor é aquele que assume uma atitude clínica sobre o clínico, no intuito de que este se instrumentalize para continuar caminhando na sua práxis. Neste ponto cabe pequena digressão: o termo supervisor (*super+lat visu+or*) remete a aquele que supervisa, sendo o prefixo “*super*” costumeiramente associado a excesso, potência ou posição superior. No projeto de Plantão Psicológico do HU, assim como em

⁴³ Exercício é aqui usado no sentido de passar pela experiência.

outros projetos mantidos pelo LEFE, abdica-se da ideia de “visão superior”, dando ênfase à perspectiva diferenciada. Deste modo, parece mais pertinente, como propõe a Prof.^a Dr.^a. Gohara Yvette Yheia em inúmeras reuniões do laboratório, utilizar o termo “*covisão*”. O prefixo “*co*” estaria associado a estar junto, ao mesmo nível de, porém com uma perspectiva diferenciada que é dada não apenas por se estar em outro lugar, mas também pela singularidade da história de vida de cada um. Neste contexto, podemos pensar o prefixo “*super*” referindo-se a uma visão ampliada de um determinado cenário, assim como faz, no universo fotográfico, uma lente grande angular (BRAGA, 2010). Importante considerar as limitações do termo, pois uma lente grande angular de grande amplitude tende a distorcer a imagem captada, além de ser um utensílio que se interpõe entre o espectador e o tema focado.

As primeiras visitas ao hospital foram marcadas por forte desalojamento, quase desamparo⁴⁴. No entanto, do caminhar claudicante pelos inúmeros palcos aonde as tragédias iam sucedendo, começou-se a captar a vastidão do espaço cênico. Tal amplitude não apaziguou a angústia de se verem lançados no vazio, porém, assim como na proposta clínica do Plantão Psicológico, mobilizou para a criação de um caminhar próprio e singular que tento agora narrar.

Trilhando caminhos e forjando impressões.

Desbravando veredas na instituição, os psicólogos plantonistas foram, paulatinamente, buscando alojamento na amplidão do mundo. Fiéis à ideia de transcender os sítios rotineiramente mais acolhedores para a prática psicológica, foram explorando espaços que, por falsa suposição, muitas vezes não são considerados típicos para o psicólogo, tais como: o Pronto-Socorro, o Pronto-Atendimento Pediátrico e, mais tarde, as Unidades de Terapia Intensiva adulta e infantil. Ao longo deste movimento exploratório, valiosas informações acerca do universo institucional foram sendo colhidas. Vou me valer de anotações/narrativas minhas e de psicólogos plantonistas, colhidas ao longo dos vários anos

⁴⁴ Ao longo deste trabalho serão apontadas as diferenças entre desalojamento e desamparo.

do projeto, para desvelar as particularidades dos ambientes e atendimentos, acreditando ser, isto, relevante para apresentar a singularidade do Plantão Psicológico no HU.

Retornar ao HU foi um tanto estranho. Durante o mês de fevereiro e março realizei plantões no instituto de psicologia da USP e tinha me esquecido o quanto que, apesar de ambos serem plantões, o plantão do HU tem suas especificidades (L. M., 27/03/2009).

Mas aquele ambiente hospitalar guarda algumas particularidades. Por ser um hospital escola, o HU é palco de grande trânsito de pessoas. Se não bastasse a afluência de pacientes, há também grande rotatividade de profissionais e alunos das inúmeras faculdades conveniadas. Como consequência disto, prevalece uma impessoalidade quase que instituída. Por mais que os psicólogos plantonistas tentassem estabelecer relações fundantes que possibilitassem maior alojamento no contexto hospitalar, a vivência dos plantonistas, até hoje, é de grande solidão.

O HU parece um grande aeroporto internacional. Todos passam de um lado para o outro sem se darem conta das outras presenças. É um ponto de passagem onde não se fala a mesma língua! Temos que aprender a lidar com este organismo dinâmico que, muitas vezes, parece nem perceber a nossa existência (L. M., 15/04/2009).

Mediante à notável impermanência do mundo ao qual está lançado, o psicólogo plantonista no HU, desde cedo, tem que aprender a buscar referências em si mesmo para construir seu amparo, procurando encontrar a própria “fala” e se sentir “presença” naquele “organismo dinâmico” e estrangeiro. Pode-se alegar que a impermanência é condição do homem no mundo, pois nada é perene. Deste modo, principalmente no exercício do Plantão Psicológico, seja em qualquer instituição, o plantonista está à mercê desta condição. No entanto, no HU a impermanência adquire grande estatura, na medida em que, com exceção das instalações, tudo se altera a cada turno de trabalho: pacientes, profissionais, rotinas, etc. Isto exige, do plantonista, que reconheça os seus recursos, pois no momento do atendimento, por mais que o projeto tente montar artefatos de amparo através do atendimento em dupla, da presença do supervisor de campo e das supervisões gerais, ele só pode contar consigo mesmo. Este quadro se agrava na medida em que os plantonistas são jovens psicólogos em formação, e não tiveram experiências profissionais e pessoais

suficientes para sentirem-se minimamente seguros no desalojamento. Tudo isto reforça a importância da supervisão, como momento de criação de sentido e de estofo existencial mínimo para o destinar profissional.

[...] é difícil estar lá. Parece que nada é suficiente para estar com o paciente. Como ajudar para que ele vá adiante se me sinto tão perdida quanto ele? Às vezes não sei o que estou fazendo lá, mas sinto que tenho algo a fazer (M. K. 08/07/2007).

Por tudo que foi dito até então, é possível acreditar que tornar-se plantonista no HU não é algo fácil, exigindo certa aptidão. Assim como em qualquer ofício, são necessárias certas habilidades, que podem ser inatas ou aprendidas e aprimoradas, para a execução de uma práxis. No caso do Plantão Psicológico, que não conta com uma técnica, é necessário que o psicólogo plantonista, respaldado em si mesmo, sinta-se suficientemente seguro para promover uma abertura, através da qual se permita estar atento à afetação que vem do outro em seu momento de crise e, a partir disto, “ajudá-lo a ir adiante”. Quanto maior a confiança do plantonista em seus recursos, maiores serão as possibilidades do atendimento. Deste modo, lançado neste universo institucional, o psicólogo plantonista vai se construindo a partir de uma estreita interação com o meio, tornando-se singular em sua práxis. Dito isto, cabe agora tecer algumas reflexões acerca de outra singularidade do Plantão Psicológico do HU: como acontece o encontro terapêutico.

De maneira geral, o psicólogo está acostumado a receber pessoas que consideram que sua práxis pode lhe valer alguma ajuda mediante a uma situação difícil. Frente ao padecimento “psíquico” ou “emocional”, o senso comum acostumou-se, em certos extratos sociais, a eleger a ajuda psicológica como possibilidade de solução. Deste modo, identificando um “mal estar” que muitas vezes ainda não está suficientemente claro, o cliente, sofrendo em sua situação, vai em direção de uma assistência psicológica. O fato de reconhecer que algo não vai bem e eleger o psicólogo como o profissional para ajuda tende a facilitar o atendimento, pois os lugares ficam bem definidos. Institui-se o lugar daquele que sofre e precisa fazer algo com isto, e o lugar daquele que se dispõe a ouvir de maneira especial, visando à elaboração⁴⁵ de uma situação crítica (CAUTELLA JR.). Neste caso, quando

⁴⁵ O termo elaboração aqui é utilizado no sentido de lidar com a afetabilidade e com a situação, de maneira a permitir a criação de condições propícias para se caminhar pela crise.

o cliente deliberadamente coloca-se diante do psicólogo, pode-se dizer que já houve certo trânsito pelo acontecimento, alguma elaboração do vivido que proporcionou discernimento na busca por ajuda. Há, por parte do cliente nesta situação, uma abertura para acolher aquilo que vem do psicólogo como “lenitivo”. No entanto, o que dizer de uma situação anterior a este movimento elaborativo? O Plantão Psicológico no HU situa-se exatamente antes de qualquer possibilidade elaborativa do acontecimento crítico, fazendo com que o encontro terapêutico adquira características especiais. Ou seja, o oferecimento de atenção e cuidado psicológico no HU, através do Plantão Psicológico, ocorre em um momento em que ainda não há espaço para que haja crítica da demanda psicológica.

Quando uma pessoa busca o Pronto Socorro ou é internada de maneira abrupta em uma Unidade de Terapia Intensiva, não está, a princípio, mobilizada por demandas psicológicas. Tal busca, geralmente, é provocada por um evento imponderável e traumático que irrompe no seu cotidiano, lançando, muitas vezes, a pessoa em uma situação de risco de sua existência e perda de sentido. Aquilo que cobra um lidar, quase sempre nestas circunstâncias, emana do corpo. Partindo da ideia de saúde proposta por Hipócrates, que considera que saúde é o silêncio dos órgãos, naquela situação é a dor do corpo que grita. No entanto, considerando a abolição da dicotomia entre mente e corpo, instituída pelo processo epistemológico da modernidade, há sempre irrefutável sofrimento “psicológico” junto ao padecimento do corpo. Tal sofrimento, vivido de maneira crua, pode expressar-se em um transbordamento afetivo paralisante que, invariavelmente, ressoa no corpo que já se encontra debilitado pelo evento crítico. Parece pertinente, partindo da premissa de que corpo e mente são facetas do mesmo, que a assistência seja feita de maneira integrada e global, já justificando inapelavelmente a existência do Plantão Psicológico no HU. No entanto, retornando a questão do encontro terapêutico, o psicólogo plantonista no HU não conta com as benesses da crítica de seu cliente. Ou seja, a demanda eleita é aquela oriunda do corpo, embora seja inquestionável o sofrimento psicológico na situação. Não há, no momento crítico do Pronto Socorro ou da UTI, nenhuma elaboração da situação traumática, como ocorre, mesmo que precariamente, em uma busca espontânea por ajuda psicológica. A pessoa em crise está aquém de qualquer movimento elaborativo, impactado por um transbordamento físico e afetivo paralisante, que o lança a uma situação onde há ausência

absoluta de parâmetros e nada que venha do mundo é suficiente para construir apaziguamento.

O ambiente hospitalar, nitidamente sob a égide da tecnicidade e do procedimento, não abre espaço para esta elaboração, funcionando, muitas vezes, contra qualquer tentativa de elaboração por parte do cliente. As equipes médica e de enfermagem não se prestam como interlocutores no intuito de favorecer esta elaboração, pois, acertadamente, não é este seu papel. A demanda assistida por estes profissionais origina-se no corpo e todo procedimento o tem como alvo principal. Pode-se compreender esta disponibilidade seletiva através de uma formação que tende a ver o homem de forma dicotomizada. Mas também, por outro lado, colocar-se em uma abertura para acolher a “dor da alma” pode, mediante a afetação, criar dificuldades para a boa realização dos procedimentos técnicos. Dito de outro modo, o envolvimento afetivo com o cliente, pela perspectiva adotada pela ciência moderna, é uma variável prejudicial para a boa realização da tarefa.

[...] “fico completamente absorvida naquilo que tenho que fazer. Nesta hora não fico pensando na pessoa que está deitada na minha frente. Isto, com certeza, iria interferir no meu julgamento e em meus atos. Não posso ficar pensando na família daquela pessoa ou nas sequelas que podem ficar. Cabe executar, da melhor forma possível, o que precisa ser feito.” Disse-me a médica após realizar um procedimento cirúrgico bastante delicado (W. C. JR, 17/06/2011).

Sendo assim, parece ser prerrogativa do psicólogo plantonista a tarefa de acolhimento e trânsito pelo evento crítico, novamente justificando a presença do psicólogo plantonista no hospital. Porém, como realizar esta tarefa se não há, muitas vezes, crítica de tal situação? Quase sempre, resguardando raras exceções, o psicólogo plantonista não é acionado pelo paciente. Algo precisa acontecer para que este perceba o quanto de seu estado desfavorável é consequência, também, do impacto afetivo que está acontecendo no momento crítico. É neste momento que se torna evidente a “arte⁴⁶” de ser plantonista, criando possibilidades para o encontro terapêutico. Diferente da equipe médica e de enfermagem, o psicólogo plantonista se disponibiliza para acolher a emergência afetiva, a

⁴⁶O termo arte aqui é usado no sentido de realização de algo de maneira singular, pertinente exclusivamente ao momento presente.

fim de proporcionar elaboração do vivido e, para isto, se abre para a afetação do encontro, sendo este o único modo de realizar seu ofício. Ele não fica instalado em um gabinete, esperando o pedido de ajuda, mas coloca-se a disposição em situação no exato momento em que o paciente/cliente vive sua crise. Apresenta-se através de uma atitude que, quando bem sucedida, deixa claro ao paciente que este pode se valer deste encontro para lidar com seus afetos que não são contemplados pela especificidade médica. Deste modo, o encontro terapêutico, muitas vezes, não surge de uma busca espontânea do paciente, mas de uma disponibilidade do plantonista, que, de maneira habilidosa, se oferece para que ocorra a elaboração e trânsito do evento que destruiu o cotidiano e sua segurança. Não trabalha apenas com o evento crítico, mas também com as possibilidades de futuro que se encontram suspensas pelo acontecimento presente.

Vejo o meu lugar no HU como aprendiz, como alguém que aprende com os colegas e com os próprios clientes, mas também percebo o meu lugar como alguém disponível a escuta. Como alguém que procura ao máximo estar aberta para ouvir as pessoas, e alguém que tenta ajudar da forma que compreende ser possível, mesmo que algumas vezes eu erre (L. A. Z., 07/06/2011).

Pode-se dizer que, enquanto o médico sutura o corpo, o psicólogo plantonista restitui o fluxo da vida, suturando a malha existencial que também se dilacerou no evento traumático. Resgatando Sócrates, que ensinava passeando, o psicólogo plantonista, também de maneira peripatética, atende transitando e se disponibilizando pelos espaços hospitalares, captando através da afetabilidade e acolhendo a dor em lócus. Não espera a demanda, mas vai em direção dela criando uma possibilidade de encontro terapêutico peculiar. Se expressa uma inversão no modo tradicional do atendimento psicológico. O cliente não vai à busca da atenção, pois, quase sempre, não está em condições ou nem se quer sabe que a precisa, mas o psicólogo plantonista vai ao encontro do sofrimento em estado puro. Fica patente mais uma diferença entre o psicólogo hospitalar, que trabalha a partir de encaminhamentos e, portanto, na retaguarda, e o psicólogo plantonista, que se coloca na linha de frente dos acontecimentos. Guardando as devidas proporções, a prática do psicólogo plantonista no HU encontra certa similitude com a do médico intensivista.

Ambos acolhem a pessoa em situações críticas, promovem uma atenção que visa à superação do momento crítico, abrindo a possibilidade de futuro.

Pelo acima exposto, fica evidente que aquilo que permite o atendimento desta maneira peculiar é a abertura do plantonista para a afetação. É através dela que ele, estando atento àquilo que o toca no encontro com a pessoa em crise, vai poder disponibilizar-se para o atendimento. A disponibilidade do plantonista evoca o cliente a entrar em contato com certos aspectos da crise que transcendem aquilo que emana do corpo que padece. Ou seja, a disponibilidade do psicólogo plantonista promove uma ampliação da percepção do cliente em relação a sua situação presente, podendo levar a uma perspectiva mais integrada. Esta ampliação, por sua vez, permite que o cliente possa começar a elaborar melhor crítica da situação, permitindo, muitas vezes, proporcionar um pedido de ajuda que, como dito anteriormente, leva os integrantes do encontro a ocuparem os lugares que lhe cabem. O cliente assume o lugar daquele que sofre e se oferece ao próprio cuidado, enquanto que o psicólogo plantonista ocupa o lugar daquele que se disponibiliza a uma escuta clínica que possibilita cuidado. Quando o plantonista se dedica ao acontecimento, cria-se, de maneira tácita, uma permissão para que os aspectos não físicos do sofrimento possam ser integrados à situação, permitindo a abertura para um elaborar sobre. Deste modo, é possível afirmar que o psicólogo plantonista trabalha no sentido de transcender a dicotomia entre mente corpo, marca das ciências da saúde na modernidade. Dito de outro modo, o psicólogo plantonista, ao disponibilizar-se ao cliente, enfatiza a abertura para o cuidado, mostrando o intuito do encontro e evocando-o para a pro-cura⁴⁷. É a atitude clínica, algo que somente surge quando o psicólogo plantonista se apropria de sua vocação clínica, que constitui o espaço do Plantão Psicológico como palco para tessitura de uma malha existencial rompida pelo evento crítico. Deste modo, fica claro que nem toda escuta é clínica, nem toda fala é terapêutica e nem todo estar junto no hospital é um Plantão Psicológico, tornando patente a especificidade do encontro.

No entanto, esta abertura por parte do psicólogo plantonista não é algo fácil, necessitando de certa segurança para acontecer. Ninguém consegue se disponibilizar mediante a uma vivência ameaçadora. Abrir-se para a crise, mesmo que não seja a sua própria, é potencialmente desestruturante, necessitando que o profissional do encontro

⁴⁷ Na etimologia “pro-cura” remete a ir em direção a cura/cuidado/angústia.

confie nos seus próprios recursos para se submeter a isto. É a bagagem existencial de cada um que permite a lida com os próprios afetos, de maneira que estes não sejam vividos como algo transbordante e paralisante. Ou seja, é um saber fazer com aquilo que se sente, podendo estar na instituição e na situação de psicólogo plantonista de modo pacificado, contando com a serenidade para lidar com seus próprios incômodos, seus vazios intransponíveis e seus incontáveis limites.

Paraliso fisicamente diante a grandeza da dor e experiência do outro, das sensações que ele me causa, que ainda se misturam com as minhas próprias. Apesar de me sentir pouco segura, pouco legitimada para entrar, ativamente, nessa grandeza do outro, que se mostra tão poderosa, posso dizer que vivi intensamente minha experiência no HU [...] (J. G. , 27/09/2011).

Considerando que estes psicólogos plantonistas estão no início de seu processo formativo, esta abertura para a dor alheia pode tornar-se um grande desafio. Neste caso, a supervisão é que vai ajudá-los a ampliar o seu cabedal existencial/teórico, de modo a permitir uma abertura gradual e progressiva para os atendimentos realizados desta maneira peculiar.

A supervisão ao final dos atendimentos foi boa, apesar de todos terem sentido, de certa forma, que não havia sido possível fazer muitas intervenções. Mas foi boa para elaborar melhor as ideias, para acalmar-nos em relação ao que poderia ou não ser feito. Foi uma grande aprendizagem também a troca de experiências no grupo (L. A. Z., 20/05/2011).

Se esta segurança não vai sendo construída, diminui-se a possibilidade do psicólogo plantonista ir de encontro à crise alheia, ou, quando vai, corre-se o risco de ficar apenas no falatório, ou seja, em uma fala que não favorece a transcendência da crise. O encontro pautado pelo falatório, portanto destituído da possibilidade de trânsito pela situação crítica, não pode ser considerado um atendimento. Dito isto, é possível conceber que o atendimento em Plantão Psicológico no HU é um acontecimento custoso, que, para acontecer, necessitada abertura de todos os envolvidos para o encontro com a crise. Sendo assim, é possível considerar que a maneira como o psicólogo plantonista se disponibiliza na situação crítica é fundante para o modo como o cliente pode apropriar-se e transcender este

momento peculiar. Conseguindo se abrir para o encontro terapêutico, munido de certa segurança proporcionada pela confiança nos seus recursos, convida ao cliente a atravessar o acontecimento de modo mais acolhedor. Guardando as devidas proporções, é inevitável fazer referências às experiências precoces infantis. A criança, quando se vê lançada no mundo e não podendo contar com seus próprios recursos, pois estes ainda não estão suficientemente desenvolvidos, busca o olhar acolhedor do adulto. Sabendo-se assistida na tarefa que a desafia, consegue destinar-se ao desconhecido de maneira mais segura. O adulto, geralmente, nada faz nesta situação, apenas dá um aval para que a criança se aproprie daquilo que já tem e possa desenvolver-se neste novo contexto, sabendo que, se necessário, pode contar com a assistência.

Por parte do cliente, esta abertura, tanto quanto para o psicólogo plantonista, também é algo difícil e submetida às condições do momento. Muitas vezes, a emergência da dor do corpo suplanta a disponibilidade para as “dores da alma”. Em outras ocasiões, o que o cliente espera é uma resposta imediata, que possa apaziguar a angústia frente à imponderabilidade do destino que a situação crítica desvela. No entanto, na maioria das vezes, o encontro é fecundo. Inúmeras vezes, quando o cliente sabe que está diante de um psicólogo, automaticamente eleger as queixas pertinentes a este profissional, sempre afirmando a importância desta presença naquele momento.

E acredito que as próprias pessoas que falam conosco nos colocam em um determinado lugar, elas nos tratam como um psicólogo, como um ouvinte e, às vezes, até confiante. Elas determinam um lugar de cuidado para nós, lugar em que somos colocados e tentamos ao máximo ser dignos disso (L. A. Z., 07/06/11).

Importante salientar—que nem sempre, dependendo da situação, o psicólogo plantonista tem a oportunidade de se apresentar como tal. No entanto, uma atitude e um modo peculiar de se colocar à escuta deixam claro qual é sua missão, convocando o cliente a um encontro com as questões emergenciais que transcendem o corpo. Há, através da relação que se estabelece naquele momento, uma clara intenção de tessitura da malha existencial rompida. Não raro o cliente vai se valendo da escuta do profissional para recontar a sua história, buscando subsídios para transpor a situação de crise e vislumbrar as possibilidades de futuro. Ou seja, o encontro terapêutico em Plantão Psicológico, quando

pautado em uma abertura mútua, tende a resgatar e favorecer o fluxo da própria história como modo de superação da crise.

Em relação aos outros atores institucionais, naquilo que se refere à questão da disponibilidade para o atendimento, ela é bastante variada. Os familiares e acompanhantes, desde o princípio do serviço, são, após os pacientes, a segunda população com maior procura ao Plantão Psicológico. Como dito na apresentação deste trabalho, eles ocupam um lugar peculiar dentro da instituição. O hospital, voltado exclusivamente para aquele que padece, não contempla as necessidades dos acompanhantes. Consequentemente, este fica à margem de qualquer cuidado específico. Mesmo quando o Serviço Social aborda o acompanhante ou familiar, quase sempre o faz a partir da perspectiva do paciente. Isto, como a experiência ao longo dos anos demonstra, causa grande desamparo e significativo aumento da ansiedade para eles. Por não sentir-se comprometido com os acompanhantes e familiares, qualquer tipo de serviço que vai neste sentido é considerado secundário, para além da obrigação de ofício, amadorístico e meramente paliativo. Muitas vezes, é realizado no intuito de amainar a ansiedade do acompanhante e, deste modo, segundo a equipe, diminuir o nível de interferência deste nos procedimentos junto aos pacientes. Os profissionais de saúde não se sentem à vontade mediante às queixas e exigências dos familiares e acompanhantes, pois, como já dito, acreditam não instrumentalizados para isto. Afinal, sendo o hospital pautado pela técnica, tudo aquilo que não é abarcado por ela surge como deslocado e inadequado. Aham que, se pararem para ouvir suas demandas, estarão negligenciando suas tarefas e colocando em risco os seus objetivos.

Por outro lado, é também possível compreender estes atos como uma tentativa inútil de evitar a afetação. Ou seja, aquele que sofre, no exercício de sua frágil humanidade, evoca a humanidade e a fragilidade daquele que assiste o sofrimento. Deste modo, o improdutivo evitar da afetação não visa apenas o bom executar da técnica, como alegado, mas também o não sofrimento dos envolvidos na lida com aqueles que padecem. Busca-se um modo de apaziguar a existência no inevitável encontro/confronto com a crise. Neste sentido, o Plantão Psicológico adquiriu dupla relevância: além de acolher e ajudar o acompanhante no momento crítico, também é enaltecido pela equipe, que o percebe como aliado durante a permanência do paciente na emergência, embora não seja esta sua principal missão. Seria mais pertinente que o serviço fosse exaltado pela ajuda que oferece ao profissional de

saúde, em elaborar as situações críticas em que, inevitavelmente, se encontra, e não por supostamente apaziguar a crise alheia para não ser envolvido pela intensidade da situação. Neste sentido, de maneira inadequada, o Plantão Psicológico surge como anteparo, utensílio defensivo. Ilustrando o acima descrito é pertinente resgatar alguns trechos de depoimento realizado por um psicólogo plantonista:

Estávamos atendendo o filho da senhora que ia para a radiografia. Ele estava muito ansioso, pois não tinha nenhuma informação precisa sobre o que estava acontecendo. Queixava-se de que ninguém o ouvia. Estava bastante alterado, quase chegando aos gritos quando oferecemos nossa escuta. [...] Ao terminarmos o atendimento, quando saíamos da sala de espera da radiografia, fomos acompanhados pela enfermagem que havia levado a senhora. Ela sorriu e agradeceu termos acolhido o filho antes dele “fazer um escândalo”. Disse do quanto era difícil para a equipe lidar com estas situações que “iam além dos procedimentos” (R. T. N. 01/10/2009).

Esta peculiar dinâmica corrobora com a ideia de que a Psicologia, assim como outras disciplinas na modernidade, tem a função de lidar com tudo aquilo que os métodos e técnicas não conseguem conter em si. Oriunda de um processo epistemológico que valoriza a racionalidade e, deste modo, o entendimento e o controle do fenômeno como método de sustentação existencial, a Psicologia, por esta perspectiva, se presta a um olhar que busca o apaziguamento de tudo aquilo que transcende e ameaça a eficácia do método (FIGUEIREDO, 1996; FIGUEIREDO, SANTI, 2003). Sendo assim, a compreensão explicitada pela equipe em relação ao Plantão Psicológico, nitidamente assentada nesta perspectiva, não se mostra absurda ou incoerente. No entanto, cabe ao psicólogo no hospital, através de suas atitudes, apontar tudo aquilo que transcende o fenômeno, revelando o oculto de maneira a incluir o excluído, acreditando que desta forma outros modos de subjetivação, mais pertinentes e menos propícios a exclusão, possam surgir.

Tendo sido apresentados os modos possíveis de apropriação dos pacientes e acompanhantes do serviço de Plantão Psicológico, cabe abordar como a equipe de saúde e os funcionários se aproximam deste espaço. Foi dito anteriormente que médicos e enfermeiros se relacionam de maneira utilitária com o serviço, considerando-o como instrumento de apoio para a sua própria práxis. Deste modo, estas pessoas, com raras

exceções, têm dificuldades em ponderar a possibilidade de beneficiarem-se do espaço de outra forma. No entanto, as demandas existem, tanto quanto em qualquer outro segmento da população hospitalar.

Estávamos na sala da equipe de saúde, quando o “médico-chefe” pediu para que eu “visse” um menino que voltava “recorrente” ao PA infantil com problemas respiratórios. Por que fui convocada? “O menino não tem nada!”, dizia o médico a mim [...].

A criança, com 8 ou 9 anos, estava deitada e fazia inalação. Iniciamos com ele um atendimento tímido com poucas palavras.... até que chegou a mãe. Quando nos apresentamos como psicólogos, ela pareceu não gostar muito... mas logo ficou escancarado seu sentimento de culpa por tantas crises do filho – reconhecia que andava bastante nervosa, quando chegava em casa e via o menino naquele estado... gritava com o garoto, que acabava piorando e tendo que retornar ao hospital. Aos poucos a mãe foi percebendo que as situações de internação a aproximavam dele... algo raro em casa. E o atendimento se desenrolou...

Quando retornamos à sala de equipe de saúde, o médico estava lá. Ele... nem tão prontamente... perguntou como tinha sido. Nem me lembro ao certo o que eu ia começar a dizer... mas ele logo deu o desfecho da conversa, dizendo que estava investigando um vírus que poderia estar alojado no aparelho respiratório da criança. Calei-me... ou fui calada? (C. A. C. 08/10/2010).

A busca ocorre, porém de maneira discreta e velada. Geralmente, as aproximações acontecem via um “caso” que, supostamente, necessita de atenção psicológica ou através da busca por uma “consultoria” mediante a um acontecimento inusitado que transcende a técnica. Ao apresentar o “caso”, vão, de maneira tímida e insidiosa, apresentando suas questões. Ou então, vão se depositando através de um colóquio cotidiano, pretensamente ingênuo, mas que traz nas suas entranhas as aflições de uma existência. Sendo assim, para que ocorra o atendimento, é necessária certa destreza do psicólogo plantonista, pois este, quase sempre, tem que acontecer de maneira tácita e cuidadosa. Aparentemente, isto ocorre pelos motivos já enunciados anteriormente: o predomínio de uma perspectiva

tecnicista que não valoriza os aspectos que transcendem a razão, a necessidade de suplantar seus próprios afetos como método de sustentação existencial em um ambiente inóspito, ou a crença de que deixar-se afetar pelo outro e pelo acontecimento, não realizará sua tarefa adequadamente.

Não é possível esquecer que, a priori, o lugar dos médicos e enfermeiros é o do “cuidador”. Como já dito, toda a estrutura do hospital é voltada para o paciente, sendo a equipe de saúde o elemento principal deste grande artefato assistencial. Procurar o Plantão Psicológico pressupõe uma inversão de papeis. Permitir-se a ser cuidado, subvertendo a lógica da missão assumida e desnudando-se de seu papel institucional, implica em não poder contar com certos subterfúgios que visam aplacar a inospitalidade do contexto. Não poder se valer da tecnicidade, para lidar com os “casos” que se apresentam, impõe ao cuidador a sua real condição humana. Consequentemente, o sofrimento alheio adquire estatura, visto haver, sem o anteparo e a distância cuidadosamente construída a partir da frieza do procedimento, a inegável identificação com aquele que sofre. Invaso pelo afeto que sempre esteve aí, o profissional da saúde teme fossilizar-se frente à demanda alheia e não conseguir responder a altura das exigências do momento. Além disto, há ainda o ultimato por parte da clientela para que o médico e o enfermeiro sejam alguém que “saiba fazer”, não admitindo destes o erro ou a negligência. Todo processo formativo destes profissionais é amparado na precisão metodológica e no conceito, elevando-os, no imaginário popular, a condição de infalíveis. Por conseguinte, inadvertidamente, respondem a esta exigência sobre-humana, não se permitindo a humanidade. Pode-se considerar que tal investimento, por parte da clientela, trabalha no sentido de trazer um acalento narcísico na difícil faina diária. No entanto, quando se deparam com sua inevitável humanidade sentem-se desamparados e perdidos, instalando-se, muitas vezes, uma dolorosa “ferida narcísica”. Deste modo, assumir a dor e a falibilidade é algo que, geralmente, não é bem acolhido no repertório destes profissionais. Logo, a busca por um serviço que tem como princípio admitir sua humanidade, como modo de trânsito pela crise, vai ser algo prejudicado ou evitado, só podendo ocorrer em momentos agudos onde todos os recursos já caíram por terra. Pode-se conjecturar que existe uma relação de complementaridade entre o paciente e o profissional de saúde, naquilo que se refere ao método de sustentação existencial. O paciente investe o profissional de atributos fantasiosos, no intuito de apaziguar seu temor frente à

imponderabilidade do destino, enquanto que, por outro lado, o profissional recebe o investimento e acredita-se distante da sua condição de falível, atenuando seu desconforto e dúvida frente aos seus limites irrevogáveis. Ilustrando o acima dito através de fragmentos de narrativa feitos por psicólogos plantonistas:

[...] Ele [o médico] falou sobre o diagnóstico com os familiares de maneira extremamente técnica e não parecia estar incomodado com o desespero das pessoas, mas tentava tirar as dúvidas. Mostrava-se calmo, cordial, porém isto me parecia artificial (A. M. 25/04/2007).

Assistia a enfermeira fazendo curativo na criança. Ela [a criança] chorava muito! A mãe assistia tudo isto agoniada! A enfermeira não sai da linha. Pedia calma, dizia que já ia terminar e continuava com que tinha que fazer (C. C. R. 03/10/2008).

Por outro lado, ainda perseverando nesta questão, também é possível compreender este modo peculiar de aproximação da equipe através de uma concepção pré-estabelecida, muito em voga na atualidade, sobre a presença do psicólogo no hospital. Estando aprisionado por tal conceito, não conseguem conceber a possibilidade de aproximar-se do serviço em causa própria. Como foi explicitado no capítulo anterior, há uma tendência bastante arraigada de se acreditar que a práxis deste profissional deve estar sempre, exclusivamente, voltada ao paciente. Lendo o documento que propõe a criação do convênio entre o HU e o IPUSP, brevemente mencionado na abertura deste capítulo, fica patente esta tendência. O documento é taxativo, afirmando que: *“O psicólogo compõe a equipe de saúde mental do hospital e tem como funções principais cuidar do bem estar psicológico e da qualidade de vida dos pacientes e familiares”*⁴⁸ (PROJETO ACADÊMICO ASSISTENCIAL ENTRE O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E O INSTITUTO DE PSICOLOGIA [HU/IPUSP], 2006, P. 5). Nitidamente amparado pelos princípios da Psicologia Hospitalar, já desautoriza a busca de qualquer pessoa que não se encontra na situação de paciente. Na verdade, o documento só reproduz a concepção que prevalece na cultura hospitalar, ao mesmo tempo em que desvela o caráter inovador do Plantão Psicológico no hospital.

⁴⁸ Grifo nosso.

Cabe, agora, resgatar a relação dos outros funcionários com o serviço de Plantão Psicológico. Como a experiência de anos na instituição tem mostrado, o hospital se constitui como uma sociedade de castas. Há pouca relação entre a equipe de saúde e os demais funcionários. Os contatos são sempre pautados pela tarefa a ser executada. A estrutura do hospital não ajuda a diminuir esta estratificação, muitas vezes fomentando-a. Além da alta rotatividade dos funcionários, devido aos turnos e escalas que se alteram a cada semana, impedindo interações mais duradouras e significativas, há, pela perspectiva arquitetônica, salas e refeitórios distintos para a equipe médica, de enfermagem e funcionários em geral, diminuindo as possibilidades de intercâmbio. Transitando pelos espaços, é possível nitidamente perceber os guetos de cada classe. A sala da equipe de saúde, por mais que tenha este nome, é de domínio médico. A beira dos leitos, local onde se desenrola os atos de cuidado, é território nitidamente da enfermagem. Salas de espera e adjacências pertencem, oficiosamente, aos seguranças e porteiros. Cada qual, sabendo de maneira tácita desta partilha instituída, se comporta de acordo com ela, mantendo a harmonia e a estabilidade institucional. Por mais que se tente amenizar esta constituição, através da boa vontade de alguns personagens que buscam transcender fronteiras, o que se consegue são interfaces frágeis e pontuais, mantendo-se a divisão por camadas. Assim como na Grécia antiga, palco das tragédias, a estratificação social e a mobilidade pelos segmentos é algo quase impossível de se superar.

Sendo assim, os funcionários, ciosos de seu lugar neste espectro social, tendem a assumir uma postura discreta na instituição. Como bons “operários”, tomam, geralmente de bom grado, o papel de auxiliares na realização de uma missão maior: o bem estar do paciente. Há certo orgulho pelo ofício, o que, de regra, favorece a relação pacificada com os outros atores institucionais. Cuidam com destreza dos trâmites necessários para a boa execução da tarefa. No entanto, não se arvoram ao direito de beneficiarem-se de um serviço que, no imaginário da instituição, é voltado para os pacientes. Para se beneficiarem do serviço é necessário que abandonem, temporariamente, o seu papel institucional e assumam o lugar de “pacientes”, como fazem quando adoecem e se valem do hospital como meio de assistência. Deste modo, refletindo a descrição da presença, a busca pelo serviço só poderia ser também discreta, acontecendo apenas quando é inevitável. Utilizam-se, do

mesmo modo que a equipe de saúde, de subterfúgios para apaziguar a subversão dos lugares.

Parece ainda ser possível tecer algumas considerações a cerca da postura refratária dos membros da instituição, a partir da perspectiva institucional. O Serviço de Psicologia, vinculado ao Serviço de Psiquiatria, possui um lugar periférico na rotina do hospital. Tanto a Psicologia como a Psiquiatria funcionam como suporte, mediante a necessidade e a solicitação dos demais departamentos da clínica médica. Deste modo, possuem uma equipe bastante reduzida, precisando aparentemente contar, como no caso da Psicologia, com a ajuda dos projetos assistenciais para ampliar seu campo de ação, como este que permite a realização do Plantão Psicológico no HU. Com isto, toda equipe que adentra o hospital, mesmo não fazendo parte diretamente do quadro funcional deste, adquire, de maneira indireta, o status de instituição. Sendo isto incorporado pelos membros do hospital, pode acontecer um entrave para a busca do serviço, na medida em que o profissional que se disponibiliza para a atenção e o cuidado passa a ser visto como mais um “colega de trabalho”⁴⁹. Esta posição restringe a liberdade da fala, podendo levar ao cerceamento da busca e o encapsular das demandas. Ainda por esta linha, o projeto acadêmico assistencial faz pouca menção ao atendimento dos contratados, colocando em segundo plano, mesmo que não intencionalmente, a demanda deste segmento da população, colaborando para se perpetuar a cultura de que cuidador cuida. Deste modo, o cuidador, quando se disponibiliza ao cuidado, estaria em desvio de função. Por outro lado, também não é possível negligenciar a possibilidade de os psicólogos plantonistas, imbuídos por esta cultura, apresentarem menor disponibilidade aos membros contratados, acreditando que sua real função é assistir aquele que padece de maneira explícita e indiscutível no palco hospitalar. Se o atendimento só é possível através da abertura de todos os envolvidos, neste caso, os obstáculos para o livre acesso ao serviço pioram consideravelmente. A dificuldade dos funcionários de se beneficiarem de um serviço disponibilizado a eles, em seu lugar de trabalho, não é uma característica exclusiva do HU, como outros projetos de atenção psicológica realizados pelo LEFE já demonstraram. Aparentemente, o “dever de ofício” impõe, de maneira geral, restrições à disponibilidade para o próprio cuidado. Ou seja, na

⁴⁹ Importante salientar que se está falando de cuidado psicológico. Portanto, de algo que se refere ao fórum íntimo, de difícil expressão e culturalmente considerado tabu.

medida em que se faz necessário cumprir uma tarefa, um dever, se negligência as próprias necessidades em prol do papel institucional.

CAPÍTULO III

INVESTIGANDO O DIZER DA CRISE: NARRATIVAS DO VIVIDO E SENTIDO

Este capítulo intenta apresentar a metodologia de pesquisa que orienta este trabalho. Assume-se como perspectiva metodológica a ótica fenomenológica existencial, que parte do questionamento do ser. Tal metodologia não assume procedimentos ou instrumentais definidos; deste modo, partindo-se da nova perspectiva epistemológica instaurada pela fenomenologia existencial, assume-se a relatividade da verdade, rompendo-se com certos dogmas epistemológicos do ocidente moderno (CRITELLI, 1996). Não é mais possível, como proposto por Platão, validar o conceito como o lugar da verdade de tudo o que é. Do mesmo modo, refuta-se o aforismo aristotélico de que cabe unicamente ao intelecto a função do conhecimento. A premissa cartesiana, que considera o intelecto como *cogito*, também perde validade mediante ao olhar fenomenológico, que assume que o conhecimento só se dá através da aceitação da fluidez da verdade. Se no cartesianismo se busca, através do método, a precisão do conceito, na fenomenologia o conhecimento se assenta na própria ontologia humana, tendo na angústia seu embasamento. Intencionalmente, os fundamentos norteadores desta pesquisa serão apresentados sempre em contraponto às premissas defendidas pelo que Heidegger (2001a, 2001b) chamou de metafísica, ponto de vista fundante da modernidade e de suas ciências técnicas. Este movimento especular entre as duas epistemologias parece interessante, pois explicita, de maneira inequívoca, as disparidades entre a perspectiva que orienta esta pesquisa e o Plantão Psicológico no HU, e aquela que orienta a práxis no hospital geral, devoto de um pensamento técnico-científico que prioriza o procedimento ante a existência. Tais diferenças contribuem para que os envolvidos no projeto experimentem, com maior intensidade, o desalojamento no contexto hospitalar, visto não contarem com artifícios tecnológicos para exercerem seu ofício. No entanto, tal vivência, aparentemente desfavorável, pode, na verdade, ser propícia para o surgimento de modos pertinentes para lidar com a crise.

Ao contrário de outros entes intramundanos que se encontram alojados no mundo, o homem, devido à fluidez de sua existência, encontra-se sempre no desalojamento. Esta condição de fluidez lhe apresenta, desde sempre, a possibilidade de encontrar-se com o

imponderável. Sendo assim, o seu modo particular de ser no mundo com os outros está intimamente ligado a como ele lida com esta fluidez e com a imponderabilidade do destino. Para tentar se precaver deste desalojamento e da inospitalidade do mundo, o homem tenta tecer tramas de sustentação existencial que buscam, mesmo que precariamente, amparar o seu modo particular de habitá-lo, diminuindo a inospitalidade deste. Esta trama de sentidos é aquilo que sustenta a cotidianidade, mantendo o homem na confortável decadência (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). No entanto, esta trama é extremamente frágil e volátil, e o homem, à mercê da imponderabilidade do destino, se vê lançado, infinitas vezes, a situações de crise. Tais crises, como já dito anteriormente, conduzem o homem a uma situação onde os sentidos se ocultam. Ou seja, um acontecimento imponderável rompe a malha de sentidos e instala o homem em uma abertura, retirando-o do conforto tênue de sua cotidianidade. A esta situação de abertura Heidegger (2001a, 2001b) chamou de angústia⁵⁰. Esta, impedindo a precipitação na decadência (HEIDEGGER, 2001a, 2001b), abre o homem para a liberdade. Deste modo, a crise, como aqui compreendida e temática central desta pesquisa, encontra-se no fundamento do conhecer. Sendo assim, é a crise dos envolvidos neste projeto de atenção psicológica no HU que permite o interrogar deste trabalho.

O processo epistemológico da modernidade, nitidamente assentado na racionalidade lógica, se relaciona com os fenômenos no intuito de entender, prever e, a partir disto, controlá-los. Tal metodologia tem o intuito de fugir da angústia, através da conceituação e da representação do mundo. Movimento histórico-social que vai se constituindo, a partir do Iluminismo, no propósito de criar um sujeito conhecedor ideal, ou seja, portador de uma subjetividade purificada e restrita à esfera da razão, impõe cisões na experiência subjetiva dos indivíduos (FIGUEIREDO, 1996) visando apaziguamento. A impossibilidade em sustentar as cisões propostas pelo método, no intuito de criar um sujeito epistêmico pleno, (FIGUEIREDO, 1996) e a crise da subjetividade privatizada que se consuma no final do século XIX (FIGUEIREDO&SANTI, 2003), abrem espaço para o surgimento de disciplinas que visam aplacar a angústia. Tais disciplinas, como a Psicologia e a Psiquiatria, tem o intuito de acolher e explicar aquilo que o método, não conseguindo dominar, tende a expurgar. Ou seja, tudo aquilo que ameaça a eficácia do método recebe uma ação de expurgo e abre-se a possibilidade do surgimento de novos modos de controle, que buscam diminuir a

⁵⁰ Este tema será mais bem abordado no decorrer do trabalho.

inospitalidade do mundo. De certo modo, partindo de um olhar fenomenológico existencial, é possível considerar que a episteme da modernidade favorece a precipitação na decadência, visto medrar na angústia. Esta tentativa de apaziguamento se expressa no modo técnico através do qual o homem moderno ocidental habita o mundo (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Heidegger, na segunda fase de seu pensamento, desvela a vocação técnica do ocidente. Segundo ele, a técnica é uma orientação de conduta que é utilizada em todos os atos no ocidente moderno, subordinando tudo que faz parte do mundo a ela (CRITELLI, 2002). Esta extrema valorização da metodologia e da técnica conduz a uma desvalorização ética do homem que, conseqüentemente, dificulta o questionamento do sentido do ser. Questão esta que, segundo Heidegger (2001a, 2001b), foi esquecida na modernidade. Sendo assim, é possível considerar que o modo técnico de habitar o hospital favorece o tamponamento da angústia, permitindo, neste contexto, uma existência menos aflitiva, porém mais distante daquilo que é próprio do humano.

No entanto, por mais que a metafísica busque apaziguar a angústia, ela não consegue mudar a constituição ontológica do ser humano (CRITELLI, 1996). Ou seja, os métodos e técnicas não conseguem extirpar do homem aquilo que lhe é mais fundante. Ao contrário da perspectiva vigente na modernidade, a fenomenologia existencial parte da angústia e da insegurança do ser como fundamento do conhecimento. Enquanto a metafísica se baseia na conceituação, a fenomenologia existencial parte da existência, assumindo que é somente na angústia que o pensamento se abre para a reflexão. Por esta perspectiva, a fenomenologia existencial mostra-se como um modo particular de pensar, que é dado como condição ontológica a todo homem. Investigar seria colocar em andamento uma interrogação (CRITELLI, 1996). É o intuito de saber algo que determina os modos possíveis do interrogar, afastando-se de metodologias pré-definidas e do regramento do processo. Deste modo, aquilo que se quer compreender torna-se o fundamento do método fenomenológico existencial. Frente a qualquer fenômeno que se queira conhecer, formula-se a seguinte pergunta: o que *é* ou como *é* algo. Estes dois questionamentos podem ser aglutinados em uma única interrogação sobre o *ser* daquilo que se quer investigar. Ou seja, toda metodologia de pesquisa, por esta perspectiva, vai sendo encaminhada a partir do esclarecimento do que se entende por *ser*. Todo interrogar sempre terá uma prévia

interpretação do ser. Deste modo, torna-se importante abordar como se compreende o ser em cada epistemologia.

Na metafísica prevalece a separação entre o ser e o ente. Neste caso, o ser de um determinado ente vai sempre coincidir com sua essência. Por esta perspectiva, o ser do ente torna-se patente na ideia que se tem deste ente. Esta ideia, ou conceito, é metodologicamente construído e permanente, ou seja, não se altera ao longo do tempo. Dizendo de outro modo, a metafísica busca a essência imutável de um ente. É esta essência que define o ser. O ser vai estar sempre subjacente a aquilo que aparece, e, por conta disto, se transforma em outro ente. Aristóteles, assim como Platão anteriormente, considerava que aquilo que aparece é sempre enganoso, pois é múltiplo, diverso e mutável e, sendo assim, degenerante (CRITELLI, 1996). Compreende-se, deste modo, que a metafísica baseia-se no princípio aristotélico que busca dar conta do caráter degenerante do ente. Tal princípio afirma que aquilo que faz com que algo seja ele mesmo é tão somente sua essência. Este caráter de perenidade do conceito, quando examinado à luz da substância dos entes, faz parte do conceito de patência. Talvez por isto, na relação médica com a doença, seja necessário resgatar a essência da manifestação patológica para que se possa, a partir dela, definir o projeto terapêutico. Este, necessariamente, se mostra pautado pela estrutura, supostamente imutável, da enfermidade, e, mediante a fluidez do estar doente, torna-se necessário à criação, ao longo do processo, de vários diagnósticos diferenciais que tentam abarcar a fluidez deste estado. No entanto, como a experiência aponta, invariavelmente não impede que o médico, ao não conseguir abranger a miríade de possibilidades do fenômeno, se veja lançado na angústia e na incerteza.

Por outro lado, na fenomenologia existencial, o ser que se torna patente através do aparecer dos entes é impermanente. Se na metafísica há uma coincidência entre o ser e a ideia, na fenomenologia existencial vai haver uma coincidência entre o ser e a aparência. Ou seja, na fenomenologia existencial o ser dos entes se mostra através do próprio ente. Ao contrário da metafísica, o ser não está por trás do que se manifesta, porém coincide com sua própria manifestação. Os entes estão sempre lançados no mundo e só podem ser apreendidos nesta condição. Deste modo, o ser não pertence à coisa como atributo próprio, como afirma a metafísica, porém deve ser compreendido a partir de uma trama de relações significativas que o precede e o sustenta (CRITELLI, 1996). Dito de outro modo, a

fenomenologia existencial busca o ser dos entes na trama existencial do ser-no-mundo com tudo e com todos, só podendo ser compreendido e apreendido neste horizonte existencial. Se o ser só pode ser revelado lançado no mundo e na teia de relações, este se torna patente sempre de forma múltipla, mutante, diversa e corruptível. Ou seja, o ser se mostra em um estar sendo inserido no fluxo existencial. Por conta desta fluidez do ser é que Heidegger, quando aborda a substância dos entes, faz uma crítica ao olhar metafísico, afirmando que o conceito aprisiona o ser (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Neste sentido, o ser está no como o ente aparece, sendo que a aparência não se relaciona com a face de fisicidade das coisas ou sua tangibilidade, o que, em uma perspectiva aristotélica, estaria bem próximo à ideia de *acidentes* de um ente (CRITELLI, 1996). O interrogar pelo ser, além da prévia interpretação deste, possui outros elementos ou dimensões que necessitam ser explicitados.

O ser só pode ser apreendido a partir de um lugar. Na metafísica o lugar do acontecimento do ser sempre será uma zona escura, distante da sua fisicidade e tangibilidade. Ou seja, por esta ótica, o lugar do acontecimento do ser está distante de sua concretude. Isto se explicita no Mito da Caverna, apresentado por Platão na obra *A República*⁵¹ no século IV A.C. Neste mito, se valendo de uma metáfora, Platão afirma que as verdades essenciais estão para além da *Phýsis*, ou seja, para além do mundo sensível. Sendo assim, o lugar do acontecimento do ser estaria “fora da caverna”, distante do mundo concreto. Por outro lado, na fenomenologia existencial o lugar do acontecimento do ser é o mesmo da manifestação concreta deste ente. Ao ente só é permitido ser no mundo, junto com tudo e com todos. Ou seja, o lugar do acontecimento do ser sempre vai ser o mundo, onde acontece a trama existencial do ser no mundo. Trazendo o explicitado para a pesquisa que aqui se pretende, só se torna possível interrogar o sentido do ser da crise se esta manifestação estiver alojada no mundo. Deste modo, a crise que se pretende investigar só pode ser questionada através de um instrumento que reflita a afetação que ocorre no aqui e agora do acontecimento que se dá nos corredores e unidades do HU.

Após ter abordado a prévia compreensão do ser e o lugar do seu acontecimento, cabe enfatizar o seu horizonte de explicitação. Como dito anteriormente, na metafísica o ser é a substância que está por trás do aparente e se torna patente no conceito, este, por sua

⁵¹ Diálogo que foi escrito na primeira pessoa e que tem como tema central a justiça. Platão vai se valer de uma república imaginária, Calipole ou Kalipolis, para indagar sobre os assuntos relevantes da organização social.

vez, de cunho essencial e imutável. Neste caso, o horizonte aonde irá se desdobrar e chegar ao pleno de apreensão é a precisão metodológica do conceito. Ou seja, só vai ser possível acessar a essência de um fenômeno através de uma metodologia com parâmetros investigativos previamente definidos e assentados em um regramento bem estabelecido. Pela perspectiva fenomenológica existencial, o horizonte de explicitação vai ser a existência humana, entendida como coexistência – ser no mundo com os outros. O modo de explicitar-se vai sempre ser impermanente, podendo alterar-se a cada instante de sua existência.

O ser só vai poder tornar-se patente no horizonte do tempo. Ou seja, é no interregno entre o nascer e o morrer que o ser se dá a conhecer. Deste modo, o ser é um apelo que convoca a ser compreendido em seu próprio destinar-se. O destinar-se, ou o sentido do ser, é aquilo que a fenomenologia existencial busca. Sendo assim, o termo “sentido”, por esta perspectiva, pode ser compreendido como destino, rumo, ou direção do existir. Expressa movimento, fluidez, impermanência e, deste modo, afasta-se de seu significado coloquial de “significação” (CRITELLI, 1996). O questionamento do ser, assumido como tarefa pela fenomenologia existencial, refere-se a este sentido do ser, ou seja, o seu estar sendo, o seu caminho existencial. Se o ser do homem aparece na sua própria existência como sentido de seu próprio ser no mundo, é constitutivo deste ser evadir-se para o ocultamento. Ocultando-se, convoca o homem, como tarefa, a desocultá-lo. A este movimento dá-se o nome de circularidade fenomênica do ser (CRITELLI, 1996).

Se na metafísica se pretende a imutabilidade do ser, na fenomenologia existencial o ser só pode ser compreendido neste circuito inesgotável de ocultar-se e desocultar-se. A pesquisa de cunho fenomenológico existencial tem como tarefa interrogar o ente sem retirá-lo do seu movimento fenomênico, afastando-se de sua face objética. No cumprimento desta tarefa, como já dito, leva-se em conta o horizonte existencial, pois só ali a coisa pode ser aquilo que realmente é. Pode-se dizer que aquilo que a coisa é não está nela mesma, porém o seu ser surge da relação indissociável entre o olhar de quem interroga e a coisa em si. Sendo assim, o movimento de manifestação do ente é constituído pelo outro, sendo sempre plural. Somente considerando que a coisa está lançada no mundo com tudo e com todos, incluindo o pesquisador e seu olhar tendencioso, que se torna possível ao todo se desocultar. Negando a imutabilidade pretendida pela metafísica, o olhar fenomenológico existencial, na sua tarefa de acompanhar a circularidade fenomênica do ser, só pode

considerar o ente como fenômeno, visto este não ser estático. Fenômeno, como apresenta Heidegger (2001a), é aquilo que se revela, ou o que se mostra em si mesmo. “*Constituem a totalidade do que está à luz do dia ou se pode por à luz. [...] a totalidade de tudo o que é*” (HEIDEGGER, 2001a, p. 58). O ente, quando se encontra como fenômeno, pode mostrar-se por si mesmo de várias maneiras, dependendo da via e do modo de acesso. Pode, inclusive, se mostrar como aquilo que, em si mesmo, ele não é (HEIDEGGER, 2001a). Sendo a condição de coexistência, a temporalidade e a existência elementos fundantes para a manifestação e apreensão do ser, cabe, neste momento, o questionamento do que seja o real.

Para que algo seja real, não basta que esteja simplesmente lançado no mundo. Algo só se torna real quando é tirado do ocultamento por alguém. Ou seja, algo se torna real quando é *desvelado* pelo testemunho do homem. Cumprindo o movimento circular fenomênico, aquilo que é *desvelado* tende a se precipitar para o *velamento*. Este ocultamento não significa necessariamente algo desfavorável. O velamento é o que permite a possibilidade do homem encontrar-se em uma condição de bem estar. A existência seria insuportável se não fosse possível o ocultar daquilo que faz sofrer ou daquilo que ocupa nossa “mente”.

Quando algo é desocultado, este é expresso e acolhido através da linguagem. A isto se intitula *revelação*. Nada chega realmente a ser de fato se não for recriado através da fala e de seu poder acolhedor e instituinte. O poeta, na experiência⁵² com a palavra, descobre o poder reinante desta. Ou seja, quando diz algo, deixa o presente vir em presença, desvelando-o (FIGUEIREDO, 1994). Nada pode subsistir na ausência da palavra. Qualquer modo de nomeação de algo, incluindo sons, gestos, grafismos e etc., é aqui considerado fala. É através da fala que o aparecer se conserva, abrindo a possibilidade de se cuidar do ente que se desoculta. Na nominação de algo sempre vai estar implícito o seu destinar. Quando, através da linguagem, algo é visto, ouvido e presenciado por alguém, ocorre o que Heidegger (2001a) denomina *testemunho*. Esta dimensão adquire importância para o trabalho em Plantão Psicológico, pois quando o cliente fala sobre o acontecimento, desocultando-o, torna-se possível, através do testemunho do psicólogo plantonista, cuidar dele de modo a conseguir um destinar-se mais pertinente.

⁵² Para Heidegger, fazer uma experiência não significa, como na metafísica, a obtenção de informações ou a formulação de conceitos. Diz respeito a ser afetado e ser transformado. É permitir ser envolvido pela coisa e, a partir deste envolvimento, fazer-se outro.

O homem fala, necessariamente, com outros homens. Quando fala com alguém, confirma a existência e a identidade de tudo aquilo com que entrou em contato ou desocultou, além de explicitar sua própria existência. Não basta ao homem saber, conhecer ou ter contato com o que existe apartado de outros homens ou isoladamente. Ou seja, aquilo a que o homem se refere precisa ser visto e ouvido pelos outros. O que é desvelado/revelado pelo *testemunho* encontra-se à luz do mundo em sua manifestação e identidade. O movimento de *desvelar/revelar/testemunhar* é denominado por Heidegger (2001a) como *advento*.

Quando testemunhado, algo é referendado como verdadeiro por sua relevância pública. A este referendo público Heidegger (2001a) chamou de *veracização*. Aquilo que advém ao mundo, no seu trajeto de realização, tem com tarefa alcançar ser verdadeiro. Nada é verdade em si mesmo, necessitando ser *veracizado* a partir de um critério que se encontra fora dele mesmo. A veracização, deste modo, é o que autoriza algo a ser quem é ou como é. Aquilo que o público não *veraciza*, não considerando verdadeiro, perde a possibilidade de manifestar-se. Utilizar a relevância pública como critério de verdade abala princípios fundantes do processo epistemológico da modernidade. Nas sociedades ocidentais modernas, a ideia de verdade está associada ao conceito da identidade substancial do ente. Ou seja, algo só se torna verdadeiro se for universal, único, perene e absoluto. Considerar que algo é verdade pela relevância pública coloca em questão todas as teorias científicas e as metodologias investigativas e de intervenção no real que partem da premissa metafísica. Na modernidade, busca-se um critério de verdade e de ser que seja de natureza conceitual, afastando-se decididamente de perspectivas que partam da existência e da impermanência dos entes. Pelo olhar fenomenológico existencial, que considera que o conhecimento se funda na ontologia humana, não é mais pertinente a busca de um critério de verdade de fundamento conceitual. O critério de determinação da verdade na fenomenologia existencial é, no ôntico, a relevância pública, no entanto, ontologicamente, seu suporte é a coexistência. Ou seja, assenta-se na pluralidade, a condição do ser-aí é ser-com (HEIDEGGER, 2001a). Deste modo, a veracidade de algo, por esta perspectiva, não é alcançada pela precisão lógico-metodológica, porém por um movimento existencial que tem por fundamento a coexistência. A *veracização* de cunho existencial é o que abre o sentido do

ser (CRITELLI, 1996). Quando publicamente *veracizado*, torna-se *autenticado* (HEIDEGGER, 2001a).

A *autenticação* é a efetivação de algo em sua consistência, através da vivência afetiva e singular dos indivíduos (CRITELLI, 1996). Aquilo que foi *desvelado, revelado, testemunhado* e *veracizado* depende da *autenticação* para chegar a plena realização. A *autenticação* é obra do indivíduo, ao contrário da *veracização* que emana do público. Deste modo, é possível compreender que é somente o indivíduo que dá consistência às coisas. Se no *testemunho* e na *veracização* a coexistência tornou-se fundamento para o conhecimento, na *autenticação* a responsabilidade é deslocada totalmente para o indivíduo. Se expressam, nesta dimensão do movimento de realização do ser, diferenças fundamentais entre a fenomenologia existencial e a metafísica.

Na fenomenologia existencial a valorização do indivíduo se dá no movimento final do conhecimento, enquanto que na metafísica se busca a total superação do indivíduo. A individualidade é considerada empirismo e, deste modo, surge como demérito pelos preceitos aristotélicos. Além disto, sendo tarefa do indivíduo a *autenticação*, o seu estado de ânimo (*Befindlichkeit*) (HEIDEGGER, 2001a) adquire grande relevância. Algo só vem a ser *autenticado* mediante ao modo como o indivíduo está sendo afetado pelo fenômeno, ou pelos outros que estão no mundo junto a ele. Indo além, o estado de ânimo é aquilo que abre o mundo para as escolhas pessoais. Deste modo, considera-se que o conhecimento é sempre emocionado. Não se descarta a razão, porém a emoção possui, nesta perspectiva, a mesma valência. Por outro lado, na metafísica exige-se o expurgo das emoções. Busca-se a total neutralidade afetiva do pesquisador e a exclusão do fenômeno da rede de referências da qual faz parte.

Aquilo que se torna real precisa ser perpetuado para pertencer à história e ser elemento relevante na trama significativa do mundo. Para isto, é necessário que ocorra o que se denomina: *movimento de objetivação e objetividade* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). A objetividade do real, na perspectiva fenomenológica existencial, não pressupõe a interrupção do seu movimento de realização. Ou seja, aquilo que se torna real pode e, em certa medida deve, continuar se precipitando para o ocultamento, pois, se assim não for, corre o risco de se “desrealizar” (CRITELLI, 1986). A realização de algo não necessita apenas

da presença da coisa, como ocorre na metafísica. Porém, é fundamental a presença de um olhar que traz à luz esta coisa. Todo olhar, por condição, é impermanente, assim como a coisa que se realiza. O olhar torna-se olhar através da possibilidade de manifestação da coisa. Do mesmo modo, a coisa só se torna coisa pela presença deste olhar. Ambos ganham existência a partir deste mútuo acontecer. Este olhar não pode ser compreendido como um olhar individual, pois ontologicamente prevalece a coexistência. Considerando o real como fenômeno em realização, ele necessita de certa duração para não se desrealizar. Deste modo, o tempo integra a constituição do real. Esta duração do real implica uma objetivação (CRITELLI, 1986).

Para a metafísica, algo é real quando tem uma concretude e pode ser submetido a operações. Ou seja, nesta perspectiva, o real é empírico. Porém, é possível ir adiante desta empiria quando se evidencia que o caráter de objetividade das coisas, na metafísica, está relacionado à representação que se faz dela, mais que sua concretude. A representação da coisa, deste modo, refere-se ao conceito, àquilo que permanece perenizado. A objetividade seria atributo da representação e não da própria coisa. É na representação, portanto no conceito, que a coisa permanece.

Deste modo, sendo o conceito e, portanto, a imutabilidade das coisas que determina o estatuto de objetividade, esta não poderia, em hipótese alguma, recair sobre o homem, visto este viver na fluidez. Sendo assim, na ótica fenomenológica existencial só é possível uma objetividade existencial. Esta, diferente da proposta metafísica, pertence às coisas mesmas e não às representações. Seria uma objetividade fundada na presença e não no seu conceito (CRITELLI, 1986). Não estaria assentada na ideia de mundo, mas na trama de significações que fundamenta o próprio mundo, tornando-se presente nos bens de consumo, nos objetos de uso diário, nas obras de arte, nos discursos (ARENDT, 2002).

Para Arendt (2002), ao refletir o sentido de vida ativa, ou seja, a atividade do homem no mundo junto com os outros, existem três atividades fundamentais: *Labor*, *Trabalho* e *Ação*. O *Labor* é uma atividade assinalada pelas necessidades dos processos biológicos. É uma atividade que o homem compartilha com os animais, estando relacionada com a manutenção da espécie. Vem daí o termo *Animal Laborans* (ARENDT, 2002). Sua finalidade precípua, a manutenção da vida biológica, apenas se efetiva quando os objetos são

consumidos. Deste modo, referindo-se aos bens de consumo, sua presença é efêmera, de curta duração (CRITELLI, 1986), pois são rapidamente consumidos ou se deterioram. Em nossa experiência temporal ocupam o campo do imediato.

O Trabalho, ao contrário do Labor, não está, necessariamente, contido no repetitivo ciclo vital da espécie. É no *Trabalho* que o *Homo Faber* (ARENDT, 2002) cria coisas através da matéria prima extraída da natureza. Por essa condição, o homem cria um mundo de objetos compartilhados por outros homens. Refere-se à capacidade humana de transformação da natureza quando lançada no mundo. Tais objetos, ao contrário dos bens de consumo, não se deterioram, porém se desgastam pelo uso. Servem para viabilizar o modo de habitar o mundo, impondo-se sobre o ritmo da natureza (CRITELLI, 1986). Sua presença é dada pelo uso e pelo desgaste. Geralmente duram por gerações, servindo como informação para aqueles que ainda estão por vir de como se habitava o mundo antes deles. Na experiência temporal, ocupam o campo do intermediário.

A *Ação* seria a única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria. Diz respeito à condição humana de pluralidade, visto que são os homens, e não o homem, que habitam o mundo. Essa pluralidade é condição fundante para toda a vida política. Se no *Labor* o homem apresenta suas necessidades fisiológicas e no Trabalho ele expressa sua capacidade criadora, é na *Ação* que ele apresenta a si mesmo. É por ela que toma vulto a liberdade, visto a capacidade do homem, por essa condição, de conduzir-se ao seu próprio destino, manifestando, assim, sua forma única de expressão do existir. É no campo das ações que se torna possível resgatar o significado para a vida humana e, a partir disso, revelar-se como uma forma de ser única. O modo como os objetos são utilizados pelas pessoas ao longo da história vai delimitando a relação destas com os outros. Dito de outro modo, à medida que os tempos vão mudando e o uso dos objetos vai se alterando, as relações humanas vão se transformando. Sendo assim, o tempo em que as coisas aparecem e permanecem influencia os modos de coexistência.

Sintetizando o acima exposto, percebe-se que a temporalidade e a objetividade tem uma relação intrínseca. O real não pode, por esta perspectiva, ser objetivo de modo uniforme, como propõe a metafísica. Na fenomenologia existencial a objetividade é determinada por uma solidez e uma durabilidade precária – “que seja eterno enquanto

dure”. Quando objetivado, o real insere-se como ente constituinte e constituído pela trama significativa do mundo, sendo, deste modo, signo deste mundo (CRITELLI, 1996). Fora desta trama perde sua realidade e significação, tornando-se coisa nenhuma. Deste modo, no signo está contida a complexidade e a significação da trama a qual pertence. Encontra-se nele o registro, a conservação e a sinalização do modo de se habitar o mundo. Ou seja, enquanto signo, os produtos da atividade humana guardam o modo de ser destas atividades. Reúnem, em si, o que é e como é, além da utilidade que lhe é conferida, das formas pelas quais, coletiva e individualmente, os homens se mantêm na lida com ela e dos modos que estes se relacionam entre si, consigo mesmos, com o mundo e com a existência. Assim, todo signo, aqui compreendido como real objetivado, é mais que mera coisa, é o registro de um modo de se habitar o mundo e de se cuidar da existência (CRITELLI, 1996).

Por tudo que foi dito até então, percebe-se que o modo fenomenológico existencial de interrogar um fenômeno é mais uma orientação referente aos paradigmas que constituem o olhar que vê a manifestação do buscado, do que uma articulação metodológica de aproximação e interpretação do real (CRITELLI, 1996). Afasta-se, decisivamente, de procedimentos pré-definidos, assim como do regramento no caminho do interrogar. Caem por terra os instrumentais formalizados e os equipamentos uniformizados que não se ajustam as demandas do interrogar. Ao questionar sobre o sentido do ser de algo, a fenomenologia existencial busca trazer à luz o movimento fenomênico do aparecer do ser, a realização e a objetivação do real e a estrutura do cuidar, tendo sempre a compreensão de que faz parte do real interrogado.

O interrogar da crise

Cabe agora, após a apresentação da perspectiva metodológica⁵³, dizer de como se pretende trazer à luz a crise e as articulações possíveis entre cuidado e o Plantão Psicológico. Mantendo-se fiel à analogia sugerida na apresentação deste trabalho, o HU apresenta-se

⁵³Aqui compreendida como a “indicação de caminho a ser percorrido a partir da questão norteadora como pesquisa”.

como palco onde a “tragédia” é encenada, mas, simultaneamente, é também mundo onde a crise acontece e é explicitada na coexistência. Sendo assim, não há, nesta “tragédia”, a possibilidade de ser mero expectador. Como dito anteriormente, a neutralidade é impossível. Pelo testemunho de todos os “atores” institucionais a crise é tirada de seu ocultamento, sendo, muitas vezes, desejo unânime que ela se precipite rapidamente para o seu velamento, cumprindo a circularidade fenomênica do ser e aliviando a dor do desalojamento provocado. Estando à luz do mundo, a crise não denuncia apenas a sua existência, mas também a de todos que, naquele momento, vivem sua presença. Veracizada pela coexistência no ambiente hospitalar, assume sua vocação de abrir ao mundo o sentido do ser. Transitando do plural para o singular, a crise é autenticada no modo que cada um é afetado pela tragédia. Sendo assim, tocado pelo fenômeno e pelos outros que estão no mundo, constitui-se abertura privilegiada para escolhas mais pertinentes. Ou seja, nestas escolhas, o cuidado, convocado e exacerbado pela angústia que a crise desvela, é o que permite a cada um ser de modo mais próprio.

Desocultada pelo testemunho, a crise é expressa e acolhida através da linguagem. Revelada pela fala, torna-se possível dela cuidar. Desse modo, para os propósitos desta pesquisa, a narrativa do vivido pode mostrar-se fonte promissora para o interrogar aqui pretendido, visto dizer respeito a uma forma de comunicação na qual a matéria-prima trabalhada é a própria existência. Quando Heidegger aborda a ideia de “fenômeno” na primeira parte de *Ser e Tempo* (2001a), ele o faz tecendo aproximações com a ideia de “logos”. Se “fenômeno” é aquilo que se mostra, como anteriormente dito, “logos” é o discurso/fala que deixa e faz ver (FIGUEIREDO, 1994). Esta, ao contrário da linguagem, está destituída da condição de objeto de qualquer saber ou discurso teórico. Em uma de suas últimas conferências, intitulada “Tempo e Ser”, Heidegger (1962) sugere a atitude propícia diante da fala: *“Dou uma pequena pista para quem quiser escutar: não se trata de ouvir uma série de frases que enunciam algo; o que importa é acompanhar a marcha de um mostrar”*. (p. 35, tradução de Emildo Stein).

Sendo a fala a articulação de significados, através dela torna-se possível discutir o modo de ser de cada um na vida cotidiana e em que medida esse modo é afetado na situação de crise. A interpretação dessa fala implica em abster-se de qualquer concepção

pré-definida, fiel a um olhar fenomenológico sobre o procedimento clínico⁵⁴. Não se busca capturar a essência da fala para fixá-la em um conceito. Busca-se uma experiência com a palavra, algo que afete e mobilize os envolvidos: encontrar-se com outro na sua alteridade, colocar-se na escuta deixando-se atravessar pela fala, acolhendo-a em seu poder mais próprio (FIGUEIREDO, 1994). Deixando a palavra acontecer, abrem-se, ao falante e ao ouvinte, horizontes de visibilidade em que os fenômenos podem se mostrar, tendo o encontro como abertura de possibilidades.

Quem fala, fala a alguém. O ouvinte/pesquisador quando se coloca em uma escuta acolhedora, instituindo um espaço propício para que aquilo que é falado possa aparecer, inaugura uma relação com seu narrador/colaborador que traz em seu bojo valiosas revelações sobre como cada um vai vivendo a crise no hospital. A maneira como o narrador/colaborador se apropria do espaço disponibilizado e permite a emergência de sua fala no encontro com o ouvinte/pesquisador, pode revelar muito da singularidade de seu modo de habitar o mundo com os outros. Ou seja, no entrelaçamento das alteridades, brota uma fala e um modo de ser revelador que pode conduzir a uma interpretação.

Fiel à perspectiva fenomenológica existencial, a interpretação do fenômeno só pode ser feita na existência. Ou seja, aquilo que se mostra não é algo em si mesmo, pois precisa sempre de um olhar. O movimento de manifestação, no caso a crise, é também constituído pelo olhar do pesquisador. É, assim, plural. É somente na coexistência que se mostra possível construir uma interpretação para o modo de ser do homem na crise. Sendo assim, o pesquisador/ouvinte ocupa um lugar privilegiado para conduzir um questionamento sobre o fenômeno.

A forma de abordar o material, que traz em seu bojo a expressão do fenômeno, não se limita a uma trajetória pré-determinada. Envolve saltos e desvios que não garantem a chegada em nenhum lugar pré-estabelecido. Mediante o envolvimento com este material, reflexões vão tomando corpo. Sendo assim, várias podem ser as formas de aproximação com a matéria-prima a ser estudada, podendo alterar-se a cada encontro e desencontro entre pesquisador e questão. Diante do exposto, reforça-se a ideia de que uma investigação assentada em um método fenomenológico-existencial pode chegar a um lugar outro, ou

⁵⁴ Clínica, aqui, refere-se à atitude de debruçar-se em direção a cuidar.

diferente daquela conduzida por uma perspectiva metafísica, visto afastar-se da busca da substância que está por traz do aparente e que se torna patente no conceito.

Tendo o relato do vivido como matéria prima para o interrogar pretendido, parece pertinente tecer algumas considerações sobre o valor da narrativa e de como estaria sendo registrada a experiência humana na contemporaneidade.

A narrativa como modo de conhecer.

Walter Benjamin, proeminente pensador alemão do século XX, desde cedo recebeu a influência das ideias de Nietzsche e do socialismo de Marx. Seu nome aparece sempre associado à Teoria Crítica e a Escola de Frankfurt, da qual foi mais um inspirador do que um membro. Ao longo de sua carreira foi desenvolvendo uma crítica contundente a certos aspectos da modernidade. Segundo ele, o modo como a sociedade moderna se estrutura conduz a uma desvalorização da experiência como algo único e pessoal. A experiência se degrada frente à tendência da modernidade de se relacionar de forma massificada e técnica com o mundo que nos rodeia.

O progresso das técnicas de reprodução na contemporaneidade tende a destruir aquilo que chamou de “aura” (BENJAMIN, 1985) das obras de arte, aniquilando o seu caráter de raridade. Corrobora para isto, também, a tendência moderna de tentar trazer o distante para próximo, expresso em nosso tempo na crescente globalização, assim como a tendência para captar o semelhante no mundo em detrimento do caráter único⁵⁵. Quando a obra de arte perde seu atributo “aristocrático” e “religioso”, que faz dela algo para poucos e objeto de culto, vai, paulatinamente, ocorrendo modificações na percepção estética da sociedade. Tal conjuntura conduz ao crescente predomínio da informação, caracterizada pela necessidade de uma verificação imediata, ou seja, de ser plausível em seu conteúdo e compreensível “em si e para si” (BENJAMIN, 1985).

⁵⁵ Aqui é possível estabelecer uma relação com o que foi dito na apresentação deste trabalho, que considera que o processo epistemológico da modernidade é determinante para a relação de exclusão com o diferente, no intuito de preservar certo apaziguamento e fugir da angústia deflagrada pela alteridade. Na modernidade, o singular e autêntico é potencialmente ansiógeno, e, deste modo, é cuidadosamente negligenciado.

A vigência da informação no mundo moderno colabora para que o homem deixe de interpretar a história. Consequentemente, deixa de se implicar com ela, havendo um progressivo processo de alienação. Neste contexto, a importância da narrativa como experiência vai, paulatinamente, perdendo seu valor. O declínio da narrativa faz com que as pessoas se afastem do passado e de suas tradições, contribuindo para que o mundo atual seja tão impessoal e destituído de singularidade. Benjamin traz, como exemplo deste movimento, o romance, gênero literário que começa a tomar força no início da era moderna. Segundo ele, o que distingue o romance da narrativa é o fato dele não se derivar da tradição oral, patrimônio da poesia épica. O narrador retira da própria experiência o conteúdo da sua narração, enquanto o romance está essencialmente vinculado ao livro (BENJAMIN, 1985). Se o sistema corporativo medieval favoreceu o surgimento da narrativa, através da figura do camponês sedentário e do marujo viajante, a evolução das forças produtivas favoreceu a primazia do romance. O cronista, na era moderna, é o que mais próximo consegue chegar da arte de narrar, pois quando conta uma história está liberto da explicação verificável, marca da informação e obrigação do historiador.

A informação é efêmera, visto estar associada ao presente imediato. Por outro lado, a narrativa, ao contrário da informação, não está vinculada ao tempo presente. Sendo assim, ela preserva seu poder de promover reflexões e mudanças ao longo do tempo. Essa perenidade da narrativa se justifica pelo fato dela nada explicar, cabendo ao ouvinte tecer sua compreensão. A possibilidade de não trazer em seu bojo uma “análise psicológica” conclusiva ou uma “moral da história”, como nos romances, acaba facilitando a permanência viva do relato na memória do ouvinte que, forçosamente, acabará tendendo a transmiti-la a outro, devidamente impregnada e transformada pela sua própria vida. Nas palavras de Morato & Schmidt, *“Plural e única, a narrativa amalgama a sabedoria e o desconhecido, o refletido e o vivido, o lembrado e o esquecido”* (1999, p.127).

Por esta perspectiva, a narrativa constitui-se como uma forma privilegiada de se construir, refinar e elaborar o vivido e a memória. Ou seja, no trabalho de construção da narrativa está implicado um movimento constante de construção e reconstrução, que condensa a experiência vivida do narrador. Frente a essa incorporação do vivido, todo narrador ocupa o lugar de autoridade, visto que sua experiência de vida o autoriza a falar por todos e por cada um. Essa característica da narrativa, por si só, justifica sua utilização

como forma de compreender a experiência da crise no contexto hospitalar. O espaço hospitalar, evidentemente marcado pela égide da informação e da tecnicidade, tende, como já mencionado, a não valorizar o conhecimento tácito (POLANYI, 1958, 1960), ou seja, o conhecimento estritamente pessoal, obtido pela experiência e, portanto, pré-representacional e indizível, como afirma Figueiredo (1996). A não valorização desse conhecimento, constituído a partir de capacidades afetivas, cognitivas, motoras e verbais do sujeito, contribui para a ampliação do processo de desapropriação desse sujeito como conhecedor, podendo dificultar as possibilidades de trânsito pela crise. Tal fato conduz à eleição inequívoca da palavra do especialista em detrimento do discurso leigo.

A narrativa, denominada nos meios de pesquisa de “história oral”, sempre teve um papel fundamental na construção do saber. Heródoto, considerado o pai da história enquanto disciplina, apontava a narrativa como a base para descrever a verdade que se via. Alguns pesquisadores a consideram a técnica por excelência, principalmente por se contrapor à aridez das medidas quantitativas, que se mostram extremamente limitadas para as ciências humanas. Dentro da concepção de ciência proposta pela metafísica, pode-se questionar sua validade pela presença maciça do subjetivismo do informante, deturpando, assim, a objetividade do relato. No entanto, isso que é visto como grave defeito é o que torna ainda mais sedutora sua utilização quando se assume uma perspectiva fenomenológica existencial. Considerando a crise como a ruptura da malha de sustentação existencial, que lança a pessoa em uma condição de ampla abertura, a narrativa contribui para transformar o “indizível em dizível” (QUEIROZ, 1987), favorecendo, deste modo, o trânsito pelo acontecimento. O estabelecimento dessa nova forma de entendimento entre objeto pensado e sujeito pensante, que permite incorporar o subjetivismo às formas de conhecimento, tenta abarcar, de maneira mais fidedigna, a complexidade do real. Na concepção tradicional de ciência, só se “consegue ver aparências ingênuas na realidade complexa dos nossos seres, das nossas vidas e do nosso universo” (MORIN, 1982, p.25).

Após ter apresentado a perspectiva metodológica e a importância da narrativa, cabe, neste momento, abordar a descrição do método.

O método descrito

O método utilizado foi francamente assentado na pesquisa qualitativa, amparada na abordagem fenomenológica da existência humana. Surgiu como um movimento reformista no início dos anos 70 do século passado, abrigando grande variedade de estudiosos. Deste modo, é um terreno fecundo para a crítica social, afastando-se de uma teoria social, metodológica ou filosófica específica.

Muitos são os motivos para a utilização das metodologias qualitativas, sendo os principais a fidelidade em relação aos fenômenos e o respeito pela experiência de vida e aos detalhes do cotidiano. Sendo assim, tal perspectiva constitui-se como fórum privilegiado para debates sobre os objetivos das ciências humanas, dando ênfase ao significado de conhecer o mundo social (SCHWANDT in DENZIN, 2006). Além disto, através dela torna-se possível realizar experimentações com metodologias empíricas e estratégias inspiradas pelos pensamentos pós-modernista e pós-estruturalista (SCHWANDT in DENZIN, 2006). Existem, basicamente, três perspectivas filosóficas relevantes que orientam na atualidade a pesquisa qualitativa. São elas: Interpretativismo, construcionismo social e a Hermenêutica. De maneira geral, apesar das notórias diferenças, possuem compromissos em comum: assumem uma postura crítica ao cientificismo e rejeitam a ideia de um eu desengajado, instrumental e controlador (SMITH, 1997; TAYLOR, 1995). Tais perspectivas têm como fundamento a preocupação com a compreensão do que os outros seres humanos estão fazendo ou dizendo (SCHWANDT in DENZIN, 2006), porém cada qual lida de maneira diferente com tal preocupação. Todas elas são atravessadas por questões norteadoras: a definição do que entendem por “compreensão” e como justificam as alegações do “compreender”; a formulação, em linhas gerais, do projeto interpretativo; e como preveem e ocupam o espaço ético no qual os pesquisados e pesquisador relacionam-se na ocasião da pesquisa (SCHWANDT in DENZIN, 2006).

O interpretativismo, assim como a hermenêutica, surgiu no final do século XIX e início do século XX como uma reação ao positivismo e, mais tarde, ao positivismo lógico. Ambas partem da ideia de que as ciências sociais possuem diferenças importantes em relação às ciências naturais quanto à natureza e à finalidade. No interpretativismo assume-se a ideia

de que a ação humana é inerentemente significativa e, sendo assim, é diferente dos movimentos dos objetos físicos. Considera que para entender uma ação social é necessário que o pesquisador compreenda o significado que constitui esta ação. Ou seja, para entender o significado de uma ação é preciso compreender a consciência ou intenção subjetiva de seu autor. Uma ação humana torna-se significativa quando expressa um conteúdo intencional que aponta o tipo da ação. Este significado só pode ser compreendido dentro de um sistema de significados ao qual esta pertence. Deste modo, assume-se o interesse em compreender a constituição do mundo subjetivo cotidiano. Busca-se compreender como o homem chega a considerar significativa sua própria ação e a de outros, através da reconstrução da gênese dos significados objetivos da ação, que são captados na comunicação intersubjetiva dos indivíduos no mundo com os outros. Esta comunicação intersubjetiva se expressa, por exemplo, através da linguagem, podendo ser abordada, como propõe Wittgenstein (2009), como ação humana e, deste modo, passível de ser governada por regras pautadas pelo sistema de significados ao qual ela pertence (SCHWANDT in DENZIN, 2006).

Os interpretativistas acreditam que é possível compreender o significado subjetivo da ação de maneira objetiva. O significado que o pesquisador apreende é considerado o significado original da ação. Para que não haja equívocos na interpretação do significado original, deve-se utilizar algum tipo de método. Este é um meio que possibilita ao pesquisador declarar uma atitude puramente teórica de observador. Esta atitude não contradiz o fato de que, para compreender os significados intersubjetivos da ação humana, um dos requisitos metodológicos do investigador possa ser sua “participação” nas experiências de vida dos outros (SCHWANDT in DENZIN, 2006).

O construtivismo social, segunda perspectiva filosófica que orienta a pesquisa qualitativa, acredita que, de certo modo, todos são construtivistas, pois a mente humana está sempre ativa na construção do conhecimento. Ou seja, a mente humana, quando recebe as impressões provenientes do mundo, forma, de maneira ativa, abstrações ou conceitos. Deste modo, o conhecimento não é algo passivo, meramente encontrado no mundo, pois exige um trabalho de construção e elaboração. Estas construções são constantemente testadas e modificadas no encontro com a experiência. Além disto, acrescentam-se as dimensões histórica e sociocultural neste intrincado processo de construção. Tal perspectiva rejeita a epistemologia empírica e realista ingênua que acredita

que possa haver entendimento direto, não mediado, do mundo empírico (SCHWANDT in DENZIN, 2006). Ou seja, há uma total negação de uma ontologia do real.

Os construtivistas acreditam que a linguagem pode ser compreendida como “[...] *uma gama de atividades nas quais expressamos e imaginamos um certo modo de estarmos no mundo*” (SCHWANDT in DENZIN, 2006, p. 202). Deste modo, a linguagem não é uma ferramenta para adquirir conhecimentos acerca do mundo enquanto processo objetivo, e nem é um instrumento para ordenação das coisas do mundo. No entanto, é aquilo que permite a revelação do mundo humano (TAYLOR, 1995). Neste ponto, e apenas neste ponto, é possível apontar uma similitude com Heidegger (2001a), quando afirma que a fala é a morada do ser. Do mesmo modo, como será apresentado mais adiante, há uma similaridade com os escritos de Gadamer e a hermenêutica (2008, 2010), quando acredita no potencial da linguagem para revelar a verdade e o significado.

Como última perspectiva filosófica relevante que orienta a pesquisa qualitativa, apresenta-se a hermenêutica filosófica. Esta tem como principal expoente Gadamer (2006, 2008, 2010) e Taylor (1995). Adota como base teórica os escritos de Heidegger, e, deste modo, é a mais proeminente para este trabalho. A hermenêutica afasta-se do interpretacionismo e do construtivismo social, visto que ambas assumem uma epistemologia cartesiana. Parte da ideia de que a compreensão, como já apresentado nas primeiras linhas deste capítulo, não é algo que possa ser obtido através de procedimentos técnicos, sendo, na verdade, uma condição básica da experiência de vida e, deste modo, disponível a qualquer homem. A compreensão sempre vai ser uma interpretação⁵⁶. Esta nunca vai ser uma atividade isolada, mas uma “*estrutura básica de nossa experiência de vida*” (GADAMER, 1970, p. 87), em que algo vai sempre ser tomado por algo (GADAMER, 1970).

No caminho do interpretar, a tendenciosidade e o preconceito sócio histórico não são considerados algo que deva ser extirpado do pesquisador, no intuito de preservar uma suposta pureza do conhecimento. Assume-se que a tradição não é algo externo, objetivo e pertencente ao passado, do qual possa ser possível se livrar ou se distanciar (GADAMER, 2008, 2010), mas uma força viva que permeia toda a interpretação (GALLAGHER, 1992). A

⁵⁶ Partindo desta concepção de Gadamer, os termos “compreensão” e “interpretação” vão ser utilizados como sinônimos.

compreensão, deste modo, necessita do engajamento das tendenciosidades do indivíduo para poder abrir caminho, mesmo que experiencialmente, no pensamento cotidiano, na conversação e na ação (GARRISON, 1996). Busca-se uma atitude reflexiva com os preconceitos herdados historicamente, tentando mudar aqueles que dificultam a compreensão dos outros e a de nós mesmos. Deste modo, mesmo que os preconceitos sugiram as concepções iniciais para a interpretação de um fenômeno, o pesquisador, sabendo estar submetido à tradição que condiciona o encontro com a matéria prima de sua pesquisa, disponibiliza-se, por esta via, a experimentar a quebra do caráter dogmático de suas tendenciosidades, evidenciando o caráter fluído e impermanente deste modo de compreender. Somente em um encontro dialógico com o que não é compreendido é possível constituir uma abertura para testar ideias preconcebidas e o preconceito. Neste sentido, a compreensão é algo que surge no diálogo, não podendo ser atingida através da análise do diálogo que se procura compreender (SCHWANDT in DENZIN, 2006). Ou seja, o significado buscado em uma ação social, por esta perspectiva, só vai existir na ocasião específica da compreensão, se opondo a um realismo ingênuo ou objetivismo. Se expressa, deste modo, nítida ruptura com os interpretativistas, que acreditam que a ação humana possui significado passível de ser determinado ou decidido pelo pesquisador. Assume-se, como já dito anteriormente, que não existe uma interpretação definitivamente correta, pois quando se busca a coisa em si mesma, esta será vista à luz de horizontes sempre mutáveis e de diferentes questionamentos que o momento irá despertar. Na ausência de um universalismo generalizante, vai se construindo uma fusão de horizontes, onde o significado, longe de ser “descoberto” pelo pesquisador, é negociado mutuamente no ato da interpretação, afastando-se da pretensão de uma compreensão definitivamente correta. Acreditar na existência de uma interpretação correta torna-se inadmissível, pois pressupõe que o fenômeno pesquisado tenha um significado em si mesmo que possa ser isolado dos prejulgamentos do pesquisador (BERNSTEIN, 1983). Grondin (1994) afirma que *“quanto a sua forma, a compreensão lembra menos o entendimento de um conteúdo, um significado noético, do que a participação de um diálogo”* (p. 117).

A compreensão que surge do diálogo será sempre uma aplicação (SCHWANDT in DENZIN, 2006). Ou seja, no ato de compreender não há duas etapas distintas: a aquisição da compreensão e, em um segundo momento, a aplicação dessa compreensão. Ambas

acontecem simultaneamente “no” e “sobre” o mundo, revelando a nítida influência, como anteriormente apresentado, dos escritos de Heidegger. Nesta pesquisa, é possível ilustrar este movimento na atitude cartográfica dos psicólogos plantonistas, que, estando lançados no universo institucional, vão tecendo compreensões que ampliam a *“consciência interior, a qual, como uma nova experiência, penetra na textura da própria experiência mental”* (GADAMER, 1981, p. 109 – 110), derrubando preconceitos e orientando, naquele momento, atos de sua práxis junto aos atores institucionais, modificando o contexto e instalando aberturas de possibilidades. Resumidamente, é possível dizer que na hermenêutica filosófica a compreensão é “vvida”, levando a uma modificação do pesquisador que orienta o seu caminhar pela pesquisa. É um conhecimento político-moral, que é, ao mesmo tempo, agregado e dedicado a escolhas práticas.

De maneira geral, é possível conceber que a tarefa da hermenêutica filosófica, como afirma Gadamer (2008), não é o desenvolvimento de um procedimento de compreensão, porém esclarecer as condições em que ocorre esta compreensão. Busca-se compreender o que está envolvido no processo de compreensão (MADISON, 1991), afastando-se de um regramento metodológico que o pesquisador deva aplicar ao fenômeno para resolver mal entendidos ou resgatar os significados corretos das ações humanas.

Após esta breve apresentação, parece ser possível iniciar a descrição dos passos envolvidos no recolhimento e interpretação da matéria prima que comporta a experiência vvida, que, pretende-se, possa conduzir o interrogar sobre o ser da crise no HU. Por tudo que foi acima dito, busca-se esta matéria prima na narrativa, considerando-se que é possível conhecer a situação de crise a partir da experiência narrada. Acredita-se que, através dela, possa ser possível acessar o vivido como experiência pré-conceitual, pelas compreensões significativas, muito além do significado expresso, podendo constituir-se um conhecimento reflexivo e comunicável: a tensão entre o tácito e o explícito a ser tematizado.

O modo de abordar o material está pautado na perspectiva fenomenológica existencial, e, como já apresentado, não se limita a uma trajetória pré-definida. O envolvimento com o material pressupõe saltos e desvios que não garantem a chegada em um lugar pré-estabelecido. À medida que vai se ampliando o contato com o material colhido, vão surgindo interrogações que vão apontando o sentido do pesquisar. Neste caminho,

reflexões vão adquirindo formas. Vários são os modos possíveis de se apropriar da matéria prima trabalhada, podendo ser alterados a cada passagem pelo material. Acredita-se que a experiência contida nas narrativas possa, como afirma Benjamin (1985), conter um valor humano e, mesmo em uma amostragem reduzida, seja possível chegar a considerações que expressem um caráter que contemple a humanidade do homem (CAUTELLA JR, 2003). Tais narrativas vão ser buscadas nos diários de bordo dos psicólogos plantonistas que atuam no Serviço de Plantão Psicológico do HU. Deste modo, cabe agora elucidar o que vem a ser um diário de bordo.

Consiste, como ferramenta, na narrativa de uma experiência profissional, realizada, diferente da narrativa oral, de maneira escrita pelo próprio protagonista, guardando, deste modo, uma perenidade maior. Como tal, busca intercambiar a situação vivida. Embora possa erroneamente parecer, não é uma tarefa fácil. Como já dito, há na modernidade uma dificuldade progressiva de se exercer uma *“faculdade que nos parecia segura e inalienável: a faculdade de intercambiar experiências”* (BENJAMIN, 1985, p. 198). Narrar, no intuito de compartilhar a experiência, pressupõe que o vivido seja revisitado pelo narrador, levando-o novamente a ter que lidar com as afetações mobilizadas. Sendo assim, narrar é “viver duas vezes” e, dependendo daquilo que é narrado, pode ser uma experiência prazerosa ou custosa, porém nunca indiferente. Por esta via, surge mais um fator que pode contribuir para o declínio da narrativa em nossos tempos. Cada vez mais o homem moderno tenta, inutilmente, fugir de suas afetações, no intuito de manter-se apaziguado em um mundo vivido como inóspito. No caso da matéria prima utilizada por esta pesquisa, os diários de bordo, esta é uma questão relevante, pois são testemunhos de profissionais que, por dever de ofício, se disponibilizam frente a situações desagregadoras e, portanto, doloridas. Geralmente trazem em seu bojo o testemunho da dor alheia, mas, sendo o profissional suscetível a tudo que o rodeia, condição precípua para o narrar⁵⁷, invariavelmente expressam também a própria dor no difícil ofício de testemunhar a “tragédia”.

O diário de bordo, por este sentido, comunica muitas histórias diferentes. Não apenas dos “personagens” narrados, mas também a história daquele que narra, que, de maneira ora sutil ora despudorada, se mostra na sua narrativa. Eis aí uma característica

⁵⁷ E para a atenção psicológica como aqui concebida.

marcante do diário de bordo. Este não é uma mera descrição de algum acontecimento, como seria preconizado por um olhar da modernidade sob a égide da informação (BENJAMIN, 1985), porém é uma exposição do vivido que revela a trama de relações e afetações do ocorrido. Possui caráter biográfico, podendo ser um meio de criação de sentido para a experiência vivida. Cabe citar Amaral (2000) que aponta que aquilo que está escrito torna-se independente de seu autor e, ao mesmo tempo em que denuncia a ausência deste, inaugura outra presença: a possibilidade de se dar a ver como sentido originário.

Para esta pesquisa tal qualidade é valorizada, pois permite, nesta miríade de perspectivas, a exposição da crise por múltiplos ângulos. Desvela-se não só a crise do paciente, de seus acompanhantes, da equipe médica, mas também a crise do psicólogo plantonista que, como já dito, inicia sua “*démarche*”⁵⁸ (LEVY, 2001) em um lugar indiscutivelmente árido e inóspito. Revelam-se os modos de estar em situação⁵⁹, as afetações, os sentidos ou as inevitáveis ausências destes. Enfim, o diário de bordo surge como o revelar de um caminho, através das marcas deixadas por este caminhar e das cicatrizes produzidas pelos inevitáveis encontros com aquilo que está dado no mundo.

O diário de bordo mostra-se instrumento pertinente à perspectiva teórica assumida para o interrogar, pois, como afirma Lourau, surge como uma “*escrita quase obscena, violadora de neutralidade*” (1993, p. 71), desvelando a impossibilidade da imparcialidade e a ruptura com a normatização, resultado da tradição científica ocidental. Sendo assim, o diário de bordo não é um texto institucionalizado, pois, invariavelmente, expõe todas as contradições existentes no narrador, denunciando a impossibilidade de qualquer análise desnaturalizada (LOURAU, 1993). Reforça-se o que foi dito por Benjamin (1985) sobre a narrativa, apresentando-a como uma forma artesanal de comunicação, que não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório.

Nesta pesquisa, vão ser utilizados alguns diários de bordo escolhidos ao longo da grande amostragem do material, visto o projeto de plantão psicológico no HU acontecer

⁵⁸ O termo “*démarche*”, usado originalmente por Levy, significa literalmente “primeiros passos de uma criança”. Aqui é utilizado para expressar os “primeiros passos” de uma clínica que solicita o espantar-se, “resgatando a atenção curiosa de uma criança” (AUN, 2005, p. 18).

⁵⁹ Estar em situação é revelado pela narrativa no plano ôntico, dando a ver modos do humano ser *em situação (mundo) com outros*.

desde o ano de 2007, tendo um número considerável de plantonistas passado por ele. Tais diários foram escolhidos pela relevância na explicitação da crise enquanto acontecimento que desaloja pela ruptura da malha existencial do envolvidos, lançando-os a uma situação de ocultamento de sentido.

Os diários de bordo serão apresentados na íntegra, mantendo a total fidedignidade da narrativa recebida. A única exceção referiu-se à alteração dos nomes dos depoentes, tanto dos plantonistas como dos clientes, visando garantir o anonimato. Tais diários só se constituíram como matéria prima a ser interrogada após a devida autorização de seus autores. Todos os narradores foram esclarecidos acerca de cuidados nesta metodologia, bem como acerca da interrogação pertinente à pesquisa.

Após a apresentação integral, fragmentos destes diários serão resgatados, iniciando um diálogo entre pesquisador e narrativa, levando a uma interpretação possível. Considerando que um texto nunca se esgota nas intenções de seu autor, como propõe Gadamer (2008), buscam-se novos significados, muitas vezes não imaginados pelo articulista. Neste movimento, mesmo que de forma tácita, também estará presente o diálogo com autores que transitam pela questão norteadora, contribuindo para a construção da interpretação. Dito isto, o próximo capítulo refere-se à apresentação dos diários de bordo escolhidos e as interpretações possíveis.

CAPÍTULO IV

TRAGÉDIAS CRÍTICAS: CRISE EM AÇÃO...

Se nos capítulos anteriores a crise foi apresentada de maneira discreta, quase asséptica, agora, com a ajuda dos diários de bordo, torna-se possível apreciá-la encarnada no vivido.

Apropriando-se das narrativas como fragmentos de uma existência, se desvela a dinâmica fenomênica da crise no HU, através de suas interpretações possíveis. Para cada diário de bordo será atribuído um título que tenta, na medida do possível, sintetizar a relação dos protagonistas com a crise, assim como a função do narrador no projeto de Plantão Psicológico no HU. Além disto, as narrativas serão apresentadas como “episódios”. As tragédias gregas, fio condutor deste trabalho, são compostas por versos arranjados em combinações possíveis de sílabas curtas e longas. Não há atos, mas uma alternância de partes faladas pelos atores ou pelo *corifeu*, e de partes líricas cantadas pelo coro. As partes faladas, chamadas *episódios*, são diálogos escritos, geralmente em trímetros iâmbricos⁶⁰, podendo seu número variar de dois a cinco (THIERCY, 2009). Afastando-se do sofisticado preciosismo da composição trágica, parece possível considerar os diários de bordo apresentados como *episódios*, principalmente assumindo, como propôs Téspis⁶¹ por volta da metade do século VI a. C., que é tarefa do ator trágico recitar um “prólogo” e uma “narração”. O “prólogo” consiste, basicamente, em expor a ação ou o desfecho da tragédia.

⁶⁰ Versos de três pés, com uma unidade breve seguida de uma longa.

⁶¹ Poeta ateniense considerado o pai da tragédia por ter acrescentado a fala ao canto do ditirambo, espécie de balé, de poema cíclico cantado e dançado por um coro em honra de um herói ou de um deus (THIERCY, 2009).

EPISÓDIO UM:**O INAUDÍVEL “RUÍDO DA DOR”****Autor: Supervisor de Campo**

Naquele dia, Lara estava sem dupla. Voltava confusa de um atendimento que fizera junto com outras duas estagiárias. Lara sempre esteve presente nos plantões... mas parecia também sempre bastante dispersa!... Ela estava confusa e se questionava: será que precisavam mesmo dela naquele espaço? Quando Lara ia retornar ao trio, convidei-a a ficar comigo.

Segura, a fim de segurar a timidez adolescente de Lara, entramos no “salão” do Pronto Socorro. O som era dominado por um ruído de uma voz rouca, velha e feminina... parecia clamar de dor. Era um ruído que chamava atenção! A senhora, já bem idosa, tinha o corpo meio contorcido não se sabia se pela idade, se por uma doença, ou por uma manifestação de dor. Deitada numa maca no centro do PS, ela parecia quase inconsciente, ou melhor... parecia saber pouco ou não se dar conta de onde estava. Fazia muito barulho... o som era forte e perturbador.

Como seria não poder sair daquele ambiente com tal barulho? Como seria conviver 20 ou 30 horas com este ruído de dor?... Médicos e enfermeiros pareciam não ouvir. Outros pacientes e acompanhantes pareciam mais incomodados com a falta de silêncio do que com o ruído-da-dor. E nós? Andávamos pelo PS, como se o ruído não fosse.

Eu tentava caminhar com mais segurança do que os ombros tímidos de Lara. Circulando e atentas aos olhares “solicitantes”, nenhum nos chamou atenção. Talvez o ruído-da-dor não deixava espaço para qualquer outro ruído no olhar. Sugerir: que tal nos aproximarmos da acompanhante daquela senhora que berra? Uma sugestão ousada!... Afinal nos aproximaríamos do foco do ruído. Mas... se ninguém daquele ambiente parecia se mostrar amolado por aquele som tão constrangedor, como seria estar acompanhando-o? Aproximamo-nos. A moça acompanhante, filha daquela senhora, estava à cabeceira da maca, com a cabeça meio apoiada e olhar distante, acariciava o braço da mãe. Com nossa presença branca, rapidamente começou a nos explicar a doença da mãe. Ela explicava o ruído e o constrangimento... e não poderia ser diferente!... Sejamcoerentes: nossa atenção

foi direcionada a ela e não aos outros muitos do PS exatamente por termos sido convocadas pelo ruído-da-dor. Tão logo, sabemos que o som já era tão constante na vida daquelas senhoras, que os vizinhos já estavam compreensivos.

De pronto, dei foco à filha que dizia da convivência de uma mãe que adoecia em casa, envelhecendo a cada dia. Era uma moça de meia idade. Filha única, foi adotada ainda pequena. Sentia a mãe a cada dia mais distante, que já não queria sair de casa nem para tomar sol como de costume fazia.

Eu, atenta ao sofrimento da filha, deixei que ela contasse da sofrida rotina que vinha vivendo. Mas sua fala era por vezes interrompida por Lara, que parecia teimar na “história de vida” da acompanhante... da adoção etc... O que pretendia Lara? Encontrar uma “queixa psicológica” talvez?... Lara não percebia naquela rotina marcada pelo ruído-da-dor, que a acompanhante já dizia do grande sofrimento “psíquico” que tanto tentava investigar. Mas Lara está apenas aprendendo... Tentando ensiná-la e atingir a ambas, apontei o óbvio: hoje, aquela moça de meia idade cuidava com tanta dedicação da mãe que um dia a escolheu para cuidar.

Foi quando a filha descobriu nossa especialidade: éramos psicólogas. “É bom ter psicólogos aqui. Querem falar com minha mãe? Ela pode ouvir.”. Sem desviar o olhar, eu disse com muita segurança: “Não vejo necessidade, você tem cuidado bastante dela. Estamos aqui por você”. Aí... no meio daquele PS cheio de anônimos... a moça iniciou seu choro doído... o choro-da-dor?... Ela pedia desculpas, porque não encontrava o que dizer. “Estamos também para o seu silêncio”. Por um instante, tive a impressão de que o ruído-da-dor calava-se diante do silêncio daquela que a acompanhava já há tanto tempo. Ouvia apenas o silêncio molhado da moça, quando Lara não se conteve e o interrompeu com alguma outra pergunta qualquer. Lara parecia suportar mais o ruído-da-dor do que o silêncio do choro.

A moça então voltou a contar de sua rotina... agora de maneira mais sentida... é verdade!... Dizia das coisas que a mãe ia gradativamente deixando de fazer, como sentar na varanda, tomando sol e contando histórias. O “tomar sol” era importante para a saúde dela, diziam os médicos. Mas a moça dizia de um desejo de viver mais uma vez aquele ritual. E foi com ele que encerrei o atendimento: convidar a mãe dizendo daquele seu desejo talvez fosse

mais importante para as duas, naquele momento, do que tentar convencê-la a cuidar de si. “É!... Vou tentar!”, disse a moça, como se eu tivesse lhe passado mais um receituário.

Já estava na hora de ir. Ela agradeceu nossa presença e disse da importância de nosso trabalho. Expliquei do atendimento em plantão psicológico no IPUSP e de como ela poderia usufruir dele, quando achasse necessário. Ela agradeceu mais uma vez.

Sáímos. E lá ficou novamente aquele ruído ainda ecoando pelos cantos do salão...

Na narrativa, crises múltiplas se expressam, confirmando a vocação do hospital como palco privilegiado para a encenação de inúmeras “tragédias”. A psicóloga plantonista, a audiência, a acompanhante, o supervisor de campo, a equipe de saúde e, ainda que alheia a tudo, a paciente, vão apresentando seus modos particulares de lidar com a situação crítica, levando à imbricação das crises pela inevitável afetação por estarem todos lançados em um mesmo mundo.

Desde o princípio, o supervisor de campo, por dever de ofício, está atento ao modo que a psicóloga plantonista, ainda em formação, vai transitando pelo ambiente hospitalar. Vivendo de maneira inóspita sua práxis e o cotidiano/palco de sua atuação, Lara não consegue alojar-se e encontra na dispersão um modo possível de estar “*sempre presente*”. Envolvida pelo insólito da situação, que não encontra nos modos habituais do cotidiano nada que possa trazer acalento para o momento, Lara deixa-se levar por um sentimento de impotência e inadequação, não reconhecendo o quanto a circunstância em que se encontra é realmente limite. Nesta “crise de identidade”, típica dos “*adolescentes*”, sem saber *quem é* ou *o que fazer*, ora deseja fugir dos encontros desfavoráveis, alegando a inutilidade de sua presença no hospital, ora tende a ir de encontro a eles: busca organizar e dar sentido à vida alheia para apaziguar seu próprio caos? Neste movimento, pendular entre repulsa e aproximação, carente de ferramental que possa trazer algum sentido para aquele momento, busca aplacar o desconforto de se ver lançada no nada, visto que coisa nenhuma que venha do mundo mostra-se pertinente.

Naquele dia, Lara estava sem dupla. Voltava confusa de um atendimento que fizera junto com outras duas estagiárias. Lara sempre esteve presente

nos plantões... mas parecia também sempre bastante dispersa!... Ela estava confusa e se questionava: será que precisavam mesmo dela naquele espaço?

Acometida de súbita coragem, respaldada pela presença do supervisor de campo que a convida ao desafio, vai de encontro àquilo que todos, como modo de preservação, tendem a ignorar. Neste ponto, cabe apontar a importância do supervisor de campo, que investido de um suposto saber – quase seguro, “*a fim de segurar a timidez adolescente de Lara*” - afiança os arroubos de coragem da psicóloga plantonista em formação, permitindo o exercício e o cultivo dos ainda poucos recursos de sua pupila: “*convidei-a a ficar comigo*”.

Andávamos pelo PS, como se o ruído não fosse.[...]Sugeri: que tal nos aproximarmos da acompanhante daquela senhora que berra? Uma sugestão ousada!... afinal nos aproximaríamos do foco do ruído. Mas... se ninguém daquele ambiente parecia se mostrar amolado por aquele som tão constrangedor, como seria estar acompanhando-o?

Vendo-se lançada no epicentro da crise, busca se valer dos artifícios obtidos na academia para, inutilmente, tentar proporcionar amparo para si mesma. À mercê de sua própria crise, a psicóloga plantonista não consegue se abrir para as emergências alheias, restringindo-se a buscar na vastidão do “*ruído da dor*” e do “*silêncio do choro*”, ambas inexoráveis e absolutas, uma boia de salvação que pudesse dar parâmetros, trazer segurança e acalento neste momento crítico. No entanto, nada se mostra suficiente para este intento, restando-lhe refugiar-se nos estereótipos da profissão, que precisa honrar por ser uma “*presença branca*”. Trajar-se de branco em um hospital é dizer à assistência que se está disponível, e, deste modo, isto precisa ser honrado de alguma forma. Se de um lado a acompanhante, de pronto, fala da doença e do doente, por outro, Lara parece impor-se em sua especialidade e vive o peso de ostentar o avental dentro de um hospital, alvo de todas as demandas e apelos.

Mas sua fala era por vezes interrompida por Lara, que parecia teimar na “história de vida” da acompanhante... da adoção etc... O que pretendia Lara? Encontrar uma “queixa psicológica” talvez?... Lara não percebia naquela rotina marcada pelo ruído-da-dor, que a acompanhante já dizia do

grande sofrimento “psíquico” que tanto tentava investigar. Mas Lara está apenas aprendendo...

O supervisor de campo, de maneira muito diferente da psicóloga plantonista, também vive, ainda que com discrição e maior serenidade, a sua crise. Assim como todos, não passa incólume pelo “*ruído da dor*”, precisando reunir forças para “*caminhar com mais segurança do que os ombros tímidos*” de sua aprendiz. Se valendo unicamente de sua experiência pessoal e profissional, sente-se suficientemente capaz para, levando sua aluna pelas mãos, aproximar-se do centro dos acontecimentos. Esta segurança relativa, pois ninguém consegue total garantia mediante a imponderabilidade do destino, permite a abertura para aquilo que está para além do óbvio: vê a acompanhante que sofria sua própria dor.

De pronto, dei foco à filha que dizia da convivência de uma mãe que adoecia em casa, envelhecendo a cada dia.

Parece, neste encontro, ter ficado dividido entre ensinar sua pupila e acolher o acompanhante, não sabendo a qual crise deveria responder. Sem abandonar a psicóloga plantonista e trazendo-a para perto de si, como faz o artesão com seu aprendiz, se dedica à crise da acompanhante, que não compreende como alguém pode dar ouvido a ela mediante a tão evidente “*ruído*”.

Mas Lara está apenas aprendendo... Tentando ensiná-la e atingir a ambas, aponte o óbvio: hoje aquela moça de meia idade cuidava com tanta dedicação da mãe que um dia a escolheu para cuidar.

A acompanhante, sentindo-se testemunhada e autorizada pela atenção recebida, vai aos poucos deixando de ser coadjuvante, trazendo á luz seu próprio sofrimento. No entanto, como modo de aplacar a dor de uma velha ferida abruptamente revivida, tende a esquivar-se da responsabilidade a ela devolvida, buscando disponibilizar para a mãe aquilo que, naquele momento, lhe pertencia.

“É bom ter psicólogos aqui. Querem falar com minha mãe? Ela pode ouvir.”. Sem desviar o olhar, eu disse com muita segurança: “Não vejo necessidade, você tem cuidado bastante dela. Estamos aqui por você”.

Não podendo fugir do encargo de sua própria existência, a filha acompanhante vai, ainda que estranhando a permissão concedida, abordando suas várias feridas e pequenas mortes de seu cotidiano. A crise, neste caso, se expressa não de maneira aguda, como se espera no ambiente hospitalar, mas já aparentemente cronificada ao longo do tempo.

Por um instante, tive a impressão de que o ruído-da-dor calava-se diante do silêncio daquela que o acompanhava já há tanto tempo.

Fica evidente que seu choro revela o luto por uma presença materna e um cotidiano aprazível que há muito se perderam. Percebe-se só, desamparada, carecendo de sentido próprio para a sua existência, visto viver em função de uma mãe que vai, aos poucos, se desvanecendo.

A moça então voltou a contar de sua rotina... agora de maneira mais sentida... é verdade!... Dizia das coisas que a mãe ia gradativamente deixando de fazer, como sentar na varanda, tomando sol e contando histórias. O “tomar sol” era importante para a saúde dela, diziam os médicos. Mas a moça dizia de um desejo de viver mais uma vez aquele ritual.

O “*silencio do choro*” apresenta-se como possibilidade elaborativa, meio de poder ir adiante, restituindo à crise “cronificada” seu caráter dinâmico, próprio da impermanência do mundo, constituindo abertura de possibilidades. Deste modo, por mais que Lara tentasse preenchê-lo com perguntas vazias, é mais pertinente, como fez o supervisor de campo, mantê-la na abertura, confiando nas suas próprias possibilidades de resgatar-se. Obviamente, segurar-se confiando na capacidade do outro em tecer sua própria abertura não é algo fácil, como revelam as atitudes de Lara, talvez porque rompa com o estereótipo do profissional de saúde, sempre com a missão de mitigar a dor a todo custo, talvez pela responsabilidade de ter ido ao encontro de um “*olhar distante*” e propiciado um “*choro doído*”.

E foi com ele que encerrei o atendimento: convidar a mãe dizendo daquele seu desejo talvez fosse mais importante para as duas, naquele momento, do que tentar convencê-la a cuidar de si. . “É!... Vou tentar!”, disse a moça, como se eu tivesse lhe passado mais um receituário.

Naquele dia, foi através do atendimento em Plantão Psicológico que a filha acompanhante pôde revisitar as histórias vividas com a mãe-doente, resgatando o seu próprio “*cuidar de si*” no encontro, “*agora de maneira mais sentida*”, com aquilo que manifestou como seu: o “*desejo de viver mais uma vez aquele ritual*”. Talvez sem perceber-se ativa em seu próprio cuidado, seja pela dificuldade inerente a essa responsabilidade, seja pela cultura instituída de passivos “*pacientes*” do local, ela responde como quem tivesse recebido “*mais um receituário*”.

Já estava na hora de ir. Ela agradeceu nossa presença e disse da importância de nosso trabalho. Expliquei do atendimento em plantão psicológico no IPUSP e de como ela poderia usufruir dele, quando achasse necessário. Ela agradeceu mais uma vez.

O supervisor de campo, ciente de suas responsabilidades, deixa aberto outras possibilidades de ajuda, para o caso da travessia se mostrar muito difícil. Se expressa aí uma peculiaridade do Plantão Psicológico. Por ser uma metodologia que não se presta ao acompanhamento sistemático, é necessário confiar na capacidade do cliente e intervir através das capacidades elaborativas deste, sempre no intuito de preservar as possibilidades de trânsito pelo acontecimento crítico. Deste modo, o Plantão Psicológico não é uma ferramenta inócua, devendo os psicólogos plantonistas exercê-lo com o devido cuidado.

A paciente, nesta narrativa, surge quase como uma coadjuvante. Cumpre seu papel quando, de maneira inequívoca, consegue atrair a atenção do supervisor de campo e da psicóloga plantonista para o acontecimento. Expressa-se de maneira bastante regredida, assim como fazem os bebês mediante a falta de recursos quando são afetados pela aspereza do mundo. Na ausência das palavras, artifício sofisticado e indisponível no momento, traz à luz de maneira pertinente o seu sofrimento através do “*ruído da dor*”.

Filha única, foi adotada ainda pequena. Sentia a mãe a cada dia mais distante, que já não queria sair de casa nem para tomar sol como de costume fazia. [...] hoje, aquela moça de meia idade cuidava com tanta dedicação da mãe que um dia a escolheu para cuidar.

Na presença de alguém tão desamparado, o que cabe é maternagem, algo que sua filha faz muito bem, ficando “*à cabeceira da maca*” e assistindo-a em seu crepúsculo,

tentando ainda assoprar-lhe alguma vida. Ainda como os bebês, as possibilidades de apaziguamento podem vir do contato físico, algo que sua filha, instintivamente, já sabia, quando *“com a cabeça meio apoiada e olhar distante, acariciava o braço da mãe”*.

Tal palco contava ainda com outros atores: *“um PS cheio de anônimos”*. Pacientes e equipe de saúde, cada qual a seu modo, também tentam tornar inaudível o *“ruído da dor”*. Os outros pacientes do hospital, que por falta de opção são obrigados a assistir aos acontecimentos, tentam, na medida do possível, manter certa discrição e se refugiar no anonimato. Afinal, seus apelos ensurdecem-se mediante a exuberância da dor.

Circulando e atentas aos olhares “solicitantes”... nenhum nos chamou atenção. Talvez o ruído-da-dor não deixava espaço para qualquer outro ruído no olhar.

Negando o óbvio, na vã tentativa de passar incólumes pelo acontecimento, fazem como a criança, que se sentindo ameaçada por algo, fecha os olhos e acredita estar segura. O incômodo maior não vem do som *“de uma voz rouca, velha e feminina”* que *“parecia clamar de dor”*, mas daquilo que o evento revela para a assistência. *“Deitada numa maca no centro do PS”* jazia uma perturbadora revelação que teimava em anunciar, mesmo para aqueles que não queriam ouvir, que a vida é frágil, perecível e finita, ou ainda, podia também ser sofrida. Estando eles no mesmo lugar, com suas dores e infortúnios, torna-se impossível não pensar na própria existência e nas inevitáveis finitudes.

Outros pacientes e acompanhantes pareciam mais incomodados com a falta de silêncio do que com o ruído-da-dor. E nós? Andávamos pelo PS, como se o ruído não fosse.

Revela-se, de maneira despudorada, a real condição humana. Mediante a *“tragédia”* a audiência se cala, por saber também ser seu o desfecho que aguarda: quão suportável será? Sendo assim, torna-se mais cabível se ater à incômoda *“falta de silêncio”*, do que ao conteúdo revelador do *“ruído da dor”*.

Como seria não poder sair daquele ambiente com tal barulho? Como seria conviver 20 ou 30 horas com este ruído de dor?... médicos e enfermeiros pareciam não ouvir.

A equipe de saúde, vivendo esta e outras “tragédias” por dever de ofício, tende a se esquivar, se perdendo na faina diária para não ser impactada como a audiência. Naturalizando a dor, buscam domar o indomável através de procedimentos e técnicas. Com sofreguidão, esperam que tudo dê certo, e que possam chegar ao final do expediente sem se encontrarem com o inevitável, perpetuando a fantasia de que a morte não lhes pertence, embora apenas deixando para trás, a cada fim de dia, *“aquele ruído ainda ecoando pelos cantos...”*.

EPISÓDIO DOIS:**A CRISE EM TRÊS FRAGMENTOS****Autor: Psicóloga Plantonista**

Na maternidade, atendi uma mulher que carregava seu filho enquanto assistia à televisão. Ela dizia que não conseguia dormir desde que o nenê nascera. Ficava olhando para ele, preocupada com o que poderia acontecer a qualquer momento. Disse que o nenê chorava muito, não parando um segundo e, por isso, ela não descansava. Enquanto conversava conosco, seu filho estava dormindo em seu colo, sem se mexer. Ela, entretanto, não parava de mexer nele, falando conosco sem desviar o olhar de seu bebê. Cutucava sua bochecha, mexia nas mãos, nos pés, na barriga. E cada vez que ela fazia isso ele abria os olhos e se mexia. Parecia-me que era ela quem não conseguia vê-lo parado. Apontei o quanto mexia muito com a criança, e ela disse que ficava muito preocupada com ele, temendo que pudesse parar de respirar ou algo assim. Então, tentei mostrar o quanto era importante que o deixasse dormir, e, deste modo, ela poderia descansar também. Ao final do atendimento, ela disse que pretendia colocar o nenê para dormir e tentar descansar. Conversei com minha dupla de atendimento sobre o quanto aquela mulher parecia estar numa espécie de simbiose com seu bebê e, de tanta preocupação que tinha, queria ter o controle de tudo o que poderia acontecer com ele, não o deixando dormir e tampouco descansava.

Em outro dia, acompanhada de minha dupla de atendimento, atendemos outra mulher na maternidade. Foi o primeiro lugar que fomos naquele plantão. Na frente do primeiro quarto em que passamos, a encontramos debruçada sobre sua bandeja do jantar, chorando. Entramos, e lá ficamos por uma hora e meia. Perguntamos se poderíamos ajudá-la, e ela, a princípio, disse que não, depois disse que talvez sim. Perguntei o que havia acontecido e ela contou que o pai de seu filho não havia vindo ver o parto, nem tampouco visitar o filho que nascera prematuro. Contou que namorara há 11 anos com esse homem. Eles haviam se separado e ele estava casado com a mulher com quem a havia traído. Entretanto, ela sentia falta dele e eles voltaram a se ver. Certo dia pediu para que tivessem um filho e ele consentiu. Disse que sua intenção era ter com ela um pedaço dele, o filho, e com isso, não precisar mais de sua presença. Achou que ele estaria presente nos momentos

importantes para o filho e agora via que não era possível. Ele não esteve presente no nascimento e isso não teria volta. Tentei entender se o que ela queria era que, com o filho, ele se aproximasse dela. Ela respondeu que não, mas que esperava que ele pudesse ser um bom pai. Ficaria para o resto da vida se iludindo com ele, achando que estaria perto de seu filho. Tentei entender se ela ainda tinha expectativas com relação a ele que justificassem essa ilusão, mas ela disse que não. No entanto, a cada vez que o filho fosse desiludido ela sentiria tudo outra vez, voltando os sentimentos de que gostaria que ele estivesse com ela. Disse que estava provado que ela não significava nada para ele. (...) Depois de um tempo, ela começou a falar sobre o quanto era ruim para ela estar ali no hospital, porque ela sempre agia para resolver seus problemas, e que agora não tinha como controlar sua situação... sempre foi forte e não se permitia chorar. (...) Que toda essa situação tinha saído do seu controle e que isso a incomodava. Sua psicóloga já tinha dito que ela precisava estar no controle da situação senão se sentiria desamparada. Aos poucos ela parou de chorar enquanto conversava conosco. Agradeceu-nos, disse que precisava falar sobre tudo isso, porque nunca conseguia falar com ninguém. Estava segurando há muito tempo, mas, no momento em que a comida chegara, havia explodido e tinha sido bom conversar conosco. Esse atendimento foi muito interessante porque eu e minha parceira atendemos verdadeiramente em conjunto. Foi um atendimento longo em que nos alternávamos em função da dinâmica do que acontecia na relação com a paciente.

Em outro dia o hospital estava muito tranquilo e vazio. Fomos, eu e minha colega de dupla, até a última sala da clínica cirúrgica. (...) Quando passamos na frente da porta, uma senhora nos viu e acenou, dando-nos oi. Aproximamo-nos e ela começou a contar sua história: Com aproximadamente 80 anos, tem uma filha de 51 com necessidades especiais. Teve um filho que morreu há 40 anos, quando tinha 20 anos, atropelado, deixando um neto para ser criado por ela. Quando isso aconteceu, seu marido passou a tratá-la mal e a se envolver com outras mulheres, chegando a infectá-la com uma doença venérea. Ele dizia, sem pudor, que estava se envolvendo com outras mulheres. Em tudo que contava, essa senhora colocava seu esforço e persistência como características louváveis diante de cada uma das situações, dizendo que a vida dela havia sido linda. Contou que o neto que criou casou-se e teve um filho e, por isso, ela deu a sua casa para ele, morando agora na casa dos fundos com sua filha. Fica muito sozinha, sem ter com quem conversar e sem conseguir sair

de casa porque sua filha grita e se agita muito. A senhora, de tempos em tempos, parava de contar sua história e pedia nossa opinião, dizendo: “Minha história é linda, você não acha? Pode falar... o que você acha, pode dizer o que está bom e o que não está”. Disse isso por três vezes e eu devolvia para ela perguntando o que ela achava, até que parei para pensar o que ela queria com aquela pergunta. Será que de fato ela queria nossa opinião sobre a história que contava? Por que ela dizia que sua história de sofrimento era linda? Por que precisava que nós concordássemos? Entendi que o que podia fazer era mostrar a maneira como eu tinha ouvido sua narrativa, refazendo o caminho que tinha feito ali na nossa frente. Apontei que sua história foi de muito sofrimento, mas também de muita persistência, fazendo com que, aos seus olhos, parecesse uma linda história. Ela concordou, afirmando que sempre viveu pelos outros e se orgulhava disso. Considera que foi muito bom contar pra nós a sua história, porque sentia a necessidade de contá-la, mas não tinha pra quem, visto as pessoas não quererem ouvir. Chamou-nos de anjos e nos desejou uma vida linda, um casamento muito feliz e filhos cheios de saúde. Disse também para que nunca abandonássemos os velhinhos de nossas famílias. Fiquei pensando que ela nos desejou tudo aquilo que não teve, e que com a idade que tinha, precisava achar que sua vida havia sido linda depois de tanto sofrimento. Precisava se convencer e nos convencer disso. Entendi que o atendimento a ajudou a colocar sua vida numa ordem, refazer sua trajetória nesse momento em que acabara de ser operada da vesícula. Não precisava cuidar de ninguém naquele momento, então podia pensar na sua história.

Apresenta-se a história de três mulheres em momentos importantes de suas vidas, narradas para outras mulheres, psicólogas plantonistas, que se disponibilizaram, naquele momento, para a escuta e atenção psicológica. Esta irmandade não intencional parece ter favorecido o depositar de suas dores e incertezas, como se só através de um suposto arquétipo feminino fosse possível encontrar compreensão em um contexto de desamparo.

A primeira vive a dor da separação e a impotência de controlar o destino de quem já foi sua carne. Sentindo-se mutilada e vivendo o solipsismo imposto, busca se assegurar que ambos, mãe e filho, possam manter-se por si só, agora que um tornou-se dois.

Ficava olhando para ele, preocupada com o que poderia acontecer a qualquer momento.

Apontei o quanto mexia muito com a criança, e ela disse que ficava muito preocupada com ele, temendo que pudesse parar de respirar ou algo assim.

Não conseguindo “vê-lo parado”, buscava, quando “cutucava sua bochecha, mexia nas mãos, nos pés, na barriga”, que este lhe respondesse ao incômodo, confirmando sua destreza em continuar vivo. Ao mesmo tempo, vendo-o responder de pronto aos seus invasivos estímulos, perpetuava, ainda que artificialmente, uma ligação entre mãe e filho que pretendia atenuar a crise e o luto da separação.

E cada vez que ela fazia isso ele abria os olhos e se mexia.

Evidencia-se a quase intransponível dificuldade em dividir com o mundo o seu caro produto: “enquanto conversava” e “seu filho estava dormindo em seu colo, sem se mexer”, permanecia “sem desviar o olhar de seu bebê”, como se negligenciando a existência dos outros, pudesse, de forma mágica, negar o mundo que teima em se intrometer entre ela e seu rebento. Vivendo a crise de todas as mães, se sabendo impotente frente ao destino de sua gema, assume, como modo de sustentação inútil e extenuante, a vigília, fantasiando a possibilidade de afastá-lo de todos os males de seu caminho.

[...] de tanta preocupação que tinha, queria ter o controle de tudo o que poderia acontecer com ele, não o deixando dormir e tampouco descansava.

Vive a ambivalência da situação, pois embora tenha ganhado um filho, vê-se na iminência de perdê-lo para o mundo. No entanto, parecendo tentar se resignar, acolhe as intervenções das psicólogas plantonistas e se compromete a “colocar o nenê para dormir e tentar descansar”. Tal intervenção busca promover, ainda que de forma sutil e delicada, um corte que propicia um trânsito pelo acontecimento, possibilitando, por parte da mãe, a elaboração de uma perda e, para a criança, o fundamento de sua própria história. Resgata-se o fluxo da existência, na medida em que se rompe com a plenitude e se instala a falta, condição fundante para o surgimento do desejo, favorecendo o destinar-se. Pode-se considerar que, a partir da atuação das psicólogas plantonistas, concluiu-se o “trabalho de parto”, estando a criança irremediavelmente lançada no mundo. Neste caso, encontra-se

nas psicólogas plantonistas o fazer de um “paraninfo” – aquele que ampara a criança ao nascer e inaugura mundo.

A segunda mulher, ainda que de modo diferente da primeira, também conhece sua crise vivendo a dor da perda e da insegurança em relação ao seu destino e ao de seu filho.

Na frente do primeiro quarto em que passamos, a encontramos debruçada sobre sua bandeja do jantar, chorando. [...] Perguntamos se poderíamos ajudá-la, e ela, a princípio, disse que não, depois disse que talvez sim.

Ainda perplexa pelo acontecimento, “o pai de seu filho não havia vindo ver o parto”, experimenta, naquele momento, o desespero e a impossibilidade de um futuro apaziguado. Mediante ao absoluto irremediável da situação, inicialmente deixa-se invadir pela desesperança, não acreditando ser possível nenhuma ajuda.

No entanto, a disponibilidade das psicólogas plantonistas parece abalar esta convicção, instalando pequena e frágil abertura para novas possibilidades. Ainda sem saber quais alternativas o seu futuro pode guardar, arrisca-se tentando traduzir sua dor em palavras.

Achou que ele estaria presente nos momentos importantes para o filho e agora via que não era possível. Ele não esteve presente no nascimento e isso não teria volta.

Sua narrativa vai apresentando uma pessoa que acredita que todas as possibilidades de futuro estão condicionadas à presença de outro. Deste modo, este alguém, francamente idealizado, torna-se vital, não havendo nenhuma possibilidade de continuidade histórica na sua falta. Mediante a ausência deste, a vida perde o sentido, restando apenas um comportar-se vazio de realizações. Vivendo a crise que se instala na impossibilidade de um futuro comum, acredita poder remediar o irreparável através da presença de uma criança. Deste modo, mesmo que não intencionalmente, sentencia este a ser apenas “um pedaço” de alguém, utensílio que está a serviço da sustentação existencial de uma mulher que não consegue acreditar em seus próprios recursos para continuar. O desamparo adquire proporções monumentais, como se, ao abreviar a gestação da criança e dispor de sua

presença imediata, pudesse afastar a nefasta ameaça de se ver lançada no vazio absoluto. Considerando que nada que venha do mundo é suficiente para prover, neste momento, uma possibilidade de futuro, se vale da única coisa que, vindo de dentro dela, pode dispor para promover certo amparo, mesmo que falaciosamente.

Ficaria para o resto da vida se iludindo com ele, achando que estaria perto de seu filho.

Percebendo a falência de seus métodos, visto a ausência do pai e a presença da criança que não a completa, sua crise é reatualizada e amplificada. Novamente, é invadida por uma sensação catastrófica quando constata sua real condição no mundo, vivendo, novamente, a dor da desilusão.

No entanto, é esta desilusão que pode propiciar a transcendência do acontecimento, visto que se torna vital resgatar seus próprios recursos para não desvanecer. Não podendo recusar a dívida de realização que tem consigo mesma, tenta negar o óbvio, afirmando que não tem “*expectativas com relação a ele*” (o pai).

[...] a cada vez que o filho fosse desiludido ela sentiria tudo outra vez, voltando os sentimentos de que gostaria que ele estivesse com ela. Disse que estava provado que ela não significava nada para ele.

Contudo, na sequência de sua narrativa, já deixa transparecer o inverossímil de sua afirmação, pois acreditando ser inevitável a desilusão do filho, se vê sentenciada a reviver a própria dor da ausência em cada falta do pai. Obviamente possui expectativas, pois é condição humana esperar, porém, mediante a improvável realização, é melhor negá-las.

Certo dia pediu para que tivessem um filho e ele consentiu. Disse que sua intenção era ter com ela um pedaço dele, o filho, e com isso, não precisar mais de sua presença.

Pela perspectiva paterna, vivendo uma relação que não mais fazia sentido e ouvindo suas próprias demandas, o ex-marido parece acreditar que, cedendo aos apelos e consentindo com o pacto de dar-lhe um “*pedaço*” de si, não mais seria exigida “*sua presença*”.

[...] Depois de um tempo, ela começou a falar sobre o quanto era ruim para ela estar ali no hospital, porque ela sempre agia para resolver seus problemas, e que agora não tinha como controlar sua situação... sempre foi forte e não se permitia chorar. [...] Que toda essa situação tinha saído do seu controle e que isso a incomodava. Sua psicóloga já tinha dito que ela precisava estar no controle da situação senão se sentiria desamparada. Aos poucos ela parou de chorar enquanto conversava conosco. Agradeceu-nos, disse que precisava falar sobre tudo isso, porque nunca conseguia falar com ninguém. Estava segurando há muito tempo, mas, no momento em que a comida chegara, havia explodido e tinha sido bom conversar conosco.

Já tendo cumprido a parte que lhe cabe nesta insólita negociação, sente-se descompromissado, podendo seguir com sua vida. Deste modo, o que resta a “heroica” personagem desta “epopeia” é buscar outros modos de sustentação existencial. Isto parece começar a surgir como possibilidade, ainda que remota, através do atendimento em Plantão Psicológico.

Antes de passar para a terceira história desta narrativa, cabe ainda uma reflexão acerca do terceiro personagem desta “tragédia”: o bebê. Coadjuvante e eclipsado pela crise materna, vive a probabilidade de se ver lançado em um mundo onde suas possibilidades existenciais se restringem. Sendo trazido à luz com a nítida tarefa de salvar a mãe e libertar o pai, precisa, ele mesmo, como fazem os heróis das tragédias gregas, recusar o destino atribuído pelos deuses, resgatando para si a responsabilidade de sua própria existência. Tarefa hercúlea e desproporcional quando se imagina a frágil criatura que recém chegou. Precisar, no princípio, da condescendência da mãe, esta que o instalou neste indevido lugar, para poder viver a plenitude de suas possibilidades. A serenidade da mãe, mediante a imponderável abertura do futuro, poderá ser importante aliada nesta árdua tarefa. Como espaço de acolhimento e trânsito, o atendimento psicológico, em meio ao choro proibido da mãe, atua na contribuição para uma destinação mais fecunda desta mulher em crise, abrindo a possibilidade também ao choro do filho, para que a criança possa conduzir-se na vida a partir do que lhe é próprio.

A terceira mulher, embora diferente das anteriores, também vive sua crise pautada pela inexorável abertura do futuro. No entanto, não parece ser a amplidão de possibilidades que mobiliza seus atos e falas.

“Minha historia é linda, você não acha? Pode falar... o que você acha, pode dizer o que está bom e o que não está”.

Com idade avançada e sabendo que lhe resta pouco futuro, assume premente disposição para recontar sua história, buscando das psicólogas plantonistas um aval para o vivido.

A ruptura da trama de sentido, ocasionada pelo acontecimento crítico, *“acabara de ser operada da vesícula”*, proporciona uma abertura para o interrogar da própria existência. *“Com aproximadamente 80 anos”*, sabe que cedo ou tarde tem um encontro inevitável como o destino e, aproveitando o ensejo de estar em um ambiente onde as finitudes se revelam despudoradamente, sente-se compelida a valorar sua vida.

[...] tem uma filha de 51 com necessidades especiais. Teve um filho que morreu há 40 anos, quando tinha 20 anos, atropelado, deixando um neto para ser criado por ela.

Aproveita a disponibilidade das psicólogas plantonistas para realizar um “balanço” dos atos e fatos de seu longo caminho, já contado com a inegável impossibilidade de sua perenidade. Como uma boa historiógrafa, que de maneira tendenciosa vai expondo as facetas eleitas de seu personagem, negligencia a banalidade do cotidiano, apresentando-se através dos eventos críticos de sua vida, já revelando que a singularidade brota no encontro com o atípico e imponderável. Inicia sua narrativa através do que, aparentemente, considera como os eventos mais importantes de sua existência.

Quando isso aconteceu, seu marido passou a tratá-la mal e a se envolver com outras mulheres, chegando a infectá-la com uma doença venérea. Ele dizia, sem pudor, que estava se envolvendo com outras mulheres.

A vida foi paulatinamente se afastando do idílico sempre desejado. Mediante aos acontecimentos críticos, vai descrevendo as inevitáveis consequências e distorções do seu projeto de vida. Estando lançada no mundo, à mercê das circunstâncias, vai revelando o seu

modo singular de ser e estar com os outros. Neste sentido, sem técnicas pré-estabelecidas, viver é “arte”, cobrando que cada um se responsabilize por construir seu apaziguamento, visto a certeza do desalojamento.

Se, por um lado, *“essa senhora colocava seu esforço e persistência como características louváveis diante de cada uma das situações”* críticas na tentativa de apaziguamento, por outro lado, diante da perda do filho, também seu marido, no intuito de apaziguar a dor e o peso de sua existência, utiliza-se de aparente agressividade e busca pelo prazer. Como afirma Walsh e McGoldrick (1988), a experiência do luto, principalmente em mortes abruptas, envolve reorganização na dinâmica familiar, que deve acontecer simultaneamente às adaptações individuais necessárias. O que pode prevalecer, nestas situações, são as dificuldades interpessoais, irritabilidade em relação à família, a responsabilização do cônjuge pela perda e falta de prazer (STROEBE; STROEBE, 1987), até certo ponto sentimentos naturais no processo de luto, que podem se ampliar mediante a inabilidade no trato com a morte. Lançado neste estado aflitivo e sem conseguir apaziguamento, altera-se o modo de ser e estar no mundo com os outros, podendo levar a atos como estes descritos pela senhora em relação a seu marido. Busca-se punir alguém, neste caso o cônjuge, pela infelicidade do destino e pelo intransponível desamparo ocasionado pela perda do ente querido. Simultaneamente, pode ocorrer uma busca inconsequente ao prazer, na inútil tentativa de amainar a dor.

Retornando à narrativa da velha senhora, ela mesma protagonista, queixou-se que *“fica muito sozinha, sem ter com quem conversar e sem conseguir sair de casa porque sua filha grita e se agita muito”*, e, talvez por isto, tenha “capturado”, com sedutora destreza, as psicólogas plantonistas que passavam pelo corredor.

Quando passamos na frente da porta, uma senhora nos viu e acenou, dando-nos oi.

Buscava interlocutores para poder, no adiantado da vida, recontar sua própria história, tentando dar novo sentido àquilo que ao longo do tempo teimava em não abrandar. Ainda que de forma pré-reflexiva, as psicólogas plantonistas acolhem tal pedido, auxiliando a senhora a refazer *“o caminho que tinha feito”* ao longo dos anos. *“Afirmando que sempre viveu pelos outros e se orgulhava disso”*, acreditou que o momento era propício para

resgatar a dívida que tinha consigo mesma, buscando acalento para longevas aflições. No entanto, não considerando ser pertinente dar a si aquilo que sempre foi facilmente disponibilizado ao outro (filha e neto), solicita a seus interlocutores que, através do aval, possa então assumir que sua missão havia sido bem cumprida. Ainda sentindo como inadequado disponibilizar a si o cuidado que sempre foi do outro, convoca as jovens psicólogas plantonistas a “*nunca*” abandonarem “*os velhinhos*” de suas “*famílias*”, revelando o quanto carecia que o outro fizesse para ela aquilo que sempre fez aos outros. Deste modo, quando se recusam a avalizar, abrem a possibilidade de que, finalmente, ela possa ser sua própria avalista; afinal, a narrativa demonstra que tem recursos para isto.

Considera que foi muito bom contar pra nós a sua história, porque sentia a necessidade de contá-la, mas não tinha pra quem, visto as pessoas não quererem ouvir. Chamou-nos de anjos e nos desejou uma vida linda, um casamento muito feliz e filhos cheios de saúde.

Finalizando, reitera a importância de recontar sua história, mostrando-se grata a seus “*anjos*” ouvintes, desejando-lhes uma “*vida linda*”, com belezas que ela busca com esforço, embora pareça nunca ter encontrado; um “*casamento muito feliz*”, sem a dureza hostil de seu matrimônio; e, enfim, “*filhos cheios de saúde*”, para que não tenham que viver o luto pela perda de filhos sadios.

Através das três histórias, se evidencia o quanto a situação crítica, marcada pela ruptura da malha de sentidos, é propícia para a abertura e instalação do novo. Como sugerido pela narrativa das psicólogas plantonistas, pareceu-lhes que a crise propiciou um questionamento que transcendeu o acontecimento presente, levando a um movimento elaborativo abrangente que envolveu toda a vida: presente, passado e futuro. Sendo assim, marcando significativa diferença em relação a outras metodologias que se dedicam exclusivamente ao enfoque situacional da doença ou da internação hospitalar, o Plantão Psicológico parte da crise para favorecer novas possibilidades existenciais, mais condizentes com os anseios de cada um. Se estes anseios foram negligenciados ao longo da vida, a crise torna-se propícia para que possam ser resgatados, dando-lhes o devido valor. Dizendo de outro modo, o Plantão Psicológico busca restituir a fluidez da existência, que foi interrompida pelo evento crítico.

Cabe, agora, pequena reflexão acerca da crise das psicólogas plantonistas. Ela não aparece de maneira despudorada, como nos fatos expostos, porém discreta e insidiosamente no modo como as histórias vão sendo apresentadas. Estagiárias da graduação, vivendo a dúvida de ainda “não saber como se faz”, se atêm a um olhar técnico e esquematizado dos acontecimentos. A narrativa, que deve trazer em seu bojo a ressonância do encontro, é substituída por um mero relatório tendencioso, porém não intencional, dos fatos. Vendo apenas aquilo que supostamente deveria acontecer, buscam aplacar a dúvida e a angústia de se verem lançadas para além da cômoda fronteira do conhecimento técnico. Deste modo, o ato clínico fica enrijecido e o relato descreve muito mais as possibilidades do Plantão Psicológico, expressão do desejo das plantonistas, do que o livre fluir dos acontecidos. Aflitas por estarem lançadas em um contexto sem parâmetros, precisando se amparar em recursos que duvidam possuir, pré-determinam as ocorrências, não acolhendo em suas percepções qualquer coisa que pudesse romper a falaciosa segurança que buscavam construir. No intuito de erigir um ponto de apoio lógico para arquitetar ideias claras e distintas sobre o Plantão psicológico, se atêm a superficialidade das aparências. Dito de outro modo, fogem da insegurança do ser, indo ao encontro da tênue e capciosa segurança do saber. O “relatório” apresentado surge como uma representação, que busca a precisão e a imutabilidade dos acontecimentos no intuito de alcançar a estabilidade e a segurança. Nas palavras de Critelli: *“A representação é o substrato de uma metodologia do conhecimento capaz de segurar o mundo numa estabilidade pensável”* (1996, p. 20). Na medida em que vão amadurecendo, tanto na vida como na profissão, espera-se que consigam se entregar ao acontecimento, e, cada uma a seu modo, viverem a angústia desvelada, para que possam acompanhar com maior liberdade seus clientes na imponderável jornada de suas crises (delas e dos clientes).

EPISÓDIO TRÊS:**ERA UMA VEZ O MEDO QUE FOI EMBORA...****Autor: Psicólogo Plantonista**

Chegamos à pediatria e fomos conversar com a equipe residente (...). Uma médica nos pediu para “dar uma olhada” na mãe do quarto 413, pois ela estava “angustiada”. Pairou certo desconforto. Tentei questionar o que levava esta médica a fazer tal encaminhamento, mas foi em vão. Ela não entendeu minha pergunta e repetiu sua necessidade – e nem me passou pela cabeça refletir essa necessidade a ela. Acatamos e fomos ver o quarto 413, que estava vazio e escuro. Mais uma volta... Nada, ainda escuro e vazio. Decidimos então sentir a demanda que possa emergir. Senti-me melhor com isso.

Uma família entra corredor adentro e são encaminhados para esperar em um dos quartos. Olhando para o quarto, uma pequena garota tremendamente assustada estava sentada na cama, apertando a blusa da mãe na tentativa de se acalmar. Seu rosto ainda estava úmido. O início da conversa foi tenso, pois a garota estava muito assustada e nos olhava desconfiada. Por mais que tentássemos ser amigáveis e divertidos, sua cara de espanto permanecia como uma máscara pintada em seu rosto. Até que pronunciamos as palavras mágicas: você quer desenhar? A máscara caiu e ela respondeu afirmativamente com a cabeça, já sorrindo.

Pintamos coloridamente a folha uns dos outros. Vejo que esses desenhos podem ser resumidos na seguinte história: O tempo estava nublado e veio o arco-íris juntamente com vários sóis. Depois tinha uma menina colorida, com um coração de arco-íris, essa menina se transformou em fada madrinha, surgiram então um príncipe e uma princesa; um castelo e uma casa foguete que ia para a lua. A princesa usava roxo e tinha sapatos de cristal que faziam barulho quando batiam no chão; a fada também usava roxo e tinha uma estranha varinha de condão, já o príncipe tinha o rosto colorido como arco-íris. Era uma vez o medo que foi embora...

Enquanto desenhávamos, a menina se soltava cada vez mais, ria, contava o quanto gostava de arco-íris e de vestir colorido. Os procedimentos da equipe médica e de enfermagem (aferição de pressão, perscrutação de pulmão, e outros que não me lembro) já

não incomodavam mais. Conforme ela ia se soltando, ficava mais atento ao que acontecia, tentava compreender e ver sentido naquilo que estávamos desenhando, mas, lembrando outras experiências com crianças, provavelmente o sentido só se revelaria quando fosse relatar a brincadeira a alguém – foi o que aconteceu, no elevador, descendo, contando para minha parceira.

Esse foi, ao que me lembre, o atendimento mais tranquilo que fiz, mesmo na hora de nos despedir isso se confirmou, pois quando chegou essa hora fui visitado pelos “espíritos da maçaneta”, não sabia como dizer tchau. Usando da mesma estratégia usual de sempre, propositadamente sendo redundante, falamos abertamente. A princípio ela não aceitou, mas na terceira tentativa ela disse um “tudo bem” a seu modo (recolhendo-se ao conforto da mãe). Minha parceira de atendimento, querendo confirmar se estava tudo bem, perguntou novamente, e a resposta foi dois “joias”, um com cada mão. Sai tranquilamente.

“Desconforto”. É através desta disposição afetiva que o psicólogo plantonista inaugura sua narrativa. Apesar de ser um profissional com experiência, professor universitário, “*pairou certo desconforto*” mediante ao “*pedido*” para “*“dar uma olhada’ na mãe do quarto 413*”. O que estaria comunicando tal “*desconforto*”? Várias podem ser as possibilidades compreensivas. A primeira delas, como o próprio narrador deixa transparecer, refere-se ao sentido da presença dos psicólogos plantonistas na instituição. Dito de outro modo, a qual tipo de demanda deve servir o Plantão Psicológico? Desde o início do projeto, convencionou-se que os psicólogos plantonistas estariam à disposição de todos os atores institucionais. No entanto, nesta situação, embora seja inquestionável a existência de uma demanda da médica residente, esta não parecia ser pertinente à função almejada pelo serviço. Na verdade, pelo modo que o narrador descreve o “encaminhamento”, desvela que a médica, por não se sentir habilitada a dar conta da “angústia” da “*mãe do quarto 413*”, tenta desvencilhar-se deste fardo. “Acatando” o pedido da médica, ele estaria se afastando do real propósito do projeto e seu “*desconforto*” estaria, então, associado a um tipo de “desvio de função”? Sem saber ao certo a qual demanda o Plantão Psicológico era convocado naquela situação, o psicólogo plantonista tentou, inutilmente, fazer com que a médica se implicasse neste encaminhamento, buscando uma abertura para o real incômodo

da residente, porém esta não se mobilizou para isto, rejeitando a possibilidade de debruçar-se sobre ele de maneira mais produtiva.

Tentei questionar o que levava esta médica a fazer tal encaminhamento, mas foi em vão. Ela não entendeu minha pergunta e repetiu sua necessidade – e nem me passou pela cabeça refletir essa necessidade a ela.

Deparar-se com um quarto “que estava vazio e escuro” abriu outra possibilidade ao psicólogo plantonista.

Decidimos então sentir a demanda que possa emergir. Senti-me melhor com isso.

Deste modo, compreende-se o alívio do psicólogo plantonista mediante ao quarto “que estava vazio e escuro”, pois na ausência da “mãe do quarto 413” restitui-se o propósito do projeto: estar a serviço das demandas aflitivas emergentes nas situações críticas vividas pelos atores da instituição.

Ainda por esta via, cabem atenuantes para a atitude, quase autoritária, da médica residente. O modo como o Plantão Psicológico se insere na instituição destoa consideravelmente de outros serviços oferecidos. Como visto anteriormente, o psicólogo plantonista, diferente do psicólogo hospitalar, não se insere como integrante da equipe do hospital, tendo, deste modo, objetivos distintos. A médica, não conhecendo a sutileza das diferenças, se coloca frente ao psicólogo plantonista como faria mediante ao psicólogo hospitalar. Ou seja, o convoca para, de maneira multiprofissional, servir aos propósitos da equipe e do bom andamento do tratamento. Respaldada pelo estereótipo da profissão, realiza o “encaminhamento” de maneira superficial, negligenciando, talvez por não conhecer, a pluralidade dos modos possíveis de ser psicólogo no hospital. Além disto, não soa natural a estes profissionais a possibilidade de, estando eles também a serviço do doente, prestarem atenção à suas próprias demandas naquele contexto. Deste modo, fica o psicólogo plantonista “desconfortável” por ser conduzido, à revelia, a um lugar que não lhe cabe nesta perspectiva, neste modo e neste momento, ao mesmo tempo em que não parece ser pertinente à médica residente “refletir” sobre sua “necessidade”.

No entanto, é possível outra perspectiva para o “*desconforto*” do psicólogo plantonista, revelando a miríade de possibilidades compreensivas e a complexidade da situação. Por que tamanho “*desconforto*” frente a um pedido assentado em uma compreensão equivocada do papel do psicólogo plantonista na instituição? Uma resposta pertinente para esta questão é que o suposto equívoco do encaminhamento revela, através do “*desconforto*”, a insegurança e a dúvida em relação ao próprio lugar do psicólogo plantonista no hospital. Pois, se assim não fosse, porque “acatar”, evidentemente a contragosto, o pedido equivocado da médica residente? Não seria mais confortável e pertinente dizer simplesmente: “Não trabalhamos desta forma, mas ficaremos atentos às necessidades da paciente se ela expressar”? Sofrendo a “crise de identidade”, sem ter claro para si qual é o seu lugar naquele contexto e vivendo o desalojamento, quase desamparo, não consegue arcar com a recusa ao pedido/ordem descabido, se submetendo docilmente à “autoridade local”.

A falta de um *setting* definido, a ausência de parâmetros bem estabelecidos, a necessidade de responder de maneira habilidosa em uma situação crítica e imponderável, a ausência de um papel institucional claramente definido, são características do Plantão Psicológico que facilitam a crise do psicólogo plantonista. Sendo deste modo, o “*desconforto*” do profissional é quase um eufemismo. Mediante a dúvida em relação a si mesmo, ele busca, como qualquer um, algo que possa apaziguar o estado de vazio de sentido em que se encontra. Deste modo, torna-se muito mais fácil “acatar” e caminhar no cumprimento da meta, mesmo que impróprio e falacioso, do “*quarto 413*”. Com justeza, ninguém pode dizer que os psicólogos plantonistas não conhecem o fenômeno ao qual se dedicam, pois parece ser condição *sine qua non* destes, estando eles no hospital, viverem as sucessivas rupturas e perdas de sentido que a plasticidade do seu ofício propicia. Embora incômoda, tal suscetibilidade é o que talvez propicie a desenvoltura necessária para colocar-se disponível à crise alheia.

Seguindo a narrativa, o nosso “herói”, para mitigar seu desconforto, atenta-se “*à demanda que possa emergir*”, que, ao mesmo tempo em que resgata o seu sentido de lá estar, o conduz a perde-se na crise alheia.

Olhando para o quarto, uma pequena garota tremendamente assustada estava sentada na cama, apertando a blusa da mãe na tentativa de se acalmar. Seu rosto ainda estava úmido.

Evidentemente “assustada”, a “garota” vive sua crise. Lançada em um mundo ao qual não pertence e vivendo a dúvida e a incerteza, se apegua à única referência segura que está disponível naquele momento: a mãe. Sofrendo a inospitalidade da situação, tende a generalizar, acreditando que tudo que vem do mundo, naquele momento, é agressivo e assustador.

O início da conversa foi tenso, pois a garota estava muito assustada e nos olhava desconfiada. Por mais que tentássemos ser amigáveis e divertidos, sua cara de espanto permanecia como uma máscara pintada em seu rosto.

Deste modo, sentindo-se acuada pelas fantasias destrutivas, busca evitar ataques lesivos se esquivando da presença alheia.

Configura-se uma situação que convoca a destreza do psicólogo plantonista. Mediante a crise inquestionável da “garota”, algo precisa ser feito para que ela possa transcender a agonia em que se encontra. Sem parâmetros ou manuais que iluminem suas decisões e atos, o plantonista novamente é lançado na própria crise, pois só pode se valer dele mesmo para realizar a missão almejada. Do mesmo modo que um salva-vidas, que se atira ao mar revolto e se vê envolvido pelo mesmo elemento que ameaça a vida do náufrago, o psicólogo plantonista, por dever de ofício, se lança na crise, contando unicamente com a sua desenvoltura para proporcionar o resgate do fluxo existencial, rompido mediante ao acontecimento crítico.

Até que pronunciamos as palavras mágicas: você quer desenhar? A máscara caiu e ela respondeu afirmativamente com a cabeça, já sorrindo.

Eis que, no meio de tanto desamparo, encontra um modo de alcançar aquele que se afoga. O fim já não é iminente. Utilizando-se do lúdico, algo que é próprio da infância, abre acesso à “garota” atormentada. Cria-se uma cumplicidade salvadora. Retornando à imagem do náufrago, é necessário sincronia e complementaridade entre salva-vidas e afogado para

que se realize com êxito o resgate. Lá estavam eles, comungados na tarefa de escapulir de suas crises, pintando *“coloridamente a folha uns dos outros”*. Inicia-se a jornada pelo acontecimento...

O tempo estava nublado e veio o arco-íris juntamente com vários sóis. Depois tinha uma menina colorida, com um coração de arco-íris, essa menina se transformou em fada madrinha, surgiram então um príncipe e uma princesa; um castelo e uma casa foguete que ia para a lua. A princesa usava roxo e tinha sapatos de cristal que faziam barulho quando batiam no chão; a fada também usava roxo e tinha uma estranha varinha de condão, já o príncipe tinha o rosto colorido como arco-íris.

Através do desenho, instrumento familiar e amplamente dominado, a *“garota”* pôde trazer à luz o seu *“indizível”* mal estar: um tempo inicialmente *“nublado”*. Brincando no e com o acontecimento, consegue elaborar aquilo que era excessivo e paralisante para ela. Sentindo-se mais segura, o mundo perde o caráter aterrorizante e o futuro, possibilidade tolhida na crise, torna-se novamente viável. Agora, era *“uma casa foguete que ia para a lua”* ou uma princesa que, como Dorothy⁶², também usava sapatos que *“faziam barulho quando batiam”*. Dizia de um desejo de voltar para casa? Tornou-se, novamente, *“uma menina colorida, com um coração de arco-íris”* e, com a ajuda do *“príncipe e uma princesa”*, *“se soltava cada vez mais, ria, contava o quanto gostava de arco-íris e de vestir colorido”*, facilitando *“os procedimentos da equipe médica e de enfermagem”* que *“já não incomodavam mais”*.

Ao final, *“era uma vez o medo que foi embora...”*. Já tendo sido ambos *“salvos”* de suas crises, é inevitável que a vida retome seu fluxo.

[...] fui visitado pelos “espíritos da maçaneta”, não sabia como dizer tchau. Usando da mesma estratégia usual de sempre, propositadamente sendo redundante, falamos abertamente. A princípio ela não aceitou, mas na terceira tentativa ela disse um “tudo bem” a seu modo (recolhendo-se ao conforto da mãe).

⁶² Referência à Dorothy Gale, personagem protagonista nos Livros de Oz do autor americano Lyman Frank Baum e que, no cinema – o clássico *“O Mágico de Oz”* (1939), precisa calçar os sapatos de rubi e repetir a frase: *There’s no place like home*.

É difícil romper uma parceria que deu certo. No entanto, é este o fim do Plantão Psicológico: resgatar o curso da existência. Ambos, psicólogo plantonista e *“garota”*, se ressentem da inevitável perda. Cada qual a seu modo, se valeu do outro para apaziguar seu desalojamento. Ingenuamente, o psicólogo plantonista coloca em dúvida as possibilidades de separação da *“garota”*, quando, na verdade, talvez seja ele que tema ser, novamente, jogado no *“desconforto”* que abre sua narrativa. Ou seja, ir ao sabor da demanda e perder-se em outra crise alheia. E onde mesmo estariam localizados os assustadores *“espíritos da maçaneta”*? Na ausência da *“garota”*, ele terá que retornar à árdua tarefa de se inventar psicólogo plantonista. Por outro lado, a *“garota”*, mesmo titubeando no início, mostra-se cheia de si, respondendo com *“dois ‘joias’, um com cada mão”*, ao temor infundado de seus *“parceiros de viagem”*. Todos os envolvidos podem continuar *“tranquilamente”*.

EPISÓDIO QUATRO:**A IGNORÂNCIA NEM SEMPRE É ALGO RUIM****Autor: Psicóloga Plantonista**

Seguia tranquilamente pelos corredores, até que passei pela porta aberta de um dos quartos e avistei uma pessoa sentada. Ao entrar, fui recebida por um olhar bastante triste de uma mulher que acompanhava seu pai ao longo dos cuidados paliativos. Ele sofria de um linfoma há sete anos e já havia passado por cirurgias, porém, não havia mais o que fazer.

Logo que me apresentei, a filha começou a falar sobre a situação e fiquei em sua companhia por cerca de uma hora. Era como se ela estivesse esperando por alguém que pudesse escutá-la. Para além do simples desabafo, pude ajudá-la a perceber como estava se sentindo naquele momento.

Durante sua narrativa fui surpreendida! Era médica do hospital, embora estivesse numa outra circunstância, como que contrária à sua função no HU. Em todo seu discurso ela narrava a respeito da dificuldade de se ver no papel de “membro da família”, ao invés de estar do outro lado, comunicando a situação real do paciente. Escutou, de seus próprios colegas de trabalho, que seu pai se encontrava numa fase terminal da vida. Sentia-se exposta no ambiente que até então lhe era seguro e familiar. Além disso, por ser uma profissional da saúde e estar habituada com este tipo de doença, ela se sentia responsável por apoiar e comunicar à família a condição do pai. Entretanto, estava frustrada, pois apesar de ter informado aos irmãos, não havia feito o mesmo com sua mãe, receosa de como esta reagiria a triste notícia.

Em decorrência da pressão que estava sentindo, ela pediu afastamento de sua função. Sendo médica cirurgiã, considerava não estar em condição de desempenhar seu papel. Contou que estava acostumada a fazer os tipos de cirurgias pelas quais o pai passou, assim como informar aos familiares a respeito, por isso estava sendo muito conflitante se ver no lado inverso da situação.

A “doutora” reconhecia que escolhas eram feitas ao longo da vida. Se formar foi uma grande conquista para ela, porém, naquele momento, gostaria de ser “ignorante”, pois estava sofrendo demais. Preferia não conhecer a doença do pai, permitindo-se assim alguma esperança. Dizia sentir falta de uma crença, de uma fé maior. Segundo ela, isso seria possível se não fosse o conhecimento adquirido ao longo da formação, que ajuda a desconstruir muitos dos valores. Ressente-se, pois ao menos poderia se confortar por meio deste recurso. Ao seu modo de ver, a religião ampara as pessoas frente à enfermidade.

Compreendendo sua situação, eu lhe disse como era nítido o quanto estavam sendo conflitantes os papéis de médica e filha naquele momento, tendo que se ver do lado oposto de uma circunstância que, até então, relacionava-se exclusivamente ao seu universo profissional. Afirmei perceber o quanto ela se sentia sozinha (neste momento, ela concordou e chorou muito), pois se considerava responsável por cuidar do pai e da família, já que seu conhecimento lhe era cobrado. Entretanto, ao mesmo tempo não tinha em que ou quem se apegar, nem na família, nem na equipe médica ou na própria fé. Nada disso lhe era suficiente. Tinha a real noção do estado de saúde de seu pai.

Ela complementou dizendo que sua formação lhe exige muito neste momento. Por ter conhecimento do que vem a ser o câncer, afirmou novamente que, nesta ocasião, preferia não saber. Uma de suas falas me marcou muito: “A ignorância nem sempre é algo ruim”. No caso de doenças, a mesma pode confortar e permitir que as pessoas se apeguem a outros recursos como a fé e o discurso médico. Já em sua condição, não adiantava os médicos lhe dizerem que seu pai não está sofrendo, pois sempre restará a dúvida mesmo ele estando inconsciente.

Ao final do plantão, ela voltou a dizer o quanto se sente solitária. Eu lhe disse então da importância de encontrar alguém para compartilhar, da forma como lhe seja melhor, pois está numa condição difícil demais para aguentar o “fardo” sozinha. Foi então que a “doutora” pensou em procurar novamente sua psicoterapeuta, considerando que já havia iniciado um trabalho de atendimento psicológico após saber do adoecimento do pai. Como ele havia melhorado, ela decidiu dar um tempo, mas agora percebe a necessidade de retomar o acompanhamento. Afirmei ser uma decisão importante, assim como a decisão de ter pedido afastamento de sua função.

Sai do atendimento muito abalada! Acho que seu conflito de se ver em papéis ambíguos me afetou. Compreendia o quanto estava pesado para ela e o quanto ela mesma se cobrava em relação ao próprio conhecimento médico. Ficou claro para mim que ela estava habituada com sua profissão, porém não sabia o quanto era difícil se ver na condição de familiar. Essa experiência está exigindo muito dela a ponto de ter que abrir mão, por algum tempo, de sua profissão, da qual até então estava convicta que gostava de desempenhá-la. Tudo isso tentei passar a ela de forma bem sucinta, permitindo que reconhecesse seus sentimentos, porém sem querer levá-la a maior sofrimento.

Ao final, ela me agradeceu e disse que eu tinha aparecido para ela no momento certo. Senti que ela aproveitou bastante o tempo que permaneci em sua presença e também acredito que esteja bem encaminhada, pois afirmou que iria voltar à psicoterapia, sabendo que iria auxiliá-la para enfrentar o momento que está vivenciando.

Esta narrativa não é pungente apenas por expressar a dor da espera pelo momento de perder um ente querido. O acontecimento evidencia, tanto para a acompanhante como para a psicóloga plantonista, a submissão da vida ao inevitável intransponível. Ambas, surpreendidas pelo óbvio, se mostram perplexas mediante a fria crueza do real. Todos, desde o início, sabem que a morte é uma presença silenciosa, no entanto, quando esta já não mais se submete ao silenciamento imposto, há um esfacelamento das rotinas e o escancarar obscuro da real condição do homem no mundo.

Logo que me apresentei, a filha começou a falar sobre a situação e fiquei em sua companhia por cerca de uma hora. Era como se ela estivesse esperando por alguém que pudesse escutá-la. Para além do simples desabafo, pude ajudá-la a perceber como estava se sentindo naquele momento.

Durante sua narrativa fui surpreendida! Era médica do hospital, embora estivesse numa outra circunstância, como que contrária à sua função no HU. Em todo seu discurso ela narrava a respeito da dificuldade de se ver no papel de “membro da família”, ao invés de estar do outro lado, comunicando a situação real do paciente.

A médica-acompanhante, por dever de ofício, sempre conviveu com a morte de maneira asséptica. Refugiando-se em um modo técnico de coexistir com ela, conseguiu, até aquele momento, suplantar a inevitável angústia. Lançada na situação, não podendo se valer de seus métodos para aplacar a transbordante afetação, encontra, na presença da psicóloga plantonista, uma aliada para, ainda sem saber como, tentar transcender a nefasta presença.

No imaginário popular, a figura do médico vem sempre associada a atributos poderosos, quase divinos. O intuito desta idealização é tentar apaziguar o terror frente à doença e à morte. Sentindo-se ameaçado e à mercê de eventos lesivos à saúde, elege-se o médico como aquele que pode salvar vidas, negligenciando-se o fato de que ao médico cabe, quando possível, ganhar tempo, já que vida não pode ser salva por estar, desde o início, condenada. Sendo assim, o espanto da psicóloga plantonista, ao saber que sua cliente “era médica do hospital”, parece estar associado a esta divinização do médico. Ao revelar-se médica, “numa outra circunstância, como que contrária à sua função no HU”, corrompe-se a idealização, lançando a todos, inclusive à psicóloga plantonista, a orfandade. A narrativa demonstra a difícil transição de quem sempre foi cuidadora para se abrir a ser cuidada.

Em todo seu discurso ela narrava a respeito da dificuldade de se ver no papel de “membro da família”, ao invés de estar do outro lado, comunicando a situação real do paciente. Escutou, de seus próprios colegas de trabalho, que seu pai se encontrava numa fase terminal da vida.

No entanto, sendo também uma profissional da saúde, a psicóloga plantonista é, muitas vezes, alvo da idealização de seus clientes no hospital. O depositar-se daquele que se encontra em crise passa, em um primeiro momento, por esta idealização. Recusando o sedutor papel, devolve-se ao cliente a responsabilidade de, na crueza de sua real condição, assumir atos, escolhas e dores. A psicóloga plantonista, estando naquele momento investida do papel de cuidadora e, quem sabe, sendo também idealizada pela médica-acompanhante, cumpre o seu lugar, “comunicando a situação real do paciente” e convocando-a para o próprio cuidado.

Compreendendo sua situação, eu lhe disse como era nítido o quanto estava sendo conflitantes os papéis de médica e filha naquele momento, tendo que se ver do lado oposto de uma circunstância que, até então, relacionava-se exclusivamente ao seu universo profissional. Afirmei perceber o quanto ela

se sentia sozinha (neste momento, ela concordou e chorou muito), pois se considerava responsável por cuidar do pai e da família, já que seu conhecimento lhe era cobrado. Entretanto, ao mesmo tempo não tinha em que ou quem se apegar, nem na família, nem na equipe médica ou na própria fé. Nada disso lhe era suficiente. Tinha a real noção do estado de saúde de seu pai.

Ainda pela perspectiva da psicóloga plantonista, a narrativa vai mostrando que a condição de sua cliente, como não poderia deixar de ser, lhe afetou decisivamente, abalando-a e desalojando-a. Para além da solicitude e mediante ao sofrimento do semelhante, tornavam-se próximas também pelo caráter cuidador do ofício de ambas. Deste modo, a médica-acompanhante através do seu sofrimento, vai desvelando a fragilidade daquele que cuida, promovendo o espanto assustado da psicóloga plantonista e conduzindo-a ao encontro com seus próprios limites: rompe-se a idealização do papel de cuidador.

Sai do atendimento muito abalada! Acho que seu conflito de se ver em papéis ambíguos me afetou. Compreendia o quanto estava pesado para ela e o quanto ela mesma se cobrava em relação ao próprio conhecimento médico.

Não podendo se valer da tecnicidade como meio de apaziguar seus afetos, resta-lhe acolhê-los e, partindo deles, exercitar seu ofício. Deste modo evidencia-se que ao psicólogo plantonista não cabe medrar na angústia, devendo fazer dela e, portanto, da própria condição humana, o meio através do qual pode compreender o outro em seu sofrimento, ajudando-o, dentro dos limites de ambos, a resgatar o seu próprio sentido. Diferente do médico, que se vale de uma técnica na sua práxis, o psicólogo plantonista se vale dele próprio como meio através do qual pode encaminhar sua tarefa de ofício.

Ficou claro para mim que ela estava habituada com sua profissão, porém não sabia o quanto era difícil se ver na condição de familiar. Sentia-se exposta no ambiente que até então lhe era seguro e familiar.

A “doutora” reconhecia que escolhas eram feitas ao longo da vida. Se formar foi uma grande conquista para ela, porém, naquele momento, gostaria de ser “ignorante”, pois estava sofrendo demais. Preferia não conhecer a doença do pai, permitindo-se assim alguma esperança.

A médica-acompanhante vai se desnudando com singular clareza ao desdobrar sua crise. Mediante um acontecimento imponderável, o adoecer do pai e o final “trágico” que se anuncia, vive o desamparo imposto pela nova condição de “*membro da família*”. Estando neste novo lugar, o hospital, outrora familiar e acolhedor, se mostra estranho e inóspito.

O conhecimento, socialmente valorizado e atributo que a diferencia do senso comum, torna-se um “*fardo*” difícil de ser suportado, pois de nada lhe servia para apaziguar o momento. Ao contrário, saber dos detalhes do processo de adoecer e falecer amplia a sua aflição e a sensação de impotência, principalmente por considerar ser sua função o esteio da família.

A decepção com o conhecimento, que não lhe proporciona sustentação existencial, gera certo rancor. Além de não oferecer acolhimento, tolhe as possibilidades de se valer de outros recursos. Desvela-se o completo desamparo e a falta de sentido em que se encontra a médica-acompanhante.

Dizia sentir falta de uma crença, de uma fé maior. Segundo ela, isso seria possível se não fosse o conhecimento adquirido ao longo da formação, que ajuda a desconstruir muitos dos valores. Ressente-se, pois ao menos poderia se confortar por meio deste recurso. Ao seu modo de ver, a religião ampara as pessoas frente à enfermidade.

Outrora grande aliado, o conhecimento se torna, nesta circunstância, seu pior algoz.

Em decorrência da pressão que estava sentindo, ela pediu afastamento de sua função. Sendo médica cirurgiã, considerava não estar em condição de desempenhar seu papel. Contou que estava acostumada a fazer os tipos de cirurgias pelas quais o pai passou, assim como informar os familiares a respeito, por isso estava sendo muito conflitante se ver no lado inverso da situação.

Sentindo-se sem instrumentos e vivendo a precariedade da situação, não se considera apta a exercer seu ofício. Seu paciente, objeto de sua destreza técnica, adquire humanidade mediante a inegável proximidade com o pai. Sentindo-se diminuída frente à potência do destino e intimidade por reconhecer humano o seu objeto de trabalho, recolhe-

se para viver seus lutos: o iminente falecimento do pai e a perda de sua frágil e falaciosa onipotência.

Ela complementou dizendo que sua formação lhe exige muito neste momento. Por ter conhecimento do que vem a ser o câncer, afirmou novamente que, nesta ocasião, preferia não saber. Uma de suas falas me marcou muito: “A ignorância nem sempre é algo ruim”. No caso de doenças, a mesma pode confortar e permitir que as pessoas se apeguem a outros recursos como a fé e o discurso médico. Já em sua condição, não adiantava os médicos lhe dizerem que seu pai não está sofrendo, pois sempre restará a dúvida mesmo ele estando inconsciente.

Sua disposição pessimista em relação ao conhecimento se reflete na maneira em que tenta, inutilmente, salvaguardar seus familiares. Sentindo-se “responsável por apoiar e comunicar à família a condição do pai”, desconfia das benesses do conhecimento, amplamente propaladas no meio científico e hospitalar, e tenta resguardar sua mãe, mantendo-a ingênua em relação ao verdadeiro teor dos fatos. Afinal, “a ignorância nem sempre é algo ruim”.

Compreendendo sua situação, eu lhe disse como era nítido o quanto estavam sendo conflitantes os papéis de médica e filha naquele momento, tendo que se ver do lado oposto de uma circunstância que, até então, relacionava-se exclusivamente ao seu universo profissional. Afirmei perceber o quanto ela se sentia sozinha (neste momento, ela concordou e chorou muito), pois se considerava responsável por cuidar do pai e da família, já que seu conhecimento lhe era cobrado. Entretanto, ao mesmo tempo não tinha em que ou quem se apegar, nem na família, nem na equipe médica ou na própria fé. Nada disso lhe era suficiente. Tinha a real noção do estado de saúde de seu pai.

Percebe-se como a plantonista acompanha a médica, que vive sua orfandade em vários níveis. O mais óbvio e concreto refere-se à morte do pai. Evidentemente ligada a ele, acompanhando-o “ao longo dos cuidados paliativos”, sente que parte de si se vai com a sua ausência. Estar de frente desta perda inevitável conduz a médica-acompanhante a sucessivas outras perdas, que culminam em uma sensação de vazio e desesperança. Com

rotina interrompida, seus instrumentos para sustentação existencial se dissiparam frente ao abrupto da situação: o conhecimento nada lhe valeu mediante suas necessidades emergentes; considera-se faltosa na tarefa de apaziguar a dor familiar, afastou-se de sua profissão “*em decorrência da pressão que estava sentindo*”, e passou a questionar valores profundamente entranhados. Enfim, a circunstância promoveu um dilaceramento que a lançou em um vazio paralisante, sendo que não mais se reconhecia como aquela que sempre foi.

[...] disse que eu tinha aparecido para ela no momento certo. Senti que ela aproveitou bastante o tempo que permaneci em sua presença e também acredito que esteja bem encaminhada, pois afirmou que iria voltar à psicoterapia, sabendo que iria auxiliá-la para enfrentar o momento que está vivenciando.

Seu curso de vida se rompeu, lançando-a para fora do tempo e instalando a solidão: “*ela voltou a dizer o quanto se sente solitária*”. Deste modo, se faz necessário a cerzidura desta malha existencial, para que possa ser possível o resgate do fluxo de sua própria história. Não se espera retornar ao que era antes, pois a vida deixa marcas indeléveis, mas à possibilidade de abertura para o novo.

Eu lhe disse então da importância de encontrar alguém para compartilhar, da forma como lhe seja melhor, pois está numa condição difícil demais para aguentar o “fardo” sozinha. Foi então que a “doutora” pensou em procurar novamente sua psicoterapeuta, considerando que já havia iniciado um trabalho de atendimento psicológico após saber do adoecimento do pai. Como ele havia melhorado, ela decidiu dar um tempo, mas agora percebe a necessidade de retomar ao acompanhamento. Afirmei ser uma decisão importante, assim como a decisão de ter pedido afastamento de sua função.

A presença da psicóloga plantonista rompe com a solidão, lembrando a médica-acompanhante que, estando no mundo com os outros, pode contar com o semelhante para ir adiante. O atendimento promove o resgate da referência de sua psicoterapeuta, que em outros momentos difíceis soube acolher e proporcionar o trânsito. Evidencia-se um movimento para o surgimento de novos sentidos. O vazio já não é mais absoluto. Neste

sentido, o Plantão Psicológico, através da relação de solicitude construída, convoca ao movimento, trazendo a expectativa de futuro.

A relação direta entre a procura pela psicoterapia e o adoecimento do pai aponta como a médica-acompanhante sente-se despreparada para essa perda iminente. Mesmo tendo atuado em casos semelhantes, ela vive em tempos em que há um indiscutível sequestro da morte nos hospitais (MELLOR; SCHILING, 1994). As contingências impostas pela modernidade e a necessidade de se suplantar a angústia ligada a finitude colaboram para que as pessoas negligenciem suas necessidades mediante a morte. Por esta perspectiva, pode-se considerar que o atendimento em Plantão Psicológico avalizou o processo de luto da médica-acompanhante, validando seu modo particular de lidar com esta situação de perda e permitindo a possibilidade de uma nova reorganização da vida.

Cada vez mais, em instituições de saúde e educação, é necessário resgatar o devido valor deste processo, permitindo que o enlutado possa manifestar seus afetos, fantasias e medos, favorecendo assim um desfecho pertinente a este momento especial (KOVÁCS, 2003). Rando (1984, 1992/1993) destaca a importância de se lidar com a possibilidade da perda antes do evento de morte, o que chamou de “luto antecipatório”. A importância da assistência familiar, no momento crítico da morte de um ente querido, também é apontada por Kübler-Ross (1988) e Hennezel (1996, 2001). No hospital, esta consideração deve ser levada às últimas consequências, visto a impessoalidade frente ao luto e a artificial indiferença frente à morte que a tecnicidade médica impõe (ARIÈS, 1977). Sentindo na própria pele a eclosão da dor, a médica acompanhante inicia um novo processo de aprendizagem que não se baliza nos compêndios médicos ou nos parâmetros tecnológicos, tendo unicamente a sua experiência como guia e mestre para esta difícil travessia.

EPISÓDIO CINCO:**ELA VAI VOLTAR A PENSAR SOBRE A MORTE****Autor: Estagiária Plantonista**

Aproveito esse diário de campo para falar um pouco sobre como foram os meus primeiros plantões no HU. Saí do primeiro dia com uma sensação de estar sozinha. Pensei durante um tempo sobre essa sensação e o que mais a acompanhava... Percebi que não se tratava de solidão por falta de companhia, mas de um sentimento que se referia a estar por si. Não há, no HU, um lugar instituído que seja meu. Não pude formar um limite, para que eu pudesse saber que, estando ali naquele lugar (não necessariamente geográfico), o que deveria fazer ou qual era minha função... Até pensei em não continuar o plantão no HU e resolvi conversar com um dos supervisores do projeto. Precisava dizer desse sentimento! Saí dessa conversa com uma ótica nova. Reelaborei essas questões, o que me moveu a ir ao HU mais uma vez.

No começo do segundo dia de plantão, novamente me senti perdida, sem rumo, sem norte e sem função, até que atendi uma enfermeira. O atendimento aconteceu de maneira tão espontânea, trazendo questões tão sensíveis e tão "lugar comum", que, não sei como, me fizeram sentir pertencente aquele contexto! O expressar daqueles sentimentos, todos vinculados a uma demanda tão consistente, me fez pensar que, naquele momento, eu sabia onde estava pisando. Não sabia, talvez, sair do lugar. Qual o seguinte passo e pra onde ele me levaria? Mas, apesar de tudo, havia um sentimento de pertencimento em relação a toda aquela atmosfera, por vezes resistente ao nosso trabalho. Uma atmosfera que nos faz sentir "estar por si".

No terceiro dia, fomos para a maternidade do hospital por desejo meu, porque aconteciam atendimentos por lá. Entretanto, não havendo demandas expressas, acabamos por ir ao setor de internações clínicas gerais, atender a olhos cansados que solicitavam atenção a quem quer que possa dar-lhe alguma. Lá encontramos uma senhora de aproximadamente 70 anos, muito expressiva e de palavras sinceras que me comoveram ao ponto de me fazer perder a fala e desfazer a pouca segurança que eu pensei que pudesse ter para atender naquela noite.

A paciente tinha a saúde bem debilitada e se confrontava com uma realidade que eu não poderia assumir, nem para mim, nem para ela. “Ela não pode estar morrendo, ela está aqui, conversando comigo!”. De uma maneira muito insegura ela nos dizia ter avisado aos filhos que se preparassem para sua partida, demonstrando um medo sufocante de ir embora. Em um primeiro momento, sua queixa era a respeito de um exame que ela teria de fazer e que seu genro a havia alertado para o índice de mortes que decorrem de tal procedimento. Relatava que ele tentava assustá-la e isso a angustiava profundamente. A partir daquele momento, eu só pensava em cessar com toda aquela angústia que ela dividiu comigo, que eu passei a carregar também. Partindo dos relatos dela, eu construí uma imagem do genro como aquele que a fazia piorar. Queria mostrar para ela como ele estava errado e como ele era ruim para sua saúde. Esse foi um lugar que percebi meu “escorregão”, pois fui maniqueísta e sinto que me distanciei do meu propósito de atendimento.

Disse-lhe palavras que pudesse lhe dar ânimo, esperança. Esperança que eu enxerguei por um fio, que ela ainda nutria com algum esforço. Não perguntei como era aquele medo, pois só queria afastá-lo dela e também de mim! Ela contou sobre a sua vida, as pessoas que a amavam (seus netos, principalmente) e, por vezes, achava que mais ninguém se importava com ela. Perguntamos então se os familiares que ficavam ao seu lado no hospital não se importariam com ela ou se não a amavam. Respondeu que: “pensando por esse lado, havia pessoas que a queriam por perto”, e isso aliviou um pouco da angústia que ela guardava em si.

Enquanto eu estava lá e até o dia seguinte, falei disso com minha companheira de plantão, achei que tivesse feito um bom atendimento. Antes de sair perguntamos se ela estava melhor e ela disse que sim, fazendo com que eu me sentisse muito bem com isso. Já no elevador, minha companheira disse algo que me fez cair, um pouco, na real: “ela vai voltar a pensar sobre a morte”. É exatamente esse o sentimento que me tomou quando pude pensar sobre o atendimento com mais calma. Considero que esvaziei uma pequena parcela de um copo que estava sendo cheio por uma goteira constante e irrefreável, mas que daqui a pouco novamente iria transbordar e ela, de novo, choraria e perderia o sono, negando a necessidade de estar naquele hospital. Foi difícil me desvencilhar do sentimento de impotência e de incompetência, de não ter feito o que ali estava ao meu alcance,

movimentar, quem sabe, toda aquela soma de angústia e sofrimento que ela tinha. Eu ainda continuo pensando no que terá acontecido com ela.

A narrativa vai apresentando, de maneira explícita, as dificuldades da psicóloga plantonista quando adentra o contexto hospitalar através da proposta do Plantão Psicológico.

Aproveito esse diário de campo para falar um pouco sobre como foi os meus primeiros plantões no HU. Saí do primeiro dia com uma sensação de estar sozinha. Pensei durante um tempo sobre essa sensação e o que mais a acompanhava e percebi que não se tratava de solidão por falta de companhia, mas de um sentimento que se referia a estar por si. Não há, no HU, um lugar instituído que seja meu. Não pude formar um limite, para que eu pudesse saber que, estando ali naquele lugar (não necessariamente geográfico), o que deveria fazer ou qual era minha função... Até pensei em não continuar o plantão no H.U e resolvi conversar com um dos supervisores do projeto. Precisava dizer desse sentimento!

Colocando-se disponível a qualquer evento crítico, sem a possibilidade de estar escorada na segurança de uma equipe multidisciplinar ou estrutura institucional, tende a sentir-se desalojada e desamparada em um ambiente vivido como pouco acolhedor. A proposta de estar aberta, quase que de maneira incondicional, às demandas atípicas que podem surgir no espaço hospitalar, mostra-se difícil e pesada para a estudante que experimenta suas primeiras excursões fora dos muros da academia. Afinal, trata-se de uma aluna do terceiro semestre do curso de Psicologia que, espontaneamente, optou por este trabalho como estágio extracurricular. Não podendo se valer de um constructo técnico pré-definido que possa trazer, mesmo que fantasiosamente, parâmetros de conduta mediante as crises alheias, é lançada impiedosamente na sua própria crise. Deste modo, acolhendo aqueles que se veem expurgados do modorrento cotidiano por conta de um acontecimento imponderável, o hospital confirma sua vocação como lócus privilegiado no desvelar da crise – tanto dos pacientes, como daquele que os acolhem no intuito da atenção e do cuidado. Prevalece a solidão mediante a amplidão absoluta. Cada atendimento lança a estagiária

plantonista no vazio absoluto, obrigando-a a se resgatar e constituir-se a partir de si mesma, pois nada que venha do mundo lhe parece pertinente.

Mediante a tão absoluto desamparo, busca uma “solução” para um “*sentimento*” intensamente experienciado, ainda inominável. Em um primeiro momento, como acontece com todos nós, lhe ocorre fugir. Afinal, seria mais prudente manter-se longe desta inospitalidade. No entanto, como se soubesse em seu íntimo que isto de nada valeria, procurou amparo na figura do supervisor, aquele que, supostamente, saberia “*formar um limite*”, ou seja, dar forma(ção), contorno, contenção, e que poderia lhe dizer “*o que deveria fazer*”, tirando-a da angústia atroz e absoluta.

Saí dessa conversa com uma ótica nova. Reelaborei essas questões, o que me moveu a ir ao HU mais uma vez.

O supervisor, contudo, não aponta suas fronteiras ou diz o que deve ou não fazer, porém, favorecendo a travessia pela crise em que se encontra, pode acompanhá-la, trazendo à luz os seus próprios recursos, convidando-a ao desafio. Surpreendida com sua bagagem, até então negligenciada, sente-se confiante para, pela segunda vez, lançar-se neste contexto vivido como rude e desfavorável.

No entanto, não basta que alguém diga que podemos algo para que passemos a percebê-lo em nós mesmo, pois é necessário que haja uma apropriação, só possível através da experiência.

No começo do segundo dia de plantão novamente me senti perdida, sem rumo, sem norte e sem função, até que atendi uma enfermeira. O atendimento aconteceu de maneira tão espontânea, trazendo questões tão sensíveis e tão "lugar comum", que, não sei como, me fizeram sentir pertencente aquele contexto!

Deste modo, quando se vê lançada a campo, longe do conforto da maternagem do seu supervisor, vive, novamente, a frieza asséptica, a amplidão e o desamparo que o seu ofício lhe impõe naquele lugar. Precisando urgentemente de um lenitivo para o seu desamparo, o encontra em um atendimento realizado a “*uma enfermeira*” – um diferente quase igual. O apaziguamento surge do “*lugar comum*”. A “*enfermeira*” oferece, “*de maneira tão espontânea, trazendo questões tão sensíveis*”, a possibilidade de refugiar-se em uma

cotidianidade que a preserva da invasão súbita do imponderável. Lá, junto com a “enfermeira”, tudo faz sentido, pois aquilo que emerge não é ameaçador e nem desestruturante.

O expressar daqueles sentimentos, todos vinculados a uma demanda tão consistente, me fez pensar que, naquele momento, eu sabia onde estava pisando. Não sabia, talvez, sair do lugar. Qual o seguinte passo e pra onde ele me levaria? Mas, apesar de tudo, havia um sentimento de pertencimento em relação a toda aquela atmosfera, por vezes resistente ao nosso trabalho. Uma atmosfera que nos faz sentir "estar por si".

Não há ameaça latente no “atendimento clichê” com a “enfermeira” e ela, então, passa a sentir-se “pertencente àquele contexto”. Na verdade, se vê incluída em uma providencial rotina que os eventos hospitalares, por sua característica crítica e emergencial, teimam em destruir impiedosamente, lançando a todos em um vazio absoluto. O que a “salva” é a “demanda tão consistente”, que a faz “pensar que, naquele momento”, ela “sabia onde estava pisando”, tornando aquele solo também seu – estrangeira naturalizada. “Não sabia, talvez, sair do lugar. Qual o seguinte passo e pra onde ele a levaria”, mas, naquele momento, o que lhe bastava era justamente esta modorrenta e pacata imobilidade.

No terceiro dia fomos para a maternidade do hospital por desejo meu, por que aconteciam atendimentos por lá. Entretanto, não havendo demandas expressas, acabamos por ir ao setor de internações clínicas gerais, atender a olhos cansados que solicitavam atenção a quem quer que possa dar-lhe alguma.

No entanto, por ironia, é justamente desta irmanação apaziguadora com o outro em crise que emana sua perturbação no seu terceiro dia de atendimento.

Fazendo pequena digressão, foi possível notar, ao longo dos vários anos em que acontece o projeto de Plantão Psicológico no HU, que há, quando o psicólogo plantonista adentra pelas primeiras vezes o ambiente hospitalar, uma tendência a se “refugiar” na maternidade e na pediatria. Mediante a uma rotina que é sucessivamente rompida pela imponderabilidade e pela ameaça constante de várias finitudes, pairando “uma atmosfera” trágica, o psicólogo plantonista, ainda que não intencionalmente, prefere instalar-se onde a

vida prevalece, e, de maneira geral, a imponderabilidade refere-se ao momento do nascimento. Neste ambiente, ainda que a crise esteja presente, ela associa-se de imediato à vida. Isto não significa que a morte não esteja presente, visto que ambas são indissociáveis, porém é possível, sem grandes esforços, negligenciá-la naqueles corredores, trazendo certo apaziguamento para a estadia conturbada. A narradora mantém a tradição, porém, não encontrando demandas e sabendo que seu ofício não prescinde das crises, lá foi ela *“atender a olhos cansados que solicitavam atenção a quem quer que possa dar-lhe alguma”*.

Lá encontramos uma senhora de aproximadamente 70 anos, muito expressiva e de palavras sinceras que me comoveram ao ponto de me fazer perder a fala e desfazer a pouca segurança que eu pensei que pudesse ter para atender naquela noite.

Em seu terceiro dia de plantão, a narradora mostra-se disponível e confiante, abrindo-se ao imponderável. Sem conseguir fugir do antagonismo que permeia o ambiente hospitalar, ao afastar-se da maternidade, onde irrompe a vida, encontra-se com a morte no *“setor de internações clínicas gerais”*. Retirada de sua cômoda e frágil estabilidade, é confrontada de forma *“muito expressiva”* pelas *“palavras sinceras”* da *“senhora de aproximadamente 70 anos”*, iniciando um esforço de apaziguamento: dela e de si mesmo.

A paciente tinha a saúde bem debilitada e se confrontava com uma realidade que eu não poderia assumir, nem para mim, nem para ela. “Ela não pode estar morrendo, ela está aqui, conversando comigo!”.

Talvez desejasse em seu íntimo que a senhora fosse menos *“sincera”* e *“expressiva”*, mas o mal já estava feito.

A paciente tinha a saúde bem debilitada e se confrontava com uma realidade que eu não poderia assumir, nem para mim, nem para ela. “Ela não pode estar morrendo, ela está aqui, conversando comigo!”. De uma maneira muito insegura ela nos dizia ter avisado aos filhos que se preparassem para sua partida, demonstrando um medo sufocante de ir embora.

Ambas, não podendo negar o inegável, encontram modos de lidar com o transbordamento aflitivo. A senhora, apesar da *“maneira muito insegura”*, convive com esta

verdade “sufocante” e tenta preparar os seus. Perplexa com o fato de saber “estar morrendo” alguém que ali conversa com ela, a estagiária plantonista vê uma senhora temendo a morte.

Pode-se pensar que, neste momento, tenha se apresentado a atitude nomeada por Ariès, (1977 b) de “morte domada”, referindo-se à ideia básica de que a morte faz parte da vida. Ainda por esta perspectiva, uma situação muito frequente é a do moribundo, em seu leito de morte e estando próximo ao fim, realizar ações, mesmo simples, que expressam uma aceitação da morte (KOVÁCS, 2003). Esta aceitação não significa ausência de aflição, mas um conformar-se com o inevitável.

Em um primeiro momento, sua queixa era a respeito de um exame que ela teria de fazer e que seu genro a havia alertado para o índice de mortes que decorrem de tal procedimento. Relatava que ele tentava assustá-la e isso a angustia profundamente.

Ainda por esta via, que inclui a morte na vida, a “senhora” não se afasta de seu cotidiano, utilizando-o para falar, embora de modo coloquial, sobre sua angústia e eleger um “vilão”, que ousa dizer o indizível desvelando a crise já instalada: a morte está à espreita!

A partir daquele momento, eu só pensava em cessar com toda aquela angústia que ela dividiu comigo, que eu passei a carregar também. Partindo dos relatos dela, eu construí uma imagem do genro como aquele que a fazia piorar. Queria mostrar para ela como ele estava errado e como ele era ruim para sua saúde. Esse foi um lugar que percebi meu “escorregão”, pois fui maniqueísta e sinto que me distanciei do meu propósito de atendimento.

Chocada com o fato, a psicóloga plantonista cai na armadilha e busca apaziguar aquilo que não se apazigua. Tenta inutilmente “cessar com toda aquela angústia”, esquecendo que esta é condição fundante do homem no mundo. Na verdade, lembrando-se de sua qualidade de mortal, busca, na infrutífera tentativa de sossegar a “senhora”, serenar sua própria crise que se avizinha. Provavelmente questionou-se em seu íntimo, agora atormentado: por que abandonei a maternidade?! Em seu afã de proteger-se do nefasto, sentindo-se na pele da “senhora”, transforma o genro em “anjo da morte”, tentando desqualificar a verdade que talvez trouxesse. Resgatando o dito popular, “ela responsabiliza

o mensageiro pela má notícia”. “Escorrega”, é bem verdade, no maniqueísmo, pois tentou expurgar a morte da vida.

Disse-lhe palavras que pudesse lhe dar ânimo, esperança. Esperança que eu enxerguei por um fio, que ela ainda nutria com algum esforço. Não perguntei como era aquele medo, pois só queria afastá-lo dela e também de mim!

As atitudes de esquiva frente ao vazio absoluto vão se sucedendo. Vendo a “senhora” como frágil e desprovida, a estagiária plantonista tenta, a todo custo, fazê-la sentir-se mais rica. Sendo uma profissional da escuta e tendo o verbo como instrumento, parte do princípio de que tem algo a ofertar além daquilo que lhe cabe. Escolhe “*lhe dar ânimo, esperança*”, interpretando bem as necessidades dela, já que “*ânimo*” (lat. *animus*) alude à vida, alma, princípio vital, disposição, vontade, e “*esperança*” (lat. *sperantia*), outra das dádivas pretendidas, refere-se àquele que algo espera (esperar+ança), denotando que para ter esperança é necessário acreditar na possibilidade de futuro. Tratava-se de algo que a própria “senhora”, seus familiares e a estagiária plantonista, no fundo, não acreditam que disponha. Bem intencionada, busca aliviar a agonia de sua cliente, acreditando que, sendo bem sucedida, conseguiria apaziguar sua aflição. Esforça-se para amenizar a “atmosfera”, tentando escamotear a morte que teimava em prevalecer.

Ela contou sobre a sua vida, as pessoas que a amavam (seus netos, principalmente) e, por vezes, achava que mais ninguém se importava com ela. Perguntamos então se os familiares que ficavam ao seu lado no hospital não se importariam com ela ou se não a amavam. Respondeu que: “pensando por esse lado, havia pessoas que a queriam por perto”, e isso aliviou um pouco da angústia que ela guardava em si.

Revelando uma necessidade atávica do profissional de saúde de expurgar a dor a todo custo, a estagiária plantonista persiste no intuito de “consolar”, desviando-se de seus propósitos profissionais: auxiliar o trânsito por aquele momento crítico. No entanto, é a velha “senhora” que, conduzindo a estagiária plantonista para o seu lugar de ouvinte privilegiado, assume recontar sua história, no intuito de conseguir nova perspectiva que pudesse trazer alguma serenidade para aquele momento. Acertadamente, a estagiária plantonista aponta, ainda que de maneira sutil, o legado que a “senhora” deixava,

encarnado no afeto que alguns membros de sua família sentiam por ela, permitindo, assim, certa transcendência no encontro com a morte. Não era necessário “consolo”, apenas lembrá-la de que não estava só neste momento crítico.

Se, ao nascer, o ser humano precisa do amparo da mãe para resistir vivo, por que na morte deveria prescindir da presença de alguém? Atualmente, as pessoas estão morrendo cada vez mais apartadas de seus entes queridos e confinadas em setores inacessíveis dentro de hospitais, ampliando ainda mais este momento de solidão e dificultando as possibilidades de elaboração e transcendência, tanto do moribundo como da família.

Enquanto eu estava lá e até o dia seguinte, falei disso com minha companheira de plantão, achei que tivesse feito um bom atendimento. Antes de sair perguntamos se ela estava melhor e ela disse que sim, fazendo com que eu me sentisse muito bem com isso. Já no elevador, minha companheira disse algo que me fez cair, um pouco, na real: “ela vai voltar a pensar sobre a morte”. É exatamente esse o sentimento que me tomou quando pude pensar sobre o atendimento com mais calma. Considero que esvaziei uma pequena parcela de um copo que estava sendo cheio por uma goteira constante e irrefreável, mas que daqui a pouco novamente iria transbordar e ela, de novo, choraria e perderia o sono, negando a necessidade de estar naquele hospital.

Continuando a narrativa, a estagiária plantonista fica feliz por ter conseguido apaziguar o momento da “senhora”. No entanto, rapidamente percebe que não conseguiu extirpar a morte da vida dela e, por conseguinte, de sua própria vida. Frente a isto, começa a duvidar se realmente foi “feito um bom atendimento”. De maneira ingênua, quase infantil, propunha como solução que a morte fosse ignorada, considerando ser esta a função do atendimento. Neste sentido, o atendimento estaria a serviço do simulacro, ardil que tenta conduzir ambas, estagiária plantonista e “senhora”, a um estado de calma pela negação da real condição de mortalidade. Porém, ao expurgar a morte, retira-se a possibilidade de se resgatar sentidos próprios e singulares para a vida. Deste modo, vida sem morte torna-se um interregno empobrecido, destituído de aberturas autênticas para realização. Aparentemente, o que fez a velha “senhora” sentir-se melhor foi a possibilidade de, na sua narrativa, resgatar um sentido próprio para sua vida. Sentido efêmero, porém suficiente

para o momento. Sendo assim, não foi o esvaziar de uma *“pequena parcela de um copo que estava sendo cheio por uma goteira constante e irrefreável”* que trouxe acalento, pois, como se sabe, *“daqui a pouco novamente iria transbordar”*, mas a possibilidade de, voltando *“a pensar sobre a morte”*, dar sentido ao vivido.

Foi difícil me desvencilhar do sentimento de impotência e de incompetência, de não ter feito o que ali estava ao meu alcance, movimentar, quem sabe, toda aquela soma de angústia e sofrimento que ela tinha. Eu ainda continuo pensando no que terá acontecido com ela.

O *“sentimento de impotência e de incompetência”* que a narradora se refere, aparentemente não se relaciona com a imperícia em realizar o seu ofício, mas sim, com a impossível tarefa de viver à margem da morte.

EPISÓDIO SEIS:

ENTÃO A VIOLÊNCIA QUE VINHA DE FORA, DE REPENTE ERA UM DESCONHECIDO DE DENTRO, E ISSO ERA AMEDRONTADOR.

Autor: Estagiário Plantonista

Um atendimento foi realizado no pronto-socorro do hospital.

Atendíamos uma mulher. Estávamos eu e minha colega de plantão. Quando chegou o momento em que dissemos que éramos psicólogos, através de um comentário, de uma fala, fiquei paralisado! Não sei o que aconteceu! Não sei se eram questões minhas ou não, mas fiquei completamente paralisado e minha colega deu continuidade. Eu só escutava como mero espectador. Foi então que prestei atenção no barulho que vinha da maca que estava atrás de mim: era como um ronco alto, alguém que sentia dificuldades para respirar. Senti um inequívoco chamado, como um puxão de meu avental!

Geraldo estava inconsciente, sob o efeito de calmantes pesados, e recobrava pouco a pouco a consciência. Ouvi-lo exigia uma proximidade muito grande, de poucos centímetros. Chamou-nos ao seu lado logo que acordou. Até então apenas emitia alguns grunhidos, como se roncasse muito alto. Senti-me à vontade para pedir licença do atendimento que estava mais engatado em minha colega, pois minha presença não parecia ser ali necessária.

Geraldo fazia um pedido: que o desamarrassem. Vi como estava preso por bandagens no pulso, fixo na maca. Ora, não poderia, sob nenhuma hipótese libertá-lo, pois não sabia quais eram os motivos para que ele estivesse amarrado e estava inclinado a considerá-los inicialmente justificados. Assim, procurei entender por que ele estava ali, e qual era mais exatamente o estado de sua relação com o que estava ocorrendo. No entanto, pouco respondia. Quando perguntava sobre o que ocorrera, e como chegara ao hospital, respondia apenas que havia tido problemas com sua coordenação motora (sic). Logo, ele pedia novamente para que o desamarrasse. Quando perguntei por que estava amarrado, respondia com as mesmas palavras, voltando a falar sobre sua coordenação motora. No entanto, quando lhe fazia perguntas, mostrava-se pensativo antes de responder, e embora estivesse fraco, parecia ter consciência de que algo de muito grave lhe ocorrera. Sabia que estava em um hospital, e sabia que lhe acontecera algo, mas parecia não querer falar a

respeito. Era um atendimento que exigia proximidade: estava fisicamente próximo para ouvi-lo, sentia o seu cheiro, via os poros da sua pele, via suas cicatrizes.

Movi-me de interesse por esse sujeito, e, embora reconhecendo que talvez não tenha tomado uma decisão clínica, me dirigi a uma das enfermeiras do local com a intenção de perguntar por que Geraldo havia sido amarrado. Como disse, fiz isso movido por interesse por ele, e para saber o que lhe havia ocorrido, depois que ele silenciara, frustrado por não poder se sentar em sua maca (o que queria era mudar de posição e ficar de lado [sic]). Pedira também para que entrassem em contato com sua ex-companheira (sic) e, considerando que esse era um desejo que deveria ser levado a sério, decidi me inteirar das comunicações já realizadas pela equipe técnica (Assistente Social) junto à família. Além disso, Geraldo pediu isso num momento em que começou a se dar conta plenamente de sua situação, e aí silenciou de desespero. Por isso, era para permitir que ele continuasse a falar que essas tarefas, em minha opinião, tinham que ser realizadas.

Então, soube que havia sido trazido por um amigo depois de sofrer uma convulsão violenta enquanto trabalhavam juntos. Inicialmente, a enfermeira se surpreendeu que ele tivesse falado comigo, mas logo atribuiu isso à perda progressiva do efeito mais imediato das medicações anticonvulsivantes (diazepan). A convulsão violenta e imprevisível já havia sido atribuída à presença de um tumor cerebral facilmente detectado por uma tomografia simples, o que indicava a gravidade do quadro. Essa era uma informação inesperada, e logo ali tomei a decisão de me relacionar com ela com certo distanciamento. Entendi que minha tarefa seria a de permitir que Geraldo falasse sobre a experiência radical que ele passara. Como o paciente não era epilético, supus que nunca havia tido uma convulsão antes. Além disso, a maneira como havia silenciado me informava sobre o caráter radicalmente novo da situação. Foi uma decisão clínica que me obrigou a realizar tarefas “não tão clínicas”. Cheguei a ligar para duas de suas irmãs, para sua ex-companheira, tranquilizei a Assistente Social agitada e cortei uma enfermeira que não parava de dizer, desesperada, que ficaria tudo bem.

Os espaços de conversa abertos foram bem aproveitados por Geraldo. Sua narrativa partiu de que já passara por situações de extremo risco. Acidente era a palavra que usava, e eram deveras graves! Veja como já quebrara o rosto (placas de metal aqui, sente...), num

acidente machucara muitas costelas (oito quebradas!), e essa cicatriz na clavícula foi de três vezes. O rosto quebrou em oito lugares... mas igual isso... não sei!

Retoma: quebrei muito, me machuquei num acidente de moto (não conta no começo, mas depois fala como se acidentou num racha dentro da USP, vinte anos atrás). O resto dos acidentes era de queda, porque era Jóquei. Contando do esporte fica mais animado, e é depois de parar um instante que consegue retomar o que lhe ocorrera. Consegue descrever o que lhe acontecera, e a maneira como sensações (muito novas!) surgiam progressivamente e tomavam seu corpo. Então a violência que vinha de fora, de repente era um desconhecido de dentro, e isso era amedrontador.

Esse é o momento do fim do atendimento, pois percebi que essa nova maneira de pensar já poderia ajudar um pouco a enfrentar o sofrimento enorme que o esperava. Além disso, a própria fala dele mostrava que já estava subjetivando sua situação, e que não estava mais desesperado.

Foi um atendimento muito cansativo, e que exigiu muitas decisões e ações em si não clínicas. Mas senti que aprendi muito na medida em que me senti sempre orientado pelo propósito de abrir o espaço para que esse sujeito pudesse falar. Isso feito, tive a sorte de que, além de tudo, ele pudesse e quisesse falar.

Os dois protagonistas desta “tragédia”, estagiário plantonista de nono semestre e “Geraldo”, vão apresentando os modos particulares de caminhar pelo acontecimento. Se durante toda a narrativa o estagiário plantonista questiona a pertinência de seus atos e falas, o modo que inicia sua história deixa claro o que adveio: “Um atendimento foi realizado no pronto-socorro do hospital”.

Atendíamos uma mulher. Estávamos eu e minha colega de plantão. Quando chegou o momento em que dissemos que éramos psicólogos, através de um comentário, de uma fala, fiquei paralisado! Não sei o que aconteceu! Não sei se eram questões minhas ou não, mas fiquei completamente paralisado e minha colega deu continuidade. Eu só escutava como mero espectador. Foi então que prestei atenção no barulho que vinha da maca que estava

atrás de mim: era como um ronco alto, alguém que sentia dificuldades para respirar. Senti um inequívoco chamado, como um puxão de meu avental!

Acreditando estar “paralisado” para o atendimento que se iniciava na companhia de sua “colega de plantão”, não consegue perceber que já estava comprometido com o “barulho que vinha da maca que estava atrás”. Afinal, através de “um ronco alto”, havia “um inequívoco chamado”: “como um puxão de meu avental”! Ainda que de forma tácita, responde às demandas como compete a um plantonista; no entanto, não se autoriza a este lugar, talvez tentando abrandar a grande responsabilidade que acredita pairar em seus ombros. Esperando esquivar-se no plácido atendimento que acontecia com a “mulher”, coloca-se ao alcance da “tormenta” que se avizinha.

Mais uma vez, como o “grito da dor”, um “ronco” convocava o psicólogo plantonista desatento. Teria sido o som “alto” daquele que “sentia dificuldades para respirar” com seu “inequívoco chamado” que já despertava o estagiário plantonista, mobilizando-o ao estado de “completamente paralisado”? Mesmo no forçado silêncio de um “mero espectador”, outro movimento, “um puxão”, o convoca ainda de forma mais abrupta por atenção. No momento deste insólito encontro, tão atípico para ambos, os envolvidos vivem o desamparo causado pela absurda falta de parâmetros.

Se “Geraldo” desperta de seu “estado de mal” (EY; BERNARD; BRISSET, 1981) desorientado no tempo e no espaço, experimentando uma circunstância de confusão mental (PAIM, 1982), o psicólogo plantonista também vive o seu estado confusional, estando lançado para além do convencional. Estabelece-se uma aliança entre ambos.

Ouvi-lo exigia uma proximidade muito grande, de poucos centímetros. [...] Geraldo fazia um pedido: o de que o desamarrassem. Vi como estava preso por bandagens no pulso, fixo na maca. Ora, não poderia, sob nenhuma hipótese libertá-lo, pois não sabia quais eram os motivos para que ele estivesse amarrado e estava inclinado a considerá-los inicialmente justificados. Assim, procurei entender por que ele estava ali, e qual era mais exatamente o estado de sua relação com o que estava ocorrendo.

Aterrorizado por encontrar-se tão distante de seus referenciais e chocado por ver “Geraldo” contido em seu leito, intimamente parece agradecer por saber que “não poderia,

sob nenhuma hipótese libertá-lo”: o mal estava aprisionado! No entanto, como homem de seu tempo, que ao medrar na angústia busca alojamento na racionalidade explicativa, procura “*entender por que ele (Geraldo) estava ali, e qual era mais exatamente o estado de sua relação com o que estava ocorrendo*”. Pensava que este método de apaziguamento funcionaria tanto para si como para “*Geraldo*”. Mesmo sem ter muito claro, quase que instintivamente, faz aquilo que é pertinente frente a alguém que sofre.

Quando perguntava sobre o que ocorrera, e como chegara ao hospital, respondia apenas que havia tido problemas com sua coordenação motora (sic). Logo, ele pedia novamente para que o desamarrasse. Quando perguntei por que estava amarrado, respondia com as mesmas palavras, voltando a falar sobre sua coordenação motora. No entanto, quando lhe fazia perguntas, mostrava-se pensativo antes de responder, e embora estivesse fraco, parecia ter consciência de que algo de muito grave lhe ocorrera. Sabia que estava em um hospital, e sabia que lhe acontecera algo, mas parecia não querer falar a respeito. Era um atendimento que exigia proximidade: estava fisicamente próximo para ouvi-lo, sentia o seu cheiro, via os poros da sua pele, via suas cicatrizes.

Tentando se amparar em um entendimento da situação, não consegue perceber que está irremediavelmente tocado pelo acontecimento. Vai se valendo de todos os seus sentidos, e sendo provocado, mesmo que de maneira pré-reflexivamente, a uma compreensão do advento, convocando-o clinicamente.

Movi-me de interesse por esse sujeito, e, embora reconhecendo que talvez não tenha tomado uma decisão clínica, me dirigi a uma das enfermeiras do local com a intenção de perguntar por que Geraldo havia sido amarrado. Como disse, fiz isso movido por interesse por ele, e por saber o que lhe havia ocorrido, depois que ele silenciara, frustrado por não poder se sentar em sua maca (o que queria era mudar de posição e ficar de lado [sic]).

Equivocadamente, não atribui à sua preocupação um caráter clínico. No entanto, na lida com os fatos e se ocupando com os atos, assume uma atitude meramente clínica, uma vez que “se inclina” sobre aquele que sofre, buscando uma metaforização pelo inusitado. Evidencia-se a grande insegurança do psicólogo plantonista com sua práxis. Caminhando por

veredas atípicas para o psicólogo com formação tradicional, tende, a todo instante, a questionar seu “ato clínico”. Parece não saber que uma das acepções de “clínica” (do grego: *Klinikê – Klinikós*) refere-se ao ato de inclinar-se sobre o leito, no intuito de exercer cuidado ao doente acamado, exatamente o que fez durante todo o atendimento. Mesmo havendo o intuito secundário de organizar-se frente a um fenômeno que desaloja, visto não reconhecer recursos para lidar com o inusitado da situação, o psicólogo plantonista move-se, prioritariamente, pelo “*interesse por esse sujeito*”, denunciando sua inegável vocação clínica. Provavelmente, não consegue reconhecer seus atos como “clínico” por estes não estarem respaldados em uma técnica preconcebida, extremamente valorizada nos ambientes que transita, seja o hospital ou a academia⁶³.

Pedira também para que entrassem em contato com sua ex-companheira (sic) e, considerando que esse era um desejo que deveria ser levado a sério, decidi me inteirar das comunicações já realizadas pela equipe técnica (Assistente Social) junto à família. Além disso, Geraldo pediu isso num momento em que começou a se dar conta plenamente de sua situação, e aí silenciou de desespero. Por isso, era para permitir que ele continuasse a falar que essas tarefas, em minha opinião, tinham que ser realizadas.

Se “Geraldo” sentia-se impotente, pois não podia “*mudar de posição e ficar de lado*”, o psicólogo plantonista vive sua impotência frente à agudez da situação. Sentindo-se desprovido de recursos técnicos para lidar com o acontecimento, procura se “*inteirar das comunicações já realizadas pela equipe técnica⁶⁴ (Assistente Social) junto à família*”, “*considerando que esse era um desejo que deveria ser levado a sério*”. Inteirando-se dos trâmites, aplaca seus sentimentos de impotência e inadequação, ao mesmo tempo em que trabalha a favor das demandas de “Geraldo” para caminhar pelo acontecimento. Busca resgatá-lo do “*desespero*” silenciado, como se tivesse sido sequestrado de seu próprio tempo, pois, por mais que ainda não soubesse da real gravidade da situação, já o percebia excluído do compartilhamento, neste momento, pelo imponderável desestruturante da situação.

⁶³ O narrador é aluno de graduação.

⁶⁴ Grifo nosso.

Então, soube que havia sido trazido por um amigo depois de sofrer uma convulsão violenta enquanto trabalhavam juntos. [...] A convulsão violenta e imprevisível já havia sido atribuída à presença de um tumor cerebral facilmente detectado por uma tomografia simples, o que indicava a gravidade do quadro. Essa era uma informação inesperada, e logo ali tomei a decisão de me relacionar com ela com certo distanciamento. Entendi que minha tarefa seria a de permitir que Geraldo falasse sobre a experiência radical que ele passara. Como o paciente não era epilético, supus que nunca havia tido uma convulsão antes. Além disso, a maneira como havia silenciado me informava sobre o caráter radicalmente novo da situação.

Informado da gravidade do quadro, pois havia a “*presença de um tumor cerebral facilmente detectado por uma tomografia simples*”, o psicólogo plantonista é arrebatado pela informação contundente. “*Era uma informação inesperada*” para ele, pois todos os acontecimentos já apontavam para algo desta monta. Na tentativa de continuar negligenciando o óbvio no intuito de se preservar do peso da informação, assume “*a decisão de*” se “*relacionar com ela com certo distanciamento*”. Como a maioria dos profissionais de saúde, principalmente aqueles que trabalham com situações agudas, tenta construir um modo asséptico de lidar com o prognóstico ruim. Se fosse médico, mediante a inospitalidade da situação e a gravidade do quadro, provavelmente se apegaria à técnica e aos procedimentos. Como psicólogo, não faz diferente, pois também se agarra aos modos de agir típicos de seu ofício, permitindo “*que Geraldo falasse sobre a experiência radical que ele passara*”. No entanto, naquilo que lhe compete em relação a “*Geraldo*”, adota uma atitude acertada, pois realmente não lhe cabe ocupar-se do tumor. Colocando-se à escuta e abrindo espaço para que a situação seja elaborada, principalmente se considerado o ineditismo do fato, possibilita o surgimento de modos singulares de se caminhar pelo ocorrido.

Foi uma decisão clínica que me obrigou a realizar tarefas “não tão clínicas”. Cheguei a ligar para duas de suas irmãs, para sua ex-companheira, tranquilizei a Assistente Social agitada e cortei uma enfermeira que não parava de dizer, desesperada, que ficaria tudo bem.

No exercício de suas “*tarefas ‘não tão clínicas’*”, foi lidando de maneira habilidosa com as demandas que iam se apresentando, porém, novamente, tende a desvalorizar seus

atos mediante a ideia fantasiosa de que existe um “modo certo” de fazer acontecer. Como que expressando, ainda que de forma discreta, certo sentimento de inferioridade, quase que pede desculpas por realizar tarefas “menos nobres” e, aparentemente, não condizentes com seu ofício. Ainda não compreendeu que ser psicólogo plantonista é lidar com as demandas, do modo que é possível, no intuito de favorecer o trânsito pelo acontecimento. É bem verdade que, estando no hospital e podendo contar com o auxílio de outros profissionais, não precisava ligar para as irmãs e ex-companheira de “Geraldo”. Porém, aparentemente, sua necessidade de sentir-se atuante e a solidão da situação lhe obrigava a isto. O lugar de psicólogo plantonista no HU não é confortável, pois sabendo que não faz parte da equipe hospitalar, acredita que só pode contar consigo mesmo para enfrentar situações complexas e delicadas que, muitas vezes, estão para além de qualquer possibilidade de solução solitária. O psicólogo hospitalar, membro da equipe, consegue mitigar a solidão e conta com possibilidades de suporte mais amplas. Embora sua atenção estivesse voltada para “Geraldo”, mostra-se atento a outras demandas fora do epicentro da situação, tranquilizando “a Assistente Social agitada”, e a “enfermeira [...] desesperada”, que se utiliza de métodos infantis para esperar o “final feliz”.

Inicialmente, a enfermeira se surpreendeu que ele tivesse falado comigo, mas logo atribuiu isso à perda progressiva do efeito mais imediato das medicações anticonvulsivantes (diazepan).

Esta fala merece uma consideração à parte. Mediante a complexidade dos acontecimentos, o estagiário plantonista vive a aflição de ser lançado em um contexto no qual não possui todos os recursos para ajudar o paciente em seu trânsito. Afinal, como aluno da graduação, ainda não tem suficiente conhecimento de psicopatologia e de neuropsicologia, fazendo com que este tenha que buscar no entorno as informações que possam aplacar sua angústia. Talvez, a “enfermeira que não parava de dizer, desesperada, que ficaria tudo bem” foi percebida como desesperada quando, possivelmente, tentava, a seu modo, aplacar o desamparo do estagiário plantonista frente à situação médica de “Geraldo”.

Nesse sentido, procede uma consideração. Aquele que viveu um paroxismo,⁶⁵ resultando na quebra de sua linha de continuidade existencial e na desorientação de tempo e espaço, precisa, logo após o evento, que alguém restitua a continuidade rompida. É por este motivo que a maioria dos epiléticos desenvolve um comportamento “*gliscróide*”⁶⁶ (JASPER, 1955), pois, sabendo da inevitabilidade do evento convulsivo, com a decorrente desestruturação da consciência, precisa amparar-se em alguém para que, após a crise, este possa restaurar o hiato deixado pelo acidente comicial. Dito de outro modo, o epilético é, geralmente, um sujeito viscoso, que “adere” aos outros para aplacar sua aflição mediante a possibilidade de ter sua continuidade existencial rompida pela convulsão. Ambos, psicólogo plantonista e “*Geraldo*”, irmanados na crise, buscam a superação deste estado de esfacelamento, cada um a seu modo.

Cabe dar atenção ao discurso repetitivo de “*Geraldo*”, que a todo questionamento responde da mesma forma: havia “*tido problemas com sua coordenação motora*” e “*pedia novamente para que o desamarrasse*”. Comportamento típico de pessoas em um momento pós comicial, busca, partindo do último evento recordado antes da crise, cerzir a malha existencial rompida. Concomitante a isto, evidencia-se um funcionamento cortical que procura novamente organizar-se após o momento paroxístico. O fato de não falar sobre o ocorrido, interpretado pelo psicólogo plantonista como uma recusa deliberada, reflete o estreitamento de campo vivencial que ocorre tipicamente após o acidente comicial. Funcionando em “curto circuito”, tende a apresentar este discurso ecolálico, fruto da perseveração do pensamento (PAIM, 1982) em decorrência da alteração dos processos intelectuais e da intencionalidade. O córtex cerebral é a estrutura neurológica mais externa, responsável pela organização dos estímulos. Funcionando a partir de impulsos elétricos, possui relevância em atividades cerebrais sofisticadas, como: memória, percepção, linguagem, consciência, pensamento e processamento simbólico. Mediante a uma crise convulsiva, o que ocorre é uma desorganização elétrica desta estrutura, causando alterações importantes nas atividades cerebrais acima citadas.

⁶⁵ O termo “paroxismo” é utilizado na neurologia e na psiquiatria como expressão essencial de doenças como a epilepsia (EY; BERNARD; BRISSET, 1981). No entanto, aqui pode ser utilizado na sua acepção mais pura: do grego, *paroksusmós* – surpresa, ataque inesperado.

⁶⁶ Do grego: “viscoso”

O psicólogo plantonista, no afã de organizar-se, submete “Geraldo” a questionamentos que exigem uma reorganização da memória e de funções correlatas, favorecendo, mesmo sem saber, o êxito deste intento. Deste modo, trabalhando no campo da neuropsicologia, mesmo que de maneira incauta, ingênua, ele permite “Geraldo” a transitar por sua crise, tanto do ponto de vista simbólico quanto da perspectiva neurológica. Evidencia-se que a práxis do psicólogo plantonista não precisa alicerçar-se apenas em intervenções que exigem elaborações simbólicas, devendo o caráter terapêutico estender-se a reorganizações que envolvam o corpo, sede do psiquismo⁶⁷ e da existência. Abolir a dicotomia entre mente e corpo, marca da modernidade e princípio da maioria dos profissionais de saúde, torna-se fundamental para o psicólogo, no âmbito hospitalar, não restringir suas possibilidades interventivas.

Cabe pequena digressão, o atendimento psicológico em âmbito hospitalar necessita, muitas vezes, de uma gama de informações que transcende a formação regular do psicólogo. Deste modo, na medida em que a complexidade da situação exija, cabe ao supervisor de projeto, já estando para além dos muros da instituição demandante, apresentar, com respaldo no acontecimento, os conhecimentos que permitam uma compreensão mais abrangente dos fatos, facilitando a metaforização do estagiário plantonista.

Os espaços de conversa abertos foram bem aproveitados por Geraldo. Sua narrativa partiu de que já passara por situações de extremo risco. Acidente era a palavra que usava, e eram deveras graves! Veja como já quebrara o rosto (placas de metal aqui, sente...), num acidente machucara muitas costelas (oito quebradas!), e essa cicatriz na clavícula foi de três vezes. O rosto quebrou em oito lugares... mas igual isso... não sei!

Retoma: quebrei muito, me machuquei num acidente de moto (não conta no começo, mas depois fala como se acidentou num racha dentro da USP, vinte anos atrás). O resto dos acidentes era de queda, porque era Jóquei.

“Geraldo” vai, aos poucos, em companhia do estagiário plantonista, saindo de seu estupor pós comicial e conseguindo melhor organização de suas faculdades mentais.

⁶⁷ O Termo “psiquismo” refere-se ao modo como é apropriado pela psiquiatria.

Consequentemente, começa a apresentar progressiva ampliação de seu campo existencial e crítica mais condizente da sua situação. Vivendo a gravidade do quadro, busca amparar-se nas suas experiências anteriores para amenizar sua aflição frente à imponderabilidade do destino. Sentindo-se fragilizado e à mercê dos acontecimentos, busca em sua história elementos que possam apaziguar seu desamparo. Querendo convencer a si mesmo de sua solidez e capacidade de superação, vai listando as várias “*situações de extremo risco*” que viveu. Valendo-se da cumplicidade do estagiário plantonista, esforça-se para acreditar que, tendo superado os inúmeros “*acidentes*” anteriores, com este não seria diferente.

Contando do esporte fica mais animado, e é depois de parar um instante que consegue retomar o que lhe ocorrera. Consegue descrever o que lhe acontecera, e a maneira como sensações (muito novas!) surgiam progressivamente e tomavam seu corpo. Então a violência que vinha de fora, de repente era um desconhecido de dentro, e isso era amedrontador.

Aproveitando-se da disponibilidade de escuta do psicólogo plantonista, “*consegue retomar o que lhe ocorrera*”. A malha existencial rompida no evento vai, paulatinamente, sendo cerzida através da descrição do “*que lhe acontecera*”. Já não é mais possível fugir do novo, pois “*sensações (muito novas!) surgiam progressivamente e tomavam seu corpo*”. “*Geraldo*” inapelavelmente já era outro, tendo que acomodar dentro si este estranho familiar. Tentando amenizar sua estranheza, refugia-se na cotidianidade do *esporte*, gozando, neste momento, de delicado apaziguamento que se desvanece rapidamente.

Esse é o momento do fim do atendimento, pois percebi que essa nova maneira de pensar já poderia ajudar um pouco a enfrentar o sofrimento enorme que o esperava. Além disso, a própria fala dele mostrava que já estava subjetivando sua situação, e que não estava mais desesperado.

Percebendo que o fluxo existencial havia, mesmo que precariamente, sido restituído, considera encerrado o atendimento. Dito de outro modo, se a crise tira a mobilidade da existência, o Plantão Psicológico tem como propósito resgatar as possibilidades de futuro e o andamento da vida. Ao encerrar sua narrativa, o estagiário plantonista deixa claro o propósito do Plantão Psicológico. Se mediante ao acontecimento crítico “*Geraldo*” é lançado em uma situação onde sua vida perde o sentido e o futuro deixa de ser plausível, excluindo-o de sua historicidade e confrontando-o com o nada, precisa, urgentemente nesta

circunstância, encontrar meios para se colocar novamente em movimento. Sendo assim, o Plantão Psicológico, através da disponibilidade do plantonista, constituiu-se como espaço propício para o resgate das possibilidades para ir adiante.

Foi um atendimento muito cansativo, e que exigiu muitas decisões e ações em si não clínicas. Mas senti que aprendi muito na medida em que me senti sempre orientado pelo propósito de abrir o espaço para que esse sujeito pudesse falar. Isso feito, tive a sorte de que, além de tudo, ele pudesse e quisesse falar.

Sim, “foi um atendimento muito cansativo”, assim como todo ato clínico na crise. O psicólogo plantonista, contando apenas com as possibilidades abertas na relação, vive a exaustão da disponibilidade. Neste caso, a entrega, fator preponderante para seu esgotamento, parece estar relacionada ao sentimento de impotência frente à magnitude do acontecimento. Recusando o papel de “*mero espectador*” da tragédia, busca realizar ações que levem “*Geraldo*” a restituir o fluxo de sua existência, não se curvando passivamente aos desígnios do destino, seja ele qual for. Tenta ofertar subsídios para que possa enfrentar aquilo que está por vir, reconhecendo que sua provação apenas havia se iniciado. Apresenta-se, guardando as devidas proporções, como “*Sancho Pança*”, fiel escudeiro de Don Quixote de La Mancha, personagem de Miguel Cervantes (1547 – 1616), que tendo uma visão mais realista da saga do cavaleiro andante, vai tentando favorecer os modos singulares de o protagonista caminhar pelas provações do seu caminho.

Para finalizar, parece ser possível tecer algumas considerações acerca da crise vivida por “*Geraldo*”. De maneira bastante singular, é viável vislumbrar o indissociável entrelaçamento entre corpo e mente que fundamenta a existência. A crise paroxística, evento neurológico, desencadeia a crise existencial. Ambas, acontecendo quase que simultaneamente, promovem uma ruptura da continuidade, lançando a pessoa em um vazio paralisante e mantendo-a apartada do mundo compartilhado. Do ponto de vista neurológico, há a anarquia dos sistemas neuropsicológicos fundamentais, desencadeando uma espécie de explosão, uma destruição das associações entre estes sistemas, levando ao desmoronamento do eu: ele não sabe mais dele. Pela perspectiva existencial, não repercute diferentemente: o acontecimento gera o esgarçar da malha de sentidos que sustenta o projeto existencial, desvanecendo por completo a sempre almejada, porém precária e

instável, placidez que o saber de si proporciona. Seja qual for a maneira de abordar o fenômeno, o que se evidencia é um hiato na experiência de ser si mesmo. Neste interregno de grande amplitude se instala a necessidade de encontrar-se para resgatar a própria continuidade, aspirando ao delicado apaziguamento. Porém, um evento desta monta marca a experiência, abrindo a possibilidade de, na busca dos indícios de si, tornar-se outro sendo o mesmo. Rompendo com a dicotomia entre mente e corpo, a crise convulsiva pode ser compreendida como evento físico correlato à crise existencial. *“Geraldo”* experimenta primeiramente no corpo a convulsão que lhe aguarda na vida.

CAPÍTULO V

DA ESTRANHEZA A RELEXÕES POSSÍVEIS: BUSCANDO FUNDAMENTOS PARA COMPREENDER A CRISE

Antes de tematizar este momento de ruptura e incertezas, aqui denominado “crise”, cabe um breve poeitar a título de não esquecer o no vivido encarnado. Faço aqui referência ao conto de Clarice Lispector: Amor (1990).

A crueza do mundo era tranquila. O assassinato era profundo. E a morte não era o que pensávamos.

Em meio à **crueza do mundo** e àquilo que **não era o que pensávamos**, o conto de Clarice relata um dia de uma personagem como muitas que vivem ou ainda já vividas por todos em estranhas e conhecidas epopeias. Falo de Ana que, vivendo seu indolor cotidiano, foi subitamente sequestrada de sua placidez cotidiana. No conto, o encontro com a imponderabilidade do destino foi representado por um *cego mascando chicle*.

No cotidiano de um hospital geral, quantos são subitamente sequestrados pelo inesperado de uma dor repentina ou um não saber fazer. Inaugura-se, então, este capítulo recorrendo-se a duas experiências pessoais entrelaçadas ao conto de Clarice, a fim de por ele interpretar algumas compreensões de *Anas*, com seus *cegos mascando chicle*, encontradas ao longo desta prática clínica. Desse modo, as interpretações das experiências, via a fala poética do conto, podem constituir-se como marco inicial, verdadeira pedra fundamental, das reflexões que se seguem acerca das crises encenadas no Hospital Universitário – HU.

Como supervisor clínico do Projeto de Plantão Psicológico do HU, tenho como ofício supervisionar os atendimentos realizados pelos psicólogos plantonistas. Esta supervisão é realizada, geralmente, fora do âmbito hospitalar, visto haver, também sob a minha supervisão, outros profissionais que acompanham os psicólogos plantonistas em formação em campo. A estes profissionais, verdadeiros “anjos da guarda” dos psicólogos plantonistas, deu-se o nome de “supervisores de campo”. No entanto, esporadicamente, considero pertinente ir a campo. Enfim, estar junto de meus colegas nesta difícil faina parece-me

apropriado, pois, através desta presença, posso viver o ambiente, suas dificuldades, as agruras e benesses de ser psicólogo neste conturbado lugar. “O bom general é aquele que vive o calor da batalha junto a seus homens no front⁶⁸”. Todas as vezes que adentro o ambiente hospitalar, o meu lugar como cuidador prevalece. Não estou lá apenas como supervisor de projeto, disponível à equipe de psicólogos plantonistas, mas também a todos os atores institucionais que estão, naquele momento, transitando pelo hospital. Deste modo, acredito, a experiência de imersão pretendida torna-se mais fecunda, além de aplacar o sempre presente desejo de atuar naquele ambiente. Como já dito na apresentação deste trabalho, o hospital faz parte, desde muito cedo, da minha vida profissional. Em uma de minhas excursões por este palco de inúmeras tragédias, vi-me submetido a estas marcantes experiências.

A primeira delas se refere a um atendimento realizado junto aos médicos que atendem no Pronto Atendimento – PA da pediatria do HU. Estava, como sempre faço entre os atendimentos, na sala da equipe, lugar em que os profissionais em serviço encontram certa privacidade para discutir “casos” e acolher seus alunos, visto ser o HU um hospital-escola. Sendo assim, a maioria dos profissionais que lá atuam tem, assim como eu, também uma tarefa acadêmica e formativa.

Estava realizando a leitura de textos que iriam ser indicados para os Plantonistas quando, de maneira intempestiva, um dos médicos adentra a sala. Era evidente, através de seu olhar perplexo, sua consternação. Vinha com os óculos mal ajambrados no rosto e o cabelo em desalinho.

Uma expressão de rosto, há muito não usada, ressurgi- lhe com dificuldade, ainda incerta, incompreensível.

Estando eu afastado do burburinho da sala, fiquei à distância e a espreita, curioso com o modo tão estranho daquela pessoa. Naquele momento, ele não combinava com o figurino padrão de um médico a serviço. Imediatamente, ele se dirigiu ao chefe da equipe médica, professor de pediatria, e relatou, de maneira abrupta, o ocorrido. Segundo ele, foi “atacado” por um paciente. Este o havia agredido, de maneira “selvagem” e “covarde”,

⁶⁸ Frase de Sir Winston Leonard Spencer Churchill quando Primeiro Ministro do Reino Unido durante o período da Segunda Guerra Mundial.

quando tentava ajudá-lo. Nunca, durante toda a sua carreira, havia passado por tal situação. Era evidente, pelo menos para mim, o completo desalojamento do profissional.

E como uma estranha música, o mundo recomeçava ao redor. O mal estava feito⁶⁹.

Aparentemente envergonhado com o que dizia, parecia buscar, entre os seus pares, certo amparo que pudesse amenizar o encontro com este imponderável avassalador. Parecia não acreditar na violência que cabia no exíguo corpo de uma criança de seis anos. Buscava, inutilmente é bem verdade, justificar sua perplexidade referindo-se à pouca educação que os pais haviam dado àquele garoto.

Seus colegas, percebendo o irreparável desconforto, tentavam, também inutilmente, ajudar o agredido a transcender este “mau encontro” na vida. Porém, paulatinamente, o nível de desconforto do grupo daqueles cinco ou seis profissionais da medicina ia aumentando. Nada do que era dito parecia suficiente para aquele que esperava por “conselho” tentando transitar pelo acontecido. Aquelas pessoas, que tão bem sabiam lidar com a vida e com a morte, estavam perdidas mediante a um fato que não cumpria o roteiro pré-estabelecido da relação médico – paciente. Não faltavam sugestões sádicas de caráter jocoso: “Porque não bateu nele também?!”. Teorias iam sendo resgatadas, assim como experiências semelhantes, buscando serenidade. Fiquei pensando que, na impossibilidade em lidar de maneira habilidosa com as emergências afetivas que surgiam no encontro com o paciente, quantos atos esdrúxulos não deveriam acontecer naqueles consultórios em prol da racionalidade? Pretensiosamente, vi naquele teatro a justificativa para a presença dos plantonistas psicólogos no hospital. Do meu lugar confortável, chamava a atenção o completo desamparo da equipe de “doutores”.

Ela apaziguara tão bem a vida, cuidava tanto para que esta não explodisse. Mantinha tudo em serena compreensão, separava uma pessoa das outras [...] – tudo era feito de modo a que um dia seguisse ao outro. E um cego mascando goma despedaçava tudo isso.

⁶⁹ Grifo nosso.

No entanto, tal conforto foi abruptamente solapado quando um deles lembrou que havia no recinto um psicólogo. Portanto, um profissional versado no trato com as relações humanas. Toda a ansiedade frente à amplidão proporcionada pelo não saber havia, na fantasia daquelas pessoas, encontrado um porto seguro.

Eis que me vi lançado no “olho do furacão”. O professor, chefe da equipe, convidou-me a sentar junto deles. Como bom cientista que parecia ser, convocou-me a um “parecer técnico”. Deixou claro que esperavam de mim um modo experto de lidar com o acontecido: algo que dirimisse qualquer dúvida quanto à “maneira certa” de agir.

Não havia como fugir. Os dias que ela forjara haviam-se rompido na crosta e a água escapava. Estava diante da ostra. E não havia como não olhá-la.

Admito que, sendo lançado no grande vazio da situação, também eu, assim como eles, em um átimo de segundo, encontrei-me vasculhando mentalmente os compêndios de Psicologia Infantil, tentando encontrar ao menos um breve texto que poderia citar como referência segura. Fazendo parte, por obrigação de ofício, daquele grupo de “desesperados”, tentava buscar algo que pudesse proporcionar algum tipo de conforto.

A rede de tricô era áspera entre os dedos, não íntima como quando tricotara. A rede perdera o sentido e estar num bonde era um fio partido; não sabia o que fazer com as compras no colo.

Ao longo da experiência fui, com cuidado, apresentando o vivido e trazendo algumas informações “técnicas”, pois percebi que, se isto não fosse apresentado, aquele lugar se fecharia e, na minha fantasia, o projeto dentro do hospital perderia o crédito. Afinal, quem estava ali era, no jargão médico, o “preceptor” dos alunos da Psicologia. Pairava em mim um duplo desconforto. Ao mesmo tempo em que desejava aplacar o desconforto deles e, por contiguidade, o meu, sabia também, pelas inúmeras leituras, que mantê-los na abertura proporcionada pelo evento desalojador poderia proporcionar o surgimento de modos particulares frente a situações inóspitas. Mesmo assim, percebi que, aos poucos, daquela roda começou a surgir um questionamento que foi, paulatinamente, apresentando aos médicos certos modos particulares de lidar com as situações que estão para além da “técnica”. Talvez seja fantasia minha, mas a “pseudo” segurança, dada pelo meu modo

“técnico” de habitar o grupo, parece ter permitido aos médicos adentrarem, com maior tranquilidade, no espaço da dúvida e da incerteza.

Perceber uma ausência de lei foi tão súbito que Ana se agarrou ao banco da frente, como se pudesse cair do bonde, como se as coisas pudessem ser revertidas com a mesma calma com que não o eram.

Não apresentei nenhuma resposta pronta ou literatura, como me foi sugerido, porém me dispus a ser um “referencial seguro”. Não como um “suposto saber”, mas como alguém que eles pudessem contar no meio da tormenta. Esta “postura” parece ter sido fundamental para que eles conseguissem transitar por aquele evento desalojador. Percebi que durante o atendimento, aos poucos, o clima foi ficando menos pesado, na medida em que a vítima do ataque conseguia resgatar de dentro dele ferramentas mais habilidosas para lidar com a situação. Sempre acreditei que o que leva a pessoa a transitar pelo acontecimento são suas próprias ferramentas ou, na ausência delas, o modo criativo com que se utiliza das ferramentas que tem, mesmo não sendo, estas, próprias para a lida exigida.

O lugar do plantonista seria, junto ao outro, encontrar um acesso à “caixinha de ferramentas”, repleta de utensílios ou com apenas um martelo e uma chave de fenda, que, diz a lenda, estão sempre presentes. Não importa: se é isto que tem, é com isto que se vai “salvar o mundo”. Posso estar errado, mas, a meu ver, o “agredido” conseguiu, de algum modo, encontrar-se na condição de bem estar. Pode-se questionar se este “bem estar” não é, simplesmente, um “sair da angústia”. Ou ainda, se este “atendimento” não foi apenas a ferramenta utilizada para manter, a mim e a eles, no conforto de uma segurança precária. Mas, sem dúvida, o médico se sentiu melhor.

Tentando me reportar ao vivido naquela situação, percebi que todos constituíam um “bando de desesperados”. Todos estávamos desalojados e buscando conforto. Eu também estava lançado a uma situação que me cobrava, literalmente, um fazer. Não havia, também em mim, nenhum parâmetro que pudesse trazer algum conforto. Admito que, mediante ao pedido médico, seria muito mais confortável eu me respaldar em alguma “teoria” ou “modo técnico” de fazer. Para os propósitos deste trabalho, o que foi mais “rico” foi a experiência de que a “minha” Psicologia não possuía nenhuma ferramenta a priori para dar conta da situação. Vivo tentando ser criativo com a “minha caixinha de ferramentas”, porém me

ocorreu uma sensação de completa “pobreza”. Ficou um travo de “incompetência” e de absoluta falta de instrumentos. Sentimentos que, acredito, se reportem à “crise” – minha e deles.

A segunda experiência aconteceu com um pai que estava vivendo a possibilidade de perder o filho que havia acabado de nascer, devido a uma hemorragia cerebral não explicada. Os médicos, assim como ele e todos que se relacionavam com a situação, não tinham a menor ideia de porque aquilo estava acontecendo. Havia claramente na equipe, o alívio por estarem transferindo o “caso” para o HC. Todos, mantendo a “liturgia” que a situação exigia, afirmavam categoricamente que o melhor a fazer era a transferência. Sem dúvida, isto seria melhor para a criança. Porém, era evidente que os médicos, se ancorando na falta de recursos do hospital, também procuravam se alojar na “bendita” transferência. Com todos submersos na lida com a situação, o pai jazia discreto em um canto da sala de espera. Ficava patente seu completo abandono e desamparo.

Incapaz de se mover para apanhar suas compras, Ana se aprumava pálida.

Os familiares, talvez mobilizados pela gritante impotência, vociferavam que “ninguém havia dito nada sobre o estado da criança”. Mas, o que dizer se nada se sabe? A equipe parecia preferir acudir a mãe, que na impossibilidade de lidar com o transbordamento afetivo, gritava e esperneava como modo de transcender o hiato em que o acontecimento a havia lançado. Parecia que aquela situação “teatral”, e não há aqui nenhuma intenção jocosa com o exagero materno, era facilmente aceita e lidada⁷⁰ pela equipe. Os plantonistas psicólogos se juntaram na “assistência” em torno da mãe, tentando, e vivendo o inócuo daquele “acolhimento”, aplacar a dor frente à provável morte. Esta, por sua vez, real e concreta, diferente das “pequenas mortes” que se vive na lida diária, que, mesmo remetendo ao luto, mantêm uma possibilidade de abertura, visto não ser intransponível.

⁷⁰O termo “*lidada*” aqui tem duas possibilidades de compreensão. A primeira delas refere-se ao fato da equipe ter, realmente, que trabalhar com o real concreto da situação. Por outro lado, esta mãe convocava a uma “*lida*”, pois ela não elaborava nada que era seu naquele momento. Despossuída de qualquer recurso mediante ao abrupto esfacelamento de seu cotidiano, convocava a “platéia” a lidar com ela e para ela.

Poucos instantes depois já não a olhavam mais. O bonde se sacudia nos trilhos e o cego mascando goma ficara atrás para sempre. Mas o mal estava feito⁷¹.

Observava, de longe, como as “manifestações histriônicas” tentavam ser “eficientes” frente ao nada absoluto. Pedido/grito de ajuda que todos ouvem, mas ninguém consegue fazer nada com e por ele. Imaginava o abandono daquela mãe frente à completa destruição de seu projeto de vida. Mesmo que a criança sobrevivesse, não seria mais aquele que foi desejado, e em quem pretensões familiares se depositaram antes mesmo de nascer. Recusei-me a fazer parte daquela “tragédia”, pois percebi que eram muitos “atores” para pouco palco. Admito que fiquei incomodado com os psicólogos plantonistas, meus supervisionandos, que, frente ao absurdo desamparo próprio, tentavam consolar o inconsolável. Senti uma ponta de vergonha quando percebia a tentativa, fracassada obviamente, de se utilizarem de atitudes “pseudo-humanistas” e de expedientes “técnicos” como: “precisamos acolher”, “é necessário tirar a dor desta mãe”, visando obter amparo próprio no encontro com o absoluto nada. A mãe, assim como toda a audiência, estava diante do intransponível à que a morte concreta remetia. Parecia que nada, a não ser assistir, podia ser feito. Não adiantava, por exemplo, falar da “serenidade” em Heidegger para esta mãe. Como será posteriormente apresentado, diz do modo pelo qual é possível fruir pela abertura que o acontecimento proporciona. Dizer que a perda do filho poderia colocá-la de frente às suas “reais possibilidades existenciais”, parecia cruel e ingênuo. Mas, dirimindo o risco de fazer igual à plateia frente à expressão máxima da dor da mãe, retorno agora ao abandono silencioso do pai.

A vastidão parecia acalmá-la, o silêncio regulamentava sua respiração. Ela adormecia dentro de si.

No meio da confusão da sala de espera do PA infantil, cheio de crianças gritando e mães ansiosas tentando aplacar a prole, ele estava sentado no mais completo silêncio e abandono. Tinha consigo o anonimato, favorecido pela indisponibilidade dos transeuntes frente à dor alheia, visto estarem, eles também, submersos nas próprias dúvidas e dores. Dirigi-me até ele e sentei-me ao seu lado. Ele, em um primeiro momento, estranhou. O que

⁷¹Grifo nosso.

faria um “doutor” com seu avental/capa de super-herói imaculadamente branco ao seu lado? Sentado no meio do povo? Misturando-se com a “plebe ignara”? Não me apresentei. Não disse que era psicólogo. Nem, ao menos, tentei explicar porque estava lá. Disse apenas: “Está difícil, né”? Com lágrimas nos olhos, acenou com a cabeça.

O mal estava feito. Por quê? Teria esquecido de que havia cegos? A piedade a sufocava, Ana respirava pesadamente. Mesmo as coisas que existiam antes do acontecimento estavam agora de sobreaviso, tinham um ar mais hostil, perecível... O mundo se tornava de novo um mal-estar.

Ficamos em silêncio por minutos que pareceram décadas. Depois de certo tempo ele manifestou sua preocupação com a esposa, mãe da criança, pois ela estava dentro da sala de emergência e, portanto, inacessível a ele, que foi “proibido” de estar lá para não atrapalhar “os procedimentos”. Limitei-me a apontar a porta, de onde vinha o choro convulsivo da mãe e a balbúrdia desencadeada pelo “desespero” dos cuidadores, incluindo aí os psicólogos plantonistas, e dizer: “Você não acha que ela está sendo bem amparada neste momento? Você está aqui sozinho”. Ele, no meio daquela situação absurda, sorriu e disse: “Ela sempre foi escandalosa”. Respondi: “Você não, né? Mas isto não significa que não precise também!”. Novamente ele sorriu e ficou em silêncio. Admito que, naquele momento, o sorriso surgiu como algo destoante ao contexto.

Fiquei ali com ele, em completo silêncio. Pensei em dizer alguma coisa, porém não sabia o que dizer e, ao mesmo tempo, não queria fazer igual aos outros que buscavam freneticamente amparar a mãe. Naquele momento, as atitudes dos psicólogos plantonistas, médicos, enfermeiras e assistentes sociais me pareceram ridiculamente inócuas. Pareciam pequenos camundongos, no terrário, tentando fugir do inevitável bote da serpente. Senti vergonha do desprovimento alheio e, por contiguidade, do meu próprio. Mesmo assim, por suposto dever de ofício, procurava dentro de mim algo para dizer. Percebi, a duras penas, que nada, absolutamente nada, em meu arcabouço teórico serviria para aquele momento. Minha bagagem pessoal, que também já viveu mortes concretas como finitude, também não provia palavras frente ao absoluto intransponível. Na dor da angústia só cabemos nós mesmos, por isto a singularidade só pode existir aí – solidão.

Ficamos lá, em silêncio, contemplando o absoluto e intransponível da morte concreta. Ambos, cada um em seu lugar, buscando um modo de novamente nos alojarmos no cotidiano. Acredito que os sorrisos “descabidos” que citei anteriormente tinham a ver com isto: a necessidade de dar uma aparência de “normalidade” frente à inexorabilidade da situação. Lembro-me que, neste momento, submerso no clima caótico do hospital, olhava o entorno como um quadro. Tudo transcorria na “bi-dimensionalidade”. Questionava-me, como já fiz em várias situações de morte, como pode o mundo continuar acontecendo diante deste fato irrevogável que é a morte como fim de ser/existir? Ficava atento aos movimentos de todos, que passavam alheios ao homem que “padecia” no canto da sala, como se aquilo, por estar ele no hospital, fosse permitido. A recusa em ser afetado pela dor no ambiente hospitalar parece estar associada ao medo absoluto, daquele que percebe, em ver revelada sua própria dor. A alteridade, como dito na apresentação deste trabalho, revela algo de nós mesmos que nem sempre estamos dispostos a enxergar.

Eis que em um dado momento sou resgatado de minhas “meditações metafísicas pseudofilosóficas” por um questionamento direto do pai: “Meu filho vai morrer”? Lembro-me do impacto da pergunta. Cogitei em me respaldar na presença de algum médico que estava acompanhando o “caso”, buscando fugir da responsabilidade que tal inquérito trazia. Agora era eu quem, mediante ao desamparo absoluto, procurava guarida no suposto saber do outro. Nesse momento, lembrei-me que fui eu quem sentou ao lado dele. Limitei-me a responder: “Não sei”. Algo muito mais prudente, a meu ver, naquele momento, porém, profundamente “angustiante”, para ele e para mim. Dizer qualquer coisa que não fosse isto seria ridícula, uma impropriedade, quase um impropério. Ele novamente agradeceu e, outra vez, caímos no silêncio. Ficamos assim: próximos, mas distantes, por algum tempo. Se num primeiro momento, o estar junto pareceu eterno e conturbado, aos poucos, foi ficando plácido, quase confortável. A Assistente Social veio dizer que a transferência iria acontecer. O pai se levantou, apertou forte a minha mão, novamente sorriu, e foi cuidar daquilo que precisava ser cuidado. Passando ao lado dos médicos que acompanhavam seu filho e esposa, nem os olhou, como se quisesse, deste modo, retribuir o anonimato ao qual foi delegado na sala de espera. Antes de partir, falei das possibilidades de atenção psicológica que acontecem fora do HU, no Instituto de Psicologia. Anotei os dados em um papelzinho, pois não possuía papel para escrever, revelando, até nisto, a precariedade à qual cuidador e

cuidado estavam lançados. Ele pegou com zelo o papel, retirou do bolso sua carteira e guardou com atenção a informação. Parecia que saber da existência de um lugar onde poderia ir para continuar em silêncio lhe trazia algum conforto. Perguntou, ainda antes de partir: “Você vai estar lá?” Respondi que não, porém isto não impediria sua ida. Agradeceu e sorriu novamente. Naquela hora, o sorriso não me pareceu mais tão estranho. Seguiu seu rumo. Eu também tomei meu rumo. Lembro-me que, quando saí, o céu estava azul, o calor do início da tarde era agradável. Não consegui ir para os meus afazeres vespertinos. Achei-os pequenos e sem sentido.

A cidade estava adormecida e quente. O que o cego desencadeara caberia nos seus dias? Quantos anos levaria até envelhecer de novo?

Tais experiências falam do desalojamento, da ruptura, da dúvida e do encontro com a imponderabilidade do destino, tanto do cuidado como do cuidador. Algo irrompe, fazendo desvanecer todas as certezas, lançando ao nada os envolvidos. Neste momento, torna-se patente a fragilidade dos métodos de sustentação existencial, expedientes cuidadosamente construídos para preservar o cotidiano morno, que se desvanece levando ao desamparo.

Ana, personagem de Clarice, assim como os atores das tragédias aqui relatadas, se vê lançada à revelia em um turbilhão que destrói, sem piedade, a segurança duramente construída ao longo dos anos. A ruptura de sua cotidianidade tem, a princípio, um travo amargo e desfavorável, assim como a crise vivida por todos no hospital. Por mais que tente, após ter perdido a ingenuidade, não mais consegue se alojar. Questiona-se: “O que o cego desencadeara caberia nos seus dias? Quantos anos levaria até envelhecer de novo?”. Vive o incômodo e o desconforto de não mais caber em sua própria vida. No entanto, deste banimento, apesar do sofrimento, começa a vislumbrar o seu entorno de outro modo. O cego, suprema ironia, resgata a ela a propriedade de enxergar seu mundo e a si mesma para além das restrições impostas pela vida que construíra: vê-se lançada na amplidão do mundo, representada no conto por um jardim.

Ao mesmo tempo que imaginário – era um mundo de comer com os dentes, um mundo de volumosas dalias e tulipas. Os troncos eram percorridos por parasitas folhudas, o abraço era macio, colado. Como a repulsa que

precedesse uma entrega – era fascinante, a mulher tinha nojo, e era fascinante.

[...] O jardim era tão bonito que ela teve medo do Inferno.

Ao retornar ao seu lar, após tal experiência de amplidão, surpreende-se com o mesmo, mas que agora era outro. Ela se torna outra, podendo estar no mundo a partir daquilo que lhe é mais próprio e singular.

Ela amava o mundo, amava o que fora criado – amava com nojo. Do mesmo modo como sempre fora fascinada pelas ostras, com aquele vago sentimento de asco que a aproximação da verdade lhe provocava, avisando-a.

A crise: possibilidades de compreensão teórica.

Partindo-se de um breve estudo etimológico da palavra **crise**, pretende-se tecer uma compreensão possível deste momento singular de ruptura da malha existencial. Substantivo oriundo do grego (**Krisis**), reporta-se à ideia de “separação”, através do latim – **crisis**. O termo deriva do verbo **Krinein**, que significa: "separar, escolher, reparar, julgar, acusar". O sentido original de “separação” veio de “julgamento” e, por contiguidade, chega-se à “luta, litígio, processo”. Assim, entendem-se os derivados **Kritêrion** – “faculdade de julgar, critério”, e **Kriticos** – “capaz de julgar, crítico”. O verbo grego **krinein** tem uma origem comum com o latim **cernere**: "discernir, separar" e **certus**: "separado" (**kri-tos**). Todos eles derivam de uma raiz proto-indo-europeia: ***krei** – "separar". Do significado original de "ato de separação, de julgamento", passou ao português atual com o significado de "posição de ser criticado, situação difícil, embaraçosa, **crise**". O termo começa a aparecer aos poucos no vocabulário científico a partir do século XIX em diante, porém na atualidade é utilizado de forma abundante por várias disciplinas (HOUAISS, 2009). Dependendo da perspectiva ou da área o termo **crise** vai adquirindo várias acepções.

Por sua vez, Merriam-Webster (2002) aponta que a entrada etimológica é **an·a·cri·sis**, do grego *anakrisis*, referindo-se ao exame de partes concernentes a uma lei, por referir-se ao verbo *anakrinein* (examinar, interrogar), proveniente de *ana*-(separar) + *krinein* (escolher, determinar, separar), conduzindo a **CRISIS**: uma investigação da verdade em caso de lei civil, na qual a interrogação e o inquérito são frequentemente acompanhados de tortura.⁷² Procurando por **crise**, a etimologia vem do latim **crisis**: um momento de risco ou estresse, um estado de perturbação.

Pela rubrica histórica da medicina, o termo **crise** referia-se ao momento decisivo na evolução de uma doença para a cura ou para a morte. Hipócrates fazia menção ao 7º, 14º e 21º dia como sendo crucial e, portanto **crítico**, no andamento da moléstia. Atualmente, o termo é ainda usado como dor paroxística, período de sua maior intensidade, com distúrbio funcional em um órgão.

No senso comum, o termo **crise** relaciona-se à eventual manifestação repentina de um sentimento desagradável. Também se associa o termo a um estado de incerteza, vacilação ou declínio.

Já sob a rubrica econômica, refere-se ao grave desequilíbrio conjuntural entre a produção e o consumo, acarretando aviltamento dos preços e/ou da moeda, onda de falências, desemprego e desorganização dos compromissos comerciais. Pode ainda ser compreendido como a fase de transição entre um surto de prosperidade e outro de depressão (HOUAISS, 2009).

Sociologicamente, conceitua-se **crise** como momento histórico indefinido ou de riscos inquietantes, geralmente associados a uma situação socioeconômica repleta de problemas ou conjuntura desfavorável à vida material e ao bem-estar da maioria. Seria um processo de intensa mudança (conjuntural ou estrutural) na organização de uma sociedade, alterando suas relações intergrupais ou de classe, suas normas e padrões culturais. Pela perspectiva política, **crise** seria o interregno entre a dissolução de um governo e a implantação do outro.

⁷² Webster's Third New International Dictionary, Unabridged.. <http://unabridged.merriam-webster.com> (24 Feb. 2011).

Percebe-se, a partir das várias perspectivas abordadas, que, de maneira geral, a **crise** está associada a uma ocasião de ruptura, de mudança súbita. Momento de separação com o cotidiano, que cobra, no encontro com o contexto supostamente desfavorável, certa acuidade que permita distinguir as várias nuances da situação. Por estas vias, a crise é apresentada como uma situação litigiosa, sempre com travo catastrófico.

Reportando-se aos saberes próprios da Psicologia, o termo crise é utilizado seguindo a tendência das outras disciplinas científicas. São abundantes as utilizações deste vocábulo em várias circunstâncias ou orientações teóricas. Fala-se em “crise de adolescência”, “crise de masculinidade”, “crise de identidade”, “crise do desenvolvimento”, etc. De maneira geral, refere-se a uma posição do processo de desenvolvimento na qual o sujeito se percebe na eminência de abandonar certos modos de lidar com a vida, sem ainda encontrar maneiras mais pertinentes frente às exigências presentes. Ou seja, novamente a crise caracteriza-se pelo interregno entre dois momentos específicos: um sentimento de abandono de quem se é e o fato de ainda não acreditar ter vindo a ser. Pela perspectiva psicopatológica, **crise** seria o estado de irrupção (surto) ou agravamento da doença mental, suscitado pela interferência de fatores objetivos e/ou subjetivos. Por extensão de sentido, é comum dizer “*paciente em crise*”, quando em súbito estado de desequilíbrio nervoso ou emocional.

Na psicanálise, S. Freud, ao longo de sua obra, utiliza de forma parcimoniosa o termo. No Vocabulário da Psicanálise de J. Laplanche e J. B. Pontalis (1985), o vocábulo não aparece nenhuma vez. Isto pode estar relacionado ao fato de a psicanálise ter tido como proposta inicial a compreensão do estado “neurótico” como proveniente de um processo evolutivo, desconsiderando, ou dando menor ênfase, às situações de crise. Isto não significa que por uma epistemologia psicanalítica não seja possível vislumbrar momentos críticos; no entanto esta dá ênfase ao processo de desenvolvimento e não à ruptura.

Com o passar do tempo e mediante certas exigências prementes de um cotidiano propenso a situações de descontinuidades⁷³ e de encontro com a imponderabilidade, alguns seguidores da psicanálise foram compelidos a integrar a crise em seu repertório

⁷³Gilles Lipovetsky (2004), quando aborda a questão da hipermodernidade, descreve uma sociedade propensa à obrigação de movimento e auto superação, gerando uma sensação de insegurança e incerteza compatível a vivências de descontinuidade pela sucessão desenfreada de acontecimentos apresentados pela comunicação de massa.

teórico/prático. Dentre eles podemos citar A. Moffatt (1983). Este autor propõe olhar a psicopatologia de outro ângulo. Considera os fenômenos psicopatológicos através da desestruturação da temporalidade e não através da repressão sexual, como propõe a psicanálise. Trata-se de uma concepção centrada nos transtornos da identidade e não nos transtornos vinculares. Para a sociedade do final do século XX, por suas características, acredita ser mais produtiva tal visão, tendo por base a esquizofrenia e não a histeria, marcando diferença em relação aos escritos psicanalíticos fundantes. O campo específico desta teoria é o momento de crise, podendo ser usada em psicoterapias de curto e médio prazo. São desconsideradas, no entanto, as neuroses e psicoses estabilizadas que funcionalizaram socialmente seus sintomas.

Segundo Moffatt (1983), a crise seria a ruptura de continuidade da linha temporal da existência. Sua manifestação estaria associada a “[...] *invasão de uma experiência de paralisação da continuidade do processo de vida*” (MOFFATT, 1983, pg. 13). Para que uma situação produza uma crise, mais importante do que o nível de traumatismo sofrido é o inesperado da nova situação que lhe é exigido viver. O homem, em seu processo de desenvolvimento, criou uma ponte entre os vários processos perceptuais para a ilusão do tempo. A doença mental, por esta ótica, seria a ruptura deste processo fazendo com que o indivíduo caia em um vazio paralisante que o obriga a se reorganizar, muitas vezes, de maneira malograda. As manifestações consideradas pelo olhar da modernidade como “doença mental” seriam tentativas fracassadas de superação desta ruptura. Frente a isto, o homem é retirado da cultura, criando outra que não é compartilhada por todos e que a epistemologia vigente chama de “doença”. A tarefa do psicoterapeuta seria, assim, a de resgatar o “paciente” desta situação e ajudá-lo a integrar-se aos pressupostos culturais compartilhados. Seria uma testemunha reintegradora, que visa ajudar no resgate do fluxo existencial e no desenvolvimento do seu projeto vital dentro da cultura. Basicamente, busca-se devolver a capacidade de conceber sucessões, de organizar uma história com sentido, utilizando para isto todos os fatos que ocorreram no seu viver (MOFFATT, 1983).

Os teóricos que influenciaram esta perspectiva foram: S. Freud e a psicanálise, Friederich Salomon Perls e a teoria da Gestalt, principalmente naquilo que concerne à questão do presente da consciência, Donald Winnicott e a sua concepção de núcleos de

continuidade do eu e, por fim, o Existencialismo de Jean Paul Sartre na ênfase ao processo de ser e de existir inserido em uma temporalidade.

Uma possível relevância nesta concepção teórica, intimamente relacionada ao conceito de trauma freudiano, é a ideia de que a crise é desencadeada por um evento do meio externo, provocando uma mobilização afetiva que invade o universo emocional da pessoa sem a possibilidade de elaboração imediata, causando uma vivência de grande desorganização, mal estar e, principalmente, ruptura. Por outro lado, a compreensão assumida do tempo como sendo determinado por uma cadeia sucessória linear, nitidamente afeita a certos ditames do processo epistemológico da modernidade, apresenta-se restritiva para a concepção de crise de que se pretende partir.

Foi nessa direção que outros pensadores, não das áreas “psi”, mas filósofos que pensavam como seria o mundo vivido por humanos, foram necessários para encaminhar a questão acerca de como compreender o sentido de crise vivido por atores de um Hospital Geral. Friedrich Nietzsche (2007, 2001, 1992), Martin Heidegger (2001a, 2001b), entre outros, foram alguns desses pensadores que propuseram outros modos de compreensão do tempo e da temporalidade, sendo a questão cronológica abordada de outros modos.

Nietzsche (2007, 2001, 1992), ao abordar a questão do “eterno retorno”, apresenta uma nova perspectiva ao tema da temporalidade. Conceito que não conseguiu concluir em vida, porém central em sua obra, enfatiza o caráter cíclico da existência. Segundo ele, estamos sempre presos a um número limitado de acontecimentos que tendem a se repetir infinitamente. Ou seja, tais eventos aconteceram no passado, ocorrem no presente e se repetirão no futuro (como guerras, epidemias, etc.). O que é indispensável esclarecer é que o “eterno retorno” não é uma forma de percepção do tempo ou um ciclo temporal que se repete indefinidamente; mas busca, sim, questionar a ordem das coisas, revelando uma concepção de mundo que abandona o antagonismo inconciliável, dando ênfase à complementaridade de uma múltipla e única realidade. Por esta perspectiva, aquilo que parece antagônico, como o bem e o mal, a angústia e o prazer, são, na verdade, instâncias complementares da realidade que tendem a se alternarem continuamente até o fim dos tempos. Não havendo objetivo ou finalidade na realidade, esta alternância nunca se finda.

Sendo finitas as combinações de forças em conflito que formam cada instante e o tempo infinito, no futuro tudo se repetirá infinitas vezes.

Em Heidegger, a questão do tempo e da temporalidade adquire grande relevância. O “Conceito de Tempo”, conferência apresentada para a Sociedade de Teólogos de Marburgo em julho de 1924, inaugura as ideias heideggerianas sobre o tempo, retomadas em 1927 em sua principal obra: *Ser e Tempo* (2001a, 2001b). Nela, quando aborda a questão do sentido do ser, Heidegger privilegia também a questão do tempo como horizonte aberto de possibilidades e circunscrito pela certeza da finitude. A morte, como o intransponível absoluto, marca a importância do tempo na medida em que, ao estabelecer um limite concreto à existência, dá sentido aos atos do presente e ao projeto de destinação do ser. Eis aí a ideia heideggeriana de que “*o homem é um ser para a morte*”⁷⁴.

A ontologia de Heidegger assume como válido o princípio de Santo Agostinho⁷⁵ de que não há três tempos: presente, passado e futuro distintamente separados. Também não é o fluxo da consciência, como tempo cósmico, evolutivo, segundo as concepções de Bergson, que os substitui (NUNES, 2002). O *Dasein*, ou seja, o *ser-aí*, traz em seu bojo o passado sem deixar de ser presente. No presente está contido o passado, assim como no passado se antecipa o futuro. Citando Heidegger:

[...] tempo é ser-aí. Ser-aí é o meu cada vez ser, e este, o meu cada vez ser, pode ser no futuro no antecipar ao passar consciente, mas indeterminado. O ser-aí está sempre num modo de seu ser temporal. O ser-aí é o tempo, o tempo é temporal. O ser-aí não é o tempo, mas a temporalidade. [...] O ser-aí é o seu passar, é a sua possibilidade no antecipar a este passar. Neste antecipar sou eu o tempo autenticamente, tenho tempo. Na medida em que o tempo sempre é meu, existem muitos tempos. O tempo é destituído de sentido; tempo é temporal (HEIDEGGER, 1997; p. 37).

Assim, a temporalidade em Heidegger está mais próxima do *continuum* descrito por Husserl: experiência preliminar imanente que constitui as vivências. A temporalização envolve de cada vez os três tempos, numa relação mútua de cada qual com os outros dois (NUNES, 2002). Talvez possa ser pertinente abarcar este movimento a partir da

⁷⁴ Esta ideia será mais bem abordada mais adiante neste capítulo.

⁷⁵ **Augustinus, Confessiones**. Livro XI, cap. 27, resp. 36. Parisiis 1841. Tomo I.

compreensão do círculo hermenêutico. Ideia que aparece com assiduidade na discussão hermenêutica atual, surge primeiramente nos escritos de F. Schleiermacher (1769-1834), pensador do século XIX que se dedicou a análise da operação gnosiológica comum a toda interpretação, tendo seus escritos influenciado W. Dilthey⁷⁶, H. G. Gadamer, M. Heidegger, entre outros. Basicamente, consiste na premissa de que é necessário compreender o todo a partir de suas partes e estas a partir do todo, expressando um movimento de círculos concêntricos que vai do todo às partes e das partes ao todo incessantemente, até que se alcance a congruência de todos os detalhes com o todo. Neste movimento circular, sempre que necessário, a expectativa do início do movimento compreensivo é retificada, abrindo novas possibilidades interpretativas e afastando-se da ideia do círculo vicioso. Heidegger (2001a, 2001b) deu um significado mais amplo à questão do “círculo hermenêutico”, reconhecendo que ela não é só a lei fundamental da compreensão hermenêutica, mas também é fundante para toda possibilidade humana de inteligência. Afastando-se da ideia de uma compreensão hermenêutica meramente psicológica ou adivinhatória, acredita que toda a compreensão humana está condicionada, de modo permanente, pelo movimento de antecipação próprio do ser marcado por uma pré-compreensão. Deste modo, a metodologia de interpretação do círculo hermenêutico expressa a própria natureza da inteligibilidade humana. Retornando a temática do tempo, Heidegger o compreende também a partir deste movimento circular incessante, onde no presente está contido o passado e se antecipa o futuro, podendo, este, se alterar a cada movimento de ressignificação causado pelas imponderabilidades do caminho, pelo encontro com as coisas e com o próprio passado revisitado.

Por esta perspectiva, na vivência da crise o que se rompe não pode ser uma mera linha de continuidade existencial, mas um arcabouço mais complexo e condizente com uma malha existencial. Partindo da ontologia heideggeriana, parece ser possível buscar uma compreensão da crise que possa dar sustentação a uma prática psicológica no hospital geral, tendo como metodologia interventiva o Plantão Psicológico. Apesar de ser um pensador profícuo, Heidegger não se dedicou ao estudo da crise. Mesmo assim, se ela for considerada como um acontecimento existencial, seus escritos podem ser proveitosos para a

⁷⁶ Wilhelm Dilthey foi um filósofo, psicólogo e pedagogo alemão. No início do século XX, em *A Essência da Filosofia*, propõe uma filosofia histórica e relativa, já iniciando uma crítica a filosofia como ciência metafísica por reduzir os aspectos da realidade a um único princípio absoluto.

compreensão desta situação específica. No intuito de clarificar esta afirmação, resgata-se, neste momento, um percurso histórico e teórico.

HEIDEGGER: VIDA E OBRA.

Martin Heidegger inicia sua carreira acadêmica como um filósofo católico. Suas pretensões intelectuais centravam-se na indagação por Deus, considerando-o como ponto fundante do conhecimento do mundo e do homem (SAFRANSKI, 2000). Tentava resgatar e preservar o sentido de Deus na modernidade, valendo-se de recursos da própria modernidade, recorrendo à tese husserliana da validade (*Geltung*) supratemporal e supra-subjetiva da lógica, ideia oriunda da filosofia metafísica da Idade Média (SAFRANSKI, 2000). Os próprios estudos da metafísica medieval geraram-lhe dúvidas e abalaram a certeza na centralidade de Deus na construção do seu pensamento filosófico. Percebendo certas limitações na metafísica, foi, progressivamente, se afastando do pensamento medieval⁷⁷. Tal mudança foi decisiva e absoluta para o seu trabalho de concurso de cátedra. Nessa ocasião, aproximou-se dos ensinamentos de Dilthey, que considerava que o sentido e importância só surgem no homem e na sua história. A ideia radical da historicidade ia, aos poucos, minando qualquer exigência universalista de validade e constituiu-se como a grande ruptura na autoconcepção do ser humano na história ocidental (SAFRANSKI, 2000). Também significou o término do filosofar “católico” de Heidegger.

Tendo a historicidade como fundamento para o filosofar, ele se deparou com uma questão relevante: o ponto de vista histórico apresenta-se de pouca amplitude se o conceito “vida” permanecer indefinido. Utilizando-se da perspectiva fenomenológica, herdada de seu mestre Husserl, concluiu que a vida humana só pode se mostrar em sua plena singularidade (*Eigentümlichkeit*) através da crítica à objetualização (*Vergegenständlichung*). Ou seja, a vida não pode ser compreendida por uma perspectiva objetivista, sujeita a teorização. Segundo Heidegger, no pensamento objetivador o reino das relações de mundo e vida

⁷⁷ A metafísica medieval, herdeira da metafísica grega, deu base para o que hoje é conhecido como metafísica moderna. Ambas partem do princípio de que o lugar do acontecimento do ser sempre será uma zona escura, distante da sua fisicidade e tangibilidade. Rompendo progressivamente com a filosofia católica, que colocava Deus no centro de tudo, Heidegger começa construir sua crítica ao pensamento moderno (SAFRANSKI, 2000).

(*Lebensweltlich*) desaparecem, a vivência é *desvivenciada* (*entlebt*) e o mundo se *des-munda* (SAFRANSKI, 2000). O filosofar heideggeriano volta-se para o momento vivido, buscando a autotransparência das realizações da vida cotidiana. Explicitava-se a perspectiva existencial do seu pensamento e a filosofia torna-se a arte do estar-atento para si próprio do *Dasein* (SAFRANSKI, 2000).

Todo este movimento parece refletir uma crítica contra uma filosofia que acredita conhecer a determinação do ser humano. Os questionamentos dos valores culturais e as significações tradicionais são francamente questionados, criando solo propício para a gestação de sua principal obra: *Ser e Tempo*.

SER E TEMPO

Como esclarece o próprio autor, esta obra tem a intenção de abordar o sentido do ser. As duas sessões publicadas na primeira parte constituem-se como uma ontologia fundamental que se propõe a estudar, através da analítica com base no método fenomenológico de Husserl, o homem do ponto de vista de seu ser como *Dasein* – *ser-aí* (NUNES, 2002). Heidegger parte do questionamento sobre o significado da palavra *ente*. No entanto, não encontrando uma resposta plausível que lhe satisfaça, considera pertinente abandonar a conceituação e abordar a questão dando ênfase ao sentido do ser, temática que está esquecida desde a época dos gregos antigos (HEIDEGGER, 2001a). Para Heidegger, abordar o ente através de uma conceituação parecia pouco pertinente, pois, uma vez conceituado, este só poderia ser aquilo que o define, engessando suas possibilidades existenciais. Afirma: “o conceito aprisiona o ser” (HEIDEGGER, 2001a, p.67). Além disto, abordar o ser de modo conceitual exigiria a atuação de um *cogito* que, estando fora da trama de relações da qual o homem faz parte, pudesse ver com clareza e neutralidade o objeto investigado (ALMEIDA, 1995). Ao dar ênfase ao sentido do ser, Heidegger explícita o caráter de fluidez da existência e a vasta abertura de possibilidades do *Dasein*.

Somente o ser humano, compreendido como *Dasein*, possibilita abordar a questão do ser. Ou seja, é através do próprio homem que se expressa o ser. Deste modo, não há mais

a possibilidade da neutralidade daquele que investiga, visto este ter sempre uma prévia interpretação daquilo que busca conhecer (ALMEIDA, 1995). Heidegger propõe que este questionamento deva ser feito à luz do método fenomenológico, buscando ver aquilo que se mostra por si mesmo (fenômeno) liberado de seus encobrimentos (NUNES, 2002). Aquilo que se mostra é, neste sentido, o ser do ente. Como etapa do método, a descritividade fenomenológica possibilita a elaboração interpretativa da compreensão do *Dasein*. Ou seja, considera-se que o conhecimento como interpretação é a elaboração constitutiva originária da compreensão. Por esta perspectiva, o *Dasein* é o ente que abarca o ser em sua existência, sendo a existência a possibilidade de ser e não ser si mesmo (NUNES, 2002). O propósito de *Ser e Tempo* é, em última instância, o questionamento sobre o sentido do ser. Para Heidegger, existir é interpretar-se, e interpretar-se é questionar-se (NUNES, 2002). Ainda que tenha baseado inicialmente este interrogar no método fenomenológico proposto por Husserl, ele não faz uma apropriação direta deste, pois não concorda plenamente com ele, embora esta controvérsia não signifique posições antagônicas.

Husserl, assim como Heidegger, propôs uma filosofia que leve em consideração as coisas mesmas, sendo o sentido do ser e do fenômeno indissociáveis. No entanto, apesar da proximidade, o pensamento de Heidegger foi, em certos aspectos, se diferenciando de seu mestre. Husserl considerava que todo o fenômeno tem sua essência que o identifica, sendo que esta só existe no campo da consciência. Deste modo, a fenomenologia husserliana pode ser concebida como a ciência descritiva das essências da consciência e de seus atos (DARTIGUES, 1973), evidenciando certa proximidade com a perspectiva metafísica e o positivismo que buscou superar. A essência seria o invariante, sendo apenas possível chegar a ela através do que Husserl chamou de “redução eidética”⁷⁸ ou “redução fenomenológica” (DARTIGUES, 1973): movimento que busca desprover o fenômeno de tudo que não é necessário até chegar ao invariante. A certeza de ter alcançado a essência acontece quando nada mais pode ser suprimido sem destruir o próprio objeto. Heidegger não compartilha com esta compreensão, pois não considera a possibilidade de uma essencialidade do objeto que o defina de maneira perene.

Husserl propõe uma “atitude fenomenológica”, que consiste em suspender a crença na realidade do mundo exterior e colocar-se como consciência transcendental. Deste modo,

⁷⁸ O termo “*eidos*” pode ser considerado sinônimo de essência.

a ênfase recai na consciência e se afasta do mundo. A realidade passa a ser um mero fenômeno e a consciência deixa de fazer parte da realidade exterior. Sendo assim, o mundo é como ele aparece na consciência, deixando de ser existência e tornando-se um simples fenômeno. A tarefa da Fenomenologia é analisar as vivências para perceber como, na consciência, se produz o sentido dos fenômenos, ou seja, o sentido do mundo. Resumidamente, é possível afirmar que a fenomenologia é o estudo de como o mundo se constitui na consciência. Heidegger questiona a ideia da consciência transcendental como apresentado por Husserl, dando ênfase ao homem lançado no mundo com os outros. Afasta-se da dicotomia entre mundo interno e mundo externo, sempre buscando compreender o homem em situação, ou seja, na existência. Por mais que ambos concordem com a orientação transcendental da investigação fenomenológica, para Heidegger o problema da constituição transcendental do “mundo” é de natureza ontológica, só podendo ser resolvido através do esclarecimento do modo de ser de um ente outro que o “mundo”. Para Husserl, a problemática transcendental teria uma natureza diversa da investigação ontológica, pois o transcendental não se localizaria na constituição de ser de um ente, seja ele “mundo” ou outro que não “mundo” (VALENTIM, 2009). Ou seja, Heidegger questiona a posição de Husserl quando afirma que o “lugar do transcendental”⁷⁹ é ontologicamente “neutro”, afirmando que a constituição transcendental é uma possibilidade da existência do *Dasein* (VALENTIM, 2009).

No caminho pelo questionamento do ser, conclui que o *Dasein* é projeto lançado no mundo como *ser-aí* (HEIDEGGER, 2001a). Deste modo, compreende-se o mundo como um existencial, dimensão do próprio *estar-aí*. Quando Heidegger (2001a) diz “*ser-no-mundo*” não está exprimindo um nexo de continuidade entre o *Dasein* e os outros entes, e nem a possibilidade destes entes estarem contidos no mundo, como se este fosse um receptáculo que armazena os entes (NUNES, 2002). Como afirma Nunes, o mundo seria “[...] *mais uma região ontológica do que uma realidade dada*” (NUNES, 2002, p. 15 – 16). Busca, antes de tudo, acentuar o caráter de *familiaridade*⁸⁰ (NUNES, 2002) do *Dasein* com o mundo. O *Dasein* encontra-se lançado no mundo, sendo este engajamento algo pré-reflexivo e que independe da opção do sujeito. Entendendo o *Dasein* como *ser-aí*, o *aí* é o mundo onde o

⁷⁹ Husserl chamou este lugar de “ego puro” (VALENTIM, 2009).

⁸⁰ O termo “familiaridade” aqui é usado no sentido de acentuar o caráter de continuidade entre o *Dasein* e mundo.

homem responde aos apelos dos entes que lhe fazem frente na trama de relações que possibilita a lida com a tarefa de encaminhar-se, de maneira dinâmica, no seu *poder-ser*. Sendo assim, o *Dasein*, enquanto *ser-aí*, indica que o modo de existência é sempre situado e se nomina como *ser-no-mundo*. Estar lançado no mundo é, por este sentido, a condição inalienável de responsabilizar-se pelos desígnios de sua própria vida. Dito isto, pode-se compreender o *Dasein* como uma abertura de possibilidades. Ou seja, o *ser-aí* é sempre um *poder-ser*. Deste modo, através de uma relação indissociável, não há sujeito sem mundo, assim como não há homem sem *Dasein*.

Tal condição impõe a relação, nem sempre cognoscitiva⁸¹, com outros entes. Tais entes *intramundanos* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) podem adquirir um caráter instrumental, servindo a um propósito. Seriam, por esta perspectiva, *entes-à-mão* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Entes dos quais o *Dasein* se aproxima ou se afasta, de maneira involuntária, na tarefa de cuidar de ser. Estes entes são concebidos como instrumentos porque há, na ocupação cotidiana, uma compreensão fundada na serventia. A tal compreensão, Heidegger chama de *ver-em-torno* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b), considerando-a como conceito ontológico. É o *ver-em-torno* que possibilita ao homem usar instrumentos para realizar tarefas. Dito isto, compreende-se que o *Dasein* nunca se dá só, ou seja, *ser-aí* é sempre *ser-com* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Preocupado com o seu destinar-se, ocupado com ações e obras, o *Dasein* cuida de outrem, seja de maneira positiva, negativa ou indiferente. Deste modo, a existência não é só a do *Dasein*, mas também a de outro que é compartilhada num *ser-em-comum* (*Mitsein*) (NUNES, 2002).

Esta condição de co-existência, constitutiva do *ser-aí-com-os-outros*, tende a ser propícia para um movimento de subtração da propriedade de si mesmo. Estando no mundo junto com os outros, o *Dasein* pode extraviar-se na publicidade por sua tendência a compreender o mundo segundo a opinião comum, projetando-se na base do anonimato da mentalidade pública. Mesmo quando se coloca em oposição ao senso comum, o *ser-aí* ainda permanece sob o modo de ver da mentalidade pública (VATTIMO, 1971). Ou seja, a possibilidade de ser si mesmo tende a ser eclipsada pela condição do *Dasein* de ser com outros, levando-o a uma situação de impessoalidade e anonimato: a gente (*das Man*)

⁸¹O que se pretende expressar é a condição própria da relação com outros entes no mundo. Esta relação acontece de maneira não intencional ou racional, sendo mais de lida, de trato ou de manipulação.

(HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Este modo inautêntico/impróprio do *ser-aí* não é apenas um limite negativo ou algo que se possa alterar de acordo com um desejo próprio. Por outro lado, abordar o modo inautêntico/impróprio de habitar o mundo desvela a possibilidade de um modo de ser autêntico. Sendo o *Dasein* uma abertura de possibilidades, este pode conquistar-se ou perder-se, mantendo-se próximo ou distante de si mesmo.

Heidegger compreende a autenticidade/propriedade no sentido literal do termo (VATTIMO, 1971). O modo autêntico de habitar o mundo é aquele onde o *ser-aí* se apropria de si, projetando-se a partir das possibilidades de si mesmo mais próprias. Esta apropriação ocorre quando há a relação direta com as coisas. Vattimo, quando aborda a questão da apropriação e da autenticidade na ontologia heideggeriana, baseia-se na experiência pessoal comum de cada um para comunicar como que seria apropriar-se de si mesmo. Ele afirma:

[...] só se pode falar com conhecimento de causa quando se experimentou de certo modo diretamente aquilo de que se fala; e este experimentar nunca se entende principalmente como encontro de um sujeito com um “objeto”, mas sim como uma relação mais complexa, como a que se expressa, por exemplo, na expressão “fazer uma experiência” ou “ter uma experiência (VATTIMO, 1971, p. 45).

Deste modo, o encontro direto com a coisa acontece simultaneamente com a apropriação da coisa. Apropriar-se da coisa significa incluí-la no próprio projeto existencial do *Dasein*. Pertencendo a totalidade instrumental que é o mundo, o ser da coisa nunca é uma simples presença, mas também instrumento, por estar sempre constituído em função do outro, mantendo o caráter de referência tanto quanto ao uso específico para o qual está feito como para as pessoas que o usam. Assim, com esta relação instrumental pré-reflexiva entre a coisa e o ser humano, pode acontecer a apropriação para um destinar-se mais autêntico. Apropriando-se das coisas, nesta totalidade de significados doados pelo ser-no-mundo, o *Dasein* é levado a assumir responsabilidades. Na impropriedade, não havendo este modo de envolvimento, nunca se consegue um projeto autêntico e verdadeiramente escolhido por alguém. Heidegger, ao abordar os modos do *Dasein*, não faz nenhum juízo moral destes aspectos. Limita-se a dizer que as coisas se apresentam na abertura de possibilidades apenas no âmbito da apropriação. Na impropriedade as coisas dão-se de

maneira “decaída” (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Este modo “decaído” seria uma derivação empobrecida da coisa na existência autêntica (VATTIMO, 1971).

Partindo do cuidar dos outros e das coisas, condição acima exposta, o *Dasein* fica sempre sob a égide do *ser-em-comum* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Encontrando-se facticamente no mundo com os outros, estando em contato com coisas de serventia (*entes-à-mão*⁸²) e através destas, o *Dasein* tem como tarefa projetar-se para além. Este movimento para adiante só é possível justamente porque o *Dasein* está no mundo (imersão) com os outros em um circuito da convivência (NUNES, 2002). É a disposição afetiva, ou seja, o modo de se encontrar e de se sentir (*Befindlichkeit*) (VATTIMO, 1971) que revela o irreduzível *aí* no mundo, onde, desde sempre, o *Dasein* encontra-se lançado. Esta dimensão do *Dasein*, pela sua importância na temática heideggeriana, carece de maior atenção.

Heidegger, em sua ontologia, aborda a disposição afetiva como expressão de modos próprios de estar no mundo, considerando-a como um existencial fundamental (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Do mesmo modo que o *Dasein* possui certa pre-compreensão do mundo e dos significados que possibilita encontrar o mundo, eliminando o pressuposto do *ser-das-coisas* entendido como simples presença, este vai ter sempre, também, uma tonalidade afetiva (VATTIMO, 1971). Embora haja, na modernidade e na própria filosofia, uma tendência à valorização da compreensão teórica, a disposição afetiva enquanto existencial abre o *estar-aí* no seu *estar-lançado*, apontando para a condição originalmente afetiva do *Dasein*. Sendo um aspecto constitutivo da abertura para o mundo, vai compor o modo como as coisas são apreendidas. Sendo assim, considerando a disposição afetiva como o modo originário do homem se encontrar e se sentir no mundo, sendo a primeira apreensão global do mundo que funda a própria compreensão, o modo como cada um apreende o mundo é algo cujos fundamentos escapam à razão pura e desvelam aquilo de mais profundo e singular. Deste modo, para Heidegger a disposição afetiva é aspecto constitutivo para o projeto lançado do *Dasein*. Dizendo de outro modo: se o *Dasein* só pode ser no mundo mostrando-se de certo modo, é a afetabilidade que desvela, ainda que de modo sutil, o modo como o *Dasein* busca ou se afasta no seu cuidar de ser (ALMEIDA, 1995). A este

⁸² Aqui se torna importante fazer uma diferenciação: há significativa diferença na relação com entes inanimados e com entes animados. Os entes inanimados podem ser utilizados como *entes-à-mão* (utensílios) no encaminhamento do projeto existencial. No entanto, a relação com outras pessoas só pode ser de *solicitude* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b), evitando a objetualização desta.

movimento de aproximação e repulsa Heidegger vai chamar de aversão e versão (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Considera-se, neste sentido, que o homem vai sempre ser afetado pelo seu estado de ânimo, ou seja, permanece sempre num modo afetado para se referenciar ao mundo e aos outros (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Heidegger aponta outros modos de ser originários do *Dasein*. Tais como: o encontrar-se e o compreender.

O *encontrar-se*, enquanto condição ontológica, corresponde a uma possibilidade de ser do *Dasein*. Onticamente, se expressa pelos estados de humor de cada um. Ou seja, é o estado de ânimo, o humor, que revela como cada um se encontra em um dado momento de sua existência no mundo com os outros. O *compreender*, outra condição ontológica do *Dasein*, está intimamente ligado ao *encontrar-se*. Todo *encontrar-se* vai ter uma compreensão própria, pois na medida em que nos encontramos, um mundo específico nos é dado a ver (ALMEIDA, 1995). Por outro lado, qualquer compreensão também vai se pautar por um estado de ânimo (ALMEIDA, 1995). Ou seja, a compreensão originária, neste caso anterior à compreensão cognitiva, vai acontecer em um modo emotivo pelo qual o *Dasein* se encontra. Deste modo, a compreensão cognitiva é algo posterior e sempre derivada da compreensão original que, por sua vez, não escapa do estado de ânimo em que o *Dasein* se encontra. A compreensão do *Dasein* sempre o lança como *poder-ser* em uma abertura de múltiplas possibilidades. Toda compreensão é uma possibilidade constitutiva da interpretação. Toda compreensão só é possível porque há uma pré-compreensão, assim como toda interpretação só é possível porque há uma compreensão. A interpretação, diferente de uma atividade que tem o propósito de gerar informações, é a própria apropriação e elaboração das possibilidades que o *compreender* projetou (ALMEIDA, 1995). Esta apropriação é algo como que pressuposto. Ou seja, parte de um referencial que já se tem (*Vorhabe*) e explicita-se em conceitos prévios (*Vorgriffe*) e sempre numa certa perspectiva (*Vorsicht*) (NUNES, 2002). O sentido da apropriação já é discursivo, mas ainda não é proposital (NUNES, 2002). Dentro da gama de possibilidades da disposição afetiva, Heidegger abordou onticamente o tédio, a alegria, a esperança e o terror. No entanto, pela perspectiva ontológica, ele, assim como KIERKEGAARD (2007), deu ênfase à angústia. Deter-se neste existencial fundamental torna-se importante para os propósitos deste trabalho.

ANGÚSTIA

Na disposição afetiva da angústia, ocorre o que Heidegger chamou de *uma fuga de si do Dasein* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Ou seja, o *Dasein* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) não foge de algo que está diante de si e que o ameaça de maneira concreta, tal como um objeto ou um ente *intramundano*, mas foge de algo que está nele mesmo. Tentando se afastar daquilo que na angústia é mais ameaçador, o *Dasein* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) se precipita para longe de si, buscando apoiar-se nos entes *intramundanos* e nas preocupações e ocupações cotidianas. A este movimento, Heidegger chamou de *precipitação na de-cadência* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). A *de-cadência* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) evidencia uma inversão na direção da fuga, ou seja, diante da vivência ameaçadora que se encontra no próprio *Dasein* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b), este se precipita em direção ao mundo. Não busca retroceder⁸³, mas, de certa maneira, avançar em direção aos entes *intramundanos* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). A *precipitação na de-cadência* se funda na angústia que, por sua vez, torna possível o *temor* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Este, diferente da angústia que se manifesta em um medo sem objeto (HEIDEGGER, 2001a, 2001b; JASPERS, 1955), vai sempre ser *temor* de algo que vem ao encontro do *Dasein* de maneira concreta, surpreendente e apavorante. O encontro com o ente ameaçador, diferente da *fuga de si do Dasein*, desencadeia um movimento natural de retrocesso, de caráter preservativo. Isto só é possível porque, previamente, já houve a precipitação em direção a aquilo que agora se considera nocivo, como dito anteriormente.

Ainda dando ênfase ao movimento da angústia, cabe o questionamento: do que foge o *Dasein* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b)? Segundo HEIDEGGER (2001a, 2001b), ele foge dele mesmo enquanto abertura e possibilidade. Ou seja, aquilo de que a angústia se angustia é o *ser-no-mundo* como tal (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). A ameaça não está relacionada, em hipótese alguma, a um determinado dano que pode vir a ser de fato. Nada do que é dado, ou se acha à mão, no mundo serve para a angústia se angustiar. Sendo assim, o mundo, quando experimentado na angústia, adquire o caráter de total insignificância. Nela rompe-se qualquer nexos causal que possa estabelecer uma conjuntura ameaçadora, relegando os

⁸³ As palavras grifadas neste trecho dizem respeito ao movimento que está sendo expresso.

entes intramundanos a uma total irrelevância. O que caracteriza o referente da angústia é o fato do ameaçador não se encontrar em lugar algum. Não estando ele localizável, torna-se a possibilidade de estar em qualquer lugar. O *Dasein* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b), aterrorizado pelo caráter difuso e onipresente da angústia, tenta, a todo custo, nomear o ameaçador para tentar transformar a angústia em temor, visto este ser plausível e potencialmente controlável. No entanto, pelo próprio caráter da angústia, isto é impossível. Dizer que a angústia se angustia com algo que não está personificado em um dado lugar e, portanto, está em qualquer lugar, significa afirmar que aquilo que angustia é o aberto da abertura – o mundo como tal. Deste modo, o ameaçador está sempre presente, embora em lugar algum (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Ou seja, sendo a abertura ao mundo a possibilidade infinita de encontros, é de estar frente a esta possibilidade que a angústia se angustia. Sendo o *nada*⁸⁴ (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) aquilo que a angustia, isto significa dizer que “[...] a angústia se angustia com o próprio ser-no-mundo” (HEIDEGGER, 2001a; p.251).

Estando lançado no mundo, a experiência neste mundo vai sempre ser com outros *entes intramundanos* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b), como anteriormente já dito. No entanto, somente na angústia é possível experimentar o mundo como mundo (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Nesta disposição afetiva o mundo não é experimentado como uma coleção de objetos, ou como um sistema de fenômenos e representações. Mas sim, como possibilidade de qualquer fenômeno e fonte de qualquer ente, que é experimentado de modo indiferenciado e indeterminado. Não se trata de primeiramente experimentar os entes que se encontram no mundo para, só depois, abstrair destes a ideia de mundo e se angustiar com a amplidão, indiferenciação e indeterminação do mundo. Neste modo da disposição, é a angústia que abre o *mundo como mundo* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b).

Sendo a ameaça da angústia indeterminada, ela não consegue penetrar como ameaça nesse ou naquele poder ser concreto (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Por mais que no discurso coloquial possa ser dito: “eu me angustio com isto ou aquilo”, na verdade, nesta expressão se apresenta o *temor* e não a angústia. Aquilo que se encontra à mão no mundo circundante (*os entes intramundanos*), neste modo da disposição afetiva, é desvalorizado e perde o sentido. O mundo perde a capacidade de oferecer qualquer coisa, e nem mesmo o

⁸⁴ O termo “nada” aqui é usado como sinônimo do que Heidegger chamou de “mundo como tal”. Se o mundo é uma abertura de possibilidades, este não é isto, aquilo ou aquele outro. Portanto, nesta condição, o mundo é “nada”.

ser-com (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) é possível. A angústia retira do *Dasein* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) a possibilidade de, na *de-cadência* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b), compreender a si mesmo partido do mundo e na interpretação pública (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Ou seja, de maneira simplificada, o homem, quando perdido na cotidianidade, se define, ainda que impropriamente, quando junto com outros entes. Alguém é escritor quando se encontra com seus textos, alguém é professor quando junto com seus alunos, alguém é psicoterapeuta quando junto com seus clientes, assumido uma “identidade”, mesmo que esta ainda seja distante da singularidade. Se na angústia tudo é desqualificado, não é mais possível se ver e compreender a partir das ocupações com outros *entes intramundanos* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b), levando a uma perda de sustentação da própria identidade. A compreensão cotidiana que se tem de si mesmo, enquanto um eu, se desvanece na angústia. Ela remete o *Dasein* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) para aquilo que a angústia se angustia, ou seja, o seu *poder-ser-no-mundo* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Não podendo mais ser escritor, professor, psicoterapeuta, etc., só lhe resta a amplidão da abertura de possibilidades onde pode surgir a singularidade. Não contando com o *ser-com* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) ou com a interpretação pública do mundo, na angústia se singulariza o *Dasein* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) para o seu próprio *poder-ser-no-mundo* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Ou seja, na *de-cadência* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) o máximo que se consegue é assumir uma identidade, que está longe de ser singularidade. Somente na abertura de possibilidades dada pela disposição afetiva da angústia é possível singularidade.

Enquanto compreensão cotidiana de si, o homem é sempre uma composição mais ou menos diferenciada de coisas que podem ser ditas de todos ou de muitos. Fazendo uma síntese de todas as ocupações, preocupações e empenhos, o homem vai utilizar-se de termos que se referem a ele, mas também a muitos que vivem na mesma cultura, que têm a mesma profissão, o mesmo sexo, a mesma idade e assim por diante. No entanto, na angústia perde todas as suas identificações, e isto abre a possibilidade da singularização. Fica patente a diferença entre identidade e singularidade. Se a singularidade é uma experiência própria e intransferível de ser apenas um *poder-ser* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) sem parâmetros e sem limites, a identidade, nomeação superficial dada na *de-cadência* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b), é algo que vai sendo construído ao longo da história pessoal de cada um, sempre através de um encontro que leva em conta outros entes que se encontram no mundo. Deste

modo, a identidade está a serviço daquilo que é público e geral, enquanto que a singularidade é algo que só pode emanar do *nada*.

Mediante a tudo que foi dito, se pode afirmar que a angústia “arrasta a pre-sença”⁸⁵ para o ser livre para... (*propensio in...*), para a propriedade de seu ser enquanto possibilidade de ser aquilo que já sempre se é” (HEIDEGGER, 2001a; p. 252). O *Dasein* sempre é possibilidade, podendo escolher conquistar ou perder-se no mundo da publicidade onde domina o falatório e o equivoco. Porém, mantendo-se no cotidiano, enclausurada dentro de suas identidades, as possibilidades existenciais ficam constrangidas. A singularidade dada pela angústia abre o *Dasein* como “*solusipse*” (HEIDEGGER, 2001a). Porém, ao contrário do solipsismo apresentado pelo cogito cartesiano, entendido como o sujeito fechado em si mesmo, no solipsismo da angústia apresentado por Heidegger a experiência é absolutamente singular, estando o *Dasein* na abertura⁸⁶. Na disposição fundamental da angústia se está “*estranho*” (HEIDEGGER, 2001a), pois se torna inviável se compreender a partir da identidade. Para Heidegger, estranheza é sinônimo de “*não se sentir em casa*” (HEIDEGGER, 2001a), sendo o cotidiano compreendido como esta “*morada*”⁸⁷. O homem nasce e vive a maior parte do tempo “*em casa*”. No entanto, o “*não se sentir em casa*”, existencial e ontologicamente, é compreendido por HEIDEGGER (2001a, 2001b) como o fenômeno mais originário, pois embora o homem busque o aconchego e a proteção da morada, o ser do *Dasein*, como já dito anteriormente, é a abertura, o estar lançado sem escolha. É como estranho que o homem vem ao mundo, mas é como familiar que vive a maior parte do seu tempo.

Resta dizer, no propósito de sintetizar, que somente na angústia permanece a probabilidade de uma abertura privilegiada na medida em que singulariza (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Propriedade e impropriedade são modos de ser do *Dasein* como possibilidades abertas no vir a ser, mostrando-se como são em si mesmas, sem serem desfiguradas pelos *entes intramundanos* a que, de início e na maior parte do tempo, o

⁸⁵ Aqui, devido a tradução e a necessidade de se manter a fidedignidade da citação, o termo “presença” é utilizado como sinônimo de *Dasein* ou *ser-aí*.

⁸⁶ Como apresentado pelo Prof. Dr. Luís Claudio Figueiredo em aula sobre a angústia em Heidegger em 02/09/1994. Acervo de gravações do Laboratório de Estudos em Fenomenologia Existencial e Prática Psicológica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – LEFE/IPUSP.

⁸⁷ Esta ideia heideggeriana é desenvolvida no texto *Ética, Saúde e as Práticas Alternativas*, no livro *Revisitando as Psicologias* do Prof. Dr. Luís Cláudio Figueiredo. Editora da PUC de São Paulo e Editora Vozes. São Paulo, 1996.

Dasein se atém (HEIDEGGER, 2001a). Heidegger limita-se a afirmar que as coisas se apresentam verdadeiramente como possibilidades abertas somente no âmbito de um projeto decidido. É verdadeiro e decidido porque é fruto de escolha pautada pela singularidade e autenticidade. Na *de-cadência* as coisas se dão de maneira “*dejecta*” (VATTIMO, 1971). Isto é, de um modo que não é diferente daquele em que elas se dão na existência autêntica, mas, como dito anteriormente, como derivação empobrecida daquele (VATTIMO, 1971).

A forma com que, aqui, a angústia foi apresentada refere-se ao primeiro momento da obra de Heidegger: *Ser e Tempo*. Nesta ocasião ele expunha a angústia através dos vários modos de fuga desta, que precipitam o sujeito na *de-cadência*. A angústia se manifesta na “consciência existencial” como fala silenciosa, fazendo um apelo ao homem, enquanto decaído, para que volte sobre si, pondo-se no mundo e interpelando as coisas à luz do seu ser mais próprio. Posteriormente, na segunda parte de *Ser e Tempo* (2001b), Heidegger apresenta a angústia como *serenidade* (HEIDEGGER, 2001b). Neste caso, ressalta as possibilidades de se manter na abertura sem se precipitar na *de-cadência*. Ou seja, a possibilidade de se manter na singularidade e na propriedade fruindo a abertura como tal. No entanto, falar da angústia e dos modos de fuga leva a outro tema fundante em *Ser e Tempo* (2001a, 2001b): a morte.

MORTE/FINITUDE

Foi dito anteriormente que o *Dasein* é sempre um *poder-ser*. Sendo esta uma possibilidade sempre presente, podendo ser recuperada a todo instante, a existência se prolongaria infinitamente. No entanto, deste o princípio, o *Dasein* já está sob a égide de seu fim, sendo a filosofia de Heidegger finitista. Citando Heidegger: “A morte é uma possibilidade ontológica que a própria pre-sença sempre tem de assumir” (HEIDEGGER, 2001b, p. 32). A morte é, também, uma facticidade: finitude radical. Ou seja, um fato intransponível que o *Dasein*, enquanto *poder-ser*, não é capaz de superar. Ela surge como “a possibilidade da impossibilidade absoluta da pre-sença” (HEIDEGGER, 2001b, p. 32). Sendo o homem uma

abertura de possibilidades em sua existência, a morte traz a probabilidade de não poder ser mais no mundo. Ou seja, o *Dasein* está sempre entregue a responsabilidade de sua morte, pois, desde seu advento, tem como condição o *ser-para-o-fim* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). Deste modo, o *não-ser* torna-se a essência da existência, esclarecendo o que anteriormente já foi dito: *o homem é um ser-para-morte* (HEIDEGGER, 2001b). Com isto Heidegger está dizendo que o *Dasein* não tem um fim, onde chega e cessa simplesmente, porém ele existe finitamente (HEIDEGGER, 2001b), ou seja, a cada instante da existência a morte é uma presença constante. Portanto, o modo de ser do homem traz sempre em seu âmago a presença da morte, que o convoca a lidar com o mundo na premência de encaminhar seu projeto e preservar sua existência. Isto remete a questão do *cuidado*.

Em breves linhas, o *cuidado* é uma totalidade estrutural primordial do *ser-no-mundo* e é anterior a toda posição ou conduta ôntica do *Dasein*. Ou seja, não se origina de algum elemento primário ôntico (ALMEIDA, 1995). Sendo assim, não é algo que se adquire. Este se encontra em qualquer conduta fática realizada pelo homem, sendo a totalidade anterior ou a priori a atos especiais ou ímpetos, tais como: o querer, o desejar, o impulso e a inclinação (ALMEIDA, 1995). Tendo como tarefa o seu *poder-ser*, o *Dasein*, referido às suas possibilidades, encontra-se no mundo com outros *entes intramundanos* e com outros *Dasein*. Deste modo, na presença destes, o *Dasein* cuida de ser cuidando dos *entes intramundanos* e em solicitude como os outros *Dasein* (ALMEIDA, 1995). Dito isto, fica que o *cuidado* é condição constitutiva ontológica do agir do *Dasein* (ALMEIDA, 1995). Ou seja, o modo com que cada homem se encontra no mundo está intimamente associado à condição ontológica de *cuidado*. Este possibilita todas as modalidades ônticas do *cuidar* (ALMEIDA, 1995). Como o *Dasein* tem como certeza irrefutável sua finitude, o *cuidado*, enquanto totalidade estrutural fundamental, possibilita que este desenvolva ônticamente modos de estar no mundo que tentem minimizar a inospitalidade deste e, em última instância, afastá-lo da própria morte. Enquanto vivo, o homem está sempre sob a égide do *cuidado*⁸⁸.

Diante da inexorável finitude, o homem, como ser cadente, tenta fugir. Busca, refugiando-se no cotidiano, evitar a consciência da morte, interpretando-a e tratando-a sempre no impessoal. Respalado no anonimato do “a gente”, quem morre jamais sou “eu”. Porém, se este movimento de fuga for abortado, abre-se a possibilidade mais extrema e

⁸⁸ No mito de Higino essa é a tarefa designada por Saturno ao Cuidado.

radical de ser si mesmo. Assumindo a morte como possibilidade própria, o homem se angustia. É na angústia, como já dito, que se libera o *poder-ser* mais próprio e autêntico do *Dasein*. Na liberdade aberta pela angústia, mediante a finitude irrevogável, é possível ouvir a intimação do *poder-ser* e exercitar as possibilidades fáticas mais autênticas. Por outro lado, a angústia com a morte vivida na “*familiaridade*” (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) é sempre imprópria e oculta como angústia, se expressando onticamente como *temor* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b). O *temor* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b) frente a qualquer acontecimento apenas encobre a verdadeira angústia com a morte, condição própria de todo *Dasein*.

O homem como *ser-para-a-morte* tem como tarefa afastar-se das compreensões oriundas da publicidade cotidiana do impessoal e viver a vida à luz da morte. Não se trata de uma apologia à morte. Não significa, de maneira alguma, ir de encontro a ela no intuito de realizá-la ou antecipá-la, buscando tirar o peso da vida, como afirmam alguns suicidas, ou usando-a como pretexto de melhor vida após a morte, como pregam algumas religiões. Por outro lado, também não significa encará-la como presença torturante que induz a um existir sofrido e limitante. Se o modo de ser do homem tem em seu âmago o *cuidado*, que se expressa no ôntico através de condutas de preservação de si mesmo, a presença torturante da morte pode levar, no intuito de evitá-la, a uma limitação. Ou seja, esta presença sofrida, portanto um modo distorcido de angustiar-se, impediria a abertura privilegiada que a angústia traz, tornando-se paralisadora da existência.

Livrando-se dos atenuantes construídos na *de-cadência* (HEIDEGGER, 2001a, 2001b), que buscam banalizar a certeza de que somos seres para o fim, o ser se abre para a possibilidade. O *ser-para-a-morte* (HEIDEGGER, 2001b) é, deste modo, um *ser-para-a-possibilidade* (HEIDEGGER, 2001b). Citando Heidegger: “O ser para a possibilidade enquanto *ser-para-a-morte*, no entanto, deve se relacionar para com a morte de tal modo que ela se desentranhe nesse ser e para ele como possibilidade.” (HEIDEGGER, 2001b, p. 45).

Na *decadência* há um esforço em se negar a consciência da morte, pois assumir a radicalidade da finitude pode ser experimentado como antecipação desta. Ao tentar escamotear o inevitável, o homem restringe as possibilidades de destinar-se de modo mais próprio. Ou seja, evitado o desentranhar da morte, o *Dasein* flui pelo aberto de possibilidades de maneira inautêntica. Empunhar o próprio *ser-para-a-morte* (HEIDEGGER,

2001b), portanto, conduz o existir pautado em um sentido próprio que transcende o impessoal, favorecendo ao *Dasein* sua singularidade. Sobre isto Heidegger diz:

A morte é a possibilidade mais própria da pre-sença. O ser para essa possibilidade abre à pre-sença o seu poder-ser mais próprio, em que sempre está em jogo o próprio ser da pre-sença. Pode-se então revelar para a pre-sença que, na possibilidade privilegiada de si mesma, ela continua desvencilhada do impessoal, ou seja, antecipando, ela sempre pode dele se desvencilhar. No entanto, somente a compreensão desse “poder” é que desentranha o fato de ela estar perdida na cotidianidade do próprio-impessoal (HEIDEGGER, 2001b, p. 47).

O *ser-para-a-morte*, como modo de antecipação desta, pode ser compreendido como liberdade para a morte. Sendo o sentido ontológico desta liberdade poder, estando ainda neste mundo, não mais ser deste mundo. Antecipar a morte é um querer compreender que o homem mediano desconhece e do qual tenta se defender (LOPARIC, 1990). HEIDEGGER (2001b) vai chamar de *resolução* (*Entschlossenheit*) esta relação libertadora com a própria finitude. Para ele, a *resolução* somente é possível como *decisão*. Esta *decisão*, enquanto ato repentino e tomado sobre o casual (*Zufallige*), leva a mudanças na situação em que o *Dasein* se encontra, abrindo a possibilidade do abandono de uma situação geral e, portanto, *decaída*, para uma situação singular. A *resolução*, pautada na possibilidade de *não-mais-estar-aí*, inaugura a abertura para que o *Dasein* possa escolher o seu projetar do sentido. Ou seja, a *resolução* permite que o *Dasein* escolha a *si-mesmo* e, a partir disto, possa encaminhar suas escolhas nas possibilidades mundanas. Citando Loparic: “O homem autêntico age necessariamente ‘sem escrúpulos’ (*gewessenslos*) sem consideração para os valores éticos ou as regras morais” (LOPARIC, 1990, p. 184). Apropriar-se da condição de ser mortal diminui a valorização descabida que o *Dasein* atribui às ocupações cotidianas que pretendem afastá-lo da angústia, libertando-o para o seu vir a ser singular.

Após transitar pela ontologia heideggeriana, parece-me ser possível retornar à questão da crise e ao Plantão Psicológico, já vislumbrando o início do fim da viagem pretendida.

CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS

Foi explicitado anteriormente que o *Dasein* vive na cotidianidade de maneira imprópria e, no intuito de fugir de algo que é si mesmo, ou seja, que o constituiu: sua própria abertura, se precipita na *de-cadência* de modo a evitar a angústia. Sendo assim, na cotidianidade o homem perde seu ser mais próprio, confundindo-se e misturando-se com a “massa”. Distante da sua singularidade e autenticidade, este busca alojamento em convicções impróprias oriundas desta “massa” impessoal.

Enquanto rede de significados que dão sentido ao mundo para a sociedade, a cultura surge como exemplo de produto desta “massa” que propicia “morada” ao homem. É por este motivo que, mesmo para o mais hábil viajante, estando na situação de estrangeiro e caminhando por culturas estranhas, prevalece sempre certo desalojamento, vivido muitas vezes como um sentimento melancólico de não pertencimento e solidão. As crenças, os valores, os costumes, as leis, a moral, a língua, permitem uma existência pacificada ao homem, que não suporta a abertura de possibilidades que a propriedade lhe traz, ou seja, seu *poder-ser-no-mundo*. Mediante a isto, a crise pode ser compreendida como todo acontecimento súbito que retira o homem da comodidade das convicções e da entrega ou dos acordos habituais efetuados em seu cotidiano no mundo (PROCÓPIO, 2000). Adentra-se esta seara no intuito de explorá-la.

Um modo possível de compreender a crise

FIGUEIREDO (1994), em seu artigo *Fala e Acontecimento em Análise*, busca algumas possibilidades de encontro entre os escritos Heideggerianos e a clínica psicanalítica. Na tentativa de viabilizar o encontro entre estes dois universos, ele elege o conceito⁸⁹ de *acontecimento*. Este seria aquilo que nos coloca em contato com a questão da temporalidade e da historicidade existencial, como também a questão do trauma e das

⁸⁹ O termo “conceito” referido neste trecho é utilizado no próprio modo como o autor empregou em seu texto.

possibilidades terapêuticas a ele relacionadas. A concepção de trauma apresentada pela psicanálise, apesar das diferenças epistemológicas, não destoa significativamente das ideias que aqui estão sendo desenvolvidas.

A ideia de trauma, oriunda da medicina, influenciou significativamente o início da psicanálise no final do século XIX. Para esta disciplina o trauma seria:

Acontecimento da vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se acha o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica.

Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo, relativamente à tolerância do indivíduo e a sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações (LAPLANCHE; PONTALIS, 1985, p. 678).

A compreensão etiológica da neurose, central para os estudos psicanalíticos da época, estaria associada às experiências traumáticas passadas na infância. Tais experiências só adquirem o estatuto de trauma devido à suscetibilidade da pessoa. Ou seja, o valor traumático está associado às condições psicológicas em que se encontra no momento do acontecimento. Neste caso, partindo de uma compreensão pautada ainda na primeira tópica do aparelho psíquico⁹⁰, nitidamente assentada no fator econômico, o trauma seria consequência da impossibilidade em lidar com a excitação proveniente da experiência invasiva que se instala no psiquismo como “um corpo estranho” (FREUD, 1974). Posteriormente, quando valoriza o conflito defensivo na gênese da histeria e das “psiconeuroses de defesa”, Freud (1974) parte da ideia de trauma e sofisticada sua teoria, associando-o à questão sexual. Sua tese vai, progressivamente, se afirmando em sua obra, chegando ao ápice com a “descoberta” do “traumatismo original” na vida pré-pubertária. A noção de trauma se renova no ensaio *Inibição, Sintoma e Angústia* de 1926, já adentrando a segunda tópica do aparelho psíquico⁹¹. O ego, mediante ao sinal de angústia, procura se

⁹⁰ A primeira tópica do aparelho psíquico, francamente embasada em uma epistemologia metafísica, parte do “princípio de constância”, que prega a necessidade de buscar o equilíbrio frente a qualquer descompensação excitatória (FREUD, 1974).

⁹¹ Se na primeira tópica dava-se ênfase à questão econômica e o conceito de inconsciente, pré-consciente e consciente, na segunda tópica a importância recai nas três instâncias psíquicas: Id, Ego e Superego.

esquivar de ser tomado pelo aparecimento da angústia que define a situação traumática, pois não possui recursos para lidar com ela. Esta concepção resulta no estabelecimento de uma simetria. Se o trauma é desencadeado por um acontecimento externo que ameaça o ego, este também se vê ameaçado pelas excitações pulsionais internas.

Guardando as devidas diferenças epistemológicas entre a Psicanálise e a ontologia de Heidegger, é possível vislumbrar similitudes na ideia de angústia, base para compreensão da crise aqui assumida, entre estes dois pensamentos, principalmente quando Freud reformula sua teoria da angústia. Se na analítica existencial a angústia é condição fundante do homem, que vive sob a égide desta disposição afetiva, nos escritos freudianos, principalmente sobre a *Urangst*⁹², não é diferente. Ambas consideram que o homem, desde seu nascimento, vive marcado pela angústia por toda sua existência (ROCHA, 2000). Tanto em Heidegger quanto em Freud, a angústia remete a uma experiência primordial de desamparo, que pode libertar o homem das ilusões que alienam e escravizam, abrindo a possibilidade para que deixe de ser joguete do destino (ROCHA, 2000). Uma diferença importante refere-se ao fato de que para Freud, além da *Urangst*, vão existir outras manifestações que ele intitula também como angústia: angústia real⁹³, angústia automática⁹⁴, angústia de castração⁹⁵. Em Heidegger, o desencadeamento aflitivo causado por acontecimentos do meio externo é chamado de temor.

Na tarefa de esmiuçar os prováveis encontros entre a psicanálise e os escritos heideggerianos, Figueiredo (1994) aborda a questão da *fala*, considerando-a como *acontecimento*, em contraposição à fala enquanto ato de representar e de comunicar. Ele assume a noção⁹⁶ de *acontecimento* como ocorrência e como advento, para em seguida trabalhar a noção de *trauma* como *acontecimento inconcluso*. Por fim, aborda a *fala acontecimental* (FIGUEIREDO, 1994) e a sua pertinência clínica. O que se mostra relevante para este momento é a noção de acontecimento e de trauma como acontecimento inconcluso. Posteriormente, quando será tematizada a questão do Plantão Psicológico no HU

⁹² Angústia originária.

⁹³ Termo utilizado por Freud no quadro da segunda teoria da angústia: aflição perante um perigo exterior que constitui um perigo real.

⁹⁴ Reação do indivíduo sempre que se encontra numa situação traumática, submetido a um afluxo de excitações, de ordem externa ou interna, que é incapaz de dominar.

⁹⁵ Temor que acomete os meninos quando passam pelo complexo de castração.

⁹⁶ O termo “noção” referido neste trecho é utilizado no próprio modo como o autor empregou em seu texto.

como utensílio para elaboração da crise, a ideia da *fala acontecimental* (FIGUEIREDO, 1994) adquire relevância.

O *acontecimento*, fato que se realiza de modo inesperado, é considerado como uma ruptura na trama das representações e das rotinas. Este promove a divisão do tempo entre antes e depois da ocorrência. No entanto, o próprio *acontecimento* tem intrinsecamente uma temporalidade própria. Esta temporalidade refere-se ao “*trânsito da interrupção de um inominável ao a posteriori do sentido*” (FIGUEIREDO, 1994, p. 154). Ou seja, este trânsito do acontecimento é um deixar em suspenso – “*um houve que ainda não é*” (FIGUEIREDO, 1994, p. 154). Esta suspensão, proporcionada pelo advento de algo que não foi significado, coloca o sujeito⁹⁷ diante da angústia. Frente a isto, Figueiredo vislumbra dois momentos em cada acontecimento:

1. Uma quebra de sentido, convertendo o homem em *signo vazio de sentido*, resgatando a expressão de Hölderlin⁹⁸ apropriada por Heidegger;
2. E a produção de sentido que promove uma abertura para se reconstituir o passado e proporcionar possibilidades para o novo futuro.

Desta forma, o que irrompe no *acontecimento* é designado como o real, e o que se destroça é a realidade (FIGUEIREDO, 1994). Realidade, aqui, é compreendida como uma interpretação do real, que permite sustentação da trama de significações que dá guarida ao sentido existencial. O *acontecimento* lança o sujeito à condição de *signo vazio de sentido*, que o obriga a um trabalho de *metaforização* (FIGUEIREDO, 1994). *Metaphorá*, do grego, significa *mudança, transposição, transporte* (FIGUEIREDO, 1994). Ou seja, é necessário que o sujeito se desloque da situação de *signo vazio de sentido*, ao qual foi lançado pelo advento imponderável, e consiga produzir novo sentido que restitua seu fluxo existencial.

Figueiredo concebe o *acontecimento traumático* como aquele que desancora, ou seja, aquele que “*tira o solo da ancoragem em que se assenta a existência*” (FIGUEIREDO,

⁹⁷ O termo “sujeito” referido neste trecho é utilizado no próprio modo como o autor empregou em seu texto.

⁹⁸ Johann Christian Friedrich Hölderlin foi poeta, lírico e romancista alemão. Tem como pontos centrais de sua obra o resgate do espírito da Grécia antiga, a perspectiva romântica sobre a natureza e a concepção do cristianismo de maneira não-ortodoxa. Atualmente é considerado um dos maiores poetas germânicos. Heidegger utiliza-se deste termo na palestra “*O que Significa o Pensar*”, proferida em 1952, fazendo uma reflexão entre a Ciência, o Pensar e o Poetar (NUNES, 1999).

1994, p. 159). Este solo é compreendido como a “*proveniência não representada das representações possíveis*” (FIGUEIREDO, 1994, p. 159). Como matriz das representações, é algo que não pode ser submetido ao efeito deletério da dúvida. O trauma, deste modo, instala uma crise de confiança (FIGUEIREDO, 1994), na medida em que promove uma perda de credibilidade na matriz de todas as representações possíveis. Tal matriz é responsável pela construção e a manutenção do sentimento de segurança que o homem necessita para conduzir-se pela vida. Com a perda de credibilidade, o modo de habitar o mundo fica pautado por uma insegurança generalizada que pode limitar a abertura de possibilidades. Pode-se dizer que o homem, nesta situação, sente-se desprovido e inábil para lidar com os acontecimentos.

Pelo acima descrito, o *trauma* pode ser considerado um *acontecimento inconcluso*, visto que não se consuma mediante a impossibilidade de transitar. Não sendo metaforizado, sua temporalidade intrínseca está comprometida. Cria-se uma lacuna temporal, vivida como uma suspensão no tempo. Várias podem ser as causas desta impossibilidade em concluir o acontecimento através da produção de novo sentido. No entanto, o *trauma*, ao invés de abrir a presença, encerra o campo do experimentável, restringindo drasticamente a abertura de possibilidades, podendo cronificar uma forma determinada de ser (FIGUEIREDO, 1994). Não sendo metaforizado, este encerra a possibilidade de futuro e, conseqüentemente, não constitui o presente, atemporizando a existência (FIGUEIREDO, 1994). Deste modo, a ruptura traumática, enquanto acontecimento inconcluso, é aquilo que passa a determinar o presente (FIGUEIREDO, 1994). A título de esclarecimento, o comportamento divergente (CAUTELLA JR., 2003), nominado na modernidade como “doença mental”, pode ser compreendido como um estado em que prevalece uma inabilidade em transitar pelo acontecimento. Na impossibilidade em metaforizar os sucessivos e inevitáveis eventos traumáticos de uma existência, o divergente (CAUTELLA JR, 2003) fica como que estagnado, apartado das estruturas de compartilhamento e vivendo aquém de suas reais possibilidades em um simulacro existencial (CAUTELLA JR., 2003).

Parece razoável fazer uma ligação entre a noção de trauma e a ideia de crise. Na verdade, pela perspectiva aqui assumida, podem ser consideradas sinônimas. A palavra

“*trauma*⁹⁹”, em grego, significa uma ferida resultante de uma violência externa e deriva de “*furar*”, “*rasgar*” (LAPLANCHE e PONTALIS, 1985). A crise, como aqui assumida, tende a minimizar a noção de ato violento no corpo, porém, indubitavelmente, a situação de ocultamento de sentido devido a um acontecimento imponderável também guarda um caráter violento, na medida em que desancora o sujeito do solo seguro que permite o próprio fundamento. Neste caso, a violência da irrupção devastadora, que “*furou*” e “*rasgou*” a trama de sentidos, tende a obstruir qualquer possibilidade de trânsito, paralisando o sujeito em um estado de vazio onde o sentido se desvanece.

No intuito de sintetizar e circunscrever a ideia de crise que está sendo construída neste trabalho, torna-se razoável considerá-la como um evento que, de maneira abrupta e imponderável, rompe a malha de sentidos que dá sustentação a uma existência pacificada. O dilaceramento desta malha retira o homem do conforto de sua cotidianidade, lançando-o, pelo esfacelamento da trama, em uma condição de “*signo vazio de sentido*”. Simultaneamente, é retirado de todas as estruturas de compartilhamento, como o tempo e a própria cultura, e imerso, a contragosto, em absurda solidão. Inaugura-se, concomitantemente, outra temporalidade, intrínseca ao *acontecimento*, que é pautada pela necessidade de *metaforização*, e tenta, na medida do possível, levar do inominável à produção de sentido. A crise é, por esta perspectiva, um hiato, um vazio paralisante que convoca ao trânsito para a produção de sentido. Não havendo a possibilidade de trânsito, o homem fica aprisionado em um não lugar, entre aquilo que deixou de ser e que ainda não veio a ser. Serres (1993), tematizando sobre o sentido, apresenta de maneira alegórica, quase poética, vivências que evocam, através do sensível, a crise aqui descrita.

Ninguém sabe nadar de fato antes de ter atravessado, sozinho, um rio largo e impetuoso, um braço de mar agitado. Só existe chão em uma piscina, território para pedestres em massa.

Parta, mergulhe. Depois de ter deixado a margem, você continuará durante algum tempo muito mais perto dela do que da outra à sua frente, tempo

⁹⁹ Trauma e traumatismo são termos muito usados em medicina e cirurgia. Designam uma ferida com efração. Traumatismo seria reservado para as consequências no conjunto do organismo de uma lesão resultante de uma violência externa. Sendo uma pesquisa desenvolvida no âmbito hospitalar, estabelecer as similitudes entre as terminologias parece ser pertinente. Isto tende a aproximar os modos particulares que cada disciplina aborda a noção de crise/trauma, podendo diminuir o abismo entre os saberes. Além disto, tende a diminuir a dicotomia entre mente e corpo, proposto pelo processo epistemológico da modernidade.

bastante, pelo menos, para que seu corpo se aplique ao cálculo e silenciosamente reflita que ainda pode voltar. Até um certo limiar, você conserva esta segurança: o mesmo que dizer que ainda não partiu. Do outro lado da aventura, o pé confia na aproximação, desde que tenha ultrapassado um segundo limiar: você está tão próximo da margem que pode dizer que já chegou. Margem direita ou esquerda, não importa, nos dois casos: terra ou chão. Você não nada, espera para andar, como quem salta, decola e atinge o chão, mas não permanece em voo.

Ao contrário, o nadador sabe que um segundo rio corre neste que todo mundo vê, entre os dois limiares, atrás ou a frente dos quais quaisquer seguranças desaparecem: ali ele abandona toda a referência.

A verdadeira passagem ocorre no meio. Qualquer sentido que o nado tome, o solo jaz a dezenas ou centenas de metros sob o ventre ou a quilômetros atrás e na frente. Eis aí o nadador sozinho. Deve atravessar, para aprender a solidão. Esta se reconhece no desvanecimento das referências. (SERRES, 1993, p. 11, 12, grifo nosso)

O homem “*pedestre*” acomoda-se entre os quatro cantos da piscina, perdido na impessoalidade da “*massa*”, restringindo suas possibilidades a este exíguo espaço. Como um peixe no aquário, que experimenta falsa liberdade na artificialidade deste meio impróprio, contenta-se em existir neste reservado espaço em troca de suposta segurança. No entanto, apenas quando se torna “*nadador*” e se aventura “*sozinho*” a atravessar “*um rio largo e impetuoso, um braço de mar agitado*”, é que distingue, no “*desvanecimento das referências*”, suas reais possibilidades, se reconhecendo outro sendo o mesmo.

Partindo deste modo peculiar de conceber a crise, é plausível fazer uma correlação com a angústia em Heidegger. A crise pode ser aquilo que, tirando o *Dasein* da *de-cadência*, faz com que este, lançado na abertura de suas possibilidades, possa resgatar aquilo que lhe é mais próprio. É uma situação concreta da existência e proveniente do mundo que, rompendo com a aconchegante cotidianidade, pode abrir ao *Dasein* a possibilidade de encontrar-se com aquilo que vem de dentro, podendo proporcionar a ascensão de um modo autêntico de estar no mundo com os outros, fazendo escolhas mais pertinentes para o seu projeto existencial – *aprender a solidão*.

Toda experiência de ruptura traz em seu bojo a antecipação da morte. Tais experiências, como anteriormente dito, proporcionam abertura de possibilidades. Sendo assim, toda situação de crise envolve morte e renascimento, reproduzindo em seu âmago o próprio ciclo da vida. Se as crises lançam a pessoa ao nada absoluto, deixando-a a mercê dos eventos e em uma situação onde parece ser impraticável qualquer acolhimento que não seja proporcionado pelo necessário trânsito pelo acontecimento, parece ser possível estabelecer uma correlação com a ideia mitológica de caos.

Em diversas tradições, especialmente na cosmogonia grega de Hesíodo¹⁰⁰ e na tradição platônica¹⁰¹, o caos seria um vazio primordial, de caráter informe, indefinido e ilimitado que precedeu e propiciou o nascimento de todos os seres e realidades do universo (HOUAISS, 2009). Ou seja, mistura de coisas em total desarrumação, confusão e desequilíbrio que permitiu uma nova organização que propiciou um rumo. Por esta via, a crise, enquanto estado caótico, pode preceder a criação de um novo mundo a partir do desvelar de novos sentidos.

Percebe-se que, por esta ótica, a crise vai, paulatinamente, perdendo o caráter nefasto que o senso comum lhe atribui, podendo, inclusive, ser um evento desconfortável, porém privilegiado. Além disto, cabe questionar o caráter de episódio inusitado que as pessoas tendem a lhe atribuir. Geralmente, são considerados como crise apenas os eventos de grande porte que marcam a vida da pessoa e desencadeiam grandes repercussões.

No entanto, ao longo da lida diária com os *entes intramundanos* e com outros *Dasein*, no intuito de responder aos anseios do projeto existencial, várias crises são vividas. Estes hiatos quase inauditos da cotidianidade, ainda que de pequeno porte e mantendo o caráter de imponderabilidade, são aqueles que podem proporcionar o redirecionamento do *destinar-se*. Há a tendência de se negligenciar estes episódios, não os considerando como crise. Isto provavelmente ocorre no intuito de amenizar os efeitos da perda de sentido que, mesmo que de pequena monta, ainda são o encontro com a angústia e, portanto, desalojamentos que evocam o cerzimento do tecido rompido.

¹⁰⁰ Hesíodo, junto com Homero, foi um dos grandes poetas gregos do período arcaico. Considera-se que sua obra foi fundamental para a edificação da identidade helênica.

¹⁰¹ Para Platão, o caos seria o estado que antecede a intervenção do *Demiurgo* – o criador do mundo inferior.

Deste modo, é a partir das sucessivas perdas de sentido que ocorrem na cotidianidade que se torna possível ir adiante, pautando-se por aquilo que é mais próprio, mesmo que esta propriedade seja efêmera – fugazes lampejos de autenticidade. Embora custosa para quem a vive, crise é, neste sentido, uma situação privilegiada e corriqueira, porque a partir do encontro com a própria abertura é que algo de novo e singular pode advir.

Antes de prosseguir, cabe pequena divagação. Se até agora a crise foi apresentada no âmbito do psicológico, compete, ainda que sem grandes pretensões e com intuito meramente ilustrativo, apresentá-la no corpo através de um procedimento médico, lembrando que a dicotomia entre mente e corpo, aqui, tem caráter meramente didático, pois é impossível, no âmbito da existência, tal separação.

A Eletroconvulsoterapia (ECT), tratamento psiquiátrico que visa provocar alterações na atividade elétrica do cérebro através da passagem de uma corrente elétrica no córtex cerebral, promove no paciente uma situação de crise com intuito benéfico. A corrente elétrica induzida, compreendida aqui como um acontecimento, tende a romper de maneira drástica, através de uma crise paroxística, modos de funcionamento corticais considerados patológicos. O cérebro, tendo seu funcionamento impertinente interrompido, experimenta a possibilidade, mediante ao hiato de consciência, de construir modos mais fidedignos. O paciente é deliberadamente lançado a uma situação de descontinuidade e espera-se que, quando acordar do evento, possa estabelecer outros modos de funcionamento psiconeurológicos que possibilitem, pela via do orgânico, abrandar quadros depressivos graves ou de mania resistentes aos medicamentos. A experiência clínica aponta que a superação destes quadros após o ECT é mais favorável quando o paciente pode se beneficiar de acompanhamento psicológico que, na medida do possível, o auxilie nesta nova organização. Deste modo, o princípio de se considerar a crise como uma situação propícia não é inédito, existindo desde os primórdios da medicina. Ao longo da história, vários outros procedimentos médicos, alguns já em desuso na modernidade, se valeram deste princípio. A insulinoterapia¹⁰² na psiquiatria e a cardioversão¹⁰³ na cardiologia são alguns exemplos destes.

¹⁰² Tratamento menos usual atualmente devido ao avanço dos psicotrópicos.

Retomo, agora, o sentido próprio do termo crise como possibilidade de continuar transitando pelo caminho aberto pela minha questão neste trabalho. Recorrendo ao Merriam-Webster (2002), o termo crise pode ser compreendido como um ataque paroxístico de dor, angústia ou desorganização de função. Evento emocionalmente significativo ou radical mudança de status na vida de uma pessoa. Momento decisório no curso de uma ação que determina se esta deve continuar, se alterar ou se extinguir. Deste modo, a crise se mostra como ponto de virada. Ou seja, apresenta-se como um estado instável que prenuncia uma mudança decisiva e iminente. Uma situação psicológica ou social, caracterizada por instabilidade atípica, causada por estresse excessivo que põe em risco a continuidade da pessoa ou do grupo social ao qual pertence. Consequentemente, é um evento que provoca transformação dos padrões de conduta e dos valores culturais. Retornando à metáfora da tragédia enquanto acontecimento teatral, a crise pode ainda ser compreendida como ponto decisório (clímax) no desenrolar de uma peça ou outra obra de ficção.

Plantão Psicológico: utensílio de metaforização da crise

Caracterizando a crise como um momento propício para o desvelamento daquilo que é próprio, constituindo abertura de possibilidades, cabe agora iniciar reflexão a cerca do Plantão Psicológico como utensílio de metaforização da crise no hospital geral. Mediante a tudo que foi dito, esclareceu-se que o evento que irrompe e destrói a plácida cotidianidade evoca um transitar pelo acontecimento, na direção de produzir novos sentidos que restituam o compartilhamento e a mobilidade da existência. Dependendo da amplitude da crise, nem sempre é fácil a tarefa da metaforização, pois esta depende de recursos que nem sempre estão plenamente acessíveis para aquele que vive a situação crítica. Deste modo, muitas vezes é necessário utilizar-se de algo que se encontra no mundo, além de si mesmo, para resgatar aquilo que se encontra dentro de si. Se não há recursos disponíveis para a

¹⁰³ Tratamento cardiológico mediante a quadros específicos de arritmia cardíaca ainda muito em voga atualmente.

produção de novos sentidos, se faz necessário, através de um utensílio, ir buscá-los partindo daquilo que se tem.

A partir dos diários de bordo apresentados, parece ser esta a função do Plantão Psicológico: espaço de acolhimento que favorece a produção de novos sentidos, restituindo mobilidade e proporcionando aberturas para uma lida mais pertinente com o acontecimento que desancora e com as inúmeras possibilidades de futuro que a metaforização pode possibilitar.

Cabe pequena digressão para esmiuçar o que se compreende por produção de sentido. O termo “produção” vem do latim – *productio, ónis*, que significa: ato ou efeito de produzir, alongamento, extensão, demora (HOUAISS, 2009). O elemento de composição *duz* (interpositivo, do v.lat. *dúco, is, dúxi, ductum, ère*) se refere a “levar, transportar, puxar sem descontinuidade, conduzir, fato de encaminhar” (HOUAISS, 2009). No português culto, o elemento de composição *dução*, correlato de *duz*, mantém o sentido de levar, conduzir, transportar (HOUAISS, 2009). Partindo da etimologia da palavra, o prefixo *pro* (der. da prep.lat.) refere-se a “diante de; em cima de, sobre; por, a favor de”, enquanto que *dução* reporta-se, como já dito, a conduzir, transportar. Sendo assim, *pro-dução* pode ser compreendido como favorecer o transporte, conduzir algo no sentido de. Afasta-se da concepção coloquial, que compreende produção como: dar origem a, ser fértil; gerar, dar, fornecer, e se atém ao caráter dinâmico de trânsito em direção de algo que, devido às circunstâncias, encontra-se distante e inacessível.

Por esta perspectiva, o termo metáfora e pro-dução apresentam similitudes.

Ambos expressam um modo de locomoção, um destinar-se em direção a algo.

Deste modo, assume-se que o Plantão Psicológico é um utensílio para a mobilidade, algo que proporciona deslocamento. Se a crise é interrupção, o Plantão Psicológico é aquilo que puxa sem descontinuidade, encaminhando, pro-duzindo sentido. Por esta via, o sentido almejado não é algo palpável ou um lugar a chegar, onde todos os esforços lá se findam, mas um movimento de destinação. Consiste, utilizando uma metáfora¹⁰⁴, em colocar o trem descarrilhado novamente no trilho, mesmo que depois do acontecimento este trilho leve a

¹⁰⁴ Aqui utilizado no sentido coloquial: designação de um objeto ou qualidade mediante uma palavra que designa outro objeto ou qualidade que tem com o primeiro uma relação de semelhança (HOUAISS, 2009).

outros lugares. Refere-se a restituir o movimento, transpor¹⁰⁵ o acontecimento de maneira a desvelar sentidos ocultos que possibilitem futuro (seja ele qual for).

Resta ainda esclarecer o caráter utilitário do Plantão Psicológico. O termo “utensílio”, no discurso coloquial, refere-se a qualquer instrumento de trabalho, ferramenta (HOUAISS, 2009). Oriundo do latim, *utensilium* (lat.cl. pl. *utensilia*), alude a “tudo que serve para nosso uso” (HOUAISS, 2009). Dentre as várias acepções possíveis, encontram-se: “qualquer instrumento apropriado para o fabrico de um produto; para o exercício de uma arte”. Tais significados dão ênfase ao caráter artesanal e artístico do termo, afastando-se de uma possível compreensão que remete ao conjunto de ações planejadas e coordenadas, implantadas por uma administração visando a algo, sendo tal acepção mais pertinente ao termo “dispositivo”, muito em voga nos tempos atuais por mostrar-se mais em sintonia com uma epistemologia que preza a técnica e que, muitas vezes, é utilizado de maneira imprópria como sinônimo de “utensílio”. Deste modo, considera-se que “utensílio” é qualquer implemento útil ou necessário aos usos do cotidiano, que de modo artístico e singular possibilita um fim qualquer. Talvez seja pertinente adentrar a ontologia de Heidegger para esquadrihar como o cliente do Plantão Psicológico se apropria deste utensílio.

Para Heidegger, utensílio é qualquer coisa que esteja disponibilizada no mundo e que seja apropriada pelo Dasein para viabilizar-se (HEIDEGGER, 2001a). Seria, por esta via, um *ente-a-mão*. Algo de que o Dasein se aproxima ou se afasta de acordo com a necessidade de seu projeto existencial. Tal aproximação ou distanciamento é feito de maneira pré-reflexiva e intuitiva. Dito de outro modo, o utensílio é um ente que faz encontro na ocupação e que está disponibilizado para uso. Na análise da mundanidade circundante e da mundanidade geral, Heidegger (2001a) afirma que o modo fenomenológico que um ente se dá a conhecer é pela via do “*ser-no-mundo cotidiano*” ou, dito de outra forma, pelo “*modo de lidar no mundo e com o ente intramundano*” (HEIDEGGER, 2001a, p. 108). O modo mais imediato de lidar não é o conhecimento perceptivo, e sim a ocupação no manuseio e uso, abrindo a possibilidade de uma infinidade de modos de ocupação partindo de um conhecimento próprio (HEIDEGGER, 2001a). O ente que vem ao encontro no mundo circundante é visualizado pré-tematicamente por um conhecimento não teórico, que considera primordialmente o seu uso, produção, etc. Ou seja, esta interpretação fenomenológica não é

¹⁰⁵ Transposição: outro sentido etimológico de *methàphora*.

um conhecimento das propriedades ou qualidades verificáveis através de um conhecimento reflexivo, aspirando originalmente ao ser deste ente. Quando o ser é tematizado, tematiza igualmente o ente em causa (HEIDEGGER, 2001a). Enquanto o ser do ente é investigado, a compreensão se realiza de maneira explícita e autônoma, sendo esta pertencente ao *Dasein* e se “avivando” no modo de lidar com o ente (HEIDEGGER, 2001a).

Deste modo, o ente fenomenologicamente pré-temático torna-se acessível quando aquele que o investiga se transfere¹⁰⁶ para a sua ocupação (HEIDEGGER, 2001a). No acesso fenomenológico ao ente, é necessário afastar as tendências de interpretação afluentes e concorrentes, pois estas encobrem o ente tal como ele é. Ressaltando o caráter pragmático do ente, Heidegger vai chamá-los de instrumento¹⁰⁷ (HEIDEGGER, 2001a). Quando expõe o modo de ser do instrumento, esta exposição vai sempre seguir uma delimitação prévia da sua instrumentalidade.

Por esta via, um instrumento nunca é, pois este só pode ser em um todo instrumental que pertence a seu ser. Essencialmente o instrumento sempre vai ser “*algo para...*”, sendo os diversos modos possíveis de “*ser para*” como serventia, sua totalidade instrumental (HEIDEGGER, 2001a). Na estrutura do “*ser para*” encontra-se uma referência de algo para algo (HEIDEGGER, 2001a), sendo que é nesta relação que sua instrumentalidade se dá a conhecer. Ou seja, é a partir da pertinência a outros instrumentos que o instrumento corresponde à sua instrumentalidade (HEIDEGGER, 2001a), nunca se exibindo como um em si, alheio da totalidade de úteis disponibilizados na habitação. O instrumento mostra genuinamente o seu ser através do modo de lidar “*talhado segundo o instrumento*” (HEIDEGGER, 2001a, p. 110). Quando se lida com o instrumento no uso, a ocupação vai se subordinar ao “*ser para*”, constitutivo do instrumento (HEIDEGGER, 2001a). Quanto menos se olhar de fora este instrumento (teorização), mais se saberá usá-lo, mais originário se torna o relacionamento com ele e mais desentranhado é o modo em que se dá ao encontro naquilo que ele é (HEIDEGGER, 2001a).

¹⁰⁶ Segundo Heidegger, a rigor seria errôneo falar de transferência para o modo de ser e de lida da ocupação, pois o *Dasein*, estando lançado no mundo, já está sempre neste modo.

¹⁰⁷ Este trabalho utiliza os termos instrumentos e utensílios como sinônimos.

É na lida com o instrumento que se desvela o “manuseio” específico dele. Heidegger vai denominar de “*manualidade*”¹⁰⁸ (HEIDEGGER, 2001a) o modo de ser do instrumento em que ele se revela por si mesmo. Ou seja, os instrumentos se revelam ao homem no exato momento em que estão sendo usados, longe de qualquer possibilidade de tematização. Deste modo, todo instrumento está disponível para o manuseio porque possui esse “*ser-em-si*” (HEIDEGGER, 2001a). Quando se visualiza de modo meramente teórico a configuração das coisas, prevalece uma carência da compreensão da “*manualidade*” (HEIDEGGER, 2001a). O modo de lidar com o instrumento pela via do uso e do manuseio é dirigido pelo modo próprio de ver, lhe conferindo uma segurança específica, porém subordinando-se à multiplicidade de referências do “*ser para*”. À visão desse subordinar-se, Heidegger intitulou “*circunvisão*”¹⁰⁹ (HEIDEGGER, 2001a, p. 111).

A atitude prática, dada na “*manualidade*”, não é totalmente “*ateórica*” e desprovida de visão. Do mesmo modo, a atitude teórica, de cunho contemplativo, também não deixa de ser ocupação. A atitude teórica visualiza meramente, sem “*circunvisão*”; no entanto, o olhar prático não é por isso totalmente desprovido de regras (HEIDEGGER, 2001a). Aquilo que está à mão não é apreendido apenas teoricamente, nem se torna de imediato tema da “*circunvisão*”, pois o que está disponibilizado se caracteriza por abrigar-se em sua “*manualidade*”, para deste modo ficar à mão (HEIDEGGER, 2001a). A maneira cotidiana de lidar com os instrumentos transcende a esta atenção para com eles, pois aquilo com que originariamente se ocupa é com a “*obra*” a ser produzida. A “*obra*” ampara a totalidade de referências na qual o instrumento vem ao encontro (HEIDEGGER, 2001a). Toda “*obra*” desvela o “*para que*” ela foi produzida, sendo que na obra encomendada este “*para que*” se revela no uso. Heidegger esquadrinha minuciosamente a mundanidade circundante e a mundanidade em geral, não negligenciando a importância da própria produção, dos materiais e da natureza. No entanto, para os propósitos deste trabalho, o acima apresentado parece ser suficiente.

Retornando ao uso do Plantão Psicológico pela clientela no HU, os plantonistas encontram o paciente hospitalizado em uma situação crítica. Sequestrado de sua cotidianidade por um acontecimento imponderável e vivendo uma situação de extremo

¹⁰⁸ O termo “*manualidade*” também pode ser compreendido como *ser-à-mão*.

¹⁰⁹ O termo “*circunvisão*” também pode ser compreendido como *ver-em-torno*.

desamparo, tem como tarefa premente o resgate de mínima sustentabilidade para seu existir. Embora esteja seu corpo assistido pelo aparato tecnológico da medicina, vive a angústia na crueza de não saber de si e nem de seu destino. Seu projeto existencial, sempre frágil e mutante, se desvaneceu no ar e nada que venha do mundo é suficiente para aplacar sua orfandade, visto o cotidiano, seu reduto habitual, não mais ampará-lo. Se as dores do corpo encontram guarida na tecnicidade médica, as “dores da alma” eclodem de maneira intempestiva e avassaladora, trazendo em seu bojo a eminência da morte¹¹⁰. Como tarefa primordial, pois o *Dasein* não pode se subtrair de suas responsabilidades inalienáveis, ele é convocado a lidar de maneira habilidosa com o desfavorável, precisando fazer algo para apaziguar a situação em que se encontra. Sendo ferido pelo acontecimento e não podendo escapar de seus humores, ao eu é entregue a responsabilidade de ser, não podendo evitar dar alguma resposta a esta ocorrência mundana.

No entanto, o sentido do cuidar de si, modo de ser básico do *Dasein*, encontra-se prejudicado pelo abrupto aterrador. Vivendo a ruptura de sua malha de sentidos, encontra-se lançado em um vazio onde seus nexos referenciais, provenientes da “*circunvisão*”, se desvaneceram. Na impossibilidade do *emprego para*, paralisa-se em seu destinar-se, pois não encontra meios de, através da “*manualidade*”, realizar-se. E é nesta situação de ausência de referências prévias, se abrindo para o ver em torno, no intuito de encontrar algo (um utensílio) para levar a termo sua tarefa, que o Plantão Psicológico surge personificado na figura do plantonista, que se aproxima com a sua disponibilidade expressa na ação clínica.

Amparado pela multiplicidade dos modos de ocupação e se valendo da “*circunvisão*”, o cliente, premido pelo acontecimento e tendo sua indiferença afetiva cotidiana (HEIDEGGER, 2001a) esfacelada, se põe à lida através do Plantão Psicológico na “*obra*” a ser produzida, que neste caso é a preservação do apaziguamento e o resgate da historicidade e do fluxo existencial. O modo com que se apropria do Plantão Psicológico como utensílio é pré-temático e, deste modo, ateuórico, aspirando primordialmente ao ser. Sendo assim, pouco importa se a pessoa que se encontra à sua frente apresenta-se como psicólogo ou que tente instruí-lo sobre o uso do utensílio, pois somente através da “*manualidade*” que o instrumento se faz. De maneira geral, o psicólogo plantonista é orientado a se aproximar da

¹¹⁰ Morte aqui não se refere apenas à possibilidade concreta de não mais existir, porém alude as várias finitudes que o acontecimento crítico pode gerar.

pessoa em crise não se apresentando como psicólogo, para que não se favoreça a teorização do utensílio a ser manuseado.

Plantão Psicológico: agir afetivamente

O que se mostra primordial é a disponibilidade do plantonista, que se preocupa com aquela pessoa interrompida buscando favorecer seu trânsito, seja em que sentido for. Este amplo modo de possibilidades de apropriar-se do Plantão Psicológico favorece que o atendimento aconteça fora do âmbito da tecnicidade, que pressupõe um conjunto de procedimentos determinados à priori. Pela perspectiva do plantonista, implica uma postura “analítica”, compreendendo-a, diferente do olhar metafísico, como algo que visa libertar o outro para sua própria existência – “desatar os nós”. É importante frisar que aquilo que se considera utensílio é o Plantão Psicológico e não o plantonista. O Plantão Psicológico, utensílio imaterial e insólito, é onde os humores da situação crítica podem irromper em sua ampla magnitude, evidenciando os desvios impostos pelo acontecimento aos rumos de uma história. Este espaço constitui-se através do testemunho do olhar do psicólogo plantonista, que veraciza o sofrimento através da dimensão básica dos humores, da procura por cuidado e pelo uso do utensílio realizado pelo cliente na sua *pro-cura*.

A relação que se estabelece neste espaço entre os envolvidos, cliente–psicólogo plantonista, não é da ordem do utilitário, mas da solicitude, orientada pela presteza em favorecer o cuidado para alcançar algum fim, que, neste caso, é o desocultar de novo sentido através da metaforização pela crise. Ao disponibilizar-se na solicitude ao cliente, o psicólogo plantonista o compreende por ressonância. Ou seja, a compreensão, que acontece no encontro entre cliente e psicólogo plantonista, é realizada, primeiramente, a partir de como foi tocado pelo cliente – *afetivamente* (ALMEIDA, 2005). O trabalho não possui um caráter “arqueológico”, sendo que o foco recai no acontecimento. O acontecimento, acolhido afetivamente pelo psicólogo plantonista, apresenta-se como o real validado pela experiência, constituindo-se,

Almeida (2005) afirma que o encontro *“tem sua pedra de toque na historicidade”* (p. 178). Mediante a um *“passado grande e doloroso, interroga-se pelo que está comprometido no presente e futuro”* (p. 178). O encaminhamento do interrogar baseia-se, entre outras coisas, na afetabilidade dos envolvidos no encontro terapêutico. O afeto efetiva a realização do real, dando consistência a tudo que é, anunciando a intransferibilidade de sua possibilidade de ser (ALMEIDA, 2005). Através da compreensão afetiva de si mesmo, construída em uma relação sentida, o cliente abre a possibilidade de resgatar o fluxo de sua existência, tornando o mundo novamente familiar. A partir do testemunho cuidador do psicólogo plantonista, que desvela o estado de ânimo do cliente, abre-se a possibilidade de metaforização da crise.

Aqui cabe uma consideração, se na psicoterapia de longo curso e em outros Plantões Psicológicos, que acontecem em instituições não premidas pela emergência, a ênfase da fala se dá na necessidade de significar experiências vividas, no hospital, esta perspectiva precisa ser relativizada. A afetabilidade dá a tônica do encontro, abrindo as possibilidades, porém a historicidade, embora ainda importante, é resgatada de outra forma. Não é o passado grande e doloroso que compromete o presente e o futuro, mas sim, um acontecimento imponderável do presente que se apresenta devastador. O futuro e o presente se mostram ameaçados pelo aqui e agora da situação, que aniquila a trama de sentidos de maneira violenta. A importância do passado reside no fato deste ser uma espécie de “banco de dados”, construído a partir da experiência, onde se encontra a “matéria prima” para a elaboração¹¹¹ com o acontecimento. É a partir do significativamente vivido que se adquire recursos para se lidar com aquilo que é dado, tanto pela perspectiva concreta como a afetiva.

O homem, estando lançado no mundo, está sempre sob a égide do medo, pois teme que algo que venha do mundo possa ser, ou não, nocivo à integridade do eu, que vive a possibilidade de deixar de ser (ALMEIDA, 2005). Frente a isto, o modo de ser do homem é sempre pautado pelo cuidado, condição fundante de seu ser. Um encontro terapêutico, seja em psicoterapia ou Plantão Psicológico, tem o intuito de desvelar o falso caráter ameaçador que muitas vezes é atribuído indevidamente aos entes intramundanos. Não se está negando a inospitalidade do mundo ou a real ameaça de certos acontecimentos, no entanto, uma

¹¹¹ O termo “elaboração” é aqui utilizado no sentido de lida, trabalho com.

existência pautada predominantemente pelo medo tem suas possibilidades existenciais drasticamente diminuídas, pois em qualquer destinação para possibilidades mais próprias se teme exageradamente o encontro com o dano e a finitude. Levado a outra relação com os entes ditos ameaçadores, que permite que venha à luz diferentes modos de se relacionar com estes, o cliente pode abrir-se para outro estado de ânimo, agora mais propício aos seus anseios, na medida em que se afasta do fatalismo.

No entanto, a situação de crise no contexto hospitalar apresenta uma nocividade não imagética. No momento do acontecimento, aquilo que irrompe a malha de sentidos é vivido como uma ameaça real, e, como apresentado nos diários de bordo, muitas vezes o é. Nestes casos, o psicólogo plantonista, através do testemunho afetado, busca manter o cliente na abertura para que este possa encontrar-se, e, a partir disto, destinar-se levando em conta sua atual condição no mundo. Nem sempre na situação crítica a abertura é vivida como propícia a possibilidades. Nestes casos a vivência do aberto é insuportável, cabendo ao psicólogo plantonista auxiliar na metaforização por este inominável, no intuito de cerzir a trama de sentidos rompida pelo acontecimento. Compete agora esmiuçar como pode ser compreendido este trânsito do inominável à produção de sentido.

Plantão Psicológico: falar e metaforizar

Cabe, aqui, resgatar o que já foi dito brevemente em outras passagens deste trabalho. Em *Ser e Tempo* (2001a, 2001b), quando aborda o *“conceito de fenômeno”* (p. 58) e o *“conceito de logos”* (p. 62), Heidegger desvela a importância da linguagem. Considera que fenômeno, partindo do grego, é aquilo que *“se revela”*, *“o que se mostra em si mesmo”* (p. 58), constituindo-se como *“a totalidade do que está à luz”* (p. 58). Enquanto que logos, também do grego, tem seu significado básico como discurso. No entanto, como o próprio Heidegger ressalta, torna-se necessário compreender o que é discurso. Partindo de uma posição aristotélica, discurso é aquilo que *“deixa e faz ver aquilo sobre o que se discorre e o faz para quem discorre e para todos aqueles que discursam uns com os outros”* (HEIDEGGER, 2001a, p. 62, 63, grifo nosso). Este *deixar ver*, em seu exercício concreto, tem o caráter de

fala. A articulação em palavra traz à luz algo, ou seja, faz advir o ente. Ao longo de sua obra, Heidegger vai, em vários momentos, elaborando e sofisticando sua compreensão da fala. Se para o senso comum a linguagem é um instrumento comunicacional, a fala é aquilo que traz à luz algo ao aberto. Somente a partir da nomeação do ente pela língua, é possível a este aparecer e acender a fala. Evidencia-se que, para Heidegger, a fala é destituída da condição de objeto de qualquer saber e de qualquer apropriação teórica (FIGUEIREDO, 1994). Deste modo, a fala é aquilo que “batiza” o ente, instalando-o na clareira de seu ser (FIGUEIREDO, 1994). Este batizar nada tem haver com uma conceituação teórica ou com o elencar de características deste ente com intuito explicativo (FIGUEIREDO, 1994). Este modo fundante da fala afasta-se do falatório cotidiano, aquele que emana da compreensão e da interpretação do *Dasein* cotidiano, só podendo ser resgatado através do poetar (HEIDEGGER, 2011a). Ou seja, a partir da expressão poética torna-se possível nomear o ente, fazendo-o advir na abertura.

Por outro lado, esta fala só alcança sua pertinência original se for acolhida por uma escuta. Esta escuta acolhedora não se refere a escutar meramente aquilo que é falado, em uma atitude compreensiva, mas, através dela, permitir que o dizer institua, favorecendo ao ente ser trazido à luz. Heidegger (2001a) convida a se realizar uma experiência com a fala. Experiência aqui, destoando do senso comum, não visa angariar informações ou fazer formulações teóricas, mas busca, primordialmente, o conhecimento através dos sentidos. Experiência é, por esta via, ser atingido, submeter-se a algo, enfim, ser afetado. Quando a fala de alguém é acolhida pelo ouvinte e este a devolve como outra, pode acontecer um desalojamento que abre a possibilidade de uma nova relação com ela e com o acontecimento. Colocando-se à escuta daquilo que não sabia ter dito ou não pretendia dizer, o falante pode resistir à sua fala, considerando-a estranha, ou pode torná-la familiar, negando a alteridade que a sua fala, apresentada por outro, lhe traz.

Em ambas as situações, não ocorrem aprofundamentos da compreensão, mas apenas um deixar ouvir o que a fala disse (FIGUEIREDO, 1994). Busca-se colocar o dito no lugar que ressoa (FIGUEIREDO, 1994). Esta fala que ressoa adquire a propriedade de fazer acontecer, portanto distante do caráter meramente representacional e comunicacional atribuído a ela. Sendo assim, traçando um paralelo com o acontecimento como uma ocorrência ou advento, Figueiredo (1994) vai chamar de “*fala acontecimental*” aquela que “*acontece ao falante e o*

coloca à escuta, a que nomeia o enigma e o coloca à justa distância, à distância justa para ser algo” (p. 165).

Tendo sido o real dilacerado pelo acontecimento inconcluso, o cliente, encontrando-se em uma situação de “signo vazio de sentido”, é convocado a algo fazer para resgatar o fluxo de sua existência. Desamparado e sem instrumentos previamente concebidos, busca no entorno algo que possa de alguma maneira facilitar o re-emergir do sentido. Estando o psicólogo plantonista disponível, encontra no Plantão Psicológico o utensílio que pode favorecer o trânsito do inominável até a produção de outros sentidos. No manuseio do utensílio descobre que o lidar com a crise pode se fazer através da fala, que, nomeando o enigma, abre a possibilidade de encerrar o acontecimento que desancora. Esta fala visceral que brota do angustiante em trânsito é o que permite a simbolização e faz história. Nesta situação, o psicólogo plantonista se abstém de qualquer movimento interpretativo construtivo amparado em uma teoria sistêmica (FIGUEIREDO, 1994), permitindo que o cliente, fazendo uma experiência com a fala, possa cerzir a malha de sentidos que dá sustentação à existência. Limita-se ao testemunho de uma narrativa, intervindo com o propósito de clarear a situação do cliente, que se encontra lançado no mundo na coexistência. De posse de sua real situação, o cliente busca as habilidades angariadas ao longo de sua história, para, de modo único, cuidar da situação que o eterniza e bloqueia suas possibilidades de futuro. Revela-se que aquilo que convoca a metaforização da crise não é algo do passado, mas uma solicitação que vem de um projeto existencial que clama por destinar-se.

Plantão Psicológico: exercitando cuidado

O cuidado, sempre presente no modo de ser humano, é requisitado pelo anseio de tornar real o que é possível, convocando ao agir na cotidianidade para favorecer as possibilidades próprias em situação. Deste modo, como afirma Almeida (2005), cuidar torna-se sinônimo de agir. O agir como modo de cuidar é sempre premido pela temporalidade, pois sendo o *Dasein* finito, este não tem a eternidade para realizar-se. Ao cliente é restituída

a responsabilidade pelo seu poder-ser antes que se finde. Se o acontecimento o reduziu à sujeição, o Plantão Psicológico busca restituir a responsabilidade de empunhar a própria vida, através da apropriação da situação imponderável e do lidar habilidosamente com ela. Por esta via, o Plantão Psicológico pode ser visto como espaço privilegiado para o exercício do cuidado.

A questão do cuidado foi abordada de maneira sucinta em vários momentos deste trabalho, cabendo agora aprofundar-se neste tema. “Cuidado” é aqui utilizado como tradução do termo alemão *“Sorge”*, que no português pode também ser traduzido por “cura”. Ao abordar a história do conceito ôntico de “cura”, Heidegger (2001a), partindo dos escritos de Burdach¹¹², aponta o duplo sentido do termo, em que ele significa “esforço angustiante”, “inquietação”, “preocupação”, mas também “cuidado” e “dedicação” (p. 264). Compreendida como “inquietação”, é possível, como propõe Rocha (2000), tecer relações com a angústia. Embora *“Sorge”* seja diferente de *“Angst”* (angústia), ambos os termos se complementam e se implicam, pois se em seu fundamento o ser no mundo é “cura”, também a angústia é uma disposição fundamental que pertence à constituição basilar do Dasein como ser-no-mundo (HEIDEGGER, 2001a; ROCHA, 2000). Partindo de *“Angst”*, expressão do nada absoluto associado à morte, se caminha em direção a *“Sorge”*, como modo próprio de atenuar e superar os maus encontros. Retornando a fábula¹¹³ latina escrita por Higino¹¹⁴, já citada anteriormente, Heidegger (2001a, 2001b) considera que o cuidado/cura é condição fundante do homem. Estando lançado no mundo e na lida com tudo e com todos, não cabe ao homem escolher ter ou não cuidado/cura, pois ele está presente em todos os seus atos e escolhas (ALMEIDA, 1999). Estando em suas mãos a responsabilidade de poder-ser, o cuidado/cura é aquilo que minimiza as possibilidades dos maus encontros em seu destinar-se. Deste modo, tudo aquilo que evoca uma escolha de rumo, como o querer, o desejo, a inclinação e o impulso, tem em seu âmago o cuidado/cura (ALMEIDA, 1999). Em sua inalienável destinação, o homem vai cuidando desta empreitada junto aos entes intramundanos e em solicitude com os outros. Ou seja, ele cuida de seu ser cuidando dos entes intramundanos e em uma relação solícita com outros homens. Se

¹¹² K. Burdach foi autor do ensaio *Faust und die Sorge*. Deutsche Vierteljahresschrift für Literaturwissenschaft und Geistesgeschichte I (1923) que influenciou Heidegger em suas considerações acerca da confirmação da interpretação existencial do *Dasein* como cura a partir da própria interpretação pré-ontológica do *Dasein*.

¹¹³ Vide Anexo A.

¹¹⁴ Caio Júlio Higino foi escravo liberto e escritor na Roma antiga. Foi discípulo de Alexandre e amigo de Ovídio.

através do cuidado/cura o homem se preserva, cuida do mundo ao qual está lançado e de sua realização, compreende-se que este se constitui em “*projeção lançada*” (ALMEIDA, 1999, p. 59). No intuito de sintetizar, o cuidado (*Sorge*) modela o ente que é o homem desde sua origem, que viverá sob o seu signo durante toda a trajetória de seu viver no tempo: “*Cura prima finxit*¹¹⁵” (ROCHA, 2000; p. 160).

O Plantão Psicológico no HU, enquanto utensílio a ser manuseado, abre a possibilidade da *pro-cura*. Para Oliveira (2006), *pro-cura* refere-se à busca do cliente em direção ao psicólogo plantonista. Mediante ao imediatismo da emergência, oriunda da ruptura da malha de sentidos que institui o enigma, o cliente se sente compelido a buscar o psicólogo plantonista. O prefixo latino “*pro*” remete a “em favor de” ou “no sentido de”, enquanto que cura, como foi anteriormente esmiuçado, alude a “cuidado” e “dedicação”. No entanto, no Plantão Psicológico no HU, por ser um serviço disponibilizado em um momento crítico, portanto anterior a qualquer possibilidade elaborativa, geralmente o cliente não busca o psicólogo plantonista. É o profissional que, tocado por algo que vem do cliente, neste momento crítico, aproxima-se com atitude clínica expressa na sua disponibilidade. É a situação emergencial, o aqui e agora esfacelado pelo acontecimento, que clama por uma solução imediata, que dá a tônica do atendimento. À medida que o cliente vai conseguindo organizar os fatos e dar novos contornos ao mundo, começam a surgir as questões que urgem ao cliente, aproximando-se originalmente da angústia e da sua condição de ser-para-morte.

Sentindo a abertura e a solicitude do psicólogo plantonista, o cliente responde a solicitação que desde sempre já se encontra em seu ser, de “dedicar-se” ao seu cuidado – de *pro-cura*. Esta solicitação é anterior a qualquer pedido mais elaborado de informação ou conselho claro e definitivo de especialista para sua solução. Emana exclusivamente do âmbito da queixa (lamento pela sua situação), e não possui ainda nenhum refinamento elaborativo, sendo tarefa do concílio que se funda entre cliente e psicólogo plantonista deliberar sobre o acontecido para, quem sabe, elaborar um pedido de ajuda consistente. Deste modo, no Plantão Psicológico no HU, *pro-cura* remete a atuar uma tendência inerente ao homem no sentido de cuidar-se: trilhar o caminho da cura. Aproxima-se, sempre

¹¹⁵ Referente à fábula 220 de Higino. Vide Anexo A.

guardando as devidas diferenças epistemológicas, ao que a Psicanálise chama de Pulsões de vida (*Lebenstriebe*): algo que impõe uma pressão ou força no sentido da autoconservação.

Vivendo o ocultamento de sentido como a presença da morte eminente, é convocado a algo fazer para construir mínimo alojamento na presença de abrupto desamparo. Deste modo, apropria-se do Plantão Psicológico, utensílio a ser manuseado, e da solicitude do psicólogo plantonista para iniciar, na medida do possível, seu transporte do inominável até a *pro-dução* de novo sentido. Esta metaforização se faz através da fala. Assumindo o ofício das fiandeiras, vai cerzindo cuidadosamente a malha de sentidos rompida abruptamente através da narrativa do acontecido. Pela narrativa, vai seguindo os vestígios, assimilando gradativo e seguidamente as “verdades” encontradas no acontecimento inesperado, costurando os fatos de maneira singular no intuito de chegar a algum lugar fazendo história. História não é somatória de fatos, mas a busca daquilo que é significativo de acordo com as possibilidades que a compreensão humana tem de, a cada momento, abarcar a totalidade deles (POMPÉIA, 2004). Por esta via, torna-se possível tecer uma relação entre o Plantão Psicológico no HU e o mito grego do fio de Ariadne¹¹⁶. Assim como Teseu se vale do fio dado por Ariadne como utensílio para sair do labirinto, o cliente empunha o Plantão Psicológico para sair de seu labirinto pessoal, na esperança de ter vencido seu Minotauro. É por esta via da mitologia grega e suas tragédias que se pretende dar um fecho a este trabalho.

Pela via do trágico inicia-se um arremate possível...

Muito já se passou do início desta jornada, em que a tragédia foi assumida como norte para o interrogar sobre a crise e o Plantão Psicológico no HU. Foi dito que ela tem a propriedade de desvelar, de maneira singular, aspectos da experiência humana, trazendo em seu bojo a universalidade que se expressa e se comprova nas reações emocionais imediatas do público que a assiste. Basta acompanhar as narrativas pungentes dos diários de bordo dos psicólogos plantonistas para perceber o quanto cada “episódio trágico” contado

¹¹⁶ Vide Anexo B.

ressoa de modo intenso no “coro” que o testemunha, levando a verdadeiro *Kommos*¹¹⁷. O cliente, conduzido¹¹⁸ à condição de *Brothós*, encarna a tragédia da fatalidade. Nela se opõe a onipotência divina, aqui representada alegoricamente pelo acontecimento imponderável, e a vontade do homem de se manter em sua existência pacificada, desvelando-se neste embate, de maneira inequívoca, sua condição de mortal.

Se *Brothós* se refere à relação vertical entre os deuses e os homens, é na condição de *Anthópos*, o homem no mundo com os outros, que se apresentam as possibilidades de superação da crise. Os corredores do HU, espaços onde se descortinam as inúmeras tragédias anônimas, fazem a vez da Ágora, sítio onde ocorre o *consílium* e a deliberação entre iguais na intenção de fundar mundo. O lócus da tragédia surge da confluência do acontecimento imponderável e dos atos humanos, convocando *Brothós* à responsabilidade própria na condução de sua existência. Sabendo-se mortal, todos os seus atos se submetem a esta ineludível verdade. Submetido a *Páthos*, estando à mercê das forças do destino, é solicitado ao cuidado como modo de favorecer seu destinar. Partindo do sofrimento ao qual é impiedosamente submetido, vai adquirindo conhecimento (*máthos*), que, se bem utilizado, permite resgatar a própria história. Eis aí o caráter utilitário do Plantão Psicológico: espaço onde o cliente pode cantar sua tragédia e elaborar o conhecimento adquirido no sofrimento. Deste embate entre o destino e sua condição de mortal, inaugura-se o périplo pelo acontecimento que pode levá-lo a outras paragens, resgatando sua destinação.

Como as linhas introdutórias deixam transparecer, a tragédia, aqui, faz alusão à perda da capacidade de optar¹¹⁹ a qual o cliente, submetido ao acontecimento imponderável, é impiedosamente submetido. Neste sentido, deixando de agir e vivendo a submissão mediante ao advento indesejado, se vê distante de sua autenticidade, dominado pela “vontade dos deuses”. Afastado de si mesmo, deixa de agir e passa a ser agido, maculando sua liberdade. É bem verdade que, perdido em seu cotidiano, também não

¹¹⁷ *Kommos* refere-se ao canto trágico em que o ator se une ao coro (ou vice-versa) para compartilhar uma emoção comum. O termo origina-se do verbo *koptô*, que significa bater, pois em sua origem era cantado batendo no peito com a mão em sinal de luto (THIERCY, 2009). Vem daí, na língua portuguesa, o termo comoção.

¹¹⁸ A condição do cliente é sempre a de *Brothós*, no entanto, este saber tende a se desvanecer na cotidianidade, precisando do advento do acontecimento para que esta índole primordial se desvele de maneira clara.

¹¹⁹ Aqui é possível tecer relação com a ideia, defendida por C. Sonenreich e W. Bassit (1979), acerca da “doença mental” como uma “patologia da liberdade”. Situação em que a pessoa deixa de agir e passa a ser agido, tornando-se prisioneira de seu estado desfavorável.

experimenta sua propriedade, preferindo, como modo de fugir da angústia, ser mais um na massa. No entanto, o acontecimento, quando o tira da acolhedora indiferença, o convoca a se rebelar contra a “ira dos deuses”, alegoricamente representada pela imponderabilidade do destino. Percebendo-se *Brothós*, lhe cabe, agora, tornar-se *Aner*: homem herói. No entanto, empunhar o seu destino não é tarefa fácil, precisando se re-conhecer viril. Nos diários de bordo, vemos a epopeia de vários heróis na tentativa de se safar da condição de brinquete do destino. Mesmo quando *Brothós* prevalece e a morte não pode ser mais negada, estes não se submetem com docilidade ao acontecimento, tentando deixar um legado aos que aqui permanecem. Dito de outro modo, pela veia da tragédia, a superação da crise só é possível através da insurreição do herói mediante ao dever-ser da norma, imposta pela realidade divina e respaldada no universal concreto: mediante a ordem dos deuses, nada se questiona! Ao trazer para si tamanho desafio, apresenta-se o embate entre o humano e os deuses do destino.

O Plantão Psicológico advém como palco desta grande batalha entre o homem mortal e o divino. Na condição de herói, o cliente, sabendo-se frágil e impermanente, precisa se haver com o destino em habilidosa negociação para, na medida do possível, fazer história e usufruir de futuro. Nesta negociação é que toma vulto o cuidado, como anteriormente apresentado. O psicólogo plantonista, como membro do coro, unge¹²⁰ o herói, veracizando os seus modos próprios de se haver com o advento que desancora. Tais papéis, embora pareçam estáticos, são voláteis e seguem a fluidez dos acontecimentos, pois, como é possível ver nas narrativas apresentadas, aquele que está no coro, muitas vezes, se vê arrebatado pelo acontecimento. Tocado pela sua condição de *Brothós*, o psicólogo plantonista é convocado, muitas vezes a duras penas, a tornar-se, mesmo à revelia, *Aner*. Descortina-se uma sucessão de crises, e o protagonismo da tragédia vai se alternando e revelando a verdadeira condição humana. O Plantão Psicológico institui-se como espaço de responsabilidade, onde todos os envolvidos são levados a se haver com a crise e com seu projeto.

A questão da responsabilidade é central nas tragédias gregas. O gênero trágico surge em Atenas no final do século VI, quando o direito, ainda uma disciplina titubeante, começou

¹²⁰ Ungir: (do latim *ungo* ou *unguo, is, unxi, unctum, unguère*) untar, ungir, perfumar; esfregar (com azeite ou perfumes); tingir, molhar, ensopar. Mas também, no sentido figurado, influenciar (alguém) com palavras ou modos insinuantes; ajudar a mudar (algo ou alguém).

a elaborar a noção de responsabilidade. Neste período, o homem principiou a experimentar certa autonomia em relação às potências religiosas que dominavam o universo, constituindo solo fértil para aquilo que viria a ser, na história psicológica do ocidente, a categoria da vontade (VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008). O teatro, que sempre foi um espaço propício para o questionamento no plano religioso e moral dos valores tradicionais, passa também a impor um interrogar angustiante sobre as relações do homem com seus atos. O surgimento do livre arbítrio contrapõe-se, quase que de maneira insolúvel, a ordem divina do mundo. A tragédia constituiu-se como palco para a reflexão sobre a liberdade, que brotava frágil no seio da sociedade, e a sua relação com o passado heroico. Por esta perspectiva, pode-se conjecturar acerca do desaparecimento precoce do gênero, visto após ter cumprido o seu papel de instigar o questionamento, desaparecer precocemente com apenas um século de existência. A Poética de Aristóteles veio a público já no apagar das luzes do gênero trágico, em uma era em que já não mais fazia sentido o embate entre o antigo e o novo (VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008).

A leitura incauta pode levar a crer que, naquilo que concerne ao Plantão Psicológico, o que se busca é uma atitude de rebelião contra o acontecimento ou, mantendo a metáfora da tragédia, contra os desígnios dos deuses. A transcendência do acontecimento, embora exija uma atitude não conformista frente ao fato consumado, não pressupõe um ato de mera insurreição.

Adentrando-se o meandro deste caminho, arrisca-se um contorno a esta questão. Para tal, é possível se valer do texto *Culpa e Desculpa* de Pompéia (2004). Este autor considera que a culpa, para além das definições jurídicas, é um sentimento humano que decorre do conflito entre o que a pessoa é e o que gostaria de ser. Deste modo, a pessoa que se sente culpada sofre pela evidente defasagem entre o eu real e o eu idealizado, ou, nas palavras deste autor, o eu “sonhado”. Dito de outro modo, a pessoa se sente culpada por ver desabar o seu “sonho” de ser melhor. Enquanto expressão do desejo, o “sonho” remete a um objetivo, algo que ainda não existe, mas “deveria” vir a acontecer. Deste modo, o “sonho”/desejo, mesmo que de maneira tácita, passa a ser importante elemento constitutivo na confecção do projeto existencial e, quando se abdica deste “sonho”, surge um sentimento de dívida. Talvez por isto no idioma alemão “dívida” e “culpa” são expressas pela mesma palavra – “schuld” (BOSS, 1997): culpado por não ser o que desejaria vir a ser,

percebe-se em dívida consigo mesmo. Por este caminho, quando vive a experiência de ter sido aquém do seu “sonho”, surge uma vivência de culpa e, portanto, de dívida.

Contudo, poder “sonhar” com o que quer ser é uma das possibilidades do homem enquanto abertura. Porém, o real lhe apresenta que, factivamente, só pode realizar/agir alguma possibilidade de seu ser no mundo com outros; sendo abertura, poder-ser é sua realidade possível, sonho este que constitui o fundamento de seu destinar-se na vida. Ou seja, sonhar é próprio ao poder-ser do homem como feixe de possibilidades, mas apenas possível considerando a facticidade.

O acontecimento da não realização do “sonho”/desejo, com a decorrente “pacificação” da existência, instaurando a dívida/culpa, lança o homem na situação de crise/dúvida, interrompendo o poder-ser e a destinação. Como sustentar o sonhar/poder-ser, nem conformista nem insurreto, mas aberto/liberto para conduzir-se adiante?

Feito este prólogo, cabe retornar a temática aqui desenvolvida. Pompéia (2004) vai se valer da tragédia de Édipo¹²¹, escrita por Sófocles (497-405) no século V a. C., para ilustrar como o protagonista, não negando sua culpa, caminha no rumo de tornar-se herói, empunhando com galhardia o seu destino. Embora Pompéia não se detenha demasiadamente nas obras deste tragediógrafo, pois não era este seu propósito, cabe apontar que a tragédia de Édipo não é apresentada somente em Édipo Rei, incluindo também Édipo em Colono, ambas do ciclo tebano. Em ambas, a questão da responsabilização como meio de tornar-se herói é fundamental. Édipo foge de Corinto para que sua vida seja diferente das previsões dos oráculos. Mesmo assim, não consegue safar-se dos desígnios dos deuses. Tentando poupar Pôlibo e Mérope, seus pais adotivos, caminha de maneira inexorável para o trágico de sua vida. Após a constatação de seu vaticínio, Édipo não refuta a responsabilidade de seus atos, vivendo sob a égide da culpa, uma vez que não conseguiu ser o seu “sonho”. Embora a realidade o determinasse, o seu “sonhar” diz respeito exclusivamente a ele, e, em nome deste “sonhar”, assume a culpa absurda¹²². Quando traz para si esta culpa, ele, embora se curve aos desígnios da realidade, não se torna brinquedo nas mãos dos deuses. Evadir-se da culpa é o mesmo que admitir que o homem, sem

¹²¹ Vide Anexos C e D

¹²² “Absurda”, pois se opõe à razão e ao bom senso, visto que seria muito mais cômodo para Édipo desvencilhar-se da culpa atribuindo a responsabilidade aos deuses.

responsabilizar-se, não conta na história. É neste momento que Édipo torna-se herói, assumido o castigo auto-imposto. O único herói plenamente humano da mitologia grega, não se afastando da sua culpa/responsabilidade, encontra sua propriedade no modo com que escolhe transitar pelo acontecimento.

Sófocles parece ser o tragediógrafo que mais trouxe em suas obras, como elemento fundante, o resgate da propriedade através da não submissão aos desígnios do destino. Outro exemplo de atitude heroica se expressa em *Antígona*¹²³. Representada no ano de 442, foi escrita muito antes de *Édipo Rei* e *Édipo em Colono*, porém apresenta-se como a continuação lógica da tragédia edípica. Nesta tragédia, *Antígona*, filha de Édipo, desobedece aos desígnios de Creonte, agora rei de Tebas, que promulgou um édito impedindo que Polínice, que se matou junto com Etéocles, fosse sepultado. Ao ser capturada por Creonte após ter tentado sepultar seu irmão, é conduzida a uma caverna para ser inumada em vida pelo desrespeito à ordem real. Ao ser submetida ao castigo, não espera placidamente a morte, enforcando-se antes da clemência de Creonte chegar. Mais uma vez, mesmo mediante o desfavorável da situação que o destino lhe impõe, *Brothós* se torna *Aner* quando responde de maneira própria mediante a imposição do destino. *Antígona*, fiel a si mesma, se opõe à lei soberana de Creonte. Como mortal, submete-se à morte, porém não antes de responder de maneira própria ao que lhe é imposto. Apesar da ordem formal de Creonte, ela presta as honras fúnebres ao seu irmão, proclamando a igualdade do dever religioso que se impõe a todos seus irmãos falecidos e, quando é convocada a pagar pelos seus atos de insubordinação, prefere morrer, mantendo a “*philía*”¹²⁴ (VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008, p. 92) familiar através da morte, formando um universo à parte onde é soberana de seus atos. Mesmo sendo criticada no Coro por Dionísio e Eros, divindades voltadas à vida e à renovação, ela prefere a morte como modo de ficar junto aos “seus” e, porque não dizer, junto a si mesma.

Para além de Sófocles, considerado um clássico na medida em que atinge o ponto culminante no desenvolvimento da tragédia, influenciando categoricamente o desenvolvimento espiritual da Grécia (JAEGER, 2010) e do ocidente moderno, outros tragediógrafos também deram ênfase ao herói como aquele que não se curva docilmente

¹²³ Vide Anexo E.

¹²⁴ *Philía* aqui é usada no sentido de pertencimento.

aos desígnios do destino. O ciclo de Héracles¹²⁵ foi exemplo disto, principalmente através das obras de Eurípedes, que valorizavam os contos folclóricos e os mitos de origem religiosa. No entanto, a escolha das obras de Sófocles para ilustrar este trabalho não é mero acaso. O homem trágico de Sófocles coloca o humano, como tal, no centro da existência, ressaltando o ideal de conduta humano culturalmente criado no tempo de Péricles e que, por sua importância, impressiona profundamente os ânimos até os dias atuais. É possível considerar que Sófocles “*humanizou as tragédias*” (JAEGER, 2010, p. 321), constituindo solo fértil para o surgimento de uma experiência originária para a formação consciente do homem ocidental (JAEGER, 2010). Não esquecendo a perspectiva heideggeriana que orienta este trabalho, é possível afirmar, baseando-se nos escritos de Jaeger (2010), que Sófocles não responde a pergunta sobre a essência e sentido do ser através de uma concepção do mundo ou uma teodiceia¹²⁶, como faz Ésquilo, mas sim, com a forma de seus discursos e a figura de seus heróis trágicos.

Sendo assim, o acontecimento imposto não é negociável. Mesmo que à revelia, o homem se submete à realidade. No entanto, o modo com que cada um lida com o advento é o que transforma *Brothós* em *Aner*. O herói é aquele que mediante a inospitalidade do destino não se refuta a empunhar sua responsabilidade, resgatando seus modos próprios para lidar com a realidade. Tendo o projeto sido rompido pelo advento imponderável, instala-se uma dívida para consigo mesmo que precisa ser quitada, convocando a não se evadir da responsabilidade e a lidar com os fatos com presteza, no intuito de metaforizar o acontecimento e continuar no caminho da realização. Édipo torna-se herói porque não assume a realidade como referência única, rebelando-se contra a determinação divina. Do mesmo modo, Antígona traz para si a responsabilidade de seu destino. O cliente do Plantão Psicológico no HU torna-se herói quando, embora submetido pelo acontecimento crítico, busca dar outros significados aos fatos irrevogáveis, fazendo história. No Plantão Psicológico o cliente, junto com o psicólogo plantonista, costura os fatos de acordo com o significado

¹²⁵ Héracles é mais conhecido no ocidente moderno pelo seu nome latino: Hércules. Na mitologia grega é o mais celebre de todos os heróis. Simboliza o homem que não se curva frente às forças da natureza, sempre pronto a defender os princípios olímpicos. É o único herói que aparece tanto nas tragédias como nas comédias. Seus feitos são enaltecidos na mais popular obra grega depois de Édipo Rei: Os Doze trabalhos de Hércules. O ciclo de Héracles tem como propósito a narrativa de suas inúmeras façanhas, bem como as guerras comandadas pelo herói.

¹²⁶ Conjunto de argumentos que, em face da presença do mal no mundo, procuram defender e justificar a crença na onipotência e suprema bondade do Deus criador, contra aqueles que, em vista de tal dificuldade, duvidam de sua existência ou perfeição.

próprio atribuído, de maneira a metaforizar o acontecimento inconcluso. Por esta via, assim como Édipo, Antígona e inúmeros outros heróis mitológicos, o cliente empunha sua responsabilidade e não se submete docilmente aos desígnios do destino, tornando-se o herói de sua própria tragédia.

Por outro lado, nem todos acreditam na sua vocação para herói. Nestes casos, sentindo-se aquém das exigências do destino, o cliente tende a se resignar frente ao acontecimento e a negligenciar sua responsabilidade como modo de aplacar seu mal estar. Prefere não arcar com a culpa/dívida, não aderindo à solicitude do psicólogo plantonista e mantendo seu projeto abaixo das possibilidades. Ao contrário de Hércules, que se lança com arrojo e afino em sucessivas façanhas em prol de um sentido maior que transcende a vida, o cliente, vivendo sua condição de *Brothós* como impeditivo à ação, tende a acovardar-se. Nestes casos, geralmente recusa a disponibilidade do profissional ou permanece em um falatório destituído de tônus vital e sentido. Nestas situações a atitude do psicólogo plantonista é fundamental. Se o cliente permite a aproximação, cabe a ele não coadunar com esta estratégia, que visa esquivar-se da responsabilidade, mantendo a pro-vocação. Apresentando-se sempre a favor (pro) de evocar (voc) a ação, mantém o cliente, como nas tragédias gregas, na encruzilhada da ação, sofrendo a premência de ter que decidir mediante a uma situação que envolve forças obscuras e ambíguas para ele.

Dito de outro modo, o psicólogo plantonista conserva o cliente na abertura proporcionada pelo advento imponderável, para que aquilo que é próprio e singular possa emergir. Sendo assim, não cabe ao profissional qualquer ação no intuito de aplacar o desvelar da angústia. Tarefa árdua, pois o cliente solicita astutamente, sempre que possível, o lenitivo. O hospital é um ambiente propício a atitudes apaziguadoras, pois sua equipe foi treinada para poupar seus clientes da dor. O termo hospital deriva de hospitalidade, já denunciando a sua missão de acolher e confortar. Respalado em todo aparato tecnológico disponível, tenta-se amenizar a qualquer custo qualquer tipo de sofrimento, além de adiar o encontro com o destino, mesmo quando este é inevitável e a preservação desnecessária é custosa. O hospital, negando a condição de *Brothós*, tenta de maneira falaciosa transformar homens em deuses imortais, talvez para não reconhecer em si mesmo a inefável mortalidade. Além disto, o próprio psicólogo plantonista, no intuito de aplacar seu próprio incômodo no encontro com o sofrimento de outro igual, muitas vezes, tende a negligenciar

esta atitude fundamental e decair no mero consolo, restringindo qualquer possibilidade de trânsito.

Uma das principais características da tragédia grega é retratar o herói como alguém que se encontra obnubilado por um delírio enviado pelos deuses. Nesta situação, vivendo a intensidade da contradição, não mais compreende o seu universo. Seus valores, estabelecidos quase dogmaticamente pela tradição, desmoronam frente ao insólito das exigências divinas, dilacerando suas referências. Desconcertado pelo destino que lhe é imposto, rompendo sua plácida cotidianidade, alterna entre a passividade e a ação, a culpa e a inocência. Seu caminho é marcado por reviravoltas, conflitos e ambiguidades que surgem do embate de dois planos distintos: o divino e a vida cotidiana. Tais planos se opõem, porém se encontram suficientemente próximos para que haja uma consciência trágica (VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008). O domínio da tragédia situa-se em uma zona na qual os atos humanos se articulam com as potências divinas, revelando, somente nesta situação, o seu sentido verdadeiro até então ignorado por aqueles que tomaram a iniciativa e carregaram adiante sua responsabilidade (VERNANT & VIDAL-NAQUET, 2008). Tais atos estão inseridos em uma ordem que ultrapassa em muito a restrita compreensão humana.

A descrição do contexto ao qual o herói se vê lançado no cenário trágico poderia perfeitamente ilustrar a descrição da crise. Mediante ao acontecimento crítico, o paciente do HU também sente o desvanecer de suas referências, como se o solo se abrisse sob seus pés. Vê-se submetido, ao longo do trânsito pelo acontecimento, a sucessivas mudanças de rumo, vivendo cada uma delas de maneira conflituosa e ambígua. Fica evidente a fragilidade do cotidiano mediante a violenta intromissão do destino imponderável, desvelando-se os dois planos aos quais está submetido. Apenas por isto já se justifica olhar a crise no Hospital Universitário pelo prisma da tragédia. No entanto, se isto ainda não basta, é possível se valer novamente da Teogonia de Hesíodo, poema épico escrito no século VIII, para ilustrar a superação da crise.

Baseado em uma vasta tradição de teogonias orientais, o poeta beócio apresentou, através de 1022 versos, o mito cosmogônico que descreve a criação do mundo para os gregos. A obra relata como, sob o olhar de Zeus, o universo vai se formando, partindo da desordem para a ordem. Tendo como ponto primordial o nada, intitulado Caos, o poema vai

apresentando o surgimento de várias gerações de deuses (Gaia, Tártaro, Eros, Hemêra, Nix, Urano, Ponto, Crono, etc.), até chegar ao envolvimento destes com os homens, levando ao surgimento do Herói. O que se evidencia é como, na cosmogonia grega, compreende-se o movimento evolutivo partindo do nada até um universo complexamente organizado. O paciente em crise está, por esta perspectiva, sob a égide de Caos – abertura sem fundo. Impossível não fazer associações entre este estado inicial, caracterizado pelo nada absoluto, e a angústia em Heidegger, na qual o homem se encontra na situação de crise. Lançado a este vazio primordial de caráter informe, ilimitado e indefinido proporcionado pelo advento, se faz necessário transitar pelo acontecimento, mantendo relações com as coisas e com os fatos de maneira a, se possível, fazer surgir no final um herói. Fruto da interação do destino com o homem e notabilizado por seus feitos guerreiros, espera-se que, através da responsabilidade, o herói possa continuar sua história longe do “cativeiro” imposto pelo acontecimento imponderável. Sendo assim, o herói é aquele que, sabendo-se finito, utiliza com presteza seu arsenal de habilidades de maneira a continuar seu caminho de modo íntegro, sem evadir-se da sua responsabilidade. É por isto que, nas tragédias gregas, o herói é chamado de “criatura de um dia” (BIRMAN, 2002; JAEGER, 2010), fazendo alusão ao fato de que, sabendo que em certo dia irá se encontrar inevitavelmente com a morte, tem o compromisso de empunhar sua responsabilidade para realizar-se no tempo que lhe resta.

A tragédia grega, herdeira das representações dionisíacas, guarda em seu fundamento o êxtase dionisíaco. Os atores, vivendo o êxtase, arrebatavam a plateia através deste elemento da ação sugestiva, fazendo-os compartilhar como realidade vivida a dor humana representada no palco (JAEGER, 2010). Vivendo a força da poesia, mesmo quando esta não derivava de uma referência à realidade, abalava-se a tranquila e confortável comodidade da existência comum. A fantasia poética, apresentada de maneira audaciosa, atingia o seu apogeu e o dinamismo supremo no êxtase ditirâmico dos coros, apoiados na música e na dança (JAEGER, 2010). A ruptura com a linguagem cotidiana conduzia o espectador acima de si mesmo, criando um mundo de uma verdade maior (JAEGER, 2010). Por esta perspectiva, podem-se compreender as tragédias gregas como um momento de ruptura que propiciava a abertura para uma nova relação com as coisas e os acontecimentos. Estando a cotidianidade suspensa pelo êxtase, experiência catártica purificadora como propõe Aristóteles, abria-se a possibilidade de uma relação libertadora

com sua real condição no mundo. Não era apenas por mera estilização da linguagem que nas tragédias os homens eram chamados “mortais” (*Brothós*) e “criaturas de um dia”.

Deste modo, mais uma vez, parece ser pertinente estabelecer uma correlação entre a tragédia grega e o momento de crise vivido pelos atores institucionais do HU. Quando o acontecimento imponderável rompe a malha de sentidos, levando ao esfacelamento da cotidianidade, também se apresenta a possibilidade de, neste momento de “êxtase¹²⁷”, estabelecer o fundamento de uma nova relação com o mundo e com sua condição. A crise, por esta via, é um hiato onde o novo pode se instalar, abrindo a possibilidade para uma existência pacificada. Se o protagonista da tragédia se reconhece como “mortal”, submetido ao limite inexorável, o tempo que lhe resta pode ser vivido de maneira mais pertinente. A concentração de um destino humano, no breve curso do acontecimento, é suficientemente forte para, através da ineludível fragilidade humana, poder provocar o protagonista a responsabilizar-se pelo seu destino. Por esta via, a crise adquire contornos menos desfavoráveis.

Embora inquestionavelmente seja uma experiência incômoda e aterradora, ela pode se constituir como uma passagem para a propriedade. Afinal, como diz o coro de Prometeu¹²⁸, somente pelo caminho da dor se chega ao mais elevado do conhecimento. Por esta via, aquilo que é verdadeiramente trágico em Sófocles é a impossibilidade de se evitar a dor, sendo a tragédia o órgão do mais alto conhecimento (JAEGER, 2010). Basta visitar o diálogo do prólogo entre Antígona e sua irmã, no qual a heroína revela a escolha da sua própria ruína, para compreender a importância do sofrimento¹²⁹. É através do autoconhecimento trágico que se chega “[...] à *intelecção da inanidade espectral da força humana e da felicidade terrena*” (JAEGER, 2010, p. 332). Em Édipo em Colono o coro canta o terror, mas ainda mais a grandeza.

O psicólogo-plantonista, na sua função de coro, acompanha o protagonista nesta difícil travessia, tendo o Plantão Psicológico como utensílio. Como propõe Jaeger (2010), o coro pode ser considerado a alta escola da Grécia antiga, muito antes de existirem mestres

¹²⁷ O termo “êxtase” é aqui utilizado no seu sentido etimológico próprio. Do grego, *ékstasis*, *eós*: deslocamento, movimento para fora, perturbação mental determinada por terror, assombro ou por cólera.

¹²⁸ O mito de Prometeu aparece pela primeira vez na Teogonia, já apresentada neste trabalho.

¹²⁹ Sofrimento aqui se afasta de qualquer representação cristã, estando associada à “*páthos*”: passar por.

que ensinassem a poesia. No entanto, sua ação era bem mais profunda que a do ensino meramente intelectual. O psicólogo-plantonista nada ensina e não almeja o lugar de mestre, no entanto, espera que o cliente tudo “aprenda”. Aprenda que na condição de *pathós*, peregrinando por sua existência e lidando responsavelmente com tudo aquilo que lhe é dado, possa alcançar a paz, assim como Édipo no bosque das Eumênides em Colono. Ou seja, somente através do “sofrimento”, lidando com a fluidez das circunstâncias e valendo-se dos seus próprios recursos, que Brothós pode agir no sentido de sua destinação mais própria. Numa relação esclarecedora, que o assiste na sua trágica travessia, vai desvelando novos sentidos e se precipitando na direção de uma existência pacificada. A crise remete ao absoluto da morte, e, sendo assim, parece fazer sentido abordá-la a partir da tragédia, pois esta sempre diz do destino ineludível. É justamente a presença inabalável da morte que abre a possibilidade de um trato mais habilidoso com a vida, possibilitando aberturas para uma existência autêntica.

Êxodo¹³⁰

Cabe, agora, tecer algumas reflexões finais. Considerando o Plantão Psicológico como utensílio para a metaforização da crise no hospital geral, foi possível também valer-se dele, ao longo dos últimos anos, como ferramenta para metaforização desta tese, constituindo-se, de certo modo, como metodologia¹³¹ para a pesquisa. Através dele, foi possível pensar sobre este momento peculiar que é a crise, apresentada de maneira despudorada nos corredores do hospital geral universitário através da tragédia de seus pacientes e, muitas vezes, da perplexidade contundente daqueles que os assistem.

O leitor incauto, no intuito de preservar-se do desalojamento, pode ser levado a crer que a crise está circunscrita a este reduto, quando, na verdade, é condição humana, estando o homem sempre suscetível a ela. Foi na direção de destituir a crise do caráter nefasto, que o senso comum tende sempre a lhe atribuir, que todo este trabalho foi destinado, conforme desvelada nos diferentes diários de bordo. Compreendendo a vida como fluxo, há situações

¹³⁰ Canto final que encerra a peça.

¹³¹ Metodologia: o dizer do caminho através do qual se mostra algo.

que abalam a ilusão, própria ao humano, de encontrar um equilíbrio “homeostático” para que, quando lançado na impermanência do mundo com outros, possa ir adiante, apesar do desalojamento e da angústia vivida. Embora incômoda, crise é elemento que gera o encaminhamento da vida. A ruptura fundante abre-se na direção de horizonte possível, configurando-se como possibilidades para perspectivas outras do mundo com outros e de si mesmo para destinação mais própria.

Por esta via, é possível vislumbrar aproximações entre crise e o sentido de “rituais de passagem” da história da humanidade: desde a iniciação de jovens nas sociedades indígenas ao Bar Mitzvah, para os judeus, às festas de debutantes nas sociedades ocidentais modernas, todas são situações simbólicas de ruptura para marcar o trânsito existencial. Em algumas tribos indígenas da África, aquele que passou por uma situação de ruptura pela proximidade com a morte é considerado privilegiado, pois seria como ter encontrado outro conhecimento para lidar com a vida (BARROS, 2004). Da mesma forma, espera-se que este possa ser o sentido deste trabalho: apresentar a crise como um momento fundante e decisório para a destinação do ser.

Partindo desta concepção, faz-se necessário pensar o modo com que a Psicologia relaciona-se com estes momentos especiais. Ao longo da história desta disciplina, a crise sempre surgiu como coadjuvante na construção de existências malogradas (BINSWANGER, 1997). Embora não negligenciada, raramente ocupou o centro das atenções. Os grandes esquemas teóricos, qualquer que seja a orientação epistemológica, sempre se preocuparam com o processo de desenvolvimento dos estados desfavoráveis que abalam a possibilidade de existir apropriado, negligenciando o sentido da ruptura. Talvez Karl Jasper (1955) tenha sido uma das raras exceções quando abordou a questão da ruptura nos processos de adoecimento mental; porém já afirmava que, nestas situações, a possibilidade de compreensão empática é impossível, denunciando o caráter solitário e enigmático da crise, tanto para quem a vive, quanto para quem a assiste.

Da segunda metade do século XX para cá, começou a surgir, ainda que de modo discreto, certa preocupação com este momento especial. Alguns autores (MOFFATT, 1983; PROCÓPIO, 2000) iniciam esforços no sentido de tematizar a questão. Aparentemente, isto é fruto de um momento histórico e cultural em que o advento traumático é alçado, por

necessidade, a um lugar de relevância. A atualidade vive sob a égide da informação e da velocidade desenfreada dos acontecimentos (BENJAMIM, 1985, LIPOVETSKY, 2004, 2009), conduzindo a inevitáveis experiências de ruptura na trama de representações e das rotinas. Se ao longo dos tempos tais experiências sempre tiveram presentes no processo existencial, na “hipermodernidade” (LIPOVETSKY, 2004) as possibilidades de ruptura mostram-se aparentemente mais pungentes. O abalo dos fundamentos absolutos da racionalidade, a falência das grandes ideologias da história (LIPOVETSKY, 2004) e os meios de comunicação de massa, sob o signo da informação (BENJAMIN, 1985), ameaçam a trama de sentidos na medida em que apresentam uma sucessão caótica de adventos, muitas vezes em um ritmo tão frenético que não há condições mínimas para elaboração dos acontecimentos. Bombardeado por uma gama enorme de informações e submetido à absurda velocidade dos acontecimentos, o homem “hipermoderno” vive uma experiência de desamparo inusitada, ampliando a pretensa inospitalidade do mundo pela vulnerabilidade de sua trama de sentidos. Mediante a tanta informação, há uma tendência de se “naturalizar” a crise, instituindo, como modo de aplacar a angústia causada, certa anedonia frente à vida.

Quando, nos tempos atuais, é possível considerar plausível realizar o proposto por J. P. Sartre (2005), na primeira metade do século passado, ao instigar a juventude da época a realizar um “*projet de la vie*”, que deveria ser seguido passo a passo de forma consistente, ano após ano, até se aproximar do ideal? No século XX, com a passagem da sociedade de produção para a sociedade de consumo, criando o que hoje é conhecido como “pós-modernidade”, constituiu-se espaço propício para o surgimento de processos que levam à fragmentação da vida humana, impondo a todos a necessidade de viver sempre se reinventando mediante a cada experiência de descontinuidade, obrigando a vida a ser vivida a partir de episódios críticos. Este universo de sucessivas rupturas gera uma sociedade pautada pela identidade e o individualismo, em detrimento dos espaços de pertencimento¹³² que outrora davam sustentação a um projeto mais comunitário de vida (BAUMAN, 2009), e, conseqüentemente, menos aflitivo pela possibilidade de contar com o outro mediante as imponderabilidades da vida. O predomínio do individualismo obriga cada um a criar uma identidade partindo do zero, pois não se pode valer-se do pertencimento como modo de aplacar as dúvidas sobre quem se é, tendo que passar a vida redefinindo-se

¹³² A nacionalidade, as comunidades que habitam, as convicções políticas, são exemplos de espaços de pertencimento que vão perdendo força na atualidade.

mediante a agilidade da atualidade. Neste processo turbulento, vão se constituindo diferenças¹³³ em relação ao si mesmo. Não se trata, aqui, de uma diferença identitária, mas de uma diferença desidentificatória, aquela que nos separa de nós mesmos desapropriando-nos do existir real: ser outro de si mesmo. Tais diferenças, surgindo como um fenômeno desestabilizador das coordenadas vigentes do pensamento e da existência, repercutem na subjetividade através de um mal-estar ou um sentimento de estranheza em relação ao si mesmo. Ou seja, os estatutos da atualidade são amplamente favoráveis às crises.

Se este trabalho abordou a crise pela perspectiva de pacientes na instituição HU e das pessoas que os assistem, ele também não negligencia o fato de que a sociedade atual, tal como a própria condição de ser humano, vive inexoravelmente trânsitos críticos. Nessa direção, se a Psicologia precisa se debruçar à tarefa de cuidar do humano em tempos tão precários à sombra de acontecimentos imponderáveis, precisa atentar e implicar-se a compreender o real sentido de situações disruptivas para a existência do homem.

Foi na tentativa de poder lançar luz a tal questionamento que procurou-se, neste trabalho, recorrer ao sentido do trágico no humano através da tragédia clássica. Tomando-se tragédia como uma ocorrência ou situação desafortunada, triste, desencorajante ou destino infeliz¹³⁴, tal acontecimento apresenta o herói como um homem admirado por seu logro e qualidades nobres ao suportar, como protagonista, um evento desafiante. Refere-se ao modo enfrentador de abrir-se ao inesperável por ação expressiva e radicalmente intrépida para seguir adiante em sua existência¹³⁵.

Por sua vez, desatentos às necessidades impostas pelos novos tempos, os espaços de formação do psicólogo dão pouca ênfase à crise ou às metodologias interventivas que buscam assistir este momento, levando a uma formação deficitária e em defasagem com as demandas atuais. Por conseguinte, o psicólogo que opta em trabalhar diretamente com estas situações experimenta gritante experiência de desamparo. Dito de outro modo, aquele que se propõe a acompanhar tais momentos de ruptura está sempre lançado na crise. Assim

¹³³ ROLNIK, S. "A Diferença no Divã", palestra proferida na mesa-redonda "Psicanálise e poder", no III Fórum Brasileiro de Psicanálise: A Diferença faz diferença? Belo Horizonte, 10/09/1994.

¹³⁴ Citação de "tragedy" em *Webster's Third New International Dictionary, Unabridged*. Merriam-Webster, 2002., 17 Feb. 2012. <http://unabridged.merriam-webster.com>.

¹³⁵ Citação de "hero" em *Webster's Third New International Dictionary, Unabridged*. Merriam-Webster, 2002., 17 Feb. 2012. <http://unabridged.merriam-webster.com>.

acontece a nossos psicólogos plantonistas ou àqueles que se dispõem a assistir situações de crise num hospital. Assim já acontecia comigo desde quando entrei pela primeira vez, ainda graduando, em meio aos pacientes em surto num hospital psiquiátrico. Nesse sentido, alegoricamente pode-se compreender o plantonista como compondo o coro da tragédia grega, já que se refere a uma fala anônima de um membro de um grupo para acompanhar uma passagem/trânsito para suportar um excesso de algo¹³⁶.

Por outro lado, não parece pertinente acreditar que uma concepção teórica sobre a crise possa dar pleno amparo para o exercício da Psicologia no acontecimento traumático. Tanto a leitura dos diários de bordos como minha experiência como psicólogo e supervisor mostraram que aquilo que instrumentaliza o profissional é principalmente a própria experiência com a situação crítica. Lançado no cerne da ocorrência e convocado a exercer seu ofício, o profissional é obrigado a resgatar seus recursos, que não se limitam exclusivamente ao arsenal teórico adquirido em sua formação profissional. É possível ver o esforço conjunto do plantonista e seu cliente na intenção de restituir o trânsito interrompido. Obviamente, uma boa formação teórica, conjuntamente à experiência vivida, possibilita o que costumo chamar de “caixinha de ferramentas”; ou seja, tudo o que foi elaborado como experiência, sejam teorias reconhecidas e já estabelecidas ou experiências pessoais inusitadas são elementos que abrem possibilidades para afrontar a trágica demanda pelo existir. Tais utensílios subsidiam valiosamente o profissional/herói em face de sua própria crise no exercício de cuidar, ao mesmo tempo em que acompanha o trânsito pelo acontecimento junto ao cliente.

Assim, é pertinente considerar que o que se adquire aprende na academia é algo de que o psicólogo necessita para sua ação cuidadora. A (in)formação acadêmica é um elemento fundamental da formação do psicólogo; porém, diferentemente das profissões técnicas, ele precisa formar-se considerando a vida mesma uma fonte inesgotável para tal saber. Deste modo, aquilo que na Psicologia se chama de “formação” compreenderia o amálgama indissolúvel entre o saber explicitamente teórico e o conhecimento tácito da

¹³⁶Citação de "chorus" em Webster's Third New International Dictionary, Unabridged. Merriam-Webster, 2002., 17 Feb. 2012. <http://unabridged.merriam-webster.com>.

⁸ Experiência aqui é compreendida como a vivência elaborada.

experiência¹³⁷ de vida. Tal amálgama, suficientemente profundo, permite ao profissional abrir-se à crise e não pensá-la teoricamente, embora transpareça em sua ação, de forma tácita e pré-reflexiva, todo o conhecimento teórico de seus anos de formação, de modo propriamente singular. Assim, o cuidado dedicado no acontecimento crítico é fronteiro à arte, afastando-se de qualquer ação tecnicamente estabelecida¹³⁸.

Deste modo, para aqueles que se dedicam a cuidar do humano em situação de crise, ser cuidado em supervisão é fundamental, pela presença do supervisor de campo no local do atendimento, e na supervisão geral do projeto, que acontece para além dos muros da instituição demandante. São ocasiões em que o coro torna-se protagonista, ouvindo-se pela ressonância do coro, agora constituído pelos supervisores e colegas, para o dizer de tessituras de experiência a conduzirem à elaboração do sentido de crise pelo psicólogo plantonista. Dito de outro modo: é pela própria crise vivida e pelo trânsito por esse acontecimento que se faz factivamente possível sustentar a metaforização da crise junto ao outro. As narrativas apresentadas mostram psicólogos plantonistas, tocados pela crise de seus clientes, submergindo em suas próprias tragédias, e apenas empunhando seu próprio destino, é que podiam propiciar abertura de possibilidades para aqueles de quem cuidavam e a si mesmos.

Na “arte” de acompanhar do inominável à pro-dução de sentidos, pode-se considerar que o papel do psicólogo plantonista é acompanhar uma experiência de trânsito com sustentação ao se desvanecerem todas as referências. Age, através de gestos e fala, no exercício pleno do cuidado pelo inevitável caminho pelas coisas do mundo, porém mantendo a justa distância para que isto aconteça de modo singularmente próprio ao protagonista. Nessa direção, torna-se possível compreender solicitude como ação entre homens: uma presença acompanhando o outro no sentido de realizar-se propriamente: uma ressonância da condição humana como possibilidade de ser empunhando-se em seu destinar-se.

O psicólogo plantonista nada faz de concreto para que ocorra a metaforização da crise, porém, no modo reservado de disponibilizar-se, permite que o outro em crise “possa

¹³⁸ O termo “técnica” aqui é usado na sua acepção moderna: conjunto de procedimentos pré-definidos para realização de um trabalho.

ser”. Deste modo, a descrição de sua presença e a renúncia ao *“furor curandis”*, desejo excessivo de “curar” o seu cliente, convertem-se, como propõe Figueiredo (2009), *“em uma maneira muito sutil e eficaz de cuidado”* (p.141). O ato terapêutico no Plantão Psicológico se alicerça no testemunho e reconhecimento da pessoa em crise, abrindo a possibilidade para que este, reconhecendo a si mesmo, recorra a si próprio: é o coro ressoando a experiência do protagonista no trânsito pelo acontecimento trágico.

Este cuidado, como próprio ao modo de ser do homem, não é exercido exclusivamente pelo plantonista da crise; contudo, difere radicalmente de outros profissionais no contexto hospitalar. Embora, no discurso coloquial, estes profissionais afirmem estar “cuidando” de seus pacientes, na verdade, pelo predomínio da técnica no norteamiento de seus atos, estão “tratando”. Tratar refere-se ao conjunto dos meios para a cura, ou seja, alude a atos pautados pela técnica. Deste modo, não é função da equipe médica “cuidar”, embora no meandro de sua práxis possa estar embutido o cuidado: não faz parte da cultura hospitalar favorecer o cuidado em detrimento do procedimento, não estando nisso implicado nenhum juízo de valor. Procedimento e cuidado alternam-se mediante as necessidades emergentes. Quando um é alçado ao centro do palco dos acontecimentos, o outro é levado ao ocultamento temporário, seja pela qualidade da demanda, seja pelo desalojamento causado pelo evento. Assim, a presença do Plantão Psicológico no hospital é o *locus* para o qual é possível convergir o que transcende à técnica. Considerando o momento crítico como um episódio de descontinuidade nas perspectivas “somato-psíquica-existenciais”, é necessário alguém ser presença de cuidado, desvelando uma dimensão que contrasta nitidamente com um ambiente predominantemente tecnológico/tecnocrata, sem, contudo, considerá-la como “reserva de mercado” do psicólogo plantonista. Apenas importa marcar que tal cuidado é próprio do homem, já que diz respeito a des-velar o humano *brothós* através do *aner*, re-velando o sentido trágico da existência.

Finalizando como que um diário de bordo pessoal que narra trajetórias de crises compartilhadas, dou início a outro êxodo possível. Se crise foi apresentada como um momento de ruptura que, ao dela se apropriar, outras possibilidades podem surgir, ela poderia ser também compreendida como criação. Afinal, na base de todo processo criativo, há ruptura e desalojamento, cujo mal-estar decorrente instiga a cruzar fronteiras. Assim

sendo, cabe questionar se esta tese de doutoramento não poderia ser considerada um acontecimento criativo, fruto de inúmeras crises.

Vivendo sucessivas rupturas teóricas e pessoais no encontro com o outro em crise, que em sua alteridade própria confirmava um solipsismo que não se curvava a modos pré-estabelecidos de compreensão, fui levado a um estado de descontinuidade que me apresentou a oportunidade/necessidade de interrogar. A cada passo deste caminho, várias outras crises foram se sucedendo à medida que novas possibilidades compreensivas iam surgindo. As certezas se desvaneciam, e as dúvidas brotavam a cada leitura e a cada encontro com o outro. Inúmeras vezes, sentenças, parágrafos e capítulos foram reescritos, pois a cada embate com as palavras, algo de novo surgia, rompendo sem piedade as falaciosas certezas. Lá estava eu, novamente, precisando encontrar rumos pertinentes aos meus propósitos. Jornada solitária, porém repleta de rostos que foram se sucedendo ao longo das andanças, deixando as inevitáveis marcas destes caminhos. Considero ter chegado a um lugar, porém com a convicção que, ao revisitar as palavras, novas crises se sucederão, convocando novos encaminhamentos e desdobramentos. E não é este o trágico destinar-se do ser humano? Herói mortal entre crises para criação de sentido...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹³⁹.

ALAMY, S. *Ensaio de psicologia hospitalar: a ausculta da alma*. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora do Autor, 2007.

ALMEIDA, F. M. *Aconselhamento psicológico numa visão fenomenológica existencial: cuidar de ser*. In: MORATO H.T. P. (org.). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa; novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ALMEIDA, F. M. *Cuidar de ser: uma aproximação do pensamento heideggeriano*. 73 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Filosofia. Pontifícia Universidade católica de São Paulo. São Paulo. 1995.

ALMEIDA, F. M. *Ser clínico como educador: uma leitura fenomenológica existencial de algumas temáticas na prática de profissionais de saúde e educação*. 2005. 215 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

AMARAL, A. C. L. Sobre a memória em Jacques Derrida. In NASCIMENTO, E. e GLENADEL, P. (org.) *Em torno de Jacques Derrida*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2000. P, 31 -43.

ANGERAMI-CAMON, V. A.; H. B. C. CHIATTONE; NICOLETTI, E. A. *O doente, a psicologia e o hospital*. 3ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1996.

ARENDT H. *A condição humana*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

ARENDT, H. *A dignidade da política*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

ARIÈS, P. *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro, Ed. Francisco Alves, 1977.

¹³⁹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 6023

ARIÈS, P. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro, Ed. Francisco Alves, 1977 b.

AUN, H. A. *Trágico avesso do mundo: narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores*. 2005. 136 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

AUN, H. A. Atenção psicológica em instituição: plantão psicológico como cartografia clínica. In: MORATO, H. T. P.; BARRETO, C. L. B. T.; NUNES, A. P. (Org.) *Aconselhamento psicológico na perspectiva Fenomenológica Existencial: uma introdução*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2009.

BARROS, D. D. *Itinerários da Loucura em Territórios Dogon*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Casa das Africas, 2004.

BAUMAN Z. *Entrevista exclusiva Zygmunt Bauman: depoimento*. [25 de julho de 2011]. Londres: Entrevista concedida a Fronteiras do Pensamento. CD-ROM.

BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 7ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

BERNSTEIN, R. J. *Beyond objectivism and relativism: Science, hermeneutics, and praxis*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1983.

BINSWANGER, L. *Três formas de existência malograda*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

BIRMAN, J. Volúpia da Imortalidade. *Folha de São Paulo*, São Paulo, p. 64 Caderno Mais!, 09 jun. 2002.

BORNHEIM, G. *Brecht: a estética do teatro*. São Paulo, Graal: 1992.

BOSS, M. *Angústia, culpa e libertação. Ensaio de psicanálise existencial*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1997.

BRAGA, T. B. M. *Supervisão de supervisão: grande angular fenomenológica na cartografia de práticas clínicas em contextos institucionais e comunitários*. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BRANDÃO, C. R. *Identidade e etnia*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1986.

BROMBERG, M. H. P. F. *A psicoterapia em situações de perdas e lutos*. Campinas: Ed. Livro Pleno, 2000.

CAMARGO JR, K. R. A Biomedicina. In: *Physis*. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/EDUERJ. Vol. 7 n.1, 1997.

CAUTELLA JR, W. O psicólogo na equipe do hospital psiquiátrico. *Temas. Teoria e prática do psiquiatra*, São Paulo, v. 26, p. 59 -70, 1987.

CAUTELLA JR, W. *Plantão psicológico em hospital psiquiátrico*. In: MORATO, H. T. P. (Org.). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CAUTELLA JR, W. *Plantão psicológico em hospital psiquiátrico: novas considerações e desenvolvimento*. In: MAHFOUD, M. (Org.). *Plantão psicológico: novos horizontes*, São Paulo: Companhia Ilimitada, 1999.

CAUTELLA JR, W. *Uma prática psicológica em hospital psiquiátrico: atenção a inclusão e a cidadania*. 2003. 230 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

CAUTELLA JR, W.; BRAGA, T. B. M. *Prática psicológica em instituição psiquiátrica em uma perspectiva inclusiva*. In: *III Jornada APOIAR. Atendimentos clínicos diferenciados e Inclusão:*

O papel da psicologia clínica social, 2005, São Paulo. Anais da III Jornada APOIAR. São Paulo: Paginanet, 2005. p. 82-87.

COELHO JR., N. *Merleau-Ponty: filosofia como corpo e existência*. São Paulo, Escuta Editora, 1991.

CRITELLI, D. M. *Analítica do sentido*. Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC, Brasiliense, 1996.

CRITELLI, D. M. Martin Heidegger e a essência da técnica. *Margem*, São Paulo: n. 16, p. 83 – 89, 2002.

DARTIGUES, A. *O que é a fenomenologia*. Rio de Janeiro: Livraria Eldorado Tijuca Ltda., 1973.

DUPONT-ROC, R. ; LALLOT, J. *Aristote: la poétique*. Paris: Paris, 1980.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2001.

EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. *Manual de psiquiatria*. 5ª ed. Rio de Janeiro, Editora Masson do Brasil, 1981.

FALCÃO, E. B. M.; e LINO, G. G. S. O paciente morre: eis a questão, in *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, V. 28, pp. 106-118, 2004.

FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Editora Escuta, 2009.

FIGUEIREDO, L. C. *Escutar, recordar, dizer. Encontros heideggerianos com a clínica psicanalítica*. São Paulo: Editora Escuta – EDUC, 1994.

FIGUEIREDO, L. C. M. & SANTI P. L. R. *Psicologia. Uma (nova) introdução*. 2a. ed. São Paulo, EDUC, 2003.

FIGUEIREDO, L. C. M. *Revisando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. 2ª ed. São Paulo – Petrópolis: EDUC – Editora Vozes, 1996.

FIGUEIREDO, L. C. Sob o signo da multiplicidade. *Cadernos de subjetividade*, São Paulo, n.1, p. 89 – 85. PUC-SP, 1993.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 2ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

FREUD, S. *Estudos sobre a histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (Obras Completas, v. 24).

GADAMER, H.-G. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

GADAMER, H.-G. On the scope and function of hermeneutical reflection. *Continuum*. V. 8, p. 77 – 95, 1970.

GADAMER, H.-G. *Reason in the age of Science*. Cambridge: MIT Press, 1981.

GADAMER, H.-G. *Verdade e método*. 5ª ed. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

GADAMER, H.-G. *Verdade e método*. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 9ª ed. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, Petrópolis: Editora Vozes, 2008. 2 v.

GALLAGHER, S. *Hermeneutics and education*. Albany: State University of New York Press, 1992.

GARRISON, J. A Deweyan theory of democratic listening. *Educational Theory*. n. 46, p. 429 – 451, 1996.

GIRARD, R. *La violence et le sacre*. Paris, Paris: 1972.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 4ª ed. São Paulo, Editora Perspectiva: 1992.

GRONDIN, J. *Introduction to philosophical hermeneutics*. New Haven: Yale University Press, 1994.

HEIDEGGER, M. O conceito de tempo. *Cadernos de tradução do departamento de filosofia da Universidade de São Paulo*, São Paulo: número 2, p. 7 – 39, 1997.

HEIDEGGER, M. Ser e Tempo (Parte I). Petrópolis: Editora Vozes, 2001a.

HEIDEGGER, M. Ser e tempo (Parte II). Petrópolis: Editora Vozes, 2001b.

HEIDEGGER, M., *Qu' est-ce qu' une chose*. Paris: Gallimard, 1962.

HENNEZEL, M. *La muerte intima*. Barcelona, Plaza e Janes, 1996.

HENNEZEL, M. *Nós não nos despedimos*. Lisboa, Editorial Notícias, 2001.

HORÁCIO, Odes, I, 11

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2009.

JAEGER, W. *Paidéia: a formação do homem grego*. 5ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

JASPER, K. *Psicopatologia Geral*. Buenos Aires, A Bini, 1955.

KIERKEGAARD, S. A. *Tratado do desespero*. Brasília: Editora Brasília, 1969.

KNOBEL, M. *Psicoterapia breve*. 1. ed. São Paulo: E.P.U., 1986.

KOVÁCS, M. J. *Educação para a morte*. Temas e reflexões. São Paulo. Casa do Psicólogo, FAPESP, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. *Aids: Desafio final*. São Paulo, Editora Best Seller.

LAGE, A. M. V.; MONTEIRO K. C. C. *Psicologia hospitalar: teoria e prática em hospital universitário*. Fortaleza: UFC, 2007.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. 8ª ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1985.

LÈVI-STRAUSS, C. *Tristes tropiques*. Paris: Plon, 1955.

LEVY, A. *Ciências clínicas e organizações sociais: sentido e crise do sentido*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LIPOVETSKY, G. *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. Barueri: Editora Manole, 2009.

LIPOVETSKY, G. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.

LISPECTOR, C. *Laços de família*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1990.

LOPARIC, Z. *Heidegger réu: um ensaio sobre a periculosidade da filosofia*. Campinas: Papirus Editora, 1990.

LORAUX, N. A tragédia grega e o humano. In: NOVAES, A. (Org.). *Ética*, São Paulo: Editora Schwarcz Ltda., 1992.

LOURAU, R. *Análise institucional e práticas em pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MADISON, G. B. Beyond seriousness and frivolity: a gadamerian response to deconstruction. In: SILVERMAN, H. (ed.) *Gadamer and hermeneutics*. New York: Routledge, 1991.

MAHFOUD, M. A vivência de um desafio: plantão psicológico. In: ROSEMBERG, L. R. *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: E. P. U., 1987.

MELLOR, P. A.; SCHILLING, C. Modernity, self identity and the sequestration of death. *Sociology*, New York, v.27, p. 411 – 432, 1994.

MERRIAM-WEBSTER, *Webster's Third New International Dictionary*. Disponível em: <http://unabridged.merriam-webster.com> Acesso em 24 fev. de 2011.

MOFFATT, A. *Terapia de crise: teoria temporal do psiquismo*. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1983.

MORATO, H. T. P. *Eu-supervisão: Em cena uma ação buscando significado sentido*. 1989. 266 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

MORATO, H. T. P. et al. *Questionamentos e reflexões a partir de uma situação clínica no atendimento em plantão psicológico do IPUSP*. In: Anais do X Simpósio de Práticas psicológicas em Instituições, Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2011.

MORATO, H. T. P. (Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.

MORATO, H. T. P.; SCHMIDT, M. L. S. Aprendizagem significativa e experiência: um grupo de encontro em instituição acadêmica. In: MORATO, H. T. P. (Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. 2ª ed. Apartado: Publicações Europa – América, 1982.

MORIN, E. *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

NIETZSCHE F. *A gaia ciência*. São Paulo: Cia. das Letras, 2001.

NIETZSCHE F. *Assim falava Zaratustra*: um livro para todos e para ninguém. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

NIETZSCHE, F. *Além do bem e do mal*. São Paulo: Cia. das Letras, 1992.

NUNES B. *Heidegger & ser e tempo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

NUNES, B. Heidegger e a poesia. Natureza humana: *Revista Internacional de Filosofia e Práticas Psicoterápicas*. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 103 – 127, EDUC, 2000.

NUNES, B. *Hermenêutica e poesia: o pensamento poético*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

OLIVEIRA, M. M. *Clínica, experiência e sentido*. 2006. 154 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, R. G. *Uma experiência de plantão psicológico à polícia militar do estado de São Paulo: reflexões sobre sofrimento e demanda*. 2005. 141 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAIM, I. *Curso de psicopatologia*. 9ª ed. São Paulo, EPU. 1982.

POLANYI, M. *Personal knowledge*. Illinois: The University of Chicago Press, 1960.

POLANYI, M. *The study of man*. Illinois: The University of Chicago Press, 1958.

POMPEIA, J. A.; SAPIENZA, B. T. *Na presença de sentido: Uma aproximação fenomenológica a questões existenciais básicas*. São Paulo: EDUC; Paulus, 2004.

PROCÓPIO, D. *A crise como possibilidade de crescimento pessoal*. Lorena: Editora Stiliano, 2000.

QUEIROZ, M. I. P. *Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”*. São Paulo: Ciência e Cultura, 1987.

RANDO, T. *Grief, dying and death. Clinical interventions*. Champaign, Illinois, Research Press, 1984.

RANDO, T. The increase prevalence of complicated mourning. The onslaught is just beginning. *Omega, Journal of death and dying*, v. 28, p. 43 – 59, 1992 – 1993.

ROCHA, Z. *O destino da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Editora Escuta, 2000.

ROLNIK, S. B. *Cartografia sentimental da América – Produção do desejo na era da cultura industrial*. Tese (Doutorado). São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1987

ROSA, J. G. *Grande Sertão – Veredas*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1998.

ROSEMBERG, R. L. (Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo, E. P. U., 1987. (Temas Básicos de Psicologia, V. 21).

SAFRANSKI, R. *Heidegger – um mestre da Alemanha entre o bem e o mal*. São Paulo: Geração Editorial, 2000.

SARTRE, J. P. *A idade da razão: romance*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

SCHMIDT, M. L. Aconselhamento psicológico e instituição: algumas considerações sobre o serviço de aconselhamento psicológico do IPUSP. In: MORATO, H. T. P. (Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. Interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artemed, 2006.

SMITH, N. H. *Strong hermeneutics: Contingency and moral identity*. New York: Routledge, 1997.

SONENREICH, C.; BASSIT, W. *O conceito de psicopatologia*. São Paulo, Manole, 1979.

STROEBE, W.; STROEBE, M. *Bereavement and health: the psychological and physical consequences of partner loss*. Cambridge, Cambridge University, 1987.

TAYLOR, C. *Philosophical arguments*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

THIERCY, P. *Tragédias gregas*. Porto Alegre: L&PM, 2009.

VALENTIM, M. A. Heidegger sobre a fenomenologia husserliana: a filosofia transcendental como ontologia. *O que nos faz pensar*. Cadernos do Departamento de Filosofia da PUC-RJ. Rio de Janeiro, n. 25, p. 213 – 238, ago. 2009.

VATTIMO, G. *Introdução a Heidegger*. Rio de Janeiro: Edições 70, 1971.

VERNANT, J. P. & VIDAL-NAQUET, P. *Mito e tragédia na Grécia antiga*. São Paulo: Editora perspectiva, 2008.

WALSH, F; MCGOLDRICK, M. Loss and the family life cycle. FALICOV, C. J. *Family transitions*. New York. The Guilford Press, 1988.

WITTGENSTEIN, L. *Investigações filosóficas*. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

ANEXOS

ANEXO A – FÁBULA 220 DAS FÁBULAS DE HIGINO¹⁴⁰

<i>Cura cum fluvium transiret, videt cretosum lutum, sustulitque cogitabunda atque coepit fingere. Dum deliberat quid jam fecisset, Jovis intervenit. Rogat eum Cura ut det illi spiritum et facile impetrat. Cui cum vellet Cura nomem ex sese ipsa imponere, Jovis prohibet suumque nomen ei dandum esse distitat. Dum Cura et Jovis disceptant, Tellus surrexit simul suumque nomen esse vult cui corpus praebuerit suum.</i>	<i>Cuidado, ao atravessar um rio, viu uma massa de argila e, mergulhada nos seus pensamentos, apanhou-a e começou a modelar uma figura.</i>
<i>Sumpserut Saturnum iudicem. Is sic aecus iudicat: "Tu, Jovis, quia spiritum dedisti im morte spiritum. Tuque Tellus, quia dedisti corpus, corpus recipito, Cura enim quia prima finxit, teneat quamdiu vixerit. Sed quae nunc de nomine eius vobis controversia est, homo vocetur, quia videtur esse factus ex humo"</i>	<i>Quando deliberava sobre o que fizera, Júpiter apareceu. Cuidado pediu que ele desse uma alma à figura que modelara, e, facilmente, conseguiu o que pediu.</i>
	<i>Como Cuidado quisesse, de si própria, dar nome à figura que modelara, Júpiter proibiu e prescreveu que lhe fosse dado o seu. Enquanto Cuidado e Júpiter discutiam, Terra apareceu e quis que fosse dado o seu nome a quem ela fornecera o corpo.</i>
	<i>Saturno foi escolhido como árbitro. E este, equitativamente, assim julgou a questão: "Tu, Júpiter, porque lhe deste a alma, tu a terás depois da morte. E tu, Terra, porque lhe deste o corpo, tu o receberás após a morte. Todavia, porque foi Cuidado quem primeiramente modelou, que ela a tenha, enquanto a figura viver.</i>
	<i>Mas, uma vez que existe entre vós uma controversia sobre o nome, que ela seja chamada 'homem', porque feita de húmus" .</i>

¹⁴⁰ ROCHA, Z. *O destino da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Editora Escuta, 2000.

ANEXO B – O FIO DE ARIADNE

Teseu, um jovem herói ateniense, filho de Egeu, rei de Atenas, após ter regressado vitorioso de uma longa viagem, resolve ser incluído no grupo de sete rapazes e sete moças que eram sacrificados anualmente ao monstro Minotauro, (meio touro e meio homem) que morava num labirinto construído pelo rei Minos na ilha de Creta. Este sacrifício era o castigo que Minos havia impingido a Atenas após a morte de seu filho único e herdeiro ocorrido misteriosamente naquela cidade. Teseu prometeu ao pai que mataria o Minotauro e voltaria vitorioso para Atenas. Ao chegar ao palácio de Minos, Teseu conheceu a bela Ariadne, filha do rei, e se apaixonou perdidamente. Ariadne em vão tentou persuadi-lo a fugir para escapar da terrível morte que o esperava certamente no perigoso labirinto. Não conseguindo, deu a Teseu um novelo de fio de ouro explicando-lhe para desenrolá-lo ao entrar no labirinto. Desta maneira, após ter matado o monstro, ele poderia encontrar facilmente o caminho de volta e não se perderia como muitos haviam feito antes dele. O terrível Minotauro devorava a cada ano sete rapazes e sete moças aplacando desta feita sua ira, mas acabou sendo derrotado pelo esperto Teseu que cegou o monstro atirando areia em seus olhos e depois o golpeou mortalmente. Teseu ainda cortou um punhado dos cabelos do monstro e retomou o caminho de volta, seguindo o fio de ouro que Ariadne lhe havia dado. Ao chegar ao palácio entregou o cabelo ao rei que perdoou Atenas pela dívida e também lhe entregou Ariadne que, apaixonada, seguiu o herói até uma ilha onde foi, por este, posteriormente abandonada.

ANEXO C – ÉDIPO REI DE SÓFOCLES¹⁴¹.

A ação se passa em Tebas, diante do palácio dos labdácidas¹⁴².

Prólogo (v. 1-150) – Tebas é devastada pela peste. O sacerdote de Zeus, crianças e velhos suplicantes estão ajoelhados diante do palácio. Eles suplicam ao rei Édipo, que outrora os libertou da Esfinge, para por fim ao flagelo. Édipo os tranquiliza: ele enviou Creonte, seu cunhado, para consultar o oráculo de Apolo em Delfos. Creonte acaba de retornar, trazendo uma resposta favorável. A peste cessará sua devastação tão logo for descoberto e banido o assassino do rei Laio. Édipo assume solenemente este compromisso e convoca de imediato a assembleia dos tebanos.

Párodo¹⁴³ (v. 151-215) – O coro dos anciãos faz sua entrada e suplica aos deuses do Olimpo que expulsem Ares, o deus da guerra e da peste.

Episódio Um (v. 216-462) – Disposto a vingar Laio como se fosse seu próprio pai (todos acreditam, a começar por ele mesmo, que ele é filho de Pólipo, rei de Corinto, e de sua esposa Mérope, quando em realidade é filho de Laio e de Jocasta), Édipo amaldiçoa o autor desconhecido do crime e todo aquele que tentar ocultá-lo.

Entra o adivinho Tirésias, cego, que uma criança conduz pela mão. Inicialmente ele se recusa a falar, mas, exasperado pelos ataques de Édipo, anuncia ao rei que o assassino que ele busca é ele mesmo. Édipo, indignado, o expulsa.

Stasimon¹⁴⁴ (v. 463-512) – O coro exprime sua perturbação cruel; apesar das acusações do adivinho, ele não admite que Édipo seja o culpado.

Episódio Dois (v. 513-862) – Após uma violenta altercação com Creonte, que ele acusa de ter, por ambição, inspirado Tirésias, Édipo conversa com Jocasta (cena da “dupla confidência”). Jocasta, querendo tranquilizar seu esposo, conta-lhe que os adivinhos afirmavam que Laio pereceria pela mão do próprio filho. Ora, este fora abandonado logo

¹⁴¹ Transcrição feita de Tragédias Gregas de Pascal Thiery, Porto Alegre, L&PM, 2009. Tradução de Paulo Neves. Pag. 31 – 39.

¹⁴² Referente ao nome de Lábdaco, o antepassado da linhagem.

¹⁴³ Entrada do Coro.

¹⁴⁴ Canto do coro. Este canto caracteriza-se pela ausência de movimentos.

após o nascimento numa montanha deserta, e Laio fora morto muitos anos mais tarde na encruzilhada de três caminhos, por vários bandidos, a acreditar no único sobrevivente do massacre. Édipo fica perturbado e conta, por sua vez, que outrora deixou Corinto e a corte do seu pai, o rei Pólibo, para frustrar um oráculo segundo o qual ele mataria o pai e desposaria sua mãe. Pois bem, no encontro de três caminhos, ele havia se desentendido com um velho cuja descrição corresponde à de Laio, matando-o num momento de cólera. Para dissipar sua ansiedade, Édipo ordena que trouxessem à sua presença o servidor que testemunhou a morte de Laio.

Stasimon (v. 863-910) – O coro, inquieto, canta algumas estrofes em que censura discretamente a desmedida de Édipo e a impiedade de Jocasta.

Episódio três (v. 911-1085) – Chega um mensageiro de Corinto, anunciando a morte de Pólibo: a eventualidade do parricídio, portanto, parece afastada, mas Édipo continua a temer um incesto possível. Para tranquilizá-lo, o mensageiro lhe revela que não é filho de Pólibo e de Mérope: ele mesmo guardara rebanhos outrora e, tendo recebido das mãos de um pastor tebano o desventurado recém-nascido, decidiu levá-lo aos soberanos de Corinto, que o adotaram. Apesar das súplicas de Jocasta, que compreendeu, Édipo manda convocar o pastor tebano. Horrorizada, ela entra no palácio.

Stasimon (v. 1086-1109) – Num breve canto alegre, o Coro imagina que Édipo poderia ser filho de um deus e de uma ninfa.

Episódio quatro (v. 1110-1185) – O momento da confrontação é inevitável: eis que o servidor que acompanhava Laio, no dia de sua morte, se revela ser também o pastor de que falava o mensageiro de Corinto. O infortunado Édipo compreende a horrível verdade e foge para o palácio.

Stasimon (v. 1186-1222) – Comovido, o Coro deplora a desgraça daquele que foi outrora seu salvador e a fragilidade da felicidade humana.

Êxodo (v. 1223-1530) – Um servidor vem anunciar que Jocasta se enforcou e que Édipo furou os próprios olhos ao vê-la morta. Édipo sai, com os olhos ensanguentados, e suplica

que lhe permitam ir acabar sua vida longe de Tebas, que ele desonrou. **Kommos**¹⁴⁵ seguido de uma reflexão do herói sobre seu destino. Édipo abraça as filhas, trazidas por Creonte; este, o novo senhor da cidade, declara que aguardará a resposta do oráculo de Delfos para decidir a sorte do ex-rei; Édipo, arrasado, é levado de volta ao palácio.

¹⁴⁵ Quando o ator se une ao Coro, ou vice-versa, para compartilhar no canto uma emoção comum. Nas várias “tragédias” apresentadas nos diários de bordo utilizados como episódios para este trabalho, foi possível ver, inúmeras vezes, este movimento: psicólogo plantonista e cliente compartilhando uma emoção comum.

ANEXO D – ÉDIPO EM COLONO¹⁴⁶ DE SÓFOCLES¹⁴⁷

A ação se passa em Colono, povoado situado a noroeste de Atenas, junto ao bosque sagrado das Eumênides.

Prólogo (v. 1-116) – O velho Édipo, cego e vestido como mendigo, entra, guiado por sua filha Antígona. Como eles se refugiaram num bosque, um habitante do lugar os informa de que violaram o santuário das Eumênides. Édipo exige ver o rei Teseu, e o homem se afasta para avisar seus concidadãos.

Em vez de perturbar Édipo, essa notícia o alegra: Apolo lhe predissera que ele veria o fim de suas misérias quando as Eumênides lhe oferecessem asilo. Ele dirige a elas uma prece, solene, antes de ir se esconder no bosque com Antígona.

Párodo (v. 117-253) com breves diálogos, seguido de um **kommos** – O coro, composto por anciãos de Colono, acorre, indignado com a profanação. Os dois exilados se mostram, e o infortúnio deles sensibiliza o Coro, que se contenta primeiro em fazê-los sair do bosque; no entanto, assim que Édipo declara seu nome, eles se assustam e querem expulsá-lo, apesar de seus protestos de inocência e das súplicas de Antígona.

Episódio Um (v. 254-667) – Comovido com as súplicas de Antígona, o Coro consente em esperar a vinda de Teseu. Nesse meio-tempo, chega Ismene, a segunda filha de Édipo. Após uma cena emocionante de reconhecimento, ela dá notícias de Tebas: Etéocles expulsou Polínice, que reuniu um exército para invadir o território. Mas um oráculo anunciou que a vitória caberá a quem se apoderar da pessoa ou dos restos mortais de Édipo. Creonte tentará convencer o velho rei banido a se aliar a Etéocles. Édipo, alegre com essa predição que confirma o antigo oráculo, responde que nunca mais retornará a Tebas, amaldiçoa os filhos ingratos que o expulsaram e pede a Ismene para fazer uma oferenda às Eumênides segundo os ritos prescritos pelo corifeu. Num **Kommos** com o Coro, Édipo conta seus crimes

¹⁴⁶ Esta obra foi representada quatro anos após a morte de Sófocles por seu neto Sófocles o jovem e conseguiu o primeiro prêmio no concurso dramático em que participou. Era habitual que os poetas trágicos gregos competissem nestas festas. Os concursos dramáticos aconteciam por ocasião de duas festas religiosas consagradas a Dionísio, deus do vinho e do teatro: as Leneanas, no fim de janeiro e começo de fevereiro, e as Grandes Dionisiacas, também conhecida como Dionisias Urbanas, celebrada no fim de março e começo de abril.

¹⁴⁷ Transcrição feita de Tragédias Gregas de Pascal Thierry, Porto Alegre, L&PM, 2009. Tradução de Paulo Neves. Pag. 30 – 40.

passados e declara que devem lamentá-lo e não censurá-lo. Teseu chega finalmente e demonstra uma grande generosidade para com Édipo. Este lhe pede asilo na Ática, para que ali possa morrer: um dia, seus ossos darão vitória aos atenienses. Teseu compromete-se a protegê-lo e se retira.

Stasimon (v. 668-719) – O Coro canta, com um brilhante lirismo, a glória de Ática.

Episódio Dois (v. 720-1043) – Chegada de Creonte, escoltado por soldados. Ele tenta, com palavras hipócritas, induzir Édipo a acompanhá-lo, mas este se recusa com firmeza. Creonte insulta os habitantes de Colono e manda prender Ismene. **Kommos** e diálogo entre os dois homens e o Coro. Os soldados arrastam Antígona à força, e Creonte tenta ele mesmo se apoderar de Édipo; mas Teseu retorna neste momento, intima Creonte a se justificar, tomá-lo como refém e envia cavaleiros em busca dos sequestradores. Édipo clama a infâmia dos seus familiares e sua própria inocência. Teseu parte levando consigo Creonte e prometendo a Édipo devolver-lhe as filhas.

Stasimon (v. 1044- 1095) – O Coro imagina a perseguição, a luta e a vitória de Teseu, depois pede aos deuses seu apoio.

Episódio Três (v. 1096-1210) – Teseu, vencedor, traz de volta as duas filhas a Édipo, que abraça com efusão e agradecimentos. Teseu pede então a Édipo que recdeba um suplicante que solicite audiência. Édipo, compreendendo que se trata de Polinice, primeiro recusa, depois consente ante a insistência de Teseu e de Antígona.

Stasimon (v. 1211-1248) – Canto do Coro sobre as dores da velhice e o triste destino de Édipo.

Episódio Quatro (v. 1249-1555) – Polinice aparece. Diante das irmãs e do pai silencioso, ele tenta justificar-se e obter sua indulgência. Édipo permanece insensível aos remorsos de Polinice como fizera ante as ameaças de Creonte, e o expulsa com terríveis maldições. Antígona tenta uma última vez convencer o irmão a renunciar à guerra, mas este recusa e parte desesperado. Cantos do Coro entrecortados de diálogos; ressoam trovoadas e Édipo reconhece nelas o sinal de seu fim próximo. Teseu reaparece, e Édipo lhe pede para acompanhá-lo ao lugar onde irá morrer, que deverá permanecer secreto. Atenas se

beneficiará assim de uma proteção eterna contra os tebanos. Após uma última saudação à luz, ele parte, seguido por Teseu, Antígona e Ismene.

Stasimon (v.1556-1578) – O Coro suplica às divindades da morte que concedam um fim pacífico a Édipo.

Êxodo (v. 1579-1779) – Um mensageiro narra os últimos instantes de Édipo, marcados de calma e solenidade até o seu súbito desaparecimento, misterioso para todos, com exceção de Teseu. Antígona e Ismene aparecem: cheias de dor e de emoção mística, elas cantam com o Coro um longo **Kommos** de luto. Teseu retorna para declarar que Édipo encontrou a paz e deixa as duas irmãs partirem para Tebas.

ANEXO E – ANTÍGONA DE SOFOCLES¹⁴⁸

A ação se passa em Tebas, diante do palácio real.

Prólogo (v. 1-99) – Antígona expõe a situação à sua irmã Ismene: o exército de Argos levantou o cerco. Tebas está salva, mas Etéocles e Polínice mataram-se mutuamente. Creonte, agora rei, promulgou um édito desumano: quer que o cadáver de Polínice permaneça sem sepultura e seja deixado aos animais de rapina, e decretou a pena capital contra os que infringirem esse édito. Antígona resolveu prestar os últimos deveres ao cadáver do irmão e pressiona a irmã a ajuda-la. Ismene, temerosa, recusa. Antígona decide agir sozinha.

Párodos (v. 100-161) – O Coro, composto de anciãos tebanos, saúda a vitória de Tebas, canta os episódios da batalha e quer celebrar os deuses.

Episódio Um (v. 162-331) – Creonte sai do palácio e proclama novamente suas ordens. Ele será inflexível com todo aquele que desrespeitar sua vontade. Um dos guardas encarregados de vigiar o cadáver chega, tremendo, e conta ao rei, com um pavor cômico, que um desconhecido ousou jogar um pouco de terra sobre o cadáver de Polínice: assim os rituais foram cumpridos. Creonte se enfurece e ameaça, promete punições se o culpado não se entregar.

Stasimon (v.332-383) – O Couro louva o gênio do homem e seus progressos, mas lamenta que sua audácia possa também conduzi-lo à perdição.

Episódio Dois (v. 384-581) – O guarda retorna muito satisfeito. Ele conduz Antígona que, tendo voltado para sepultar o irmão, desta vez foi pega em flagrante. Um violento confronto se estabelece entre tirano e heroína. Às recriminações e invectivas de Creonte, que fala em nome da razão de Estado, Antígona replica com a afirmação das leis “não escritas, mas imutáveis”: a justiça divina prevalece sobre a dos homens. Creonte condena à morte. Ismene pede para compartilhar sua sorte, mas Antígona a rechaça. As duas jovens são levadas ao palácio.

¹⁴⁸ Transcrição feita de Tragédias Gregas de Pascal Thiery, Porto Alegre, L&PM, 2009. Tradução de Paulo Neves. Pag. 41-44.

Stasimon (v. 582-630) – O Coro deplora a triste condição dos homens e as infelicidades do labdácidas. Canta o poder de Zeus e de Ate, a deusa que tenta os humanos para melhor fazê-los cair sob o golpe do castigo divino.

Episódio Três (v. 631-780) – Entra Hêmon, o filho mais jovem de Creonte, primo-irmão e noivo de Antígona. Respeitosamente mas com firmeza, ele suplica ao pai que reflita e poupe a vida de Antígona. O rei não cede e injuria o jovem, que se afasta desesperado, pronunciando palavras lúgubres que fazem o Coro temer o pior. Creonte repete que mandará encerrar Antígona viva numa caverna, deixando-a à mercê dos deuses.

Stasimon (v. 781-805) – Os anciãos tebanos cantam o poder e os efeitos de Eros, “o indomável Amor”.

Episódio Quatro (v. 806-943) – Antígona reaparece, escoltada pelos guardas que a levam para a prisão. Longo **Kommos** entre o Coro e Antígona: os velhos a lamentam ao mesmo tempo em que a censuram – é sua audácia desmedida e atávica que a conduz a essa situação. Antígona faz uma dolorosa despedida à juventude e à vida. Depois dirige a palavra a Creonte, que veio apressar os guardas, e explica-se pela última vez: ela não lamenta nada e marcha ao suplício com a consciência de que morrerá vítima de um sagrado dever. Ela é levada definitivamente.

Stasimon (v. 944-987) – O Coro dá exemplos de personalidades que foram aprisionados ou sofreram um cruel destino: Dânae, Licurgo e os dois filhos de Fineu, cegados por sua madrasta.

Episódio Cinco (v. 988-1114) – Chega o adivinho Tirésias: os presságios aconselham Creonte a libertar Antígona e a sepultar Polinice. O rei responde com zombarias e insultos. Tirésias prediz que lhe acontecerá uma desgraça semelhante e se retira. Creonte perturba-se com as predições sinistras do adivinho e, aconselhado pelo corifeu, precipita-se para anular a ordem fatal.

Stasimon (v. 1115-1154) – O Corro cahama Baco, o deus tebano, em socorro da cidade ameaçada por novas desgraças.

Êxodo (v. 1155-1353) – Um mensageiro anuncia que Creonte, vindo libertar Antígona, encontrou-a enforcada na caverna, e que Hêmon se matou junto dela, após ter cuspidido no

rosto do pai. Aparece Eurídice, mulher de Creonte: ela escuta os detalhes do relato do mensageiro e depois se retira sem uma palavra. Creonte retorna trazendo nos braços o corpo do filho. Longo **Kommos**, intensificado pela notícia trazida por um servidor: Eurídice também se suicidou. Esmagado por essas desgraças, Creonte compreende tarde demais sua cegueira.