

LEONARDO AUGUSTO NEGREIROS PARENTE CAPELA SAMPAIO

**Sujeito, identidade e narrativa: contribuições filosóficas
para uma reflexão sobre o Cuidado em saúde mental**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de
Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo

2023

LEONARDO AUGUSTO NEGREIROS PARENTE CAPELA SAMPAIO

**Sujeito, identidade e narrativa: contribuições filosóficas
para uma reflexão sobre o Cuidado em saúde mental**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de
Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Sampaio, Leonardo Augusto Negreiros Parente Capela
Sujeito, identidade e narrativa : contribuições
filosóficas para uma reflexão sobre o Cuidado em
saúde mental / Leonardo Augusto Negreiros Parente
Capela Sampaio. -- São Paulo, 2023.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita
Ayres.

Descritores: 1.Psiquiatria 2.Psicologia
3.Entrevista motivacional 4.Paul Ricoeur
5.Filosofia da vontade 6.Identidade narrativa

USP/FM/DBD-307/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José e Acácia, pela dedicação e cuidado incondicionais, e por semearem o amor em todos os lugares por onde passam. A minha irmã, Ana Clara, pelo apoio, pelos sorrisos e por seu acolhimento sincero.

E aos meus pequenos, Julie, Jhonny, George, Bubu, Julius e Luna, por trazerem gotas de vida e esperança a todos os momentos que compartilhamos.

AGRADECIMENTOS

Ao professor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, pelo rigor intelectual e pelas contribuições sempre gentis e pertinentes. Sua orientação dedicada e paciente foram centrais para concretizar essa caminhada.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, cuja sagacidade das discussões e energia dos estudantes trouxeram motivação para percorrer esse trajeto. Ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (IPq-HCFMUSP), especialmente ao Programa de Psiquiatria Social e Cultural (Prosol), que me ajudaram a elaborar o tema de pesquisa e as discussões que surgiram dele.

À amiga Luciana Carvalho, pela perspicácia e espírito crítico, com quem os diálogos sempre trazem inspiração. Ao amigo Alexandre Branco Pereira, por me apresentar uma Antropologia humana, presente, delicada e engajada, com argumentos precisos e trocas frutíferas.

Ao professor Francisco Lotufo Neto, cujo apoio e empenho em construir uma Psiquiatria ética e eficiente são entusiasmantes. À professora Sandra Scivoletto (*in memoriam*), por me abrir as portas da USP e pela confiança em meu trabalho, que permitiram subir o primeiro degrau da escada que me traria até aqui.

Aos colegas orientandos do professor José Ricardo Ayres, sempre afáveis no trato e acurados no raciocínio. Suas contribuições e sugestões de literatura apontaram importantes frentes para esse trabalho. Ao Bruninho, cuja presença amorosa e olhar dedicado foram cruciais para a revisão e finalização do manuscrito.

E um especial agradecimento aos pacientes, àqueles que atendi, àqueles cujo cuidado compartilhei com residentes, pós-graduandos e internos, e àqueles com cujas histórias tive contato de modo mais indireto, acompanhando de longe sua busca por saúde. Com certeza foi ao ser tocado pelos sucessos e insucessos de suas trajetórias que nasceu o grande motivo para escrever as palavras a seguir.

Mas sei de uma coisa: meu caminho não sou eu, é o outro, é os outros. Quando eu puder sentir plenamente o outro estarei salva e pensarei: eis o meu porto de chegada.

Clarice Lispector

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

1. MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA	1
2. INTRODUÇÃO	5
2.1 Nos meandros do (comportamento (do cérebro) do) sujeito	5
2.2 A produção do mental	6
3. OBJETIVOS	11
4. MÉTODO	12
5. ASPECTOS ÉTICOS	18
6. PRÓLOGO DA BUSCA PELO SUJEITO	19
6.1 Promessas da Psiquiatria e da Psicologia	19
6.2 A ideia de “mente” na Psiquiatria	22
6.3 Da mente à mudança de conduta: o sujeito comportado	31
7. MOTIVAÇÃO E IDENTIDADE: RUMO AO SUJEITO PELAS TRILHAS DE RICOEUR	36
7.1 Primeiras reflexões sobre motivação e Medicina	36
7.2 O cérebro no comando	39
7.3 Estágios de mudança e motivação	41
7.4 O eidos de Husserl e a passagem da percepção para a vontade	45
7.5 O “livre”-arbítrio do cérebro	47
7.6 Construindo a ponte para chegar ao sujeito	52
8. DA VONTADE À IDENTIDADE	57
8.1 Histórias contadas e prática clínica	57
8.2 Uma ontologia do sujeito	67
9. IDENTIDADE NARRATIVA E CUIDADO: POTENCIAIS CONTRIBUIÇÕES À PSQUIATRIA	75
9.1 O sujeito, a razão e os sentidos discursivos de saúde e doença	75
9.2 Da identidade narrativa à hermenêutica do Si-mesmo	79
9.3 O sujeito com identidade narrada	89
9.4 Cuidado como prática de saúde através da narrativa	94
9.5 Um outro caminho para a Psiquiatria? As contribuições de Jaspers e da Psicopatologia Fenomenológica	101
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS: HORIZONTES VISLUMBRADOS E CAMINHOS A PERCORRER	114
11. REFERÊNCIAS	119
12. ANEXOS	133
Anexo I – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa	133

RESUMO

Sampaio LANPC. Sujeito, identidade e narrativa: contribuições filosóficas para uma reflexão sobre o Cuidado em saúde mental [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

As práticas de atenção à saúde mental, em particular a Psiquiatria e a Psicologia, são marcadas por diversas abordagens terapêuticas e autocompreensão dos seus fundamentos, objetivos e métodos. As formas de abordar os sintomas mentais e comportamentais eventualmente carecem de considerar o paciente alguém potente e capaz, sendo pouco clara a concepção de sujeito que embasa suas teorias e, em consequência, suas propostas e expectativas terapêuticas. No sentido de jogar luz sobre essa situação, o presente estudo busca elementos na filosofia, em particular na obra de Paul Ricoeur, enfocando dois aspectos considerados fundamentais nessa busca conceitual do sujeito: motivação e identidade. As contribuições de Ricoeur são cotejadas com aspectos específicos de práticas em saúde mental: a revisita crítica à entrevista motivacional e a proposta reconstrutiva de uma Psiquiatria Narrativa. Destaca-se entre os resultados a relevância da distinção entre o voluntário e o involuntário no exercício da vontade e substrato narrativo da construção de identidades como formas de produção de Cuidado em saúde mental, na perspectiva de uma prática ativamente interessada nos sujeitos a que se destina.

Palavras-chave: Psiquiatria. Psicologia. Entrevista Motivacional. Paul Ricoeur. Filosofia da Vontade. Identidade narrativa.

ABSTRACT

Sampaio LANPC. Subject, identity, and narrative: philosophical contributions to a reflection on mental health care [thesis]. São Paulo: Faculty of Medicine, University of São Paulo; 2023.

Mental health care practices, particularly Psychiatry and Psychology, are marked by different therapeutic approaches and self-understanding of their foundations, objectives, and methods. The ways of approaching mental and behavioral symptoms eventually fail to consider the patient as someone powerful and capable, rendering unclear the conception of the subject that underlies their theories and, consequently, their therapeutic proposals and expectations. Ricoeur's contributions are compared with specific aspects of mental health practices: the critical revisitation of motivational interviewing and the reconstructive proposal of a Narrative Psychiatry. Among the results, the relevance of the distinction between the voluntary and the involuntary in the exercise of will and narrative substrate of the construction of identities as forms of production of mental health care stand out, in the perspective of a practice actively interested in the subjects for which it is intended.

Descriptors: Psychiatry. Psychology. Motivational Interviewing. Paul Ricoeur. Philosophy of the Will. Narrative identity.

1. MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA

Como médico, Psiquiatria e Saúde Mental sempre me pareceram um palimpsesto. Ao se apagar as letras em um papiro, pode-se escrever novas palavras nele, mas um olhar cuidadoso consegue ler o que esteve antes escrito com mais nitidez. Discutir esses termos em si já gera infindáveis perguntas, respostas e, especialmente, propostas. Psiquiatra é o médico que estuda (*logia* – *λόγια*: estudo de algo, ramo de conhecimento), cuida, trata ou cura (*iatria* - *ίατρεία*: cura, *ίατρός*: médico)? E ele faz isso com a mente, a alma (*psyché* – *ψυχή*: alma, mente), o comportamento, o ser humano ou algo diferente disso? Com diferentes formas de endereçar esses e outros pontos, várias versões do que é Psiquiatria são postuladas, escritas e reescritas. Conversar com psiquiatras fenômeno-estruturais, behavioristas, psicanalistas, biológicos, etc. sempre me trouxe menos a sensação de desorganização do campo e mais fascinação por formas tão diversas de usar uma mesma palavra, como ela é reescrita com novos significados fazendo referência aos demais.

O próprio entendimento do que é a propedêutica do “mental” tem diferentes categorias. A nosografia médica reúne os sintomas e síndromes em diagnósticos de transtornos mentais, como ansiedade, depressão, esquizofrenia e transtorno de personalidade borderline, passando por revisões e gerando, por exemplo, categorias mais novas, como o transtorno de automutilação e o transtorno de acumulação. O diagnóstico psicanalítico difere destas doenças e busca entendimento sobre estruturas de funcionamento, como neurose, psicose e perversão. Para a compreensão psicopatológica fenômeno-estrutural não há exatamente um diagnóstico categórico a ser feito, a interpretação sobre o tempo vivido e a estrutura de espaço e tempo do sujeito aumentam o entendimento sobre o caso. Para os behavioristas não há foco em categorias diagnósticas como

“depressão”, “ansiedade”, “histeria” ou “perversão”, a função da resposta, considerando o contexto antecedente e conseqüente a ela, é o que mantém ou extingue o comportamento dos organismos.

Perspectivas diferentes geram outras formas de fazer as perguntas e respondê-las. Propedêutica aponta para terapêutica. Não se resolve só com remédios os problemas de alguém privado de contato social e que só consegue interagir com a família quando faz um corte com lâmina no braço porque tentativas verbais são malsucedidas. Também não faz sentido somente conversar com alguém cuja hiperfunção dopaminérgica no cérebro faz com que ela escute vozes de pessoas que a ameaçam de morte, já que isso não cuidará da doença como uma medicação que atua nesse receptor faria. Medicamentos, eletroconvulsoterapia, neurocirurgia psiquiátrica e as diferentes formas de realizar psicoterapia são tratamentos que pressupõem um entendimento sobre o caso e sobre as formas possíveis de agir, ambos conectados a uma compreensão que remete a questões epistemológicas e ao desenho de práticas de saúde.

Sinto-me fascinado por compreender como as diferentes Psiquiatrias se relacionam com o campo da Saúde Mental, como é possível conviverem sob a égide de um mesmo nome e de que modo os diversos entendimentos propedêuticos desenham as práticas de saúde a eles relacionadas. Mas algo jazia por baixo deste cenário, um incômodo, especialmente com tratamentos ou abordagens que colocavam o sujeito em um lugar pouco ativo. Comecei a entrar em contato com esse incômodo na residência de Psiquiatria no Hospital das Clínicas da USP. Independente de qual Psiquiatria a que o profissional fazia referência, determinadas práticas traziam o paciente para uma posição que me trazia desconforto. Esse incômodo aparecia no campo propedêutico, por exemplo quando uma leitura era feita para o sujeito sobre ele mesmo, o próprio discordava e a posição “do nosso

lado da mesa” era de que esse ponto ainda era inconsciente e que o sujeito não estava conseguindo acessar. Ele também aparecia no campo terapêutico, quando por ser incapaz de dar o próximo passo no seu tratamento de dependência química, era nossa responsabilidade enquanto profissionais usar técnicas de entrevista motivacional para que ele passasse para a próxima etapa em uma escala entre pré-contemplação e ação / manutenção.

Permaneci por alguns anos com ele nesse lugar, sendo somente um incômodo. Já como psiquiatra, iniciei algumas incursões em grupos de estudo e projeto de alguns professores para, em um ambiente de pós-graduação, nomear com maior qualidade esse desconforto e, com alguma sorte, dar algum direcionamento a ele, já que em psicoterapia ele continuava lá. Psicologia Experimental, Psiquiatria Biológica e Saúde Pública foram programas cujas discussões e disciplinas me ajudaram a conhecer pessoas e entrar em contato com formas interessantes de compreender a questão, mas o campo da Saúde Coletiva me trouxe importantes reflexões para dar os próximos passos.

Busquei desenvolver a compreensão de como os elementos epistemológicos da forma com que a Psiquiatria se coloca como campo de conhecimento e as práticas derivadas dos diversos modos de responder a essa pergunta remetem a outra questão. Propedêutica e terapêutica se estruturam dessa forma fazendo referência ao elemento que conecta entendimento e prática, o sujeito. Meu incômodo havia ganhado um nome, o ponto-cego na relação profissional-cliente que fazia com que, pela falta de preocupação em trazer clareza para os lugares ocupados pelos presentes, o paciente fosse naturalmente direcionado à posição de alvo de intervenções. A minha propedêutica pessoal também trazia uma terapêutica. Para iluminar por diferentes ângulos esse ponto-cego e trazer o cliente para uma posição ativa na relação seria fundamental direcionar minhas reflexões para o modo

com que se constrói entendimento sobre quem é o sujeito que busca atendimento. A busca pelo sujeito seria o caminho a ser trilhado.

2. INTRODUÇÃO

2.1 Nos meandros do (comportamento (do cérebro) do) sujeito

A chamada crise da Psiquiatria atual é antes de tudo um paradoxo. São cada vez mais numerosos e contundentes os achados de neuroimagem funcional, com sua proposta de mapear o vasto continente do encéfalo e, por conseguinte, vislumbrar a intimidade do ser humano. Dissipar a bruma que paira sobre a ponte mente-corpo é um sonho que, por um lado, parece cada vez mais próximo e, por outro, nos gera dúvidas sobre que conclusões tirar dos dados empíricos produzidos. Estudos com resposta ambiental de animais não-humanos nos aproximam da compreensão de nossa história filogenética por um olhar comportamental, modelos matemáticos computacionais bebem do paradigma das neurociências cognitivas e o mapeamento epigenético oferece suas respostas através da biologia molecular. Cada um se aproximando de leituras epistemológicas próprias e com conclusões bastante relevantes, nos apontam uma dificuldade em buscar acordo sobre as metodologias mais adequadas. Zachar e Jablensky (2014) *apud* Aragona e Marková (2015) apontam que esta falta de acordo se associa a uma magnificação dos problemas que definem a crise nas questões centrais da disciplina. Deste modo, aumenta a geração de novas teorias especulativas e o interesse em explorar o posicionamento filosófico atual da Psiquiatria.

Este raciocínio indaga sobre a forma como o saber psiquiátrico define critérios de legitimação do conhecimento, compreende seu objeto (mente? alma? cérebro? comportamento?) e métodos, e cria intervenções aceitas por clínicos e pacientes. Neste sentido, torna-se tarefa da Psiquiatria aferir, nosografar e apresentar os resultados da organização do que é mental. Seja pela via de perceber sintomas (patologia) ou pela observação de manifestações normais (fisiologia), a

Psicopatologia se apresenta como campo de descrição dos fenômenos mentais, cerebrais, psíquicos, psicológicos ou psiquiátricos, frequentemente sem grandes distinções entre eles. Uma alucinação, um desejo ou a motivação são peças elementares do quebra-cabeça criado no *setting* psiquiátrico e merecem reflexões.

A clínica médica e a psiquiátrica usam esses constructos para desenvolver sua prática. Partindo da interação com o paciente que lida com sofrimento psíquico, nascem leituras de como entender a experiência desse sujeito, de como classificá-la (entre outras coisas, como normal ou patológica), de como se portar frente a ela, de como conduzir o encontro e de que respostas serão dadas como prática profissional individual àquela relação ou como política pública. A verbalização de estar escutando algo que não existe para um médico pode, por exemplo, implicar na inscrição em uma categoria diagnóstica, na compreensão de que a pessoa não tem capacidade de cuidar de si e um familiar deve ser convocado ou na decisão por uma internação contra a vontade do sujeito, o que gera a demanda de uma política pública por leitos especializados em receber esse perfil de pessoas.

2.2 A produção do mental

A preocupação bioética em relação a pessoas que não querem se tratar dialoga com reflexões sobre eutanásia e sobre a missão do médico de proporcionar uma boa vida e, portanto, uma boa morte. O desejo de deixar uma doença progredir sem fazer acompanhamento é habitualmente visto como um direito a ser respeitado nas especialidades médicas, porém com um contexto reflexivo mais extenso na Psiquiatria.

Uma pessoa que esteja em sofrimento psíquico ou apresentando-se como risco à sociedade e não deseje fazer um tratamento de saúde traz à discussão temas como capacidade de autodeterminação, o papel pericial do médico em definir

a linha entre o normal e o patológico, e a possibilidade de conduzir esta pessoa a tratamento contra a sua vontade. Os “casos difíceis” na prática médica ou psiquiátrica não são os que carecem de recursos tecnológicos, mas se constituem quando se estabelece um dilema ético e moral. Como aponta Castellana (2019):

“As situações em que a perda da capacidade decisória do paciente não está evidente ou nas quais a perda da autonomia é clara, mas o risco de prejuízo à saúde é difícil de avaliar, configuram casos bastante complexos na prática do psiquiatra” (Castellana, 2019).

Foucault (2000) denuncia a aproximação entre a Psiquiatria e a prática penal, ressaltando o movimento da Psiquiatria em estabelecer, no século XIX, que no âmago de todo crime havia um pouco de loucura e, portanto, por trás da loucura, há perigo de crime. A função pericial do psiquiatra, de definir se um sujeito é capaz de tomar decisões por si e arcar com as suas consequências, ganha grande força na prática clínica, também para além da saúde mental. Desse modo, há o risco de que qualquer discurso produzido sobre a motivação ou formas de motivar ou estimular pessoas a algo finde por se tornar uma prática disciplinar.

Esta reflexão é muito importante nos momentos em que o saber fisiopatológico (emagrecer reduz mortalidade ou filtro solar reduz incidência de câncer, por exemplo) encontra a clínica real, quando é necessário que o indivíduo mude hábitos de vida, caso queira “aproveitar” os benefícios que a pesquisa científica traz. Como exemplos, podemos citar a relação terapêutica focada na insistência de um médico em que um paciente com dor de joelho comece atividades físicas para perder peso, consultas infrutiferamente voltadas ao manejo dietoterápico de um hipertenso e diabético com perfil metabólico descompensado e questões relacionadas à adesão à farmacoterapia de doenças crônicas, como a infecção pelo HIV. Essas situações são desafios à prática clínica, desafiam o

repertório terapêutico dos médicos, muitas vezes minam o vínculo entre cliente e equipe e com frequência estão relacionadas a altas administrativas impulsivas por falta de adesão. A discussão habitualmente se torna bioética ou jurídica (“se ele não quer se tratar, vamos oferecer a vaga para quem quer”), e o resultado pode ser a negligência ao projeto de cuidado do sujeito.

A preocupação de como mobilizar o paciente a se engajar com efetividade em seu tratamento traz à mente o conceito de motivação e a entrevista motivacional como possibilidade de intervenção (McConaughy, Prochaska, Velicer, 1983; DiClemente et al., 1991; Prochaska, Velicer, 1992; Prochaska et al., 1994). Compreendendo a epistemologia como a disciplina que estuda a origem e a legitimação do conhecimento, faz-se importante questionar o seu lugar na medicina de forma geral e especificamente na Psiquiatria como campo de saber, além de compreender a crise filosófica por que passam esses campos. Delinear motivação como um constructo das ciências naturais, humanas ou híbrido põe a ciência psiquiátrica em posição de rever as bases conceituais de sua prática.

A loucura, a doença mental, o transtorno mental ou elementos que povoam o cenário da mente (motivação, vontade, desejo) não são objetos encontrados na natureza independente da presença humana, como o são hipopótamos, cajueiros ou lítio. A construção da ideia de loucura e a escolha dos nomes que serão usados para descrevê-la e classificá-la (ou o ato de não o fazer) se dão pela mediação de outro sujeito. “É que não há compreensão e, conseqüentemente, interpretação sem mediação. A mediação é condição de possibilidade da compreensão e da interpretação” (Gagnebin, 1997). Uma vez definida como tal, a loucura pode ser nosografada, *le dit du dire* escapa do ato de dizer do sujeito e se naturaliza, se assemelha ao dito de outros sujeitos perturbados e é tipificado como objeto. O clínico extrai “o dito” daquilo que foi dito e o organiza segundo os parâmetros do

saber de onde parte. O psicanalista verá estruturas (neurótica, perversa, psicótica) embebidas em sexualidade, o psiquiatra verá ativação de neuroeixos imersos em neurotransmissores e o behaviorista verá antecedentes e consequentes de respostas.

Desta forma, a neurociência se propõe a descobrir conformações cerebrais (através de neuroimagem funcional, identificação de endofenótipos e padrões neuropsicológicos) equivalentes aos achados descritos na clínica psiquiátrica e cria-se a imagem de que estamos lidando com objetos plenamente naturais. Não se salienta com frequência no discurso hegemônico na Psiquiatria atual o simples fato de que todas as pesquisas que aí buscam encontrar a estabilidade biológica dos constructos mentais se iniciam com uma relação humana mediada pela linguagem. A validação de endofenótipos em transtornos mentais, a associação de quadros clínicos a padrões de ativação na neuroimagem funcional e a legitimação de diagnósticos através de biomarcadores se iniciam com uma entrevista feita por psiquiatra munido da responsabilidade de decidir se o que observa constitui um evento normal ou patológico. Independente da quantidade de testes computadorizados, formulários padronizados para guiar a entrevista ou avaliações neuropsicológicas, o contato entre médico e paciente é sempre imperativo.

Sendo a motivação o elemento mediador entre o refletir sobre o fazer, a tomada de decisão e o engajamento efetivo na ação, como a ciência pode nos ajudar a compreender esse processo? Podem a Psiquiatria e a Psicologia nos prometer uma agenda de pesquisa que ilumine estas etapas? Desse modo, poderíamos produzir tecnologia comportamental para ajudar pessoas a resolver ambiguidades que as seguram para trás, impedindo a boa progressão de seu tratamento de saúde? Quem define qual “progressão” é “boa”? Que noção de sujeito está implícita na propedêutica que o classifica em fases de desenvolvimento

segundo sua motivação e quais os impactos para as práticas de saúde construídas sobre essa perspectiva?

3. OBJETIVOS

O presente estudo parte de uma crítica histórico-filosófica ao conceito de motivação, tal como utilizado na saúde, de modo geral, e no campo da saúde mental em particular, buscando identificar algumas de suas relevantes consequências práticas (instrumentais e ético-morais) para o cuidado em saúde. Interrogando-nos sobre que perspectiva de sujeito é considerada na propedêutica em saúde mental, buscamos refletir sobre como se organiza a terapêutica, as intervenções comportamentais nas práticas de saúde mental.

Esse caminho nos traz a necessidade de aprofundar essa busca, esquadrinhando com maior qualidade a noção de pessoa que procuramos. Assim, temos também como objetivo estudar a natureza do sujeito que subjaz à prática que amplia o escopo da clínica psiquiátrica com base na nosografia com o intuito de trazer para a consulta as histórias contadas pelo paciente, a Psiquiatria Narrativa.

Por fim, buscamos examinar com mais profundidade o tema da identidade narrativa, o que nos traz a nosso último objetivo: compreender como a noção de sujeito que, definido pela prerrogativa de narrar sua história através da construção de um roteiro, se espelha nas práticas de saúde e qual o papel do profissional na relação profissional-paciente quando se considera o sujeito que busca cuidado um homem capaz.

4. MÉTODO

Para traçar nossa rota, inicialmente buscamos empreender a caracterização e a crítica do conceito hegemônico de motivação na psicologia empírica. Nossa investigação começa procurando pelos traços principais, fundamentos e implicações do conceito de motivação na Psicologia através do modelo transteórico de James O. Prochaska nos Estados Unidos, iniciado na década de 1970. Rastreamos o desenvolvimento deste quadro nos artigos publicados por ele e seu grupo desde então, indexados no *PubMed/MedLine* e *Web of Science*, e nas referências utilizadas por esses autores. Foi dado enfoque especial ao desenvolvimento dos estágios de mudança descritos, aos pressupostos epistemológicos do modelo de ciência apresentado e à concepção de ser humano que subjazia aos seus constructos teóricos.

Para fins de análise crítica, cotejamos os pressupostos do conceito de motivação no modelo transteórico de Prochaska com o conceito de vontade tal como desenvolvido por Paul Ricoeur, no momento pré-hermenêutico de sua obra, na sua fase de antropologia filosófica. Escolhemos o livro derivado de sua tese de doutorado, *Filosofia da vontade*, cuja primeira parte tem o nome de *O voluntário e o involuntário* (Ricoeur, 1950). Ricoeur discute os achados da Psicologia Empírica, interessando-se por como estes achados dialogam com outra concepção do humano, que ele desenvolve a partir de sua leitura do livro *Ideias* de Husserl. O autor cria as bases da sua filosofia da ação, usando o caminho da fenomenologia da vontade para fazê-lo. Optamos por este Paul Ricoeur e por este momento de sua obra exatamente por seu interesse em dialogar com os achados explicativos da Psicologia Empírica e entendê-los como possíveis, mas não únicos, no processo de entendimento do fenômeno humano.

Consideramos que estes conceitos não são um retrato fiel de objetos presentes no mundo de forma dada, mas elaborações que são fruto de nossas interpretações do corpus documental, segundo categorias básicas que orientarão esta busca. Neste sentido, tomaremos a hermenêutica filosófica (Gadamer, 1960; Ricoeur, 1986) como fundamento do trabalho compreensivo-interpretativo sobre os textos que construíram os conceitos e práticas a serem estudados. Estas categorias não devem ser fixas, mas dialogar com o texto de modo a permitir que se produza compreensão através do retorno ao significado que ele engendra em suas palavras. Para Gadamer (1960, p.32-3),

“Esforçando-se para entender o universo da compreensão melhor do que parece possível sob o conceito de conhecimento da ciência moderna, a reflexão deverá encontrar um novo relacionamento também com os conceitos que ela mesma utiliza. Deverá conscientizar-se de que sua própria compreensão e interpretação não são uma construção a partir de princípios, mas o aperfeiçoamento de um conhecimento que já vem de longe. Assim, os conceitos que utiliza não poderão ser apropriados acriticamente, mas deverá adotar o que lhe foi legado do conteúdo significativo original de seus conceitos”.

Neste estudo, não estamos interessados especificamente nas descobertas que vêm das Neurociências, mas em como elas impactam nossa compreensão do que é nosso objeto. Se a maneira como a Psiquiatria concebe o ser humano reflete a maneira como os psiquiatras cuidam de seus pacientes, meditar sobre a construção do conceito de motivação no modelo transteórico pode iluminar nosso caminho.

A fim de fomentar reflexões sobre esse tema, esta pesquisa busca elucidar o conceito de motivação em dois momentos da história, quando seus pressupostos foram revisitados. Um deles foi no momento em que a noção de estágios

comportamentais de mudança surgiu dentro da psicologia empírica nos Estados Unidos, no final da década de 1970. Esse movimento influenciou o que viria a ser a psicoterapia baseada em evidências, que se tornou uma abordagem hegemônica. A outra foi a época, logo após a Segunda Guerra Mundial, em que o filósofo Paul Ricoeur (1913-2005) produziu sua tese de doutorado, *Philosophie de la volonté* (Filosofia da vontade), da qual foi publicada a primeira parte, *O voluntário e o involuntário*, em 1950. O pensamento de Ricoeur influenciou as décadas seguintes de estudos sobre filosofia da ação e fenomenologia.

Aqui, temos o Ricoeur que se preocupou em forjar os fundamentos fenomenológicos deste projeto em sua antropologia filosófica pré-hermenêutica. Nosso foco estará em compreender qual é a concepção de ser humano para Ricoeur nesse momento de sua obra, e como ela se contrapõe a outras narrativas, como a produzida pela comunidade científica da psicologia empírica no final dos anos 1970.

Iluminados pela hermenêutica filosófica de Gadamer (1960), nosso objetivo aqui foi melhorar a compreensão em relação a duas formas de perceber o conceito de motivação, que se referem a duas origens filosóficas diferentes. Não objetivamos julgar a validade ou fidedignidade desses construtos, ou se refletem ou não a verdade de um determinado fato distante da incerteza; nem pretendemos decompor as unidades desses discursos, para analisar se seus enunciados são adequados para a produção efetiva de conhecimento. Em vez disso, nosso objetivo foi promover uma “fusão de horizontes” (*Horizontverschmelzung*) (Gadamer, 1960) entre cada uma dessas duas perspectivas e nossa própria situação hermenêutica sobre a compreensão do conceito de motivação e as implicações desse conceito para a noção filosófica do ser humano na medicina e consequentes práticas de saúde.

“Perguntamos” ao texto a questão da pesquisa, buscando possibilidades de compreensão e saber. Como aponta Morato (2022), “No jogo da arte do perguntar ainda se desvela como o agir interpretativo implica o modo humano que, no seu cotidiano, procura compreender a si mesmo e a outro no mundo”. Desse modo, procuramos uma autêntica abertura à forma com que os diferentes autores percebem o conceito de motivação.

Damos continuidade à investigação retomando a reflexão sobre as implicações éticas e técnicas para as práticas de saúde consequentes ao modelo psiquiátrico hegemônico e à leitura fenomenológico-hermenêutica. Utilizaremos como referencial teórico para compreensão destes elementos o quadro do Cuidado (Ayres, 2009a; Ayres, 2009b), entendendo que as práticas de saúde escapam ao mero agir técnico de ligar meios a fins. Há outros elementos presentes na ontologia do Cuidado em saúde que enriquecem a leitura do fenômeno em sua totalidade. O modo como o profissional estabelece a relação de vínculo com o sujeito a ser cuidado organiza a produção de ações que podem se restringir a um pólo objetificado ou podem apostar na autonomia deste sujeito, considerando-o ativo e capaz de escolher os caminhos para a sua saúde.

“Também aqui estamos chamando de sujeito algo mais rico que o agente ou o objeto de uma ação técnica. Estamos falando de um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético. Quando esses dois sujeitos – o(s) sujeito(s) profissional(is) de saúde e o(s) sujeito(s) pessoa(s)-alvo das ações de saúde – se constituem um diante do outro, naturalmente que um processo de objetivação e “objetificação” está colocado. Há uma técnica que justifica e estabelece a presença de um diante do outro. Mas se tudo o que dizíamos acima for verdadeiro, então essa presença, para que justifique mesmo a utilidade desta técnica particular, cobrará elementos que vão exigir dela muito mais que a produção e a manipulação de objetos” (Ayres, 2009a).

Nosso olhar não está voltado primariamente a como um autor pensou ou desenvolveu uma ideia específica, mas como um conceito localizado historicamente foi percebido pelos autores daquele lugar àquela época. Inspirados na epistemologia histórica de Canguilhem (1966), nos interessa mais a dinâmica histórica dos conceitos do que propriamente as intenções dos seus formuladores (Méthot, 2013). Este método se ajusta aos nossos objetivos de forma mais apropriada do que a “busca dos precursores” e dos desenvolvimentos subsequentes do conceito de motivação, como costuma acontecer em historiografias científicas tradicionais. Também não temos a pretensão de investigar a motivação por uma ótica formalista ou lógica, tentando compreender se o conceito de motivação seria válido enquanto constructo verificável ou falseável (Ganem, 2012). A proposta é tensionarmos a narrativa conceitual da motivação implicada nas práticas de saúde mental cotejando-as com as reflexões propostas por Paul Ricoeur em sua *Filosofia da Vontade*.

A provocação de Ricoeur sobre a vontade como um fruto do lugar que se interpõe ao voluntário e o involuntário faz referência a uma perspectiva intrigante do que é o humano. Essa concepção traz a ideia de um sujeito capaz, com potência para compor ativamente a relação com o profissional da saúde. As reflexões posteriores de Ricoeur o levaram a examinar diferentes formas de discurso estendido, como as metáforas. Segundo Ricoeur, as metáforas vivas não produzem mero efeito decorativo ou retórico, mas uma redescrção da realidade. Isso chamou a atenção do autor para como as pessoas dizem as coisas. “Quem disse isso?”, “Quem fez isso?” e, finalmente, “Quem é isso?”, levando-o ao conceito de identidade narrativa e à virada para a individualidade.

Neste sentido, buscamos aprofundar nosso entendimento sobre a proposta que questiona a lógica psiquiátrica focada no diagnóstico nosológico e nas terapias

biológicas, incluindo as histórias contadas pelos pacientes na prática clínica, a Psiquiatria Narrativa. Torna-se de nosso interesse, portanto, entender a qual sujeito esse projeto faz referência e como ele é apresentado. Para empreender essa análise crítica, usamos o momento do pensamento de Ricoeur em que ele discute mais detalhadamente o conceito de identidade (narrativa) do sujeito, em o *Si-mesmo como um outro*, obra que “concentra o essencial de seu trabalho filosófico” (Ricoeur, 1995 apud Lauxen, 2015). Instigados pela noção de um sujeito capaz e ativo na composição do *setting* clínico ao narrar sua história, concluimos o trajeto refletindo sobre o papel do profissional nas práticas de saúde ao considerar esse enquadramento.

5. ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 08/08/2018, sob o nº 281/18 intitulado: “*A história do conceito de motivação e suas consequências para as práticas em saúde.*” apresentado pelo Departamento Medicina Preventiva. O título reflete a primeira etapa desta investigação, iniciada como projeto de mestrado e convertida no exame de qualificação para doutorado direto devido ao estado de maturação em que a pesquisa se encontrava àquele momento. As documentações comprobatórias de aprovação encontram-se nos anexos. Por se tratar de uma investigação sobre elementos histórico-conceituais e não colher dados com sujeitos humanos de pesquisa, dispensa-se a necessidade de registro na Plataforma Brasil e o uso de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

6. PRÓLOGO DA BUSCA PELO SUJEITO

6.1 Promessas da Psiquiatria e da Psicologia

No início dos anos 1990, George H. W. Bush (“o pai”) foi ao Congresso americano conjugar esforços para anunciar a década do cérebro, um projeto de aumento de financiamentos e redirecionamento de foco de pesquisas para compreender em detalhes o órgão que abriria a janela para a essência humana e para a produção de tecnologia relacionada a ele. Pesquisas com neuroimagem funcional, que mostram o encéfalo em atividade, fizeram florescer novos dados, amadureceram conceitos e alavancaram novas iniciativas, como o Projeto Conectoma Humano, que pretende criar o primeiro diagrama interativo do cérebro humano vivo (Van Essen et al., 2012).

O império atual das neurociências contrasta com o campo de batalha do nascimento das abordagens psicológicas no início do século XX. Partindo de várias perspectivas filosóficas e com objetos e métodos muito diversos, a Psicologia se desenvolveu como uma colcha de retalhos (Heidbreder, 1981), tornando a utopia de vencer o abismo de olhares distintos um acalento à dificuldade de conviver com esta diversidade. Os vetores deste encontro tanto partem da Psicologia em direção à Psiquiatria, filiada ao modelo científico hegemônico, quanto percorrem o caminho contrário. Indo em direção à Psiquiatria, a pluralidade discursiva das abordagens psicológicas torna-se uma barreira a ser transposta. A aproximação à forma de fazer ciência da Psiquiatria tornaria mais fácil o diálogo com outras ciências, e um exemplo de busca de solução diante da pluralidade discursiva foi a busca de unidade em torno de uma eclética síntese “transteórica” (Prochaska, DiClemente, 1983; Prochaska, Norcross, 2013).

Quando o vetor de encontro é o inverso, e vai da Psiquiatria para a Psicologia, há preocupação em “higienizar” o discurso psiquiátrico de vozes discordantes para evitar comprometimento com uma abordagem psicológica específica. O projeto do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais – DSM, especialmente a partir da sua terceira edição (APA, 1980), buscou limpar de suas categorias as formulações psicanalíticas com o objetivo de promover maior uniformidade e validade do diagnóstico psiquiátrico (Dunker, 2014).

Este caminho se inicia com a proposta de Karl Jaspers de uma Psicopatologia Fenomenológica, apoiada pela Filosofia de Edmund Husserl, e tentando construir uma Psiquiatria usando a Fenomenologia como método de pesquisa. Usando a ideia husserliana de “chegar às coisas mesmas”, Jaspers se propõe a mapear o mundo psíquico com descrições dos fenômenos que observa na clínica, mesmo de modo que aparentemente não guardava grande relação com o raciocínio desenvolvido por Husserl. Walker (1988) defende que Jaspers demorou para perceber (“*slow to realize*”) que o seu entendimento de fenomenologia era distinto do de Husserl. Entendendo a Fenomenologia não como um método filosófico, mas como método empírico (“*ein empirisches Verfahren*”), Jaspers delineia um projeto científico para descrever as experiências subjetivas dos pacientes psiquiátricos (Wiggins, Schwartz, Spitzer, 1992). O reconhecido fenomenólogo Hubertus Tellenbach considera que “Jaspers tem o mérito de ter enriquecido a psiquiatria com a introdução da psicologia espiritual de Dilthey e sua teoria das conexões compreensíveis...” (Berrios, 2015b).

Independente das concordâncias ou discordâncias, Jaspers teve um papel central na organização dos fenômenos psíquicos para a Psiquiatria, já em um momento de fragmentação de uma Psicologia única em diferentes abordagens. No mesmo ano de 1913, Jaspers publica sua obra prima, o *Psicopatologia geral*

(Jaspers, 1913), Watson nomeia o movimento comportamentalista (sem um termo unificado até então) com a publicação de *A psicologia como um behaviorista a vê* (Watson, 1913), e, já com o conceito de inconsciente estabelecido, Freud discute a seleção de pacientes que seriam ou não “apropriados para a psicanálise” e propõe chamar de “parafrenia” a doença que Bleuler recém rebatizara de “demência precoce” para “esquizofrenia” (Freud, 1913). Curiosamente é o mesmo ano em que Viena aprecia cinco moradores (que se tornariam) ilustres: Freud, Hitler, Trotsky, Stalin e Tito (BBC, 2023); e em que nasce o francês Paul Ricoeur.

Em seguida, o projeto de uma Psiquiatria como disciplina científica se fortalece consistentemente com Emil Kraepelin, cuja perspectiva ganhou grande relevância e despertou a atenção de seguidores. Para o autor, as categorias diagnósticas definidas pelos psiquiatras através de entrevistas clínicas e do exame psíquico refletiriam determinados padrões de alterações cerebrais. A proposta de Kraepelin era a da construção de uma Psiquiatria com sólidas bases biológicas, em que as justificativas psicológicas da gênese dos transtornos mentais dessem lugar a uma promessa de descrições empíricas dos achados encefálicos subjacentes aos sintomas. O DSM-III se consolida como um projeto neokraepeliniano, expurgando termos psicanalíticos do manual (Dunker, 2014), de modo a não se comprometer com uma abordagem psicológica em específico e fundar as bases de uma Psiquiatria “sem teoria”, com termos descritivos fiéis às observações empíricas.

O campo da Saúde Mental¹ que se construiu em torno do projeto de (a) uma Psicologia que eliminasse discordâncias entre abordagens e de (b) uma Psiquiatria construída sobre uma linguagem não comprometida com uma abordagem

¹ Em todo o trabalho usamos o termo Saúde Mental simplesmente para descrever o campo dos saberes que se ocupam do “psíquico” ou “mental”, como a Psiquiatria e a Psicologia. Não fazemos referência ao Movimento da Saúde Mental ou outros caminhos com reflexo nos horizontes ético, político, de processos de trabalho ou práticas de saúde.

psicológica específica se tornou hegemônico. Como se fortaleceu o movimento de compreender a pluralidade de perspectivas da Psicologia como um obstáculo à verdadeira ciência? Para onde caminhou o projeto de fundar uma Psicopatologia Fenomenológica enraizada no exame psíquico descritivo? Como ela se alia com o projeto de uma Psiquiatria isenta de referencial teórico, como uma descrição objetiva de fenômenos naturais?

6.2 A ideia de “mente” na Psiquiatria

Falar de uma Psiquiatria psicodinâmica, cognitivo-comportamental ou biológica pressupõe o desenvolvimento teórico-científico da Psicanálise, da Terapia Cognitivo-Comportamental e do campo das Neurociências, o que só ocorreu a partir do século XX. Até então, a própria ideia de um ramo da Medicina que estudasse a alma ou a mente precisava ser construída. Só então seria possível dar o passo seguinte e pensar em Psiquiatrias no plural, após a lapidação dos conceitos de inconsciente, comportamento e determinação biológica dos transtornos mentais.

Pensar “mente” como um constructo nos remete a compreendê-la como um conceito unitário (“vejo sua mente se manifestar pelas suas palavras”, “ele é um demente”), além de ser palco de operações psíquicas como pensamentos, imagens e sonhos. Na Antiguidade Clássica, falar em faculdades mentais equivalia a descrever as causas destes fenômenos, localizados não na mente, mas na alma (*Ψυχή*). Platão discriminou três faculdades da alma: racional, apetitiva e o “espírito superior”; Aristóteles ampliou esta lista para nutrição e reprodução, sensação, desejo, locomoção, imaginação e razão. A leitura aristotélica é reestruturada na classificação tripartite de Santo Agostinho, tornando-se influente como intelecto, memória e vontade, correspondentes a ser, verdade e amor. São Tomás de Aquino,

posteriormente, fala sobre faculdades intelectuais e apetitivas da alma. No século XVIII, com a noção de “função” fortalecida na fisiologia, o foco nas capacidades da mente ressurgiu na obra do pai da psicologia das faculdades, Christian Wolff e no pensamento de outros filósofos (Berrios, 2015a).

Outro modelo para abordar a questão da mente é o do Associacionismo, que foi muito influente nos séculos XVII e XVIII. Partindo de elementos primordiais, como o átomo ou as ideias simples de Locke, combinam-se esses elementos segundo “leis de associação” para trazer luz a eventos complexos, como na metáfora da estátua de Condillac, que apresentaremos abaixo e descreve como sensações simples se associam entre si para produzir fenômenos psíquicos complexos. O próprio Locke pensou os mecanismos da doença mental, dizendo que os loucos reuniam muito mal as ideias, confundindo-as com a verdade. Desta forma, errariam como homens que argumentam certo a partir de princípios errados, como na épica luta de Dom Quixote contra os moinhos de vento. As ideias associacionistas se desdobraram na França e na Alemanha na figura de pensadores muito importantes para o campo, ganhando uma roupagem psicológica na primeira metade do século XIX. A influência de Herbart chegou através de Griesinger a Krafft-Ebing e Meynert, e posteriormente a Wernicke, o que se percebe em sua perspectiva “conexionista” da afasia. O próprio trabalho de Fechner se baseava na associação de unidades simples de análise como base, o que influenciou Wundt a aproximar o campo do mental à metodologia analítica, delinear experimentos e publicar seus dados, o que lhe valeu o título de pai da Psicologia. Tanto Wundt quanto Kraepelin buscaram estabelecer descrições experimentais de insanidade (Berrios, 2015a).

Próximo ao ciclo enciclopédico de Diderot e seguindo a tradição empirista de Locke e Bacon, Étienne Bonnot de Condillac trouxe muito do escopo de suas reflexões para o campo psicológico. Em seu *Traité des sensations*, a metáfora da

estátua de mármore ilustra como seus argumentos se organizarão para chegar aos capítulos onde discorre sobre pessoas com limitações nos sentidos, como olfato, audição, olfato e audição combinados, paladar e visão. O autor imagina uma estátua cuja organização interna seja idêntica à de um homem, animada por uma alma que nunca recebeu uma ideia e onde nenhuma impressão sensível haja penetrado. Ele liberta os sentidos um a um, começando pelo olfato, o sentido que menos contribui para o conhecimento humano. À primeira experiência de olfato, a consciência da estátua é ocupada por ela e este ocupar é a atenção. Esta experiência produzirá prazer ou dor, que serão as peças-chave para determinar as operações da mente que construirão todo o conhecimento de que ela é capaz neste momento. A reminiscência do odor sobre a atenção é a memória, que nada mais é que uma forma de sentir. Da memória surge a comparação. Imaginemos que a estátua experimente o odor de uma rosa tendo a memória do cheiro de um cravo. Comparar nada mais é que apresentar à atenção duas sensações simultaneamente. Assim que a estátua tiver desenvolvido comparação, ela terá julgamento. Comparações e julgamentos se tornam hábitos, são guardados na mente e formam séries, surgindo assim o poderoso princípio da associação de ideias. Da comparação de experiências passadas e presente em termos de qualidade de prazer proporcionado emerge o desejo, que estimula memória, imaginação e desperta as paixões. Paixões são, portanto, sensações transformadas (Falkenstein, 2010). A faculdade “sentimento” como algo independente só se torna aceita no final do século XVIII, sendo antes reduzidas enquanto paixões a uma sensação ou um elemento racional (Berrios, 2015a).

Uma possível razão para o florescimento da Psicopatologia descritiva nos círculos alienistas franceses do século XIX é a chegada antecipada neste país de elementos da Psicologia das Faculdades implícita na filosofia escocesa.

Posicionando-se contra a ideia de Condillac de que associações de sensações geram faculdades, Laromiguière, Royer-Collard, Cousin e Jouffroy se aproximaram do essencialismo de Maine de Birac, que, como uma forma de “funcionalismo” espiritualista da mente, valorizava as experiências interiores. Um exemplo de como a Psicologia das Faculdades influenciou o pensamento da época foi a craniologia, posteriormente batizada de frenologia por Spurzheim. Após anatomizar as faculdades da mente em regiões cerebrais, tinha-se a ideia de poder localizar ectoscopicamente no crânio tais características. Isto gerou uma das primeiras teorias da personalidade com propriedades conceituais peculiares e que influenciam os caminhos científicos até hoje, como a ideia de tipos ideais estáveis de personalidade, possibilidade de aferição objetiva por um examinador e traços que escapam à simplicidade de meras faculdades. Torna-se possível que paixões, sensações e memória deem lugar a impulsividade, motivação e desejo. O declínio da Psicologia das Faculdades se dá no fim do século XIX, mas o ímpeto descritivo que lhe era característico torna-se uma marca a ser usada por muitos sucessores, inclusive Esquirol, Prichard, Bucknill e Tuke, no movimento de classificar as síndromes psiquiátricas que se tornariam os agrupamentos atuais de esquizofrenia, estados delirantes, transtornos afetivos e psicopatia, respectivamente (Berrios, 2015a).

A Psicologia das Faculdades traz a ideia de que os humanos têm capacidades mentais específicas e determinadas. Quando falamos que “o occipital vê”, “o parietal sente” e “o temporal escuta”, rapidamente podemos progredir o raciocínio para “o orbito-frontal contém impulsos” ou “o pré-frontal dorsolateral planeja meu dia”. Essas falas se baseiam na ideia de que determinadas áreas cerebrais são responsáveis por funções mentais específicas, inatas em sua natureza ou forma de aquisição. Alguém pode desenvolver de forma incipiente o

controle de impulsos (como no transtorno borderline), pode ter uma motivação frágil (como no alcoolismo) ou ter cegueira cortical porque “controle de impulsos”, “motivação” e “visão” são faculdades da mente, diferente de “telepatia” ou “clarividência”. Aqui é importante destacar a visão, já que, como sensação, ela se associaria a outras para construir experiências mais complexas, na leitura empirista do Associacionismo. Para a Psicologia das Faculdades, elas seriam independentes, não produtos de combinações mais simples. Com a passagem do século, o foco mudaria dos termos que elencam as capacidades da mente para a descrição das vivências dos sujeitos que as experimentam. A Psicopatologia nasce coletando esses dados e organizando no que se tornariam as síndromes psiquiátricas.

Dos grupos funcionais intelecto, memória e vontade, este último foi o primeiro a perder força. Falar sobre as ações do sujeito sem incluir este elemento crucial na descrição é certamente uma tarefa desafiadora. Quando alguém não se coloca na posição de paciente para cuidar de si apesar de todos os esforços dos que estão a sua volta ou quando há resistência em perder peso e mudar outros hábitos de vida por conta de doenças que já se instalaram, a pergunta sobre o porquê destas ações sempre vem à mente. A crise terminológica que se instalou na virada do século XX após a derrocada do conceito de vontade foi rapidamente solucionada com a emergência da “motivação” e do “impulso”. A “falta de força de vontade” do bêbado do século XIX se tornou o “déficit motivacional” do dependente químico de nossa época. Há de fato maior valor heurístico para descrever os sintomas mentais quando falamos de “motivação” ao invés de “vontade”? Certamente estamos falando de um novo momento da Saúde Mental, mas talvez a consistência da explicação tenha mudado pouco (Berrios, 2015a).

Pensando a relação entre as faculdades mentais, Kant entendia que a relação entre a razão e a vontade deveria ser feita por uma terceira faculdade, a

emocional ou orética². Em semelhança ao conceito francês de psicastenia, conhecido no pensamento de Pierre Janet como “a perda da função do real”, Kant também entendia a doença mental como um enfraquecimento das faculdades. Usando os termos de forma similar à Psicopatologia descritiva hegemônica atual, o autor alemão já entendia o comprometimento da percepção como “alucinação” e do pensamento como “delírio”, entendendo estas duas funções como distintas. As emoções eram vistas como perturbadores da vida racional e causas potenciais de doenças mentais. Kant mesmo sugeriu um mecanismo patogênico, defendendo que doenças do cérebro poderiam ser produzidas por mudanças na intensidade dos sintomas ou por associações particulares entre eles.

Em 1791, a França passa por profundas mudanças, a revolução clama por soberania popular e nasce a primeira constituição escrita do país. Em 1790, Paris já começava a ser dividida em 48 seções, liquidavam-se os antigos privilégios do Clero com reformulação das relações entre Igreja e Estado, e determinou-se a construção de casas especificamente para os loucos. Com o arcabouço filosófico para pensar as funções da mente ao longo do século XVIII e as transformações sociais próximas à virada para o século XIX, Philippe Pinel escreve sua *Nosographie Philosophique* em 1791 e integra a empreitada dos alienistas europeus de lapidar a Psicopatologia descritiva. Em 1793, Pinel assume a direção do Bicêtre, o manicômio masculino, e em 1795 do feminino, Salpêtrière. Ele compreende as alterações cerebrais como substrato para a doença mental, decorrente de fatores hereditários, lesões orgânicas ou pressões individuais ou sociais. A simbólica litografia colorida de Tony Robert-fleury do séc. XIX, exibida na biblioteca de artes decorativas em Paris, captura a imagem de um Pinel em Salpêtrière com olhar sereno frente a uma mulher

² Kant se refere à faculdade orética como sinônimo de faculdade emocional, uma intermediadora entre o âmbito racional e a vontade. Não há aqui relação com apetite alimentar, como nos termos médicos “anorexia” ou “hiporexia”.

sendo libertada de seus grilhões – alguns pacientes chegaram a ser acorrentados por até 30 a 40 anos (Foucault, 1995).

Com as descrições de “lesões da função da vontade”, Pinel marca a transição do pensamento alienista do Associacionismo para a psicologia das faculdades, caracterizando uma nova taxonomia psiquiátrica. Neste momento as experiências subjetivas estão autorizadas a entrar na clínica, tanto no diagnóstico quanto no tratamento. Recebendo o título de pai da Psiquiatria por suas ações, ele proíbe sangrias, uso de laxativos e indução de vômitos. Pinel instituiu o que chamou de *tratamento moral*

Figura 1 - Pinel, médecin en chef de La Salpêtrière, délivrant lês aliénés de leurs chaînes.



Fonte: Le monde des Pinel³

através do diálogo com o fundo de razão que julgava ainda restar aos pacientes, o que permitiria alguma comunicação e influência sobre eles, acompanhado de atividades ocupacionais.

Ao progredir do século XIX, a aceitação dos “conteúdos da consciência” como campo legítimo de investigação torna-se terreno fértil para o afastamento da avaliação exclusiva do comportamento expresso e da competência psicossocial, possibilitando a ascensão das psicologias. A própria nosografia psiquiátrica também se modifica. As versões mais recentes de mania e melancolia só se constituem com a aceitação de dados da experiência subjetiva sobre humor e emoções. Em 1860 reaparece o conceito de paranoia, agora se baseando somente na presença de experiências delirantes, como no atual transtorno delirante persistente. Os

³ Disponível em: <http://www.pinel.org/pinel-celebres/philippe-pinel>. Acesso em: 20 jan. 2019.

estupores foram segmentados segundo a presença ou ausência de memória do evento e a caracterização subjetiva do conteúdo passou a nomear qualitativamente as síndromes (erotomania, delírio místico, ideia de ruína) (Berrios, 2015a).

Um dos grandes responsáveis por trazer a subjetividade para a clínica das doenças mentais foi Karl Jaspers. O autor via em Husserl um caminho para validar os conhecimentos oriundos da própria percepção do sujeito e organizou assim sua abordagem fenomenológica em Psicopatologia. Os caminhos das reflexões de Jaspers e Husserl não exatamente se cruzaram. Mesmo o Husserl inicial possivelmente teria discordado das concepções de Jaspers e posteriormente é possível que o próprio Jaspers estivesse hesitante com o que Husserl chamava então de fenomenologia (Berrios, 2015b). De qualquer modo, obra do autor marca historicamente uma importante raiz da psiquiatria “ateórica”, cuja proposta seria a de observar, descrever e classificar fenômenos da forma como eles se apresentam, “sem” vincular a leitura a uma corrente de pensamento, como a Psicanálise.

Em meados do século XX, os grandes hospitais já estavam sólidos como lugares centrais para tratar a doença mental e surgiam reflexões sobre as formas de organizar os dados da psiquiatria. Há dois nomes cuja influência é central nesse momento, do alemão Emil Kraepelin e do francês Philippe Chaslin (Berrios, 2015b). As investigações de Kraepelin e seu estilo de pensamento marcaram um modo de sistematizar as informações obtidas dos pacientes que ganhou muito prestígio ao longo das décadas. Conhecido como fundador da Psiquiatria atual hegemônica (ou “pai da psiquiatria moderna”), a Psiquiatria Biológica, Kraepelin discordou da forma com que os alienistas do século XIX produziam categorias diagnósticas. Ele apostava na hipótese de os transtornos mentais serem doenças encefálicas, e que o trabalho do clínico seria perceber alterações cerebrais através da entrevista clínica (Van Praag, 2008).

Este estilo de pensamento foi coroado em 1952 com o surgimento do DSM-I (Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, primeira edição), o compêndio da Associação Americana de Psiquiatria que tinha como objetivo sanear as divergências encontradas no campo da Saúde Mental da época, oferecendo descrições mais cristalinas das doenças. O projeto tem uma mudança de rumos com a solicitação de revisão do DSM-II acatada pela Associação Psiquiátrica Americana em 1974. Robert Spitzer, um pesquisador do *New York State Psychiatric Institute* com treinamento em psicanálise e que ajudou no desenvolvimento do DSM-II, havia ganhado projeção nacional com o debate sobre o status de doença da homossexualidade e foi escolhido como líder da força-tarefa para preparar o DSM-III. Preocupado com a questão nosológica, Spitzer reuniu um grupo que ele acreditava ser dos maiores especialistas em pesquisa diagnóstica e não em prática clínica. Com raízes intelectuais em Kraepelin e não em Freud, a força-tarefa foi vista externamente com maus olhos por aqueles cuja teoria e prática derivavam da tradição psicanalítica. O foco do projeto tornou-se aplicar os princípios da verificação científica com o objetivo de desenvolver um manual com bases empíricas sólidas que elevaria os baixos níveis de confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico através de critérios explícitos e definidos cuidadosamente (Bayer, Spitzer, 1985).

A percepção de que o pleno desenvolvimento de um modelo livre de teoria precisava perder o espírito da psicanálise fez o DSM-III mover-se de dinâmico para descritivo e adotar um modelo multiaxial de diagnóstico em 1980 (Mallet, 2012). Estavam consolidadas duas fortes posições da Psiquiatria, que se justificam mutuamente. O saber psiquiátrico somente observa os fenômenos e os categoriza segundo uma Psicopatologia “saneada” de termos de abordagens psicológicas, portanto refletindo a realidade neurofisiológica subjacente.

6.3 Da mente à mudança de conduta: o sujeito comportado

No século XIX, a delimitação de um campo de saber sobre a experiência humana independente das discussões da Filosofia já começava a fazer sentido. Para além de se interessar pelo que o homem pode conhecer e pela justificação deste conhecimento, há interesse em entender como ele pode acontecer, quais os mecanismos da percepção em si. A fundação do primeiro laboratório de Psicologia Experimental por Wundt em Leipzig no ano de 1879 refletia o interesse em estudar o fenômeno psicológico por meio de experimentos científicos, em adquirir a informação sensorial relevante em circunstâncias que excluíssem da melhor forma possível idiosincrasias do sujeito examinado e incidentes de observação. O interesse era uníssono em aferir informações, e mais, em escolher quais dados seriam relevantes e qual a metodologia correta para obtê-los (Heidbreder, 1981). A Psicologia nasce menos como um projeto científico compartilhado por pesquisadores em consonância de pensamento e mais parecida com a corrida armamentista entre o Reino Unido e o Império Alemão do início do século XX, que viria a contribuir para o cenário em que eclodiram as grandes guerras. Os dados publicados por Wundt na *Philosophische Studien* oriundos de seus experimentos no laboratório, as descrições das histéricas de Freud, com seu já batizado e estreado método de tratamento, e a constatação de possibilidade de condicionamento respondente em humanos, relatada por Watson no experimento com o pequeno Albert, são três das epistemologicamente inconciliáveis propostas do que viria a ser o campo da Psicologia ao longo do século XX.

A década de 1980 já contava com várias abordagens maduras de psicoterapia, derivadas das linhas que surgiram principalmente em meados do

século XX ou após seu início. O artigo seminal sobre a perspectiva transteórica de Prochaska e DiClemente (1983) citam o trabalho de Parloff (1976), que já no final da década de 1970 se intitula *“Indo às compras para a psicoterapia certa”* e chama o campo de “selva” por identificar 130 psicoterapias diferentes disponíveis ao público. Prochaska usa como mote para argumentar por uma abordagem transteórica a possibilidade de o aumento de divergências causar fragmentação teórica, confusão e caos. Desenvolvendo seu projeto, identifica quatro variáveis oriundas de um modelo comparativo das 18 abordagens mais influentes, (a) condições para psicoterapia, (b) processos de mudança, (c) conteúdo a ser mudado e (d) relação terapêutica. O autor mapeia os processos de mudança a nível experiencial e ambiental em um espectro de intervenções que vai de terapias verbais a terapias comportamentais ou de ação. Finaliza com o que chama de modelo transteórico de mudança e apresenta seus estágios, a hoje conhecida sequência “Pré-contemplação → Contemplação → Ação → Manutenção”, que será melhor discutida mais adiante.

O “mental” antes caracterizado de forma categorial (está ou não motivado) assume aqui um caráter dimensional (espectro de motivação desde a pré-contemplação até a manutenção). Não há preocupação com os conflitos entre as perspectivas epistemológicas distintas, com o caminho que aquele saber percorreu ao longo da história, com a forma como seus conceitos amadureceram, surgiram ou foram descartados. Ocorre uma conciliação pacificadora das abordagens psicológicas, onde braços filosóficos muito diferentes não parecem manifestar suas especificidades. Como exemplo recente deste modo de desenhar o campo da psicoterapia, lemos:

“A terapia do esquema é uma proposta de terapia inovadora e integradora, desenvolvida por Young e colegas (Young, 1990, 1999),

que amplia significativamente os tratamentos e conceitos cognitivo-comportamentais tradicionais. O enfoque dessa proposta mescla elementos das escolas cognitivo-comportamental, de apego, da gestalt, de relações objetais, construtivista e psicanalítica em um modelo conceitual e de tratamento rico e unificador” (Young, Klosko, Weishaar, 2008).

Sai de foco a Psicologia em si, a necessidade ou não desta se colocar como um conhecimento científico e seus fundamentos filosóficos, questionamentos frequentes ao longo da primeira metade do século XX. A ideia central passa a ser a de identificar mecanismos que validem uma psicoterapia que funcione segundo o formato da Psiquiatria hegemônica, de sólidas bases biológicas, com pouca preocupação além disto. Uma prática que surge derivada do conceito de motivação construído desta forma é a entrevista motivacional, um conjunto de técnicas que mudou ao longo dos anos e mantém o círculo de motivação descrito por Prochaska em 1982. Os artigos de Miller que falavam sobre relação com outros significativos (Miller, Crawford, Taylor, 1979) ou traziam no título “*Como controlar seu hábito de beber*” (Miller, Munoz, 1982), mudam de enfoque em 1983, inaugurando o termo “entrevista motivacional”.

Vale ressaltar como essas práticas podem se alinhar com a ideia de docilidade do corpo, de um sujeito submetido a intervenções que o manipulem de forma submissa (Foucault, 1975). Como traz o autor:

A idade clássica descobriu o corpo como objeto e alvo de poder. É fácil encontrar sinais da atenção então dispensada ao corpo - ao corpo que é manipulado, moldado, treinado, que obedece, responde, torna-se hábil e aumenta suas forças. O grande livro do Homem-Máquina foi escrito simultaneamente em dois registros: o registro anatômico-metafísico, do qual Descartes escreveu as primeiras páginas e que os médicos e filósofos continuaram, e o registro técnico-político, que foi constituído por todo um conjunto de regulamentos e por métodos empíricos e calculados relativos ao exército, à escola e ao hospital, para controlar ou corrigir as

operações do corpo. Estes dois registos são bastante distintos, pois se tratava, por um lado, de submissão e utilização e, por outro, de funcionamento e explicação: havia um corpo útil e um corpo inteligível. E, no entanto, há pontos de sobreposição de um para o outro. O *L'Homme-machine de La Mettrie* é ao mesmo tempo uma redução materialista da alma e uma teoria geral do adestramento, no centro da qual reina a noção de 'docilidade', que une o corpo analisável ao corpo manipulável. Um corpo é dócil porque pode ser submetido, utilizado, transformado e aprimorado. Os célebres autômatos, por outro lado, não eram apenas uma forma de ilustrar um organismo, eram também fantoches políticos, modelos de poder em pequena escala: Frederico II, o meticuloso rei das pequenas máquinas, regimentos bem treinados e longos exercícios, era obcecado por eles” (Foucault, 1975, p. 136, tradução nossa).

Definida pela Psicopatologia psiquiátrica, a conação “diz respeito aos processos volitivos do paciente, seus impulsos, desejos, vieses no processo de tomada de decisão, capacidade de tomar iniciativa, de envolver-se ou não com entusiasmo e de persistir até a consecução satisfatória das tarefas cotidianas” (Tavares, 2013). Seguindo os passos de Spinoza, a resistência à mudança no estilo de vida dos pacientes também precisa ser lida à luz da ideia de *conatus*. O corpo não somente resiste a sua desconstrução por causas externas mais fortes, ele não apenas sobrevive à morte, mas busca produzir a vida. A saúde se relaciona ao esforço (*conatus* – conação) para se alcançar maior potência, à atividade de (re)invenção do sujeito que procura em si mesmo e no mundo as possibilidades de compor sua existência (Teixeira, 2015). Os métodos baseados em coerção e supervisão, controlando meticulosamente as operações do corpo e impondo a ele uma relação de “docilidade-utilidade”, são chamados por Foucault de “disciplinas” (Foucault, 1975, p. 137).

Retomando a técnica psicoterápica, a partir da década de 1980 o norte da intervenção deixa de ser o próprio sujeito encontrar maneiras de parar de beber ou

perceber as relações com seu entorno, e a responsabilidade passa às mãos de um profissional dotado de técnicas para fomentar a motivação (Miller, 1983). A mudança na conduta disfuncional do paciente abre um amplo leque de intervenções para incontáveis situações clínicas. Neste momento, especialmente após a publicação do DSM-III (APA, 1980), já se encontra desenhado o paradigma da Psiquiatria. “A” Psiquiatria, escrita com ponto no final após seu nome, é postulada em seu formato hegemônico sobre os fundamentos cerebrais das Neurociências e é o reflexo no campo da Saúde Mental do modelo causalista da biomedicina. As outras Psiquiatrias, desenhadas em diálogo com abordagens psicológicas, precisam se justificar frente à força do *guideline* clínico, da metanálise e dos outros pilares da Medicina Baseada em Evidências. Cabe a pergunta: mas quem é o sujeito da Psiquiatria hegemônica? Qual noção de humano subjaz às práticas que visam a instilar motivação no paciente que não a tem? Como a mente será influenciada por essas técnicas para produzir hábitos de vida mais saudáveis, gerando um sujeito comportado?

Considerando este contexto, faz-se necessário compreender como o conceito de motivação ganhou o significado que ele tem hoje na literatura médica e psicológica. Que autores teorizaram sobre o motivar-se humano e como eles entenderam este constructo? De que pressupostos filosóficos partem estes pensadores para descrever o conceito? Que concepção de homem está nos alicerces reflexivos de cada um desses discursos? Quais impactos na prática clínica e na produção de tecnologia são derivados destas construções?

7. MOTIVAÇÃO E IDENTIDADE: RUMO AO SUJEITO PELAS TRILHAS DE RICOEUR⁴

7.1 Primeiras reflexões sobre motivação e Medicina

A motivação é um tema crucial e difundido dentro da medicina. O ato diário de prescrever um medicamento é necessariamente acompanhado pela reflexão do paciente sobre se sente vontade de tomá-lo ao chegar em casa ou não. Isso é ainda mais dramático em relação aos procedimentos cirúrgicos, pois apenas o consentimento não é suficiente. Os profissionais de saúde precisam “manter a motivação do paciente em alta” por meio de exames médicos e oscilações de vontade que podem levar ao abandono. Manter uma pessoa internada por dias ou meses é um exercício constante de reforço de vínculos relacionais e fortalecimento da motivação para o engajamento no tratamento.

Mas o que é motivação? A que se refere este conceito? Uma pessoa motivada é um agente de ação, uma ação voltada para o autocuidado ou algum outro objetivo. Mas como esse agente é percebido? O ser humano está condicionado por determinantes ambientais do comportamento, realizando ações que podem ser estatisticamente previstas e alteradas por meio de técnicas específicas? Pode haver mais nessa definição? Quais serão as consequências para as práticas de saúde se o ser humano for considerado algo diferente do objeto exclusivo das ciências naturais? Que impacto haverá, por um lado, na agenda científica de investigação do cérebro motivado; e por outro lado, na tecnologia leve (Mehry, 2000) produzida neste quadro?

⁴ A discussão realizada nesta seção encontra-se já publicada em formato de artigo (Sampaio & Ayres, 2019), no periódico *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* - 2-year Impact Factor (2022): 1,9; 5-year Impact Factor (2022): 2,3; Source Normalized Impact per Paper (SNIP): 0,999; SCImago Journal Rank (SJR): 0,683; CiteScore: 3,8 (*Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2023).

Considerando o modelo clássico de Leavell e Clark (1958) para prevenção primária, secundária e terciária, todos os níveis exigem que os pacientes estejam motivados para permitir intervenções relacionadas à História Natural das Doenças. Combater o sedentarismo por meio de educação em saúde, vacinar crianças ou encaminhar pacientes com câncer para psicoterapia requer intervenções que envolvem negociação entre médico e paciente ou família sobre um diagnóstico e formas de tratá-lo.

Sendo os cuidados de saúde “tudo uma questão de motivação”, é fundamental para a medicina (re)pensar os aspectos filosóficos deste conceito de forma a (re)organizar o quadro que o define, analisar o seu enquadramento crítico e produzir práticas que dele derivam. O papel que a pesquisa empírica (como imagens cerebrais, mas também achados neuropsicológicos ou endofenotípicos) desempenha na explicação do conceito de motivação precisa ser levado em consideração, juntamente com suas consequências sobre como os seres humanos são cuidados pela medicina e o próprio processo de cuidar. Portanto, dados científicos, empíricos ou objetivos são aqui considerados não como espelhos de uma dada realidade, mas sim, como construções humanas que implicam produção de sentido para um fenômeno percebido (Gadamer, 1960).

Ao nos referirmos a achados de pesquisas empíricas, não nos interessa abordar os resultados em si, discutir os métodos ou tratamentos estatísticos aplicados aos dados, mas sim buscar a compreensão (Gadamer, 1960) sobre os pressupostos filosóficos sobre os quais a comunidade científica delinea seus objetos (e, portanto, produz tais dados) e quais consequências são tiradas dos resultados. Novas pesquisas e novas descobertas trazem à tona não apenas dados brutos, mas séries de interpretações feitas por cientistas por meio de narrativas

científicas que reivindicam diferentes discernimentos sobre temas antigos, e talvez novos.

Não consideraremos "motivação" apenas como um conceito a ser descrito pelos pronunciamentos derivados das ciências naturais, seus achados de pesquisa e deliberações epistemológicas. É de nosso interesse entender os potenciais resultados dessas novas narrativas na compreensão do que é motivação, principalmente quando há tecnologia produzida por esse movimento. A tecnologia em saúde pode refletir a suposição de que determinado paciente está desmotivado, necessitando, portanto, de intervenções de cima para baixo para restabelecer o "tom motivacional" adequado, como se estivéssemos descrevendo uma transfusão de sangue; ou pode considerar esse mesmo paciente um "ser-no-mundo" (Heidegger, 1953) que aprendeu a conhecer o próprio corpo de forma que, mesmo havendo uma parte voluntária do movimento (tomando um remédio, por exemplo), podem existir também camadas de motivação não totalmente explícitas.

Que pressupostos os cientistas levam em conta ao compor os discursos que delineiam os objetos que utilizam para conceber suas pesquisas e produzir achados empíricos? O que significa para a comunidade científica obter novos dados neuropsicológicos ou de neuroimagem? Como as suposições não declaradas sobre a concepção de ser humano subjacente à narrativa científica se relacionam com as tecnologias de saúde derivadas de dados empíricos produzidos objetivamente? Buscaremos inicialmente entender como a primazia das explicações com base no cérebro se coloca como parâmetro central para construir a base argumentativa de uma Psicologia com base nas Neurociências.

7.2 O cérebro no comando

“Minha coroa está em meu coração, não em minha cabeça;

Não enfeitado com diamantes e pedras indianas,

Nem para ser visto: minha coroa se chama conteúdo:

É uma coroa de que raramente os reis desfrutam”

(William Shakespeare, Henrique VI, parte 3, Ato 3, Cena 1)

A coroa de Henry pode ter estado em seu coração, assim como o amor, as emoções e as paixões no mundo da poesia. No entanto, se um rei de verdade hoje em dia disser algo impróprio ou se comportar de maneira bizarramente inadequada, isso possivelmente levará seu médico a recomendar que ele procure um psiquiatra e faça uma ressonância magnética cerebral. A “década do cérebro”, como foi designada a década de 1990, foi uma etapa importante na imagiologia cerebral, que levou à produção de dados neurocientíficos impressionantes (Jones, Mendell, 1999). Essas descobertas podem ser interpretadas como uma base sólida para pesquisas futuras ou como modelos endofenotípicos (quase) prontos, que ajudariam neurocientistas e médicos a esclarecerem as razões pelas quais as pessoas fazem o que fazem.

A ideia de um “cérebro motivado” que a neurociência afetiva e social mede por meio de neuroimagem foi possibilitada por técnicas que permitiram a visualização das redes cerebrais vivas envolvidas no processamento cerebral de estímulos emocionais, motivacionais e sociais (Mouras, 2011). Além disso, o interesse em usar a filosofia da Medicina e da Psiquiatria para entender e analisar os conceitos fundamentais da prática médica tem crescido nos últimos anos. No entanto, contribuições para estudar o papel dos dados neurocientíficos na concepção do homem na medicina são bem-vindas, especialmente no que diz

respeito ao planejamento de intervenções de saúde que sejam não violentas e que respeitem o envolvimento do paciente por meio do empoderamento e autogestão (Martins et al., 2018).

O que significa dizer, por exemplo, que os homens hispânicos têm mais motivação para interromper o abuso de substâncias do que os homens não hispânicos, uma vez que pontuam mais alto nas escalas de desejo de ajuda (Taylor et al., 2017; Mouras, 2011)? Essas descobertas têm grande impacto no aumento de nossa compreensão do cérebro humano e de como ele estabelece relações com o meio ambiente. Por outro lado, nenhuma reflexão filosófica automática é produzida no âmbito da pesquisa.

A possibilidade de relatar objetivamente o que foi visto está em um compasso diferente entre as seções “resultados” e “discussão” de um artigo. Embora se possa tentar apresentar dados estatísticos como o que foi grosseiramente extraído de escalas e medições (mesmo que o tratamento estatístico dos dados esteja longe de ser um caminho absolutamente linear e lógico), isso é certamente mais difícil na discussão, onde o cientista deve dialogar com as narrativas que já estão na literatura. Dados produzidos objetivamente passarão a ser interpretados como “fazendo sentido” ou não, como evidências que se somam a outras ou as refutam. O cientista escolherá entre diferentes formas de perceber o conceito, as diversas tradições que produziram reflexões sobre o tema.

As análises estatísticas podem mostrar inequivocamente que os homens hispânicos são mais motivados para o tratamento em um domínio específico, mas como o cientista abordará os conceitos de raça e etnia, a relevância dada à preocupação de não fazer disso um julgamento estereotipado, ou como esse achado se relaciona à experiência qualitativa de homens hispânicos em contextos de abuso de substâncias não está determinado pelos dados produzidos.

Como podem ser interpretadas todas as descobertas surpreendentes que vêm das neurociências? Investiguemos para quais caminhos apontam as pesquisas envolvendo o cérebro, entendendo que não há conclusão automática a ser tirada dos achados experimentais. A fundamentação filosófica que subjaz aos diversos discursos possíveis sobre a pesquisa neurocientífica precisa ser discutida.

7.3 Estágios de mudança e motivação

Como apontamos acima, a Psicologia é um campo que tem sido objeto de disputa desde sua própria definição (cf. Canguilhem, 2016). Os aspectos básicos de uma ciência são definidos quando seu objeto é estabelecido e os métodos para estudá-lo são acordados na comunidade científica. Quando Wilhelm Wundt criou o primeiro laboratório de psicologia experimental (Danziger, 1985), sua concepção do que essa ciência deveria investigar era muito diferente do que Sigmund Freud considerava o objeto da psicanálise anos depois. Em 1959, Harper identificou 36 sistemas distintos de psicoterapia; em 1976, Parloff descreveu 130 terapias; e em 2011, Pearsall estimou que havia mais de 500 (Prochaska, Norcross, 1979).

Em 1979, James O. Prochaska publicou a primeira edição de *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis* (Prochaska, Norcross, 1979), com o objetivo de alcançar um modelo de mudança mais integrador. O projeto comparou esses sistemas específicos, discutiu seus conceitos e filtrou pontos em comum entre eles. Prochaska surgiu com a ideia de que a mudança comportamental poderia ser impulsionada por meio de intervenções terapêuticas que poderiam ser classificadas em um espectro de terapias de conscientização ou percepção, para ação ou terapias comportamentais (Prochaska, Norcross, 1979). Como um conceito central

para a Psicologia científica, seria então possível dissecar e categorizar os processos de mudança.

Prochaska começou a desenvolver este trabalho em 1982, baseado na ideia temporal dos quatro estágios de mudança na modificação do comportamento relacionado à saúde: contemplar a mudança, decidir mudar, mudança de curto prazo e mudança de longo prazo. Neste primeiro estudo, os sujeitos foram solicitados a relatar suas experiências do processo de mudança em três períodos de mudança: decisão de mudar, mudança ativa e manutenção (DiClemente, Prochaska, 1982).

A ideia de integrar técnicas de diferentes teorias psicológicas inspirou pesquisas sobre os estágios da mudança. Começando com três etapas no artigo de 1982, esse número foi revisto em 1983 (Prochaska, DiClemente, 1983). Pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção foram os novos passos para a mudança comportamental descritos na psicologia empírica de Prochaska. Novas revisões do modelo transteórico foram apresentadas nos anos subsequentes, aumentando assim o número de etapas e aprofundando a compreensão de como ajudar as pessoas a passarem para a próxima etapa. O Quadro 1, abaixo, mostra como a compreensão dos estágios de mudança mudou ao longo dos anos e os autores que os descreveram.

Quadro 1 – Evolução dos estágios de mudança nas décadas de 1980 e 1990

Ano	Estágios de mudança	Autores
1982	Decision to quit Active change Maintenance	DiClemente, Prochaska
1982	Contemplation Determination Action Maintenance	Prochaska, DiClemente
1983	Precontemplation Contemplation Action Maintenance	McConaughy, Prochaska, Velicer
1983	Precontemplation Contemplation Action Maintenance	Prochaska, DiClemente
1991	Precontemplation Contemplation Preparation Action Maintenance	DiClemente, Prochaska, Fairgurst, Velicer, Velasquez, Rossi
1992	Precontemplation Contemplation Preparation Action Maintenance Termination	Prochaska, DiClemente, Norcross
1994	Precontemplation Contemplation Preparation Action Maintenance	Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore, Harlow, Redding, Rosenbloom, Rossi
1997	Precontemplation Contemplation Preparation Action Maintenance Termination	Prochaska, Velicer

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Com base nesses achados empíricos, Prochaska e outros grupos de pesquisadores se interessaram em desenvolver técnicas para tratar pacientes com condições de saúde específicas, considerando seus déficits motivacionais. Prochaska, então, reuniu um conjunto de técnicas derivadas dos diferentes ramos da psicologia e unificou sob um nome, análise transteórica (Prochaska, Norcross, 1979). O objetivo inicial dessa terapia era ajudar pacientes com dependência ou abuso de substâncias específicas, como a nicotina, a abandonarem seu uso. Quando surgiu uma melhor compreensão dos processos motivacionais, esse escopo se ampliou para comportamentos mais amplos, incluindo exposição ao gás radônio, prática de exercícios e procedimentos médicos (Prochaska et al., 1994).

O próximo passo para o aprimoramento das técnicas de cuidado foi organizar esses princípios de forma estruturada, de modo a conduzir o aconselhamento de forma efetiva. A intervenção baseada em entrevistas motivacionais (Linden, Butterworth, Prochaska, 2010) seria, então, a estratégia para ajudar a resolver a ambivalência entre querer mudar uma prática algo e conseguir realizá-lo, por meio de intervenções que seriam específicas para o estágio de mudança em que o paciente se encontrava. A motivação como um conceito natural para a psicologia empírica poderia agora individualizar os programas de aconselhamento e impulsionar a mudança de comportamento por meio do desenvolvimento de técnicas específicas para cada estágio.

No entanto, torna-se crucial perguntar: “motivação” poderia ter um significado diferente? Um ponto de vista ligado a uma outra abordagem do ser humano? Poderiam pensamentos de um pano de fundo filosófico diferente reconhecer as descobertas da psicologia empírica e ainda iluminar a questão por meio dessa nova perspectiva? A fenomenologia da vontade parece nos trazer um profícuo caminho paralelo, que pode ser importante para uma melhor compreensão sobre o tema.

7.4 O eidos de Husserl e a passagem da percepção para a vontade

O filósofo Paul Ricoeur iniciou um trabalho mais sistemático sobre a fenomenologia da vontade em seu cativeiro, como prisioneiro dos alemães durante a Segunda Grande Guerra Mundial, embora seus primeiros esboços sobre essa questão tenham começado em 1933 (Grondin, 2016). Ao ler e traduzir a obra “Ideias para uma fenomenologia e uma filosofia fenomenológica puras”, publicada originalmente em 1913 por Edmund Husserl (1859-1938), percebeu que esta filosofia chamava a atenção para a percepção como caminho para encontrar os fenômenos em sua essência, e esse referencial era um convite ao questionamento desse privilégio. A estrutura da consciência transcendental descrita por Husserl poderia ser elucidada por meio da experiência vivida original e dos elementos nela contidos. A relação entre impressão material e conteúdo intencional⁵ era crucial, segundo Husserl (Hopkins, 2014), uma vez que estes caracterizavam diferentes camadas da experiência vivida. A camada material era composta de dados sobre sensações, que Husserl denominou dados hiléticos, e não tinha significado por si só. Atos intencionais ou experiências intencionais, por outro lado, eram unidades de consciência que se apresentavam no momento em que uma questão era colocada, o que daria sentido a um arranjo específico de dados “objetivos”.

Na visão de Husserl, havia experiências não intencionais como a dor, mas o conteúdo intencional só apareceria quando a *hylé* (matéria) convocasse o ato intencional de fabricar significado. A projeção de dados hiléticos para a consciência,

⁵ Em Husserl, intencionalidade é “essa propriedade notável que a consciência tem de ser consciência de alguma coisa, ou seja, de ser explosão para fora de si mesma... Não só o ser como consciência se distingue do ser como objeto, como também o mundo natural é relativo à consciência do qual ele é correlato” (Huisman, 2000).

que era recoberta e transformada pela intencionalidade, formaria, assim, experiências vividas que dão sentido aos fenômenos conhecidos, o que Husserl chamou de noema. Por outro lado, a intencionalidade tinha outro objetivo para si mesma, a experiência vivida do ato intencional, chamada *noesis*. Quando a *noesis* conforma o noema para acessar a *hylé*, a descrição fenomenológica de um determinado ato ou condição deve ser dada exatamente na forma como foi vivenciado pelo sujeito. Portanto, o conteúdo do ato intencional precisaria ser “entre colchetes”, focando nos aspectos das experiências intencionais que transcendem a existência material de um objeto representado. Essa redução à própria experiência, a *epoché* fenomenológica, significaria a essência do fenômeno, ou seja, seu eidos.

Husserl postulava que as experiências vividas nas esferas afetiva e volitiva se enquadram na mesma abordagem correlacional em termos de *noesis* e *noema*, como experiências vividas de percepção. Assim, a perspectiva husserliana ainda colocava as experiências vividas da vontade em uma posição subordinada à percepção. Husserl não via a vontade como mais uma porta de acesso à consciência transcendental, mas como uma espécie de rebento indireto que teria de começar com a *hylé*. Sobre um núcleo perceptivo, a intencionalidade acrescentaria camadas progressivas de sentido, que construiriam o noema da vontade.

A consciência também é percebida diferentemente por Husserl e Ricoeur. Enquanto Husserl a vê como fundamentalmente racional, Ricoeur destaca sua característica prática. O termo “prático” aqui se refere ao conceito aristotélico de *phronesis*, ou sabedoria prática. Encontrar e nomear doenças no corpo de alguém é apenas uma atividade técnica, que pode considerar a experiência do paciente ou negligenciá-la. A prática médica também precisa considerar a ética do diagnóstico e tratamento. O médico deve ser *phronimos*, ou seja, aquele que possui sabedoria prática, prudência ou ética das virtudes. “A medicina diagnóstica não é uma

atividade phronética” (Giordano, 2010). Ricoeur advoga em favor desse noema particular, “o desejado”. Uma possível tradução para “*le voulu comme tel*” (Petit, 2014) teria que considerar que “*le voulu*” na verdade significa “aquilo que se deseja”, “a experiência vivida do querer”, ou simplesmente “o desejado”, que é o noema que interessou Ricoeur. Esta não é a vontade como uma habilidade psicológica ou um objeto natural, mas a experiência vivida de querer fazer algo ou agir (Petit, 2014).

Ricoeur liberta, assim, a fenomenologia da vontade da tutela da fenomenologia da percepção e concedeu-lhe o estatuto de objetividade autônoma. A ação humana não precisaria mais iniciar seu ciclo ontológico a partir dos “fatos da consciência”; o agir em si mesmo transforma-se no caminho para sua apreensão fenomenológica. . Outra consequência dessa linha de pensamento foi em relação à natureza do próprio ser. Enquanto Husserl pretendia edificar a fenomenologia sobre a unidade do mundo, Ricoeur arriscaria agora pluralizar sua ontologia (Petit, 2014). O “desejado” poderia agora ser a fonte de onde flui o rio da consciência (prática), permitindo assim a descrição das estruturas intencionais dessa consciência, que pertenciam a um sujeito autônomo. Ricoeur descreveu seu estudo como “uma eidética do voluntário e do involuntário, desde que permaneçamos constantemente em guarda contra qualquer interpretação platonizante das essências” (Petit, 2014), isto é, sem perder de vista o sentido sempre imediatamente prático de suas conformações.

7.5 O “livre”-arbítrio do cérebro

Quando Paul Ricoeur permitiu que a fenomenologia da vontade iluminasse o caminho para a descrição das ações humanas sem subordinação à percepção, tornou-se necessário estudar as estruturas fundamentais do voluntário e do

involuntário. Ele descreveu uma interpretação triádica do ato da vontade, formada por três atitudes que juntas significam “eu vou”: “eu decido”, “eu movo meu corpo” e “eu consinto”. A parte “eu decido” referia-se à coisa que eu decido, meu projeto autoral, seguido de um movimento voluntário, uma ação. Ricoeur considera que ainda havia um resíduo, ou seja, que havia mais no querer do que decidir e fazer: “A vontade não se resolve em um projeto vazio e sua execução prática em ação”. Haveria também aquiescência à necessidade que motivou a ação, ou seja, aquela que impulsionou a decisão. O “porque” da motivação levaria, portanto, a um desvio para o reino do involuntário, do consentimento à necessidade, ao prazer, à dor, etc., e ao “eu” do Cogito” (Ricoeur, 1950). Ricoeur usou a distinção em língua francesa de “je” e “moi”, “eu” e “eu-mesmo”, como formas de primeira pessoa do singular, para distinguir entre uma “identidade idem” e uma “identidade ipse” da subjetividade. O primeiro (eu, je) refere-se à existência do sujeito como entidade no mundo e o segundo (eu-mesmo, moi), dialeticamente ligado ao primeiro, expressa o aspecto reflexivo e relacional, uma identidade narrada, que caracteriza o ser humano sujeito como aquele que habita um mundo, que compreende este mundo, dando assim um sentido a ele e a si mesmo (Ricoeur, 1990).

Para entender a relação entre essas estruturas intencionais, Ricoeur reconheceu que elas estavam encarnadas em um corpo. No entanto, o corpo que se experimentaria como “meu ou seu” diferiria do corpo como objeto entre os objetos da ciência, ou seja, o corpo-objeto. Como se trata do mesmo corpo, seria necessário agora correlacioná-los.

“Qualquer momento do *Cogito* pode servir como indicação de um momento do corpo objeto – movimento, secreção, etc. – e cada momento do corpo objeto é indicação de um momento do corpo pertencente a um sujeito, seja de sua afetividade geral ou de alguma função particular. (...) Essa análise dos sintomas, que estamos

usando aqui com relação ao *Cogito*, é usada por um médico a serviço de um conhecimento empírico, uma experiência que indica um funcionamento ou uma desordem funcional do objeto corpo. Mas os dois pontos de vista não são cumulativos; eles nem mesmo são paralelos. A utilização do método descritivo mostra que as aulas de biologia ou de psicologia empírica são um caminho normal para a descoberta do equivalente subjetivo, muitas vezes bastante ambíguo. Em alguns casos parecerá quase impossível descobrir a indicação subjetiva, na linguagem do *Cogito*, de uma função ou ocorrência bem conhecida na biologia ou na psicologia empírica” (Ricoeur, 1950, p. 16, tradução nossa).

Longe de propor um paralelismo psicofisiológico, Ricoeur estava investigando como essas estruturas intencionais se relacionavam com a ontologia da ação humana. O conceito de “motivação” refletia as conexões entre o voluntário e o involuntário que levariam alguém a um projeto específico. A função da “vontade” que é descrita pela psicologia empírica seria, portanto, uma finalidade da ciência que residia no objeto corpo. A estratificação funcional da vontade pode ser o caminho usual para desvendar sua díade subjetiva, mas há mais.

“Por um lado, a compreensão dessas estruturas do sujeito remete constantemente ao conhecimento empírico e científico que serve de diagnóstico dessas estruturas intencionais. Por outro lado, as articulações fundamentais dessas estruturas revelam a unidade do homem apenas por referência ao mistério central da existência encarnada” (Ricoeur, 1950, p. 22, tradução nossa).

Qual é o processo decisório desse corpo animado pela motivação? Como projetos para a própria vida das pessoas podem ser construídos sobre um pano de fundo involuntário? Essas perguntas precisam ser respondidas por meio de lentes que reconheçam a questão de uma explicação dualística para esse assunto. A descrição dos fundamentos das estruturas intencionais que revelam a unidade do homem precisa ser discutida por meio da subdivisão da ação humana em voluntária e involuntária.

Paul Ricoeur referiu-se à dualidade cartesiana de *res cogitans* e *res extensa* para entender a relação entre o voluntário e o involuntário. Enquanto Descartes destacou a certeza da submissão do corpo que pode ser observada quando as pernas das pessoas se movem após terem desejado uma ação de caminhar, Ricoeur chamou a atenção para a reflexão de que o vínculo entre essas duas res era “polêmico e dramático” (Ricoeur, 1950). Segundo Ricoeur, essa submissão não foi concedida, mas conquistada. A ideia de mover o corpo logo após tomar a decisão de fazê-lo não era um direito de primogenitura, mas uma habilidade que pode ser desenvolvida em um instrumento rudimentar. Os indivíduos precisam se familiarizar com a totalidade de seu aparato neuroanatômico e neurofisiológico para que possam se tornar hábeis em seu uso. “Não há atos voluntários que não tenham sido realizados primeiro involuntariamente” (Ricoeur, 1950, p. 213, tradução nossa). Aqui, Ricoeur estabelece o involuntário como pano de fundo que permite identificar, perceber e reconhecer a ação voluntária.

Embora o voluntário e o involuntário fossem considerados aqui como duas partes recíprocas, uma vez que a ação voluntária só poderia ser percebida através do fundo involuntário, uma outra forma de dualismo foi introduzida. Para entender como as diferentes facetas da ação poderiam se reunir em torno da “unidade ontológica de pensamento e movimento, além da dualidade do querer e do involuntário”, Ricoeur citou Maine de Biran: “*Homo simplex in vitalitate duplex in humanitate*”. Embora a humanidade pudesse incorporar esta dualidade dramática, o olhar de vida deveria penetrar mais fundo no “pacto muito orgânico inscrito nas forças involuntárias do movimento”, o “*simplicitas in vitalitate*” (simplicidade na vitalidade) (Ricoeur, 1950).

Para descrever esse fino alinhamento da ação humana em unidade e dualidade, Ricoeur usou o poema de Rainer Maria Rilke que retrata um cavaleiro

que sobe na sela. Ao mesmo tempo carregado e guiando, o cavaleiro se move livremente para onde quiser. Embora a liberdade do cavaleiro seja mediada, ela só pode ser percebida por meio de uma perspectiva que considere o cavalo. “Acompanhar e virar. No entanto, com um toque, compreensão. Novos espaços abertos. E os dois são um. Mas são?”. Esta é a relação que as pessoas têm com seus cérebros: uma liberdade que é “humana, apenas humana” (Ricoeur, 1950). A atmosfera das ações, decisões e motivos das pessoas é certamente seu próprio corpo, seu próprio cérebro. No entanto, as pessoas poderiam ser presas por seus próprios cérebros e, assim, serem impedidas de agir ou serem forçadas a agir?

Esta é uma pergunta difícil, que se relaciona com a definição filosófica do que é a mente. Nesse ponto, Ricoeur não se interessa por esse tema, ele busca oferecer uma compreensão diferente de como é possível termos cérebros que de certa forma funcionam como máquinas (neurotransmissores, neuroeixos, padrões de personalidade) e não sermos aprisionados por um sistema fechado. Ao mesmo tempo em que as descobertas neurocientíficas iluminam os recônditos meandros da alma humana, a perspectiva sobre o que é um ser humano pode ser facilmente levada a percebê-lo como um autômato amarrado por circuitos neurais. Ricoeur reconhece a relevância da pesquisa científica em psicologia, especialmente quando aliada à profunda meditação filosófica.

O papel das descobertas neurocientíficas e da ideia de homem dentro da filosofia da medicina, portanto, precisa ser discutido. Em relação à pesquisa científica, exemplificada pelos estudos de Prochaska sobre motivação, e reflexão filosófica, como visto na tentativa de Ricoeur de dar conta do problema do voluntário e do involuntário; devemos agora focar nossa reflexão em como as pessoas fazem escolhas para suas próprias vidas e seus problemas de saúde. Qual é o papel dos dados neurocientíficos na concepção do ser humano? Quais os impactos dessa

perspectiva na prática médica? Que limitações o corpo (ou o cérebro) de uma pessoa impõe aos seus projetos de vida?

7.6 Construindo a ponte para chegar ao sujeito

Achados neurocientíficos de um cérebro que está sendo testado em uma situação que requer motivação do sujeito nos fornece dados que não têm nenhuma consideração filosófica automática. Banner e Thornton (2007) apontaram a importância dessa reflexão, destacando como a “nova filosofia da psiquiatria” já era um campo filosófico florescente, com pesquisas consideráveis pelo menos desde a década de 1990. Dados brutos podem ser usados para justificar uma noção do ser humano encerrado apenas como um objeto natural, vítima das forças materiais e, no âmbito da saúde, alvo de intervenções que visam alinhar o corpo da pessoa com um conceito específico de saúde. Os mesmos dados podem ser interpretados como uma justificativa dos indivíduos como seres que se orientam pela estrutura intencional de sua vontade, cheios de significados. Sem um cuidado filosófico adequado, o aconselhamento e outras intervenções em saúde podem negligenciar a autonomia dos indivíduos sobre seus próprios corpos e projetos de vida, violar esses sujeitos e criar uma fissura no antigo princípio ético hipocrático de “não fazer mal”, recentemente relido como uma orientação prática pela chamada prevenção quaternária (Jamouille, 2015).

Por outro lado, corre-se também o risco de sobrevalorizar a parte voluntária da ação humana, reduzindo assim a complexa questão da tomada de decisão, que faz referência à singularidade dos projetos das pessoas para as suas próprias vidas, a uma questão quase-quantitativa de força de vontade ou fibra moral. As técnicas produzidas por meio da tecnologia da psicologia empírica seriam percebidas como

injeções de ardor na alma esgotada da ânsia de ser alguém melhor (esbelto, não fumante, assíduo ao uso do protetor solar, etc). A lógica das doenças como excessos ou reduções de humor pode ser vista dentro desse raciocínio, mas é preciso ter em mente, como aponta Canguilhem, que “a norma de vida de um organismo é fornecida pelo próprio organismo, contida em sua existência” (Canguilhem, 1966, p. 91).

Existem importantes implicações éticas para as novas tecnologias que vêm das descobertas da neurociência. Os profissionais de saúde mental devem receber a missão de resolver a ambivalência do paciente ao tratamento? A ambivalência do tratamento é algo a ser resolvido ou faz parte do que fenomenologicamente é a doença, ou seja, uma fração existencial que, se eliminada, pode amputar toda a experiência de estar doente? Kottow e Kottow (2007) citam Viktor von Weizsäcker ao destacar como “Ao explorar apenas o organismo, a medicina está negligenciando componentes essenciais da existência e da doença”. Como os médicos podem absorver as técnicas de ponta produzidas pela ciência e utilizá-las de maneira ética? Como promover um debate filosófico e ético na comunidade médica para garantir que o conhecimento técnico seja incorporado à prática com o devido cuidado com a autonomia do paciente para poder traçar um projeto de vida autoral?

É possível estratificar as motivações das pessoas para se envolver ou não em uma ação usando os estágios de mudança. Descrever alguém como estando no estágio de contemplação para cessação do tabagismo, no estágio de preparação para o sexo seguro ou no estágio de ação para o uso do protetor solar é útil, confiável e relevante para orientar o planejamento do aconselhamento. A entrevista motivacional é um estilo de aconselhamento diretivo (orientado para objetivos) centrado no cliente para ajudar os clientes a resolverem a ambivalência sobre a mudança comportamental (Busacchi, 2017) que se mostrou eficaz em relação a

uma variedade de comportamentos problemáticos, como em relação ao rastreamento por mamografia, delinquência adolescente, controle de peso e abandono do uso de cocaína (Prochaska et al., 1994).

O que pode passar despercebido são as perspectivas dos pacientes em relação aos caminhos que desejam seguir para melhorar seus níveis de saúde e aqueles que não desejam seguir. É preciso cuidado para não confundir essa atitude com negligência ou desinteresse por parte do psiquiatra ou do psicólogo. Nem tampouco como uma atitude de desresponsabilização frente às consequências de decisões diagnósticas ou terapêuticas tomadas (Mol, 2008). A questão aqui é não desistir de estar ao lado de uma pessoa que está doente, mas não conhece essa doença e suas características fisiopatológicas na mesma medida em que o médico a conhece. Pelo contrário, é uma abordagem de cuidados de saúde que aposta no sentido da autonomia e do empoderamento do doente. A atitude em relação aos pacientes com câncer que tentam, sem sucesso, parar de fumar sem ajuda há décadas e dizem que simplesmente não se importam mais não deve ser simplesmente desistir deles. A questão é se acredita-se que esses clientes se beneficiarão mais de um médico que realiza intervenções técnicas assépticas que visam transformá-los de “fumantes” em “não fumantes”; ou de outro que acredita que esses pacientes podem conseguir isso e, mesmo que não possam, estará ao lado deles nos momentos de tomada de decisão. Ou, nas palavras de Canguilhem (2005, p. 45), um médico (ou psicólogo) “que aceita, de um modo geral, que eu o instrua sobre aquilo que só eu estou fundamentado para lhe dizer, ou seja, o que meu corpo me anuncia por meio de sintomas e cujo sentido não me é claro... que aceita que eu veja nele um exegeta, antes de vê-lo como um reparador”.

Shapiro considerou que o comportamento dos estudantes de medicina de se distanciar dos pacientes era uma consequência do paradigma biomédico moderno.

A fim de promover as interações humanas, este autor defendeu que a primazia abrangente desse paradigma seja questionada, e apontou os pontos de partida que podem ser usados na formulação de uma ética da imperfeição, como a utilizada por David Morris. Junto com Paul Ricoeur, Shapiro escreveu: “Essa estrutura moral estaria ancorada na aceitação do controle limitado que exercemos na vida e na imperfeição da própria vida. Este ponto de vista sugere que devemos aprender a aceitar, bem como a resistir à vulnerabilidade corporal” (Shapiro, 2008, p.7).

Ricoeur destacou como a psicologia científica é de grande ajuda como ferramenta diagnóstica, embora essa abordagem possa retratar o ser humano por meio de suas características mecânicas, reconhecendo apenas o objeto corpo. A fenomenologia, por outro lado, pode trazer “o humano de volta ao humano”, além de sua biologia pura. Porém, por si só, a fenomenologia pode ser superficial, com conceitos que precisam ser enriquecidos com dados empíricos, para não se tornarem simples subjetivações.

Iluminados pela antropologia filosófica de Ricoeur e pela hermenêutica filosófica de Gadamer, também é possível aqui estabelecer um diálogo produtivo com o conceito ontológico heideggeriano de Cuidado, *Sorge*, no original (Heidegger, 1953), e sustentá-lo considerando que a relação dialética entre o voluntário e o involuntário na experiência encarnada vai muito além de apenas “não fazer mal”. No entanto, há mais do que isso dentro da boa prática clínica.

O conceito de Cuidado de Heidegger refere-se à expressão da multiplicidade de tipos de ser-no-mundo, “indicados pelos seguintes exemplos: ter a ver com algo, produzir, ordenar e cuidar de algo, usar algo, abrir mão de algo e deixá-lo se perder, empreender, realizar, descobrir, perguntar, observar, falar, determinar” (Heidegger, 1953). Se os pacientes não são apenas donos de um corpo a ser desvendado por meio do conhecimento produzido pelas ciências naturais, eles também podem ser

percebidos como portadores de autonomia e do poder de autogestão de seus próprios problemas de saúde. A preocupação não deve ser apenas em não causar danos por meio da hipermedicalização, como propõe a prevenção quaternária (Jamouille, 2015), mas deve permitir que a prática médica se ofereça como um meio para que os pacientes construam projetos autorais para sua própria saúde de forma colaborativa com os médicos eles escolhem.

8. DA VONTADE À IDENTIDADE

8.1 Histórias contadas e prática clínica

Qual é o melhor Cuidado que a Medicina pode oferecer? O que deseja um alguém que busca atendimento médico ou psiquiátrico? Os profissionais de saúde estão adequadamente treinados para perceber as necessidades dos pacientes e abordá-las de forma eficaz? As últimas décadas concentram resultados robustos quando se avalia os avanços da medicina diagnóstica e terapêutica. Temos métodos para identificar uma “rede de vulnerabilidade” no cérebro por meio da descoberta de uma covariação genoma-conectoma de polimorfismos de nucleotídeo único. Ao analisar o DNA de uma pessoa, é possível encontrar evidências de que ela tem maior risco de desenvolver transtornos como esquizofrenia, transtorno por uso de álcool ou transtorno depressivo maior (Taquet et al., 2021). No campo terapêutico, é possível que um simples dispositivo alimentado por bateria para gerar corrente elétrica possa ser usado não apenas para tratar sintomas de diversos transtornos mentais, mas também para melhorar as funções cerebrais em populações saudáveis. A Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (tDCS) demonstrou reduzir as alucinações em pessoas com esquizofrenia e sintomas de depressão e melhorar os atrasos na aquisição da sintaxe no transtorno do espectro autista. Há evidências de que o tDCS pode modificar temporariamente o comportamento, acelerar o aprendizado, melhorar o reconhecimento da expressão facial e até mesmo inibir respostas agressivas (Thair et al., 2017).

Um viajante do passado (ou nossas memórias de nós mesmos) poderia ver esses impressionantes avanços científicos, como correntes elétricas fortalecendo habilidades de aprendizado ou impedindo comportamentos agressivos, como sinais de que a promessa de uma ciência quase onisciente/onipotente está batendo à

porta. Em contrapartida a tais maravilhas tecnológicas, há um cenário de insatisfação nas falas de pacientes e familiares. Um sistema de saúde que não cuida pode representar desencontros entre pacientes e cuidadores, onde as necessidades não atendidas de um lado podem ser vistas como descaso do outro lado, que estaria confortável nessa situação. No entanto, este não é o lugar onde os profissionais de saúde se posicionam.

“Embora não demonstrem, os médicos também anseiam por um remédio diferente da atual burocracia fragmentada em que se tornou o sistema de saúde. Em todos os lugares - em centros médicos acadêmicos de alta potência, em hospitais de pequenas cidades e em comunidades rurais - os médicos buscam meios para refletir sobre sua prática, conversar sério e intimamente sobre suas vidas em torno da doença e compreender com tanta precisão e clareza emocional quanto possível, o que seus pacientes sofrem em doenças graves” (Charon, 2008, p. 6).

Como podemos atender a essas demandas? É possível atender aos apelos dos pacientes para que os médicos entendam o que eles passam e ao mesmo tempo (re)construam práticas médicas para que possam genuinamente à clássica exortação hipocrática a “curar às vezes, tratar frequentemente, confortar sempre”?

A crise da saúde, em particular a crise da saúde pública, pode se inscrever em vários recortes, como a crise econômica, a crise do modelo assistencial ou mesmo a crise paradigmática (Ayres, 2001). O modelo médico excessivamente especializado e fragmentado aumentou os custos da prestação de serviços de saúde, trazendo consequências desde o âmbito sistêmico até a relação entre profissionais e pacientes. Apesar dos impressionantes avanços tecnológicos, há no campo intersubjetivo dificuldade em reconhecer a real demanda do cliente, acompanhá-lo pelas incertezas dos exames e testes clínicos, realizar a comunicação diagnóstica, testemunhar as turbulências do tratamento e se deparar

com o momento ímpar de encarar a morte (Charon, 2008). No Brasil, um exame de anti-HIV não será colhido ou processado pelo laboratório sem o pedido carimbado com um número de registro no Conselho Regional de Medicina, mas, curiosamente, quem se sentará frente a frente com o paciente e, em posse do resultado do exame, realizará a comunicação do diagnóstico será possivelmente um profissional da Psicologia ou Serviço Social.

“As recentes transformações da medicina contemporânea rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam efeitos positivos e negativos, já relativamente bem conhecidos. De um lado, identificam-se como importantes avanços a aceleração e ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, a melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Como contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites” (Ayres, 2006).

Em meados do século XX, os centros médicos já eram considerados como locais centrais para o tratamento de doenças mentais, provocando reflexões sobre como organizar os dados psiquiátricos. Como já descrito anteriormente, a tradição do psiquiatra alemão Emil Kraepelin foi muito relevante na época, pois seu estilo de sistematizar as informações obtidas dos pacientes ganhou muito prestígio ao longo das décadas. Suas investigações o levaram a ser conhecido como o fundador da Psiquiatria moderna. Kraepelin discordou da maneira como os alienistas do século XIX produziram categorias diagnósticas, argumentando que os transtornos mentais são doenças cerebrais e que o trabalho do clínico deveria ser perceber alterações cerebrais por meio de entrevista clínica (Van Praag, 2008). Com a publicação da

terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-III) em 1980, se consolidou o pensamento psiquiátrico baseado em fronteiras nosológicas claras e estrutura biológica sólida sobre descrições psicanalíticas (Bayer, Spitzer, 1985).

Apesar de promissora em perspectiva, como se vê no cenário da saúde mental nas décadas seguintes, com a publicação das próximas versões do DSM, “com pouco mais de 30 anos de trajetória de vida, a psiquiatria científica moderna parece caminhar para um bosque escuro” (Lewis, 2014). Avanços científicos vigorosos em psiquiatria e neurociências têm sido acompanhados por resistências e críticas à prática psiquiátrica atual. Em abril de 2013, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) retirou seu apoio ao DSM. Posteriormente, a APA e o NIMH afirmaram que “todas as disciplinas médicas avançam por meio do progresso da pesquisa na caracterização de doenças e distúrbios. O DSM-5 e o RDoC⁶ representam estruturas complementares, não concorrentes, para esse objetivo” (APA, NIMH, 2013). Apesar desta nota e da declaração de Bruce Cuthbert, chefe da Divisão de Pesquisa Translacional de Adultos e Desenvolvimento de Tratamento do NIMH, de que o “NIMH continuará a financiar algumas pesquisas baseadas nas categorias do DSM” (APA, 2013), foi declarado que “os recursos deverão cada vez mais ser direcionados para estudos baseados em RDoC” (Casey et al., 2013). Embora a relevância dos estudos psiquiátricos padrão permaneça, o evento foi, sem dúvida, um golpe no império monolítico de ensaios clínicos randomizados duplo-cegos baseados exclusivamente nas categorias do DSM.

⁶ A iniciativa do Research Domain Criteria (RDoC) foi iniciada no Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos como uma forma de contemplar pesquisas que “esforçam-se para ir além das síndromes diagnósticas derivadas da descrição clínica como ponto de partida ou medida(s) de resultado para pesquisas sobre doença mental”. “O RDoC incentiva o estudo de transtornos mentais usando métodos integrativos, incluindo medidas celulares e moleculares, baseadas em circuitos, comportamentais e de autorrelato, mas colocou menos ênfase em medidas e mecanismos de fora da neurociência comportamental” (Morris et al., 2022).

Um movimento semelhante pode ser visto na prática clínica, em relação à qual “jornalistas investigativos, consumidores e ativistas de recuperação, acadêmicos em humanidades, ciências sociais e estudos de deficiência e redes de psiquiatria crítica expressam preocupação crescente de que o campo perdeu o rumo” (Lewis, 2011, p. 489). Um sistema excessivamente fragmentado baseado em encaminhamentos para especialistas torna os pacientes ansiosos por cuidados continuados e aumenta o desejo dos profissionais de ver as mudanças resultantes de sua prática, incluindo suas habilidades psicossociais e cuidados longitudinais para pacientes e suas famílias. “Este é um momento de busca da alma pela psiquiatria. Apesar do investimento que a psiquiatria fez na classificação rigorosa e na neurociência, o campo atualmente encontra resistência e críticas que lembram as décadas de 1960 e 1970” (Lewis, 2011, p. 489).

Os tempos recentes desafiaram o império consolidado da Medicina Baseada em Evidências. As terapias que são eficazes em ensaios clínicos randomizados podem dificultar a execução dos médicos em cenários do mundo real. O ambiente controlado das descobertas científicas é útil para entender a eficácia dos tratamentos, mas pode se tornar um obstáculo quando eles realmente chegam aos pacientes, ou seja, podem ter alta eficácia, mas baixa efetividade.

“Na esquizofrenia, por exemplo, há uma falha contínua em fornecer intervenções psicossociais de rotina, apesar de duas décadas de fortes evidências de sua eficácia. Os médicos precisam mais do que resultados publicados de RCTs (*randomized clinical trial*) para mudar sua prática: é necessário adquirir habilidades psicossociais para si mesmos, tratar pacientes e suas famílias, ver as mudanças resultantes que podem ocorrer (e aquelas que não podem)” (Holmes, 2000).

Várias respostas foram dadas aos vários momentos e camadas da(s) crises(s) da saúde. A percepção de uma Medicina com foco em encaminhamentos e

com baixa resolutividade impulsionou, na década de 1950, o movimento nos Estados Unidos da Medicina Preventiva, tornando-se a base para a reforma dos currículos médicos da época e posteriormente internacionalizado. O “*preventive project*” se desenvolveu na América Latina na segunda metade da mesma década, com seminários patrocinados pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Para Schraiber (1989), a restrição do projeto às reformas curriculares trazia implícita a lógica liberal de que cada profissional deveria, individualmente, mudar a sua prática. Nas décadas de 1960-70 foi quando se desenvolveu a Medicina Social latino-americana, abordando o tema dos determinantes sociais da saúde, segundo a perspectiva do materialismo histórico (Bertolozzi, De la Torre, 2012). No final da década de 70 e início de 80, marcada pelo tensionamento político de um regime autoritário no Brasil, se inscreve a fundação do campo da Saúde Coletiva. Ele se vinculava ao movimento que buscava a reforma social da saúde, que pressupunha reformas em outros campos sociais mais amplos e se inscrevia na agenda de discussões que impulsionou a Reforma Sanitária Brasileira (Silva, 2017). A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi seminal para a luta por uma saúde universal e gratuita (Osório, Schraiber, 2015) que seria positivada no art. 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988), culminando na criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1990 (Brasil, 1990).

Nos Estados Unidos também houve o surgimento de discursos que tinham como objetivo se afastar de uma medicina tecnocêntrica e vazia, construindo um cuidado que honrasse os valores dos pacientes, sua autodeterminação e o relacionamento interpessoal (Hamkins, 2014). A partir da década de 1960, reflexões buscavam questionar o estrito foco da Medicina nas doenças e estimulá-la a considerar o cenário emocional, social e familiar. Elas vieram de práticas como “*biopsychosocial medicine, primary care medicine, bioethics, and professionalism in*

medicine” (Charon, 2008). O *patient-centered health care*, termo genérico para reunir as diversas formas de questionamento do modelo biomédico dominante, discutia como uma de suas respostas o movimento chamado, no início da década de 1980, de “*literature-and-medicine*”, que estimulava os clínicos a descreverem sua prática em prosa narrativa.

Esse modo de fazer a prática médica recebeu o nome de Medicina Narrativa⁷ e, no campo da saúde mental, de Psiquiatria Narrativa (Holmes, 2000; Lewis, 2011; Cerejeira et al., 2021). A tese central é a de que é possível alcançar enriquecimento do cenário clínico trazendo atenção especial às histórias contadas pelos pacientes nas consultas. Hamkins (2014) relembra a frase do então presidente da *American Psychiatric Association* na reunião anual da associação em 2012, em que ele ressalta que a “psiquiatria positiva”, cujo objetivo não é só reduzir os sintomas psiquiátricos, mas ajudar as pessoas a crescerem e se desenvolverem, é o futuro. Para a autora, a Psiquiatria Narrativa deve “desmontar narrativas que abastecem os problemas” e se interessar por “histórias não contadas, mas inspiradoras sobre a resiliência e a habilidade de uma pessoa em resistir aos desafios da saúde mental” (Hamkins, 2014, p. 3, tradução nossa).

Para alcançar esse novo formato de atendimento, vários cursos foram organizados mundo afora com o objetivo de treinar trabalhadores para atuar⁸. O

⁷ Narrative Medicine (Charon, 2001; Charon, 2008), Narrative-Based Medicine (Greenhalgh, Hurwitz, 1998; Zaharias, 2018), Narrative-Based Practice (Launer, 2018), Narrative Practice (Launer, Wohlmann, 2023).

⁸ The Narrative Practice and Collaborative Inquiry Study Group, Vermont, led by Peggy Sax, http://reauthoringteaching.com/npci_consultation_group.html; The Vancouver School for Narrative Therapy, led by Stephen Madigan, <http://therapeuticconversations.com/>; David Epston, New Zealand, http://www.narrativeapproaches.com/Training%20Folder/narrative_training.htm; The Narrative Therapy Centre of Toronto, led by Angel Yuen, Maisa-Said Albis, and Ruth Pluznick, <http://www.narrativetherapycentre.com>; The Narrative Therapy Initiative at the Salem Center, Salem, Massachusetts, led by Stephen Gaddis, <http://narrativetherapyinitiative.wikispaces.com/Narrative+Therapy+Classes>; the Program in Narrative Medicine, Columbia University, New York, <http://www.cumc.columbia.edu/dept/medicine/narrativemed/writing.html>; and Institute for Dialogic

empreendimento pedagógico no sentido de desenvolver ferramentas clínicas para melhorar a relação interpessoal entre profissionais e pacientes se coloca como uma prática de saúde e pode se beneficiar de aprofundamento nos fundamentos filosóficos de seus conceitos. Desse modo, nos parece crucial meditar sobre a noção de sujeito que subjaz à Psiquiatria Narrativa e investigar qual sua identidade, no momento em que ele se coloca na relação terapêutica através de sua narrativa.

Nos Estados Unidos, movimentos focados em abordar questões relacionadas a cuidados inadequados em resposta a demandas de consultores não surgiram no campo médico até o final da década de 1960. Com a criação da *American Medical Association* em 1847 (AMA, 2023), o fato de a medicina nos EUA ser inferior à dos países europeus, especialmente Inglaterra e Alemanha, despertava grandes preocupações. Ao se organizar institucionalmente⁹, a AMA almejava elevar a prática médica a um patamar de excelência ainda na primeira metade do século XX. Publicado em 1910, as recomendações do Relatório Flexner foram rapidamente implementadas, como um currículo médico padronizado, fortemente fundamentado em avanços científicos, a vinculação de escolas médicas a universidades e professores dedicados ao ensino e à pesquisa em tempo integral. Em 1935, a prática médica já havia sido remodelada de práticas locais fragmentadas para um sistema padronizado (Gutierrez, Scheid, 2002). O Conselho Americano de Psiquiatria e Neurologia foi posteriormente fundado em 1934 para “promover a excelência na prática da psiquiatria e neurologia” (Scheiber, Madaan, Wilson, 2008). As antigas formas heterogêneas de prestar cuidados de saúde mental foram substituídas por uma forma acreditada e corrigida. Aqueles que tivessem

Practice, Haydenville, Massachusetts, led by Mary Olsen, <http://www.dialogicpractice.net/> (Hamkins, 2014).

⁹ “1873: O Conselho Judicial da AMA [foi] fundado para lidar com controvérsias éticas e constitucionais médicas. 1883: O *Journal of the American Medical Association* é publicado pela primeira vez; Nathan Davis é o primeiro editor. 1906: AMA publica o primeiro *American Medical Directory* listando mais de 128.000 médicos licenciados nos EUA e Canadá” (AMA, 2023, tradução nossa).

competência para realizá-lo receberiam certificação do Conselho e licença para praticar.

A assistência médica de grandes motores tornou-se a infraestrutura estabelecida para o intrincado complexo médico baseado em hospital. Os métodos regionais deram lugar ao cinturão institucionalizado da educação clínica, mitigando a fragmentação na formação médica, embora abrisse uma lacuna na relação médico-paciente por meio de uma prática marcadamente especializada¹⁰. A caça às bruxas contra o charlatanismo que visava elevar a qualidade da medicina ironicamente aprofundou a cisão entre os pacientes e seus profissionais de saúde. Buscando outros caminhos além dessa equação, surgiram novos modelos de atenção a partir da década de 1960, como a Medicina Preventiva, a Medicina Comunitária, a Medicina Social e, mais recentemente, a Saúde Coletiva (Osimo, Schraiber, 2015). Ao lado de uma agenda mais ampla que questionaria os próprios caminhos que a medicina havia trilhado, um trabalho focado deveria ser feito para lançar luz sobre formas alternativas de construção de relacionamento clínico.

Em 1972, a primeira pessoa estudiosa literária foi nomeada para o corpo docente de uma escola de medicina. Joanne Trautmann Banks publicou seis volumes das Cartas de Virginia Woolf de 1975 e 1980 enquanto criava um currículo médico incluindo a Bibliografia de Literatura e Medicina (1975) (Oransky, 2007). Em 1982, o seminário temático do *National Endowment of the Humanities* foi sobre literatura e imaginação clínica, onde Banks “dirigiu um programa de treinamento intensivo de um mês em teoria literária, textos e métodos relevantes para a medicina. Parte do treinamento foi o incentivo para escrever, em prosa narrativa

¹⁰ “O primeiro Conselho Americano (*American Board*) foi Oftalmologia em 1917, seguido de Otorrinolaringologia em 1924, mais treze seguidos em 1930 e mais quatro em 1940. A AMA prosperou e ganhou o controle profissional e acadêmico da subespecialização por meio dos Conselhos Americanos. A responsabilidade dos Conselhos era preparar e administrar exames de certificação profissional para indivíduos em seus campos” (Gutierrez, Scheid, 2002).

comum, sobre a prática clínica” (Charon, 2008). Com esse desenvolvimento, a narrativa literária ganhou relevância como um importante caminho para compor uma “saúde que cuida”.

A Psiquiatria Narrativa se apresenta como a passagem de uma abordagem baseada em sintomas e doenças para uma que os inclui em uma narrativa construída pelo sujeito, a história que é contada pelo paciente. Também é possível considerar como parte da abordagem a atenção à forma com que essa história é contada, a entonação que é usada e a escolha de palavras ou mesmo análises estilísticas do discurso, como padrões sintáticos e figuras retóricas. Por meio desse método, o escopo clínico da Psiquiatria amplia e aprofunda suas relações terapêuticas. Registrar sintomas, diagnosticar doenças e prescrever os medicamentos certos de acordo com as diretrizes atualizadas continua sendo importante, mas a consulta se torna um local para descobrir outras camadas da experiência humana relacionada a estes adoecimentos e seu manejo (Lewis, 2011; Lewis, 2014, Holmes, 2000; Cerejeira et al., 2021; Hamkins, 2014).

Retomando o argumento central da Psiquiatria Narrativa, um bom atendimento à saúde deve permitir que as histórias narradas pelos pacientes entrem verdadeiramente nos consultórios. Assim, surge uma questão importante: como perceber o sujeito que será estimulado a narrar experiências? Imaginemos uma cena de atendimento em duas circunstâncias diversas. Em uma delas, entra o paciente A e a relação construída dentro do processo assistencial orbita em torno de um diagnóstico preciso, exames custo-efetivos, encaminhamento adequado para especialistas e é juridicamente seguro para o profissional, com comunicação adequada de riscos, benefícios, opções, evidências e desfechos. Já para o paciente B, os mesmos marcos pragmáticos e objetivos em A são alcançados, mas novos elementos estão presentes. B participa da escolha do momento em que a consulta

se desenrola. Há espaço para discutir motivos, incertezas e apresentar os diferentes personagens que compõem o cenário que levou até aqui. Paciente e médico participam ativamente da escolha dos métodos diagnósticos e terapêuticos apresentados, mas também é possível pensar em caminhos paralelos à medicina convencional ou até mesmo não estar disposto a escolher nada naquele momento.

Quando solicitado a avaliar as duas formas de se relacionar com um paciente, não é difícil inclinar-se para a opção B, pois parece mais completa ou humanizada. As consultas com A e B teriam respostas diferentes para as perguntas “qual foi o objetivo da consulta?”, “o que posso oferecer a essa pessoa como profissional de saúde?” ou “como posso atender às demandas dessa pessoa?”. A relação mudará se o contexto mudar. Ao mesmo tempo em que devemos repensar o papel do profissional dentro da consulta, também é fundamental refletir sobre como o profissional percebe o sujeito que busca atendimento. Os cursos e treinamentos de Psiquiatria Narrativa visam a ensinar habilidades sobre como trazer narrativas para a prática clínica, mas não quais elementos filosóficos fundamentam essas práticas. Quem o profissional de saúde vê quando olha para seu paciente? Como a identidade da pessoa no exemplo A é diferente de B? O caminho percorrido por Ricoeur em sua obra pode nos ajudar com essas perguntas.

8.2 Uma ontologia do sujeito

Falecido aos 92 anos, Paul Ricoeur publica em poucas páginas um resumo de sua trajetória, uma década antes. Ele divide esse balanço de sua produção em três seções: “advertência”, “autobiografia intelectual” e “da metafísica à moral”. Em *Réflexion faite. Autobiographie intellectuelle*, Ricoeur (1995) fala sobre o caminho autodeclarado de como chegou às reflexões sobre temas metafísicos, como se deu

a migração de suas meditações através da fenomenologia da percepção até a ontologia da desproporção e, posteriormente, o desenvolvimento de seu pensamento após o tributo ao giro linguístico da filosofia. Neste momento, o autor reconhece a importância da crítica aos argumentos de Descartes, Hume e Bergson na construção de uma teoria da ação, mas entende que o desfecho dessa linha de raciocínio deságua em um cenário onde há uma semântica da ação sem sujeito, também indesejável.

Nascido em 1913, teve desde o início uma vida marcada por trágicas perdas e importantes reviravoltas biográficas. Sua mãe morreu logo após o parto e seu pai morreu quando ele tinha dois anos, embora o corpo só fosse encontrado 17 anos depois em um campo de guerra. Em tempos de meios de lazer e entretenimento comunitários pouco desenvolvidos, a vida de Ricoeur entre as idades de 11 e 17 anos centrou-se principalmente em casa e na escola. Aos 20 anos já era professor no liceu e aos 35, professor de filosofia na universidade (Grondin, 2016).

Quando a Segunda Guerra Mundial começou, em 1939, Ricoeur se juntou ao exército. No entanto, ele se tornou prisioneiro de guerra no ano seguinte e foi mantido em um campo nazista na Pomerânia de 1940 a 1945, quando a guerra terminou e as forças canadenses libertaram os prisioneiros daquele campo. Durante os anos de cativo, manteve seu gosto pela cultura alemã e aprofundou seus estudos sobre Jaspers e Husserl. Como referimos acima, foi nesse período que Ricoeur chegou a traduzir para o francês o *Idéias* de Husserl, nas bordas das páginas do livro (Grondin, 2016).

No início de sua trajetória intelectual aos 17 anos, em um curso de filosofia frequentado entre 1929-1930, Ricoeur teve seu interesse despertado pelas doutrinas filosóficas, seus princípios, razões e conflitos. “A arte da polêmica me encantava”, escreve em sua *Autobiografia intelectual* (Ricoeur, 1995, p. 14). Com

professor de formação tomista, o principal foco do curso era levantar suspeita sobre o idealismo, acusado de privado do real, de estruturar suas bases sobre o vazio. Ricoeur daria continuidade a seus estudos universitários, sendo conduzido ao “feudo dos herdeiros franceses dos fundadores do pensamento moderno” (Ricoeur, 1995, p. 15), marcadamente Descartes e Kant, mas creditou a seu primeiro professor de filosofia a resistência à pretensão de imediatez do cogito.

Roland Dalbiez, primeiro professor de Ricoeur, também foi o primeiro filósofo francês a escrever sobre Freud e a psicanálise (Ricoeur, 1995, p. 14). O realismo naturalista do autor austríaco o aproximava mais de Aristóteles do que de Descartes ou Kant, e Dalbiez fazia uma audaz relação entre correntes do pensamento filosófico moderno, especialmente quando desvinculadas do real, e a atitude “desrealizante” observada no delírio dos psicóticos. Prosseguindo com o interesse por essa relação entre filosofia e o estudo da mente, Ricoeur se interessaria pelo pensamento de Freud, no entanto, já a partir de uma aproximação ao giro linguístico e hermenêutico da filosofia, também dando crédito ao elemento explicativo do arco hermenêutico (o que geraria um desconforto com Lacan e seus discípulos). O tema do involuntário absoluto, que Ricoeur levaria futuramente a dialogar com o conceito de inconsciente em Freud (Ricoeur, 1977 [1965]) se tornaria mote para *O voluntário e o involuntário* (Ricoeur, 1950).

No momento inicial da trajetória de Ricoeur, ele ressalta a importância de dois encontros, um presencial e outro intelectual, o primeiro com Gabriel Marcel e o segundo com Edmund Husserl. Foram nas “famosas sextas-feiras” na casa de Marcel que Ricoeur entrou em contato, através de um formato do método socrático, com as meditações metafísicas que receberiam o nome de existencialismo, ocorrendo antes da publicação de *O Ser e o Nada* de Sartre em 1941 (Ricoeur, 1995). Para Marcel, é a encarnação o dado central de toda metafísica. Pela situação

de ligação a um corpo – em contraste a um cogito erigido sobre uma *res cogitans* adversa a uma *res extensa* – é que se transcende a oposição entre sujeito e objeto (Peretti, Azevedo, Fernandes, 2016). Esta marca de suspeita a uma prerrogativa de sujeito absoluto como condição prévia e fundadora de todo o conhecimento estará presente na obra de Ricoeur desde o início até seus trabalhos posteriores.

O contato com Husserl foi introduzido pelo tema da intencionalidade, como vimos. A dualidade cartesiana entre consciência e consciência de si se dissolvia, dando lugar a uma consciência que, definida por sua natureza intencional, se revelava como um retorno para fora. Mirando para além de si mesma, esta consciência era “melhor definida pelos objetos considerados que pela consciência de considerá-los” (Ricoeur, 1995, p. 20). Eram intencionais, portanto, as vivências humanas, que necessariamente apontavam para o mundo, como a percepção, a imaginação, a afetividade e a vontade. Desse modo, é exatamente investigando a fenomenologia da vontade que Ricoeur se interessa pelas áreas da experiência humana que se imbricam para construir a motivação.

O arcabouço de uma filosofia encarnada no corpo em Marcel e de uma consciência intencional que se volta para o mundo em Husserl constroem o cenário reflexivo que Ricoeur usa para desenvolver seu estudo sobre a fenomenologia da vontade. Ele explica que o motivo de escolher esse tema satisfazia várias exigências. Inicialmente, o *eidōs* husserliano faz referência à percepção, ou mais especificamente, aos atos representativos. Através da dialética do voluntário e do involuntário foi possível ampliar o escopo da análise eidética para as esferas afetiva e volitiva. Também era objetivo do projeto trazer uma resposta à *Fenomenologia da percepção* de Merleau-Ponty, que levava a cabo a descrição dos atos representativos, mas tornava o autor refém da primazia idealista da consciência. Realizando uma análise intencional da questão, em uma perspectiva husserliana,

Ricoeur ressaltou a importância de dois polos da existência: a motivação voluntária, ritmada pela alternância entre o impulso vivo da emoção e a posição tranquila do hábito; e o consentimento ao involuntário “absoluto” (Ricoeur, 1995, p. 25).

Ricoeur localizava o caráter abaixo desta zona mais profunda do involuntário, neste momento de antropologia filosófica. O autor o descreve como “essa figura estável e absolutamente não escolhida do existente, a vida, essa dádiva desordenada do nascimento, o inconsciente, essa zona proibida para sempre, não conversível na consciência atual” (Ricoeur, 1995, p. 25-26). O jogo de construir pontes de diálogo entre polos opostos, simultaneamente aceitando-os e criticando-os, é uma marca da elaboração intelectual de Ricoeur. Neste momento de sua obra, ele aproxima a riqueza de distinções das análises eidéticas de Husserl à discussão sobre o sujeito encarnado de Marcel, trazendo a noção de um sujeito que é ao mesmo tempo dono de si mesmo e servidor da necessidade representada pelo caráter, o inconsciente e a vida. As implicações ontológicas da relação entre agir e padecer trouxeram o entendimento de como a fenomenologia da vontade, dialética do domínio e do consentimento, ofereciam uma mediação original às teses do monismo e do dualismo (Ricoeur, 1995, p. 26).

O argumento de Ricoeur busca se afastar de uma dualidade do querer e do involuntário, fazendo referência a uma “unidade ontológica de pensamento e movimento” (Ricoeur, 1950, p. 228). Como já vimos, “Simples na esfera da vida e duplo na esfera de sua humanidade” (“*Homo simplex in vitalitate duplex in humanitate*”), o sujeito só se encontra em camadas mais profundas de sua existência. A unidade do humano se inicia no processo de familiarização com o corpo e alcança o “próprio pacto orgânico inscrito nos poderes involuntários do movimento” (Ricoeur, 1950, p. 228). Em seu *Traité des passions de l’âme*, Descartes considera a vontade de andar como anterior ao movimento de nossas

pernas, a marca de uma submissão do corpo pela alma tomada como certa. Ricoeur discorda, postula que a obediência do corpo é inteiramente uma conquista. Quando crianças, nosso corpo é desajeitado e impotente. A de que todo processo volitivo acompanha necessariamente destes movimentos do corpo como direito de nascença é inaceitável para Ricoeur.

O centro da vivência do sujeito faz referência, deste modo, a uma ontologia da desproporção. O termo não está posto em sua obra de 1950, mas posteriormente Ricoeur considera esta unidade do voluntário e do involuntário como ideia limite. Na conclusão do livro, nomeada por Ricoeur como “Uma liberdade somente humana”, o autor fala do núcleo do sujeito, o “*centre même du sujet*”. Inaugura-se um novo momento de sua obra, uma ponte do seu momento de antropologia filosófica para a hermenêutica do sujeito.

Inicialmente, a preocupação de Ricoeur é com o papel das figuras de linguagem, como a metáfora, para realizar o enquadramento dos símbolos. Suas reflexões caminham pela hermenêutica dos símbolos, a crítica do estruturalismo e a dialética do voluntário e do involuntário, se aprofundando na filosofia analítica da linguagem e na criação de novos sentidos. Ele observa que, através da retórica, a metáfora gera um rico encadeamento de significados, que são organizados como uma trama.

Ricoeur argumenta que *O voluntário e o involuntário*, ao usar o método eidético husserliano, parecia deixar fora de sua competência o regime concreto, histórico ou empírico da vontade. O exemplar paradigmático deste regime empírico da vontade seria a vontade má. Nada do projeto de análise da motivação, da ação voluntária ou do involuntário absoluto permitiam uma distinção entre inocência ou malignidade, tanto do voluntário quanto do involuntário. Dessa forma, *A simbólica do mal*, *A metáfora viva* e *Tempo e narrativa* se inscrevem em uma reflexão contínua,

apelando a uma poética que ilustra os grandes mitos sobre a origem do mal, as metáforas poéticas e as intrigas narrativas (Ricoeur, 1995). Através da conexão entre metáfora e enredo, desenvolvida em *Tempo e Narrativa*, é que o autor desenvolve uma noção central para nosso interesse no presente estudo: a *identidade narrativa do sujeito*.

Nesse momento o autor desenvolve seu interesse pelas figuras de linguagem, especialmente a metáfora. Em *A simbólica do mal*, ele cria sua hermenêutica dos símbolos, em que a metáfora tem papel central no sentido de enquadrá-los semanticamente. A linguagem tem mais de um sentido e precisa ser interpretada, especialmente porque é através os símbolos que damos sentido à linguagem e aprendemos a pensar a partir daí. Ricoeur conclui *A simbólica do mal* com uma consigna que se tornou uma espécie de marca de seu giro hermenêutico: “o símbolo dá o que pensar” (Ricoeur, 1960, p. 348). Em *A semântica da ação*, já lecionando no Canadá e também nos Estados Unidos, ele inicia suas reflexões sobre a filosofia analítica da linguagem, que desembocará finalmente em o *Si-mesmo como um outro*.

A metáfora viva traz a meditação sobre a natureza da metáfora, definida por sua função de nominação ou predicação. Ricoeur argumenta que a tradição a coloca como substituta de uma palavra por outra, um artifício retórico com efeito ornamental. Mas para Ricoeur, seguindo a intuição final d’*A simbólica do mal*, ao contrário de dizer de modo decorativo e belo o que algo é *ou* não é, a metáfora traz uma outra forma de pensar/descrever a realidade, fala que algo é e não é, é dúbia, é paradoxal, é inconsistente, é consistente, é desafiadora. A função predicativa da metáfora viva fala de sua capacidade de inovação semântica, de enraizar a linguagem em sua característica marcadamente humana. O autor considera a metáfora o elemento central na junção de elementos heterogêneos de uma história

em uma trama ativa e ordenada de acontecimentos que formam o enredo, e este é o aspecto que nos interessa centralmente aqui.

Ao aprofundar suas reflexões sobre a busca pelo sujeito e desenvolver a noção de identidade narrativa, Ricoeur consegue operar seu projeto intelectual “da metafísica à moral” através da hermenêutica do Si-mesmo e diz que o *Si-mesmo como um outro* é a obra que “concentra o essencial de seu trabalho filosófico” (Ricoeur, 1995 *apud* Lauxen, 2015). Chegando à narrativa, Ricoeur dá mais um passo em seu caminho da antropologia filosófica pré-hermenêutica, passando pela hermenêutica dos símbolos para a hermenêutica dos textos e alcançando a hermenêutica da ação (Lauxen, 2015) ao chegar à hermenêutica do Si-mesmo e ao conceito de uma identidade narrativa.

9. IDENTIDADE NARRATIVA E CUIDADO: POTENCIAIS CONTRIBUIÇÕES À PSQUIATRIA

9.1 O sujeito, a razão e os sentidos discursivos de saúde e doença

A noção de pessoa é cara aos profissionais de saúde quando buscam iluminar a compreensão da prática que desempenham e refletir sobre ela é, portanto, crucial para o campo da Saúde Coletiva. Ayres (2001, p. 65) aponta que “a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade”. Dessa forma, é importante detalhar melhor a ideia de subjetividade à luz de um quadro filosófico mais rico. O autor defende repensar o sujeito isolado, postulado de modo solipsista e com identidade definida como um ente em si mesmo. O paciente, o cliente, o usuário, a pessoa que busca atendimento ou outro predicamento similar, deve representar menos uma classe estável e definida e mais um constructo fundado sobre a ideia de intersubjetividade, refletindo a historicidade de indivíduos e grupos marcados por uma contínua e mútua reconstrução.

Como movimento correlato, desde uma perspectiva hermenêutico-fenomenológica, que rompe, como vimos, com a rígida distinção sujeito-objeto, a leitura técnico-científica também precisa ser revisitada. Um simples, mas curioso, experimento com as palavras “saúde” e “doença” pode ajudar a compreender essa transformação (Ayres, 2007). Colocando à pessoa (quem está agora lendo este texto, talvez) o questionamento “Você está doente?”, temos uma ideia de quais respostas seriam dadas com maior frequência. Talvez a própria compreensão de uma resposta dada como “sim” ou “não” seja mais imediata. Agora tomemos a pergunta “Você está saudável?”. A que se referiria o entrevistado quando respondesse “sim”? Responderia ele “não” se estivesse se sentindo chateado por

novamente ter usado cocaína ontem? Ou talvez por não estar se sentindo motivado a realizar atividade física entre 3 e 5 dias na semana? E se estivesse dormindo bem ao usar um hipnótico que causa dependência todas as noites, diria nesse caso que está saudável? Eventualmente ficamos doentes, mas a cada momento nos determinamos, nos colocamos, buscamos quem somos, nos transformamos através de desacomodações e reacomodações, reconstruindo os significados de nossa existência. Estamos o tempo todo debruçados sobre a experiência do viver, de dar sentido ao mundo, às relações, a nós. É a essa experiência existencial que está associada a noção de saúde, de que o conceito de doença não é exatamente o oposto, mas sim a cristalização de uma leitura instrumental de certas condições que, sob certas circunstâncias, são consideradas indesejáveis. Porém, embora fonte das “objetivações/objetificações” possíveis e desejáveis de patologias, a experiência existencial associada à linguagem da saúde e todas as suas metáforas, remetem a outro sentido. A saúde não se deixa positivar como conceito, ela não faz referência a um arranjo fisiológico específico ou a um estado definido materialmente de bem-estar, mas à busca do sentido do ser-aí de cada um e todos nós (Ayres, 2007), sempre em relação com aquilo a que vimos Ricoeur se referir acima como o inacessível mistério do estar vivo..

Dessa forma, sob esta perspectiva hermenêutica, a saúde não pode ser entendida como uma situação determinada, universal e atemporal, mas como uma busca contínua e socialmente compartilhada. Ayres (2007) aponta que a saúde é “(re)conhecida enquanto e porquanto se vive”, sendo, portanto, acessada por uma discursividade própria à esfera da razão prática e não à da razão instrumental, ou tecnocientífica.

O conceito de razão prática a que recorremos aqui é tributária das reflexões de Gadamer (1960), que resgata e reconstrói na hermenêutica filosófica este

conceito aristotélico. Gadamer destaca a distinção conceitual entre *sophia* e *phronesis*, saber teórico e prático. Enquanto o primeiro fala de regularidades necessárias, o segundo está orientado para a contingência e as escolhas em situações de prática. A importância do particular também é ressaltada por Vico, que “acredita que o que dá diretriz à vontade humana não é a universalidade abstrata da razão, mas a universalidade concreta representada pela comunidade de um grupo, de um povo, de uma nação, do conjunto da espécie humana” (Gadamer, 1960). Como representação da experiência humana do viver, a saúde se manifesta quando alguém traça singular e concretamente o caminho de sua biografia e o sujeito é exatamente quem realiza essa busca, sempre com base na interação entre o eu e o outro, sempre em contextos de intersubjetividade.

Para examinar o atributo intersubjetivo do sujeito e das diferentes racionalidades relacionadas à sua linguagem, é importante lembrar o movimento, contemporâneo à emergência do giro hermenêutico-fenomenológico em filosofia, de construção de uma autocompreensão descentrada da razão – da qual talvez o mais expressivo contributo seja a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas ao projeto da razão na modernidade.

Em seu *Diálogos Cristãos*, Voltaire traz a fala de um padre a um ministro protestante:

“Entre, entre, senhor. Você me encontra aqui bem aquecido; não acredite, eu imploro, que foi falando de controvérsia que minha bília se acendeu: eu não penso mais em Calvino ou em Lutero; não é mais contra os reformadores que quero escrever; não será mais a palavra herege que ressoará em meus escritos e em meus sermões. Quero perseguir os filósofos, os enciclopedistas: e aqui estão os verdadeiros cismáticos. Devemos esquecer todas as nossas disputas, que transmitamos mutuamente nossos dogmas e nossa doutrina, e que nos unamos contra essa ninhada perniciosa que quis nos destruir: porque, não se engane, eles estão igualmente

zangados com todos os eclesiásticos, para todas as religiões: eles pretendem estabelecer o império da razão e ficaríamos tranquilos diante desse perigo!” (Voltaire, 1760, tradução nossa).

No excerto acima se expressa, ao modo de uma caricatura, a emergência da racionalidade moderna e a centralidade que irá assumir no ocidente, desde um ponto de vista epistemológico até o moral e o político. A imagem de um cosmos mítico e cheio de significado se transforma, na Modernidade, em um universo silencioso a ser esquadrihado em um plano com eixos mensuráveis e regido por leis matematicamente determinadas (Koyré, 2006). O império da razão, cujo perigo é temido pelo padre no texto de Voltaire, tirou o mundo das mãos de um Deus criador e o entregou para o homem, agora “senhor e possuidor da natureza”, “*maitres et possesseurs de la Nature*” (Descartes, 1637, p. 97). O desenho do cosmos agostado por falta de poesia e sentido é ricamente ilustrado pela preocupação de Blaise Pascal:

“O silêncio eterno desses espaços infinitos me aterroriza, pois o homem se situa sob um céu onde não se fazem mais ouvir nem a harmonia das esferas celestes nem as cantatas dos anjos” (Pascal *apud* Japiassu, 1985, p. 41).

Não faz parte de nossos propósitos explorar em toda a sua extensão e profundidade as contribuições de Habermas, mas cabe destacar a crítica deste autor ao projeto de uma razão que se supõe capaz de apreender de forma absoluta e objetiva as causas dos fenômenos e assim se adaptar de forma inteligente às condições de um entorno sempre contingente (Habermas, 1988). Para o autor, esta racionalidade cognitivo-instrumental e seus êxitos técnicos deixou importantes marcas na autocompreensão da Modernidade. Habermas se coloca criticamente frente à absolutização e exclusividade desta dimensão cognitivo-instrumental como atributo e matéria da razão. Segundo o autor, é preciso resgatar a ideia de uma

racionalidade encarnada na prática comunicativa cotidiana. “Com isso, a tensão transcendental entre o ideal e o real, o reino do inteligível e aquele dos fenômenos, penetra na realidade social dos contextos da ação” (Habermas, 2001). Ocupando o lugar da razão pura, essa razão situada, a razão comunicativa, tem em seu caráter de necessidade menos o sentido de Kant, “transcendental nas condições necessárias e inteligíveis da experiência possível”, e mais o de Wittgenstein, “o sentido gramatical de uma ‘inevitabilidade’ que resulta dos nexos conceituais internos de um sistema de comportamento guiado por regras em que nos socializamos” (Habermas, 2001). Nesse sentido, a razão é produto de encontros intersubjetivos, mediados pela linguagem e os sentidos que esta recebe reconstrói nos contextos concretos de prática.

Considerando o sujeito com seus atributos racionais, construído por narrativas produzidas em experiências práticas compartilhadas intersubjetivamente e provocados pela proposta da Medicina Narrativa, faz-se necessário novo movimento de aprofundamento conceitual, que buscaremos novamente em Ricoeur. É importante entender o que é a narrativa e qual a sua importância na construção da identidade dos sujeitos. Esse será nosso caminho para refletir sobre os fundamentos filosóficos da Psiquiatria Narrativa pelo prisma da hermenêutica ricoeuriana e buscar entender o papel do profissional nas práticas de saúde segundo este referencial.

9.2 Da identidade narrativa à hermenêutica do Si-mesmo

Em *Tempo e narrativa*, Ricoeur medita, entre outros pontos, sobre a implicação do sujeito nos discursos que atravessam sua experiência cotidiana e a questão da referência que lhes confere seu sentido e, portanto, compartilhamento

intersubjetivo (Ricoeur, 1995, p. 47). Para isso, resgata de Aristóteles a noção de *narrativa*, inscrita na dupla natureza de ação de representar (*mimese*) e representação do acontecimento (*muthos*). Como encenação teatral, a *mimese* se dá como um recorte do que é representado em forma de ato. O *muthos*, a intriga Aristotélica, representa o esforço de trazer uma concordância sobre possíveis discordâncias para que seja possível a representação de uma história, de um acontecer (Matheus, 2021). Ele faz referência à dimensão de temporalidade da representação, que traz para Ricoeur a problemática das aporias do tempo que ele percebe desde o “tempo do mundo” em Aristóteles até o “tempo da alma” em Agostinho. A meditação agostiniana, que conjuga passado, presente e futuro, produz uma discordância no fluxo temporal. Já a narrativa, o *muthos*, constrói uma concordância na discordância, que Ricoeur entende que também não se reflete no plano do tempo cosmológico de Aristóteles. Para resolver a aporia do tempo presente em ambos os autores, Ricoeur propõe haver uma solução *poética*, um elemento que conecta a coerência do discurso, concordância necessária à coesão da representação, à complexidade da vida: este elemento é o *enredo* (Lauxen, 2015).

A trama desenha a narrativa por seu início, o desenrolar da história, a entrada e saída de personagens, seu clímax e desfecho. A narrativa é a mediação que concretiza o sentido da experiência humana e se expressa de três modos: (a) na prefiguração (*mimese I*) da ação cotidiana no mundo real; (b) na configuração (*mimese II*) historiográfica da ação posta em texto; e (c) na refiguração (*mimese III*) hermenêutica ulterior da narrativa no processo de leitura (Leal, 2015) – leitura tanto de um texto, como de uma ação ou fenômeno humano (cf. Ricoeur, 1993). Dada a problemática da leitura, Ricoeur observa duas formas de refiguração. Uma remodela a experiência do leitor por meio do fantástico, do irreal, a narrativa ficcional; e outra,

através da reconstrução do passado amparada por traços e documentos, a narrativa histórica. Para lidar com o processo de apropriação e desapropriação que reconstrói o si-mesmo, característico da leitura, Ricoeur questiona o papel da identidade narrativa como mediador do espaço entre história e ficção, tanto para indivíduos quanto para comunidades históricas (Lauxen, 2015).

Com o objetivo de estudar o conceito de identidade narrativa, Ricoeur desenvolve suas reflexões em o *Si-mesmo como um outro*. Desde o início de sua trajetória intelectual, provocado por seu professor de formação tomista, Ricoeur já se preocupava com construções idealistas privadas do real. Em 1969, tendo publicado *O conflito das interpretações*, ele fala que a figura que já se percebia em sua obra era a de um cogito ferido (Ricoeur, 1995, p. 41). Na introdução de o *Si-mesmo como um outro*, Ricoeur apresenta tanto o cogito absoluto como postulado em Descartes quanto o cogito estilhaçado de Nietzsche – a ambos recusará, sem deixar de aproveitar-se do diálogo com eles.

Com base na noção de narrativa, Ricoeur discute um conceito de identidade e discorre sobre as relações entre as identidades do sujeito, pessoais e narrativas. O autor formula sua hermenêutica do eu como a ideia de que a identidade do sujeito foi percebida no debate filosófico de maneiras que se inclinam fortemente para polos onde o “eu” é completamente absoluto ou relativo (Ricoeur, 1992, p. 8).

O maior expoente das “filosofias do sujeito”, que Ricoeur equipara às “filosofias do cogito” que concebem o “eu” como absoluto é René Descartes. A famosa dúvida cartesiana é um método sistemático de questionar os fundamentos do conhecimento, meditando sobre as afirmações construídas pela ciência e pela filosofia. Descartes descreve seu projeto como um empreendimento obrigatório se alguém tentar estabelecer “qualquer estrutura firme e permanente nas ciências”. O autor evidencia:

“Pois, devido ao fato de que a destruição dos fundamentos da necessidade traz consigo a ruína do resto do edifício, devo apenas em primeiro lugar atacar aqueles princípios sobre os quais repousavam todas as minhas opiniões anteriores.

Tudo o que até agora aceitei como verdadeiro e certo, aprendi ou dos sentidos ou através dos sentidos; mas às vezes é provado para mim que esses sentidos são enganosos, e é mais sábio não confiar inteiramente em qualquer coisa com a qual tenhamos sido enganados” (Descartes, 1641, p. 6).

Descartes começa sua primeira meditação explicando como se preocupou em aguardar uma idade madura e não agitada por paixões do espírito para questionar as crenças falsas que tinha na juventude e desenvolver suas reflexões (Descartes, 1641). Sua preocupação é singela, mas seu projeto não é nada modesto. Para examinar as questões em que mira, ele entende que precisará destruir as fundações mesmas, o que findará por trazer abaixo todo o edifício sobre o qual repousam suas antigas opiniões. Ele começa refletindo como as verdades que toma como tais foram apreendidas pelos sentidos, que já se provaram eventualmente traiçoeiros. Logo, não seria sábio confiar plenamente nesse conhecimento. Ele percorre um longo caminho argumentativo, examinando quais veredas são mais e menos arriscadas, e termina com o que entende ser a primeira verdade possível, independentemente de estar ou não sendo enganado pela experiência sensível.

O argumento do cogito, “Penso, logo existo” (Descartes, 1637), é onde deságua o empreendimento intelectual de Descartes, a conclusão imediata e necessária que funda a possibilidade de conhecer. A proposição é estabelecer a certeza fundadora do conhecimento, aquela que permanece incólume depois que toda a construção da filosofia ocidental desmorona pela dúvida radical. Por mais que ele possa ser enganado pelos sentidos, uma concepção permanece

assegurada, de que existe um “eu” que pensa e pondera esses argumentos. Só eu chegarei à mesma conclusão se der os mesmos passos, não há necessidade de considerar outros neste caminho. Ricoeur observa que o “Eu” de Descartes é postulado de forma absoluta, sem referência a um outro (Ricoeur, 1990).

Já para um baluarte de uma filosofia do cogito que relativiza o sujeito, Ricoeur identifica Friedrich Nietzsche. Uma característica marcante dessa filosofia é sua definição em torno da ideia de relações linguísticas. Caracterizar o cogito como imerso em um mundo de palavras torna essencial aprofundar os estudos sobre os diferentes aspectos da linguagem e o papel da intersubjetividade. Enquanto o “eu” de Descartes é convidado ilustre para a tarefa de fundar o conhecimento e ocupa um posto central, mas solipsista, o sujeito nietzschiano se estabelece sobre os pilares da metáfora, da metonímia e da sinédoque. A invenção do conhecimento por nós, “animais inteligentes”, é para Nietzsche apenas uma fábula. Os dispositivos poéticos, na mesma linha, não são meros ornamentos agregados à linguagem, que é limpa e literal por natureza, mas “inerentes ao funcionamento linguístico mais básico” (Ricoeur, 1992, p. 12). Como o autor coloca:

“O que é uma palavra? A imagem de um estímulo nervoso em sons. Mas inferir do estímulo nervoso, uma causa fora de nós, isso já é resultado de uma aplicação falsa e injustificada do princípio da razão. Se a verdade sozinha tivesse sido o fator decisivo na gênese da linguagem, e se o ponto de vista da certeza tivesse sido decisivo para as designações, então como poderíamos ainda ousar dizer "a pedra é dura", como se "dura" fosse algo familiar de outra forma para nós, e não apenas um estímulo totalmente subjetivo! (...) O que é, então, a verdade? Um exército móvel de metáforas, metonímias e antropomorfismos - em suma, uma soma de relações humanas que foram aprimoradas, transpostas e embelezadas poeticamente e retoricamente, e que depois de longo uso parecem firmes, canônicas e obrigatórias para um povo: as verdades são ilusões das quais se esqueceu que é isso que são; metáforas gastas e sem força

sensorial; moedas que perderam suas imagens e agora importam apenas como metal, não mais como moedas” (Nietzsche, 1873, p. 2).

Nietzsche desconfia do domínio de conceitos robustos, como um “eu” tão robusto e potente que se tornará senhor e possuidor da natureza. Para Friedrich Nietzsche, o sujeito se dissolve, se fragmenta em relações linguísticas. Uma palavra é a imagem de um estímulo nervoso em som, o conhecimento é uma fábula inventada por animais inteligentes, nós, e a verdade não passa de um amontoado de figuras de linguagem, um somatório de relações construídas por humanos e embelezadas retoricamente (Nietzsche, 1873). O cogito cartesiano, imediato e inequívoco, torna-se alvo direto da suspeita radical do autor.

Esse sujeito que não é posto como substância pensante (“*res cogitans*”) nem como fundamento último para a possibilidade de desvendar a verdade, Ricoeur descreve como um cogito estilhaçado. A questão aqui não é apenas distinguir uma posição que é completamente oposta ao cogito cartesiano, mas reconhecer que está em jogo a própria questão a que o sujeito absoluto deveria responder.

O estilo argumentativo de Ricoeur busca diálogo com as duas posições, a do cogito absoluto e a do cogito estilhaçado. Seu interesse é o de encontrar nexos em cada construção, entendendo sua fundamentação e quais suas consequências, se consideradas de forma isolada. Desse modo, se dedica a delinear um sujeito que se coloque como tal, mas sem pender para um lado absoluto e que só faça referência a si, nem para o excessivo relativismo, uma “egologia que requer complemento intrínseco de intersubjetividade” (Ricoeur, 1990). Na visão de Ricoeur, em ambos estes sujeitos falta um outro, que ele pretende desenvolver no trabalho em que faz a ponte da hermenêutica da ação para, mediada pela identidade narrativa, a hermenêutica do Si-mesmo.

Ricoeur pavimenta seu caminho para uma identidade postulada entre os sujeitos humilhado (Nietzsche) e exaltado (Descartes) através da *dialética da mesmidade e da ipseidade*. Reconhecemos uma pessoa como sendo ela mesma, apesar da passagem dos dias e dos anos, há permanência. Mas o que faz dizermos que estamos diante de uma mesmo sujeito? Ou, de forma oposta, o que nos faz dizer que é uma pessoa nova, totalmente mudada? A mesmidade, ser eu mesmo, ser idêntico a mim momento após momento, faz referência ao que Ricoeur chama de identidade *idem*. *Ipsis litteris* é a expressão latina que significa “nos mesmos termos”, sou eu “tal como estou escrito”, faz referência à ipseidade, à identidade *ipse*. Ricoeur exemplifica a natureza diferente dessas duas identidades através da reflexão sobre o caráter e manter a palavra.

Caráter se relaciona às noções aristotélicas de *hexis* e *phronesis*. Enquanto a primeira fala sobre disposições típicas de uma pessoa, a segunda descreve as virtudes, escolhas que seguem a direção da sabedoria prática. Identificações e hábitos se sedimentam, constituindo quem o sujeito é. Para Ricoeur, o caráter é o “quê” do “quem”, ele descreve o *que* o indivíduo é segundo as características do que ele repete de forma iterada, seja porque sempre esteve lá ou porque escolhe frequentemente aquele caminho. Fica em suspenso *quem* esta pessoa é. Há continuidade ininterrupta da identidade, conseguimos reconhecer alguém pelos seus hábitos e atributos, é a mesma pessoa de que estamos falando, sendo esta a marca da identidade *idem*.

A conservação de uma relação, uma amizade que se preserva, um amor que persevera, estes são exemplos de uma outra natureza de continuidade. Há uma aposta que precisa ser feita, baseada em presunção de boa-fé, que traz valor à promessa. A lealdade ao compromisso se inscreve em outra natureza àquela da similitude, ela só é possível através da confiança em uma permanência ética. O “eu”

se define aqui em sua característica de ipseidade. Surge, então, um hiato entre o “quê” eu sou (meu caráter, meus atributos, meus costumes) e “quem” eu sou (a constância do “eu” nas minhas promessas), intervalo de sentido onde Ricoeur localiza o surgimento da identidade narrativa.

Do encontro das identidades *idem* e *ipse*, mesmidade e ipseidade, surge a dialética da concordância e da discordância. Na linha da concordância, o caráter desenha a singularidade de uma vida, uma totalidade temporal distinta de todas as outras. O elemento de discordância ressalta que essa totalidade temporal é ameaçada pelos efeitos disruptivos de eventos imprevisíveis típicos do viver. A identidade do sujeito é a identidade do personagem dessa história narrada, uma concordância construída no e a partir do discordante, que define o agente da história na potência de seus atos e nos acidentes inesperados que se abatem sobre ele. A hermenêutica do Si-mesmo marca essa construção, fala sobre a identidade de um sujeito que se dá pela dialética de contar uma história e ser “contado por ela”, na redação de uma história de vida desenhada por um roteiro. O jogo de viver que inclui passar por experiências existenciais, incorporá-las à biografia e construir uma narrativa com significado.

Ricoeur visita os dois polos opostos do cogito, o “eu” que é “posto absolutamente (isto é, sem referência a um outro) ou relativamente (egologia exigindo o complemento intrínseco da intersubjetividade)” (Ricoeur, 1992, p.4). Ele propõe uma abordagem que se coloca entre essas duas posições, a hermenêutica do eu. “Deve-se dizer do “eu” dessas filosofias, como alguns disseram do pai, que sempre há muito ou pouco?” (Ricoeur, 1992, p.4). A hermenêutica de si de Ricoeur reconhecerá a existência de um “eu”, mas não lhe concederá esse status de fato inquestionável ou verdade primeira sobre a qual o conhecimento pode se apoiar. O

cogito é percebido como linguístico, mas não será um conceito que se esvai dentro do projeto nietzschiano de interpretação retórica de toda a filosofia.

No caminho de uma identidade que se situa entre o que ele chama de sujeitos exaltados e humilhados, Ricoeur apresenta os três traços gramaticais que constituem a hermenêutica do eu e se relacionam a uma tríplice dialética. A característica gramatical do uso de *se* e *soi* em casos indiretos remete à dialética da reflexão e análise; a divisão do “mesmo” nos domínios de *idem* e *ipse* indica a questão da individualidade e da mesmidade; e a correlação entre eu e você/ele/ela/eles aponta a dialética do eu e do outro que não o eu (Ricoeur, 1992).

Se e *soi* são pronomes pessoais em língua francesa que servem a Ricoeur como balizadores não só para nomear sua obra o *Si-mesmo como um outro* (Ricoeur, 1995), mas também para estudar os procedimentos operacionais de individualização da pessoa usando a filosofia analítica de língua inglesa. Em português, essas duas palavras podem ser traduzidas como “eu” e “si-mesmo”, e seu uso em casos indiretos indica as relações linguísticas que as orbitam. Dizer “eu cuido de mim” implica um agente, “eu”, e uma ação sobre algo, “eu” ou “mim mesmo”. A noção de pessoa é determinada por meio dos predicados que lhe são atribuídos, sejam físicos ou mentais. Há alguém que age (“cuidando de”) e outro que emerge dos predicados a que nos referimos, (“quem está sendo cuidado”). Os predicados psíquicos atribuídos a alguém são estados mentais que são “sempre os de alguém, mas esse alguém pode ser eu, você, ele, qualquer um” (Ricoeur, 1992, p. 38). Ao atribuir um estado de consciência a si mesmo, a pessoa o sentirá, como ao atribuir a outros, isso será observado. Os pronomes pessoais “eu” e “você” como unidades solipsistas independentes não são aqui assinalados, pois o sujeito é referido por suas relações linguísticas como alguém (“si-mesmo”) ou qualquer outro (“outro”), que desempenha um papel na história narrada.

Um indivíduo que age é, então, aquele que se expressa através da aporia da mudança e da permanência, da individualidade e da mesmidade. Embora essa pessoa mude com o tempo, ainda há uma continuidade de si mesmo que tanto conta uma história quanto é um personagem dela. Ricoeur propõe uma identidade que se descreve ao nível da trama, numa exigência de concordância (uma ordenação dos fatos) e na admissão da discordância (as reviravoltas da sorte que dão sentido à concatenação dos momentos). “Para ampliar a validade desse conceito de configuração narrativa (...) proponho definir a concordância discordante, característica de toda composição narrativa, pela noção de síntese do heterogêneo” (Ricoeur, 1992, p. 141). A identidade narrativa surgirá de um lugar que entrelaça a configuração cosmológica do tempo na história e a experiência fenomenológica do tempo na ficção. O autor denomina identidade *idem* aquela que se refere à permanência, à noção de que essa pessoa é a mesma, uma identidade substancial ou formal. Quanto à identidade *ipse*, trata-se da ideia de que existe um personagem que muda ao longo de um tempo apreendido, mas ainda assim se reconhece e constitui: autoconstância, incluindo “mudança, mutabilidade, na coesão de uma vida”. Como ele afirma, “o frágil desdobramento resultante da união da história e da ficção é a atribuição a um indivíduo ou a uma comunidade de uma identidade específica que podemos chamar de sua identidade narrativa” (Ricoeur, 1985).

Neste ponto podemos relembrar a pergunta sobre os nossos pacientes A e B, que indica que diferentes relações entre profissionais de saúde e doentes podem conduzir a uma alternativa a um sistema de saúde que “não cuida”. É bem conhecido o formato de diagnosticar transtornos mentais e comportamentais por meio de avaliação psicopatológica precisa e tratá-los usando diretrizes atualizadas baseadas em meta-análise precisa. Pode haver mais do que isso? Há como, então, (re)pensar a psiquiatria usando a narrativa como fundamento filosófico para

estruturar relacionamentos interpessoais poderosos? Esta forma de estruturação dos cenários de atenção à saúde mental poderia ser construída a partir da noção de um sujeito antropológicamente percebido como diverso de um “paciente” habitual?

E se considerarmos os sintomas, a narrativa produzida pelo sujeito e também levarmos em conta a identidade narrativa do paciente? A individualidade pode ajudar os profissionais de saúde mental a entenderem as ações de seus clientes? A hermenêutica da individualidade pode ser importante para a construção de relações terapêuticas mais efetivas para auxiliar o paciente a lidar com suas questões? Como entender uma identidade que considera a narrativa em sua concepção?

9.3 O sujeito com identidade narrada

“O navio em que Teseu navegou com os jovens e voltou em segurança, a galera de trinta remos, foi preservado pelos atenienses até a época de Demétrio de Falero. Eles tiraram as velhas madeiras de tempos em tempos e colocaram outras novas e sólidas em seus lugares, de modo que a embarcação se tornou uma ilustração permanente para os filósofos na polêmica questão do crescimento, alguns declarando que ela permaneceu a mesma, outros que não era o mesmo navio” (Plutarco, 1914, capítulo 23, seção 1, tradução nossa).

Quando alguém entra ou sai de um consultório, toda a aventura clínica começa. Qual é a queixa principal? Quando isso começou? O exame mental ou físico ou os exames complementares trarão novos dados? Ainda mais desafiador do que atender um paciente pela primeira vez é enfrentar o primeiro grande resultado da relação médico-paciente: quando o consultor retornar. As coisas podem não sair como planejado, pelo menos como planejado pelos médicos. E se a demanda psicoterapêutica mudou, o problema desaparece sozinho ou ainda, e se o paciente nunca mais voltar? Ele ou ela tomou as pílulas que prescrevemos, achou útil

mostrar seu interior compartilhando algum sangue ou imagem interna e mudou seus hábitos duradouros conforme orientamos? Se viver é um processo de revisão de nós mesmos, mudança ao longo do tempo e crescimento como ser humano, será que é a mesma pessoa que está voltando para uma consulta?

Ricoeur (1990) investiga o conceito de identidade a partir da perspectiva da filosofia analítica. O autor cita três afirmações no pensamento de Peter Strawson que designam “atribuição”. Primeiro, todos os atributos de predicados que ocorrem na linguagem ocorrem em referência a corpos ou pessoas. Em segundo lugar, os predicados físicos e psicológicos são atribuíveis às pessoas, portanto, não serve a nenhum propósito estabelecer um dualismo psicofísico para esses estados. Em terceiro lugar, é a si mesmo ou a outra pessoa que um falante atribui predicados mentais. A análise linguística das sentenças examina como as ações realizadas implicam a referência a predicados e, portanto, a pessoas, conduzindo o argumento ao par “o que? - por quê?”. Uma pessoa (ela mesma ou outra pessoa - o quê) age por motivos específicos (motivo, intenção - por quê). No entanto, um ponto permanece inexplorado quando esse pano de fundo é usado para discernir o que é a identidade, a questão do “quem?”.

A meditação de Ricoeur pretende ir além de uma semântica de ação sem agente, uma linha de pensamento que delibera sobre como as ações são atribuídas aos sujeitos, mas pode não examinar quem é o agente. A identidade tem como premissa básica a ideia de que um indivíduo permanece após uma série de momentos, ações e experiências, ou seja, permanência no tempo. Essa estrutura, estabelecida por uma continuidade ininterrupta, nos permite reconhecer algo, mesmo na presença de pequenas mudanças ao longo do tempo. É pela mesmidade do projeto que se pode reconhecer a nau de Teseu como constante, apesar da substituição da velha madeira de tempos em tempos. Um paciente que fala sobre

problemas de relacionamento com um dos pais durante uma consulta e muda para questões existenciais na próxima pode certamente ser considerado o mesmo indivíduo, mesmo afirmando “sou uma pessoa totalmente nova”. Além disso, seria possível perceber-se não apenas pelo critério da mesmidade? Poderia a ipse-identidade iluminar outras regiões do sujeito além de sua estabilidade? Perguntas de Paul Ricoeur:

“Feita esta análise conceitual da identidade como mesmidade, podemos agora retornar à questão que norteia o presente estudo: a individualidade de si implica uma forma de permanência no tempo que não se reduz à determinação de um substrato, nem mesmo no sentido relacional que Kant atribui à categoria de substância; em suma, existe uma forma de permanência no tempo que não seja simplesmente o esquema da categoria de substância? Voltando aos termos da oposição que repetidamente apareceu nos estudos anteriores, perguntamos: existe uma forma de permanência no tempo que possa ser conectada à pergunta “quem?”, na medida em que é irreduzível a qualquer pergunta “o quê?”. ‘? Existe uma forma de permanência no tempo que responda à pergunta ‘Quem sou eu?’?” (Ricoeur, 1992, pág. 118).

A hipótese sustentada por Ricoeur para responder à questão de como a ipseidade pode estabelecer novos fundamentos para a compreensão da identidade refere-se a duas formas distintas de permanência no tempo, caráter e cumprimento da palavra. O autor entende caráter como “o conjunto de marcas distintivas que permitem a reidentificação de um indivíduo humano como sendo o mesmo”, relacionado às noções de hábito e identificações adquiridas. Já para cumprir a palavra, a justificação ética da promessa é suficiente para endossá-la. Enquanto no polo do caráter o ipse e o idem se sobrepõem, no polo da automanutenção “a individualidade se liberta da mesmidade” (Ricoeur, 1992, p. 119).

Sua ética erige-se sobre as disposições adquiridas e as virtudes, escolhas que obedecem à regra correta seguindo a direção da sabedoria prática. Todo

caminho escolhido repetidamente torna-se um hábito, uma disposição duradoura, um traço que permite aos outros identificar alguém. As identificações adquiridas são o outro ingrediente desse tipo de identidade. A identificação com figuras heroicas ou a lealdade são exemplos de como se desenrola o processo de transferência do fora para dentro, na mesma esteira da formação do hábito ou de como a teoria freudiana considera a internalização um traço de sedimentação. A identidade de uma pessoa, nesse sentido, é a combinação de hábitos e identificações. Na teoria da ação, a atribuição descreve a problemática de distinguir o que alguém faz e aquele que faz algo. O caráter é central para essa concepção, pois se refere ao que o agente é. Como afirma Ricoeur, “o caráter é verdadeiramente o ‘o que’ do ‘quem’” (Ricoeur, 1992, p. 122), a questão desliza de volta para “O que sou eu?” e longe de “Quem sou eu?”.

Por outro lado, no que diz respeito ao cumprimento da palavra ou à constância da amizade, a autoconstância não pode ser inscrita, como o caráter, na dimensão do “quê”, apenas na dimensão do “quem”. É a perseverança da fidelidade à palavra de alguém que dá valor à promessa. A continuidade do tempo refere-se a diferentes domínios na mesmidade e individualidade. Não é mais a similitude com as mudanças que se encerram em um projeto (como a nave de Teseu ou um paciente com diferentes demandas ao longo do tempo) que define a identidade, mas a confiança em sua permanência ética. Aqui é quando a individualidade se liberta dos grilhões da mesmidade, criando um intervalo entre a perseverança do caráter (“o que eu sou”) e a constância do eu em prometer (“quem eu sou”). Ricoeur considera que é neste “intervalo de sentido” que surge a noção de identidade narrativa.

Quando os humanos contam histórias, os elementos se juntam de forma ordenada, traçando um fio de linearidade. Construído assim, pode-se compreender

as ações de todos os diferentes personagens, realizados no passado, presente e até no futuro, como parte de um único roteiro. No entanto, há um aspecto de mistério quando uma história é contada. O desenrolar dos momentos, os novos relacionamentos que o protagonista inicia, o estilo usado na montagem, todos esses recursos se combinam de maneira única para ir além de uma exibição simples de fatos e criar uma narrativa significativa. Finalmente, o enredo é onde a concordância e a discordância se encontram. Concordância é o que torna o enredo incomparável e sem precedentes, permitindo que o personagem principal seja único. A discordância traz a característica crucial da aleatoriedade ao cenário, o que gera o aspecto de admiração e estranheza. Como sublinha Ricoeur:

“Desta correlação entre ação e personagem em uma narrativa resulta uma dialética interna ao personagem que é o corolário exato da dialética da concordância e discordância desenvolvida pela trama da ação. A dialética consiste no fato de que, seguindo a linha de concordância, o personagem extrai sua singularidade da unidade de uma vida considerada como uma totalidade temporal ela mesma singular e distinta de todas as outras. Seguindo a linha da discordância, esta totalidade temporal é ameaçada pelo efeito desagregador dos acontecimentos imprevisíveis que a pontuam (encontros, acidentes, etc.). Pela síntese concordante-discordante, a contingência do acontecimento contribui para a necessidade, por assim dizer retroativa, da história de uma vida, à qual se equipara a identidade do personagem. Assim, o acaso é transmutado em destino. E a identidade da personagem tramada, por assim dizer, só pode ser compreendida a partir dessa dialética. (...) A pessoa, entendida como personagem de uma história, não é uma entidade distinta de suas “experiências”. Muito pelo contrário: a pessoa compartilha da condição de identidade dinâmica própria da história contada. A narrativa constrói a identidade do personagem, o que se pode chamar de sua identidade narrativa, ao construir a da história contada. É a identidade da história que faz a identidade do personagem” (Ricoeur, 1992, p. 147).

A identidade de uma pessoa, a identidade de si mesmo, é, portanto, a dialética de contar uma história e “ser contado por ela”. É o processo e o resultado da dança de viver os acontecimentos existenciais, incorporando-os à própria biografia e transformando-a em uma narrativa significativa. A Psiquiatria Narrativa, como a prática de cuidar de um sujeito usando as lentes da identidade narrativa, se beneficia de sólidos alicerces filosóficos. Hamkins (2014) afirma que a Psiquiatria Narrativa “gosta de descobrir histórias não contadas, mas inspiradoras, sobre a resiliência e a habilidade de uma pessoa em resistir aos desafios da saúde mental, ao mesmo tempo em que desmantela as narrativas que alimentam os problemas” e que “nosso trabalho como psiquiatras narrativos é garantir que a história de sucesso seja contada”. Aprofundar nossa compreensão sobre o conceito de identidade narrativa pode lançar luz sobre como: (a) adquirir as habilidades necessárias para realizar diferentes formas de praticar a medicina, (b) fortalecer os fundamentos filosóficos que sustentam a Psiquiatria Narrativa como um campo de conhecimento, e (c) delinear o papel do profissional ao compor uma aliança terapêutica com o paciente.

9.4 Cuidado como prática de saúde através da narrativa

Desenvolver uma prática que leve em consideração a identidade narrativa do sujeito fala sobre a forma com que se organiza o Cuidado em saúde. Para descrever a condição humana, Ayres (2004a) resgata a referência que Heidegger faz à alegoria de Higino, que descreve como o homem foi feito a partir de argila por *Sorge*, traduzido como *Cuidado*. O autor defende que a alegoria traz ricas reflexões para pensar a construção da identidade das pessoas, não inventariadas de modo a esgotá-las, mas organizadas em nove elementos: *movimento*, *interação*,

identidade/alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não causalidade e responsabilidade.

A alegoria começa com Cuidado atravessando o rio e se interessando pela terra argilosa para, moldando-a, criar o que ganharia o nome de *homo*. Edificadas pelo *movimento*, as identidades humanas se colocam através do ato de viver. Dessa forma, o cuidado em saúde alinhado com o pressuposto da narrativa, nos termos que buscamos desenvolver, deve se inscrever em lógica dinâmica, sem predefinição de ponto de partida, meios ou fins. Retomando a proposta da entrevista motivacional, ao conceber uma ação em saúde marcada pelo fluxo dos momentos de vida do sujeito, é crucial pautá-la segundo essa característica, sem o norte inamovível de um objetivo fixado de antemão, como cessação do uso de *cannabis* ou frequência de atividade física mínima de 3 vezes por semana.

A intersubjetividade é a forma como a *interação* constrói *identidade/alteridade*. O “eu” se entende e se define na relação com um outro, portanto é dentro do cenário clínico que se concebe a intervenção que será realizada. Através da interação entre profissional de saúde e paciente é que se constitui a identidade de um e do outro, até então só concebidas como potência. Todo formato de prática pré-definido em suas etapas no ensaio clínico e treinado como recurso terapêutico na capacitação do profissional só será possível como ato quando inserido em uma relação interpessoal real, acontecendo no exato momento da consulta.

Devido a sua natureza particular, não solidamente determinada *a priori*, é que o cuidado é marcado pelo traço da *plasticidade*. O serpenteio de encontros (e desencontros) da relação médico-paciente pode ser desconfortável em dados momentos para o profissional, seja pela violação da metáfora estruturante de um “vínculo” cirurgicamente estéril ou pela ausência de *guideline* clínico para orientar de

forma inequívoca qual o próximo passo a ser dado. Por mais definido que seja o formato que se deseje dar a um vidro soprado, o resultado final sempre será um produto contingente do ar insuflado por alguém, o giro constante de seu bastão e o calor do fogo. Talvez a prática clínica se assemelhe ao vidro produzido industrialmente quando temos um questionário autoaplicável respondido *online* ou uma intervenção realizada por aplicativo em celular. Mas enquanto os resultados deste questionário forem analisados por alguém ou o percurso realizado no ciberespaço ou no metaverso for seguido pela consulta com um humano, mesmo em ambiente virtual, a relação entre duas pessoas estará presente.

A predefinição meios-fins, produzindo um desfecho único, o “resultado clínico”, precisa estar conectada à natureza humana do cuidado em saúde. Ela é marcada pela inconstância, pela vontade de ir e medo de não saber chegar, pelo paradoxo, pelo *desejo*, a “pura expressão de uma livre vontade de existência” (Ayres, 2004). Torna-se rica a dubiedade da palavra “estéril” quando ela sai do centro cirúrgico e chega à relação terapêutica. A ausência de elementos externos, alcançada pelo cirurgião pela remoção das bactérias e definida pelo desejado ambiente “asséptico”, quando se reflete na construção intersubjetiva pela amputação da volubilidade do humano, ganha o sentido de “infértil”.

Inconstante e mutável, a relação clínica se inscreve na *temporalidade*. Ela se conecta com o permanente do passado e com a abertura de possibilidades de vir-a-ser no futuro, mas se inscreve aqui e agora no ato de viver enquanto ele se realiza. O “agora sempre renovado” dissolve, na redução fenomenológica de Husserl, as fronteiras entre sujeito e objeto, eu e mundo, passado e futuro. A intuição da sucessão dos “agoras” é o dado fenomenológico fundamental, que conduz a experiência do sujeito (Sousa, 2018, p. 93).

Constituído desse modo, o humano aponta para o desenho do caminho que (visa a) trilha(r). O traçado arquitetônico traz uma tônica sua e se nutre de motivos que não surgiram dele. O bom arquiteto não chega à casa de seu cliente com um esboço feito, tampouco simplesmente transpõe as ideias que escuta para linhas e cores. O *projeto*, tanto de esmerar um lar quanto de construir uma experiência de saúde, traz em seu bojo a natureza de ser compartilhado. O profissional de saúde, como um arquiteto de projeto de vida, ou um exegeta das relações entre a saúde e este projeto, como propõe Canguilhem, testemunha a redação do verdadeiro autor de uma composição colaborativa. O “resultado clínico”, o desfecho ou, enquanto *movimento*, o próprio caminhar da relação médico-paciente, se desenrola de forma dissociada da linearidade entre causas e consequências, se caracteriza por *não-causalidade*. Ele não se resume aos “limites da metodologia científica oriunda das ciências exatas e experimentais e sua tradicional fundamentação lógico-matemática” (Ayres, 2004), inscreve-se na situação humana do cuidado.

Isso aponta para um profissional visceralmente implicado na construção participativa do espaço terapêutico. Apropriar-se do caráter situado das práticas de saúde, definido por seu compromisso em considerar o paciente um sujeito capaz, resulta na ideia de *responsabilidade*. Ela reconhece a condição histórico-ontológica do humano e nos imputa a necessidade de meditar sobre nosso modo de ser no mundo e nosso agir na práxis do cuidado (Ayres, 2004).

A ideia de narrativa se alinha com esses princípios descritos e com a noção de uma Hermenêutica do Cuidado (Ayres, 2006). Ela se inscreve no movimento da humanização da saúde, que visa a questionar o horizonte normativo restrito do discurso das tecnociências biomédicas. A proposta é se distanciar de um “messianismo tecnicista insustentável”, que resume a crise da saúde exclusivamente à falta de acesso a ferramentas tecnológicas e ao desenvolvimento

científico, mas também de um “antitecnicismo igualmente estéril” que ignore os benefícios às pessoas proporcionados pelos avanços da ciência. Busca-se promover o encontro entre sujeitos, visando-se a uma autêntica e dedicada compreensão mútua para construção de um horizonte comum.

O “sistema de saúde” pode parecer uma noção distante e inatingível, mas seus blocos de construção são as palavras e relacionamentos cujos mistérios se revelam diante de nós durante cada consulta. Um sistema que não se atente à demanda das pessoas é consequência de práticas que devem ter seus pressupostos repensados. Sem isso, as consequências não se dão somente nos pacientes, mas também nos profissionais, que desejam reconhecer o valor e o impacto de seu trabalho, salvaguardar sua saúde mental (e física) e, em última instância, sentir-se vivos, não engrenagens de uma máquina fastidiosa.

A identidade narrativa, tal como estudada por Ricoeur, é um caminho profícuo para desvendar os fundamentos conceituais da Psiquiatria Narrativa. Ocupa uma posição epistemológica crucial entre os pensamentos de Descartes e Nietzsche, onde o Cogito é retratado como uma verdade imediata e inquestionável ou uma ilusão a ser dissipada. Essa concepção abre a ponte que liga a mesmidade (identidade *idem*) à ipseidade (identidade *ipse*), quando a pergunta “Quem sou eu?” pode ser formulada. A perseverança da fé ilustra a vinculação da permanência do tempo na ipseidade, fundamento que afirma quem a pessoa é, com suas implicações éticas. Como Dohnalová (2021) indica, “a individualidade está ligada à atestação como o ato de atestar a si mesmo como locutor, como agente, como sujeito da narração e, finalmente, como sujeito da imputação”.

Aqui a trama entra em cena, permitindo a convergência entre a possibilidade infinita dos acontecimentos e uma unidade temporal circunscrita que torna concebível a composição narrativa. O enredo cria, assim, uma “concordância

discordante” (Ricoeur, 1992, p. 141), uma síntese de dois polos díspares, um com uma miríade de componentes de ação (motivos, impulsos, caos) e outro onde reside o próprio fio que mantém a história unida. Ações e suas causas, agentes e seus motivos, a multiplicidade de acontecimentos que podem ocorrer e o enredamento da história recontada em uma cadeia significativa: isso é uma narrativa. Quando contamos nossas próprias histórias esses elementos se unem, se associam aos nossos sonhos, nossos desejos, nossos projetos de vida.

No livro *O voluntário e o involuntário* (Ricoeur, 1950), investigou os meandros da motivação humana que mais tarde, na sua obra, conduziria seus estudos à identidade narrativa. A parte da vontade de alguém que é impulsionada pela escolha (como mover um dedo ou cantar) está ligada a uma fatia menos clara da experiência humana, o involuntário. Ao mesmo tempo em que não somos reféns da incerteza dentro de nós, também não estamos presos a determinações diretas de onde devemos chegar. Como um cavaleiro e seu cavalo, citando o poema de Rainer Maria Rilke. O cavaleiro vai para onde quiser, pode correr, é rápido. Ou é o cavalo? Nossos planos não nos definem sem nós mesmos, nem vivemos livremente escolhendo caminhos lineares, cavalgando desapegados por lugares indeterminados dentro de nós. Um arranjo entre nossos territórios iluminados e sombrios, um assentamento de franqueza imaculada e abertura inventiva, é assim que o sujeito escreve um projeto de vida autoral (Sampaio, Ayres, 2019) e quando o voluntário e o involuntário se articulam como unidade na identidade narrativa.

Retomando o conceito aristotélico de *phronesis*, o julgamento sábio que distingue regra e caso singular, Ricoeur vê nessa conjunção uma condição para projetar uma boa vida, a unidade narrativa da vida. Isso leva a uma abordagem fenomenológica da condição humana, uma ontologia do Eu, retratado em *Si-mesmo como um outro* como sujeitos atuantes e sofredores (Ricoeur, 1992, p. 145). O

encontro clínico é a arena onde uma conexão terapêutica pode ser estabelecida. Histórias podem ser (re)contadas, (re)compostas, papéis podem ser trocados, regras podem ser desfeitas, discutidas e reescritas. Cuidador e cuidado, ambos atuantes, ambos sofredores, unem-se no esforço de escolher um enredo que retratará uma vida verdadeiramente vivida como autor e coautor. A narrativa é então gravada em palavras, um novo tecido de eventos é entrelaçado enquanto a dupla compõe novos capítulos para a história autoral de si mesmo.

“Em nosso tratamento da identidade narrativa, observamos que é virtude da narrativa unir agentes e pacientes no emaranhado de múltiplas histórias de vida. Mas é preciso ir mais longe e levar em conta formas de sofrimento mais profundamente ocultas: a incapacidade de contar uma história, a recusa em contá-la, a insistência dos fenômenos-indizíveis que vão muito além dos percalços e das aventuras, que sempre podem ser tornados significativos através do enredo” (Ricoeur, 1992, p. 320).

Claramente há um desafio implícito, não só clínico como humano, de reconhecer a possibilidade de existir do outro como um horizonte normativo. Enquanto sujeito que cuida de outro sujeito, o profissional da saúde se coloca frente ao paciente de modo a criar projetos simultaneamente compartilhados e individualmente experimentados. Ayres e Damiano (2021) apontam, assim, o Cuidado como caminho de abertura ao existir e uma possibilidade de intervenção sobre uma narrativa que expressa/constrói enredos e que podem, inclusive, em situações extremas, configurar o último e radical enfrentamento a sucessivas e intoleráveis discordâncias, o suicídio.

A Psiquiatria Narrativa é um ponto de vista de que as narrativas importam no encontro clínico. É importante que os clínicos aprendam habilidades para encorajar os pacientes a trazerem à tona suas experiências vividas para abrir novas possibilidades na relação terapêutica. A identidade narrativa é um conceito crucial

para fundamentar solidamente os fundamentos filosóficos da Psiquiatria Narrativa. Uma vez que o principal objetivo das práticas de saúde é cuidar de pessoas individuais e construir um sistema genuinamente atendo à demanda dos pacientes, a criação cooperativa de projetos significativos é uma pedra angular. Uma prática narrativa proficiente é aquela que pode reescrever a história com tintas novas e mais alegres, uma “história de sucesso” (Hamkins, 2014), mas também deve admitir a possibilidade de enunciação de acontecimentos como inigualáveis ou inefáveis, ou mesmo garantir espaço para recusa ou incapacidade de contar. Tudo isso acontece através da parceria entre uma pessoa que permite a presença de alguém que ocupa o lugar tanto de testemunha do desenrolar de uma história de vida quanto coautor dela; e um profissional de saúde que é corajoso o suficiente para caminhar ao lado de outro ser humano capaz e sofredor e emprestar parte de si para ingressar nesse empreendimento.

9.5 Um outro caminho para a Psiquiatria? As contribuições de Jaspers e da Psicopatologia Fenomenológica.

A Psiquiatria Narrativa não foi a única resposta de reação ao modelo biomédico de uma saúde mental baseada nas Neurociências do comportamento, no diagnóstico nosológico e nas terapias biológicas. As raízes desse modelo remontam em grande parte, como pontuamos no início de nossa trajetória, a Emil Kraepelin, reputado “pai da psiquiatria moderna”. Ganhou popularidade a ideia de que as alterações cerebrais dos doentes se manifestavam como alterações de seus relatos, produzindo ou subtraindo eventos e faculdades psíquicas. O trabalho do psiquiatra é, através do exame psíquico, perceber essas alterações e enquadrá-las nos tipos diagnósticos descritos e redescritos nos manuais médicos, catálogos nosológicos

dos transtornos mentais. Sobre as bases do operacionalismo e do reducionismo biológico, a Psiquiatria consegue se justificar como especialidade médica. O primeiro se refere a como os sinais e sintomas ganham um caráter “objetivo” e apontam para categorias diagnósticas homogêneas e universais. Já o segundo fala sobre a inferência de uma linearidade causal, com fundamentos neopositivistas, que apontam da vivência psíquica para o substrato cerebral (Tamelini, Messas, 2017).

Temos o formato de como delinear e hierarquizar as síndromes psiquiátricas, mas como buscar essas informações? Se um lado da moeda é o da categorização diagnóstica com bases biológicas, o outro lado precisa trazer uma bússola que aponte o caminho para acessar o mundo psíquico dos pacientes. A Psicopatologia descritiva dos alienistas franceses do século XIX e a nosografia de Pinel trouxeram um mapa ao antes brumoso mundo psíquico, mas com poucas referências à subjetividade dos pacientes e a suas vivências internas. Aqui entra a contribuição de Jaspers, que busca inspiração em Husserl, mas não consolida um projeto propriamente fenomenológico; e, curiosamente, não se alinha ao modelo de Psiquiatria que se tornaria hegemônico, mas traz uma importante contribuição para que ele assim se torne, dando um golpe central no seu principal adversário, a Psiquiatria de base psicodinâmica.

A preocupação de Jaspers era com uma forma de fazer Psicopatologia que somente descrevia os achados sem fazer referência à subjetividade dos pacientes, o que caminharia em termos mais atuais para se incorporar como um capítulo da semiologia médica (Gorostiza, Manis, 2011 apud Tamelini, Messas, 2017). À ideia de ordenar os conteúdos psíquicos como síndromes que apontavam para doenças reconhecíveis por seu substrato biológico, o autor nomeava “mitologia do cérebro” (Tamelini, Messas, 2017). Ele também postulava que sua procura por uma individualidade existencial defenderia a cultura “das amarras da tecnologização

desumanizante” (Jaspers, 1913 *apud* Messas, 2014). Sua proposta era de subsumir as Psicopatologias parciais, que descrevem condições patológicas específicas e suas manifestações, a uma totalidade da vivência do sujeito, que nomeia sua obra, uma *Psicopatologia geral*. Inspirado pela máxima husserliana de “retorno às coisas mesmas” e como uma proposta que busca outras camadas do sujeito além da descrição de sintomas (atualizada no projeto DSM), Jaspers influencia, mesmo hoje, o discurso de psiquiatras que “pregam o retorno a um eldorado perdido”, um momento perdido no passado em que “a psiquiatria teria tido seu apogeu intelectual” (Messas, 2014).

Jaspers pautou o projeto de sua Psicopatologia por uma metodologia voltada para o relato subjetivo das pessoas que entrevistava, buscando pureza e precisão. Desse modo, defendia que seu objeto eram os fenômenos psíquicos perceptíveis, não abstratos. Sua classificação propõe, assim: “(i) fenômenos comuns a todos, (ii) fenômenos entendidos como exagero, diminuição ou combinações de fenômenos que todos experimentam e (iii) fenômenos completamente inacessíveis para o ato empático do psicopatologista” (Messas, 2014). A empatia do examinador, ou o fenômeno psíquico que escapa a ela, se refere à distinção que Jaspers traz entre *Verstehen* e *Erklären*, em “Conexões psíquicas compreensíveis (Psicologia do significado – *Verstehende Psychologie*)”. Ele resgata essa distinção entre “compreender” e “explicar” de Dilthey, em que Ricoeur se aprofunda:

“Em Dilthey, a oposição inicial não é exatamente entre explicar e interpretar, mas entre explicar e compreender, sendo a interpretação uma província particular do entendimento. É preciso, portanto, partir da oposição entre explicar e compreender. Ora, se essa oposição é exclusiva, é porque, em Dilthey, os dois termos designam duas esferas da realidade que sua função é distinguir. Essas duas esferas são as ciências naturais e as ciências do espírito. A região da natureza é a dos objetos oferecidos à observação científica e

submetidos desde Galileu ao empreendimento da matematização e de John Stuart Mill aos cânones da lógica indutiva. A região do espírito é a das individualidades psíquicas, para cujo interior cada psique é capaz de se mover. A compreensão é essa transferência para o interior de uma psique estranha. Perguntar se pode haver ciências do espírito é, então, perguntar se é possível um conhecimento científico dos indivíduos, se essa inteligência do singular pode ser objetiva à sua maneira, se é capaz de receber validade universal. Dilthey responde afirmativamente porque o interior se dá em signos exteriores que podem ser percebidos e compreendidos como signos de uma psique estrangeira: 'Chamamos compreensão – diz ele no famoso artigo de 1900 sobre a origem da hermenêutica – o processo pelo qual conhecer algo psíquico com a ajuda de signos sensíveis que são sua manifestação' (Dilthey, 1900 *apud* Ricoeur, 1986, p. 320). A interpretação é uma província particular desse entendimento. Entre os signos da psique alheia, temos as 'manifestações fixadas de forma duradoura', os 'testemunhos humanos preservados pela escrita', os 'monumentos escritos'. Assim, a interpretação é a arte de compreender aplicada a tais manifestações, a tais testemunhos, a tais monumentos, cujo caráter distintivo é a escrita.

Nesse par compreender/interpretar, a compreensão fornece o fundamento, o conhecimento por meio dos signos da psique alheia, e a interpretação o grau de objetivação, graças à fixação e conservação que a escrita confere aos signos" (Ricoeur, 1986, p. 132, tradução nossa).

A Psicopatologia jaspersiana bebe de ambas as fontes, das ciências da natureza e das ciências do espírito. A Psicopatologia subjetiva, que ele denomina de fenomenologia, descreve o modo como "nós nos afundamos na situação psíquica e *entendemos geneticamente por empatia* como um evento psíquico emerge de outro" (Jaspers, 1913, p. 301, tradução nossa). Ao passo que a Psicopatologia objetiva fala sobre quando "nós descobrimos, por experiências repetidas, que fenômenos estão regularmente ligados uns aos outros e, com base nisso, *nós os explicamos causalmente*" (Jaspers, 1913, p. 301, tradução nossa). Desse modo, os fenômenos

patológicos trazem a marca de experiências que escapam à compreensibilidade empática, precisando ser elucidados causalmente pela esfera explicativa.

Tendo como objetivo investigar os fundamentos da experiência humana, Jaspers desenvolveu suas reflexões, sob a ótica da compreensão e da explicação, sobre fenômenos psíquicos normais e patológicos. Influenciado pela postura filosófica de Husserl, buscou deixar em suspenso as suposições teóricas anteriores à investigação, trazendo foco ao relato do sujeito (Tamellini, Messas, 2017). Precisamos localizar no tempo quais seriam as suposições então possíveis. A que teorias Jaspers estaria se referindo? Se é que podemos nomear um campo como Psiquiatria Biológica nesse momento, certamente estamos falando de um projeto ainda bastante embrionário. Também na Psicologia, ainda era difícil colocá-la no plural, dado o incipiente desenvolvimento de suas teorias.

Não é incomum escutarmos nos meios psiquiátricos que a Psiquiatria Biológica nasce em 1950 com a criação da clorpromazina, o primeiro psicofármaco. Tendo sido sintetizada em dezembro de 1950 (López-Muñoz et al., 2005) ou 1951 (Ban, 2007), em 1952 ela se tornou disponível para prescrição na França (López-Muñoz et al., 2005) e usada nas técnicas de “hibernação artificial” (Ban, 2007). Ela chega aos EUA e tem suas primeiras publicações em 1954, se consolidando na terapêutica psiquiátrica através de eventos científicos em 1955 (Ban, 2007).

Fazendo justiça histórica, lembremo-nos que o trabalho de Cade sobre sais de lítio já estava em curso para tratamento de “excitação psicótica”, tendo sido publicado em 1949 (Cade, 1949) e, em 1951, já havia relato de tratamento com lítio para pacientes maníacos (Soares, Gershon, 1998). De qualquer modo, na realidade esse talvez seja o nascimento de uma Psiquiatria que se tornaria ambulatorial, com o paciente ficando em sua casa, retornando para consultas de avaliação, tendo a posologia do fármaco ajustada segundo a evolução clínica. Nesse momento, já

havia mais de uma década que as pessoas que viviam com transtornos mentais apresentavam melhora de sintomas psicóticos através de terapias biológicas.

Ainda anteriormente a este período já havia uma intervenção de base biológica, e aqui é provavelmente prudente usar esse termo ainda no singular, já que a ferramenta disponível era basicamente a eletroconvulsoterapia (ECT). Um grande limitador da técnica era, e ainda é hoje, a necessidade de aplicação em ambiente hospitalar. Em 1956 já se propunha o uso de lítio como tratamento de manutenção alternativo para os pacientes com “*shock-dependency*” (Gershon, Trautner, 1956 *apud* Soares, Gershon, 1998), fazendo referência às pessoas que tinham recaída dos seus sintomas maníacos ou depressivos quando espaçavam demais as sessões de ECT umas das outras. O uso da técnica data de 1934, quando Meduna, já ciente dos achados neuropatológicos e clínicos do antagonismo entre epilepsia e esquizofrenia, conduziu o primeiro experimento envolvendo aplicação intramuscular de cânfora para induzir crises convulsivas. Apesar dos bons resultados, o desconforto da aplicação de uma medicação sistêmica trazia a necessidade de desenvolver uma forma de induzir a convulsão de forma mais direcionada, que conseguiram Ugo Cerletti e Lucio Bini em 1938. Esses médicos romanos aplicaram corrente elétrica diretamente ao escalpo, conseguindo induzir crises epilépticas efetivas e com resultado clínico, já em posse dos dados de segurança e efetividade de Meduna (Gazdag, Ungvari, 2019). Desse modo, é justo localizarmos o nascimento da Psiquiatria Biológica como prática de tratamento em Saúde Mental em 1938 com a criação da eletroconvulsoterapia, e em 1949 com o uso de lítio ou em 1950 com a síntese da clorpromazina.

Jaspers escreve seu trabalho antes da ECT e da farmacoterapia, em 1913. Quando ele fala sobre a relevância clínica da Psicopatologia orientada para os fenômenos não abstratos, mas concretamente experimentados pelos pacientes, ele

busca empreender um projeto de clínica que se afasta da “mitologia do cérebro” que percebe na leitura diagnóstica de base biológica, mas também dos postulados que faz a Psicanálise.

Olhando para a Psicologia, usar esse termo no início do século XX normalmente fazia referência à Psicologia Experimental, que tem a marca do nome de Wilhelm Wundt com a fundação de seu laboratório em 1879. O próprio neurologista tcheco, ou psiquiatra austríaco, Sigmund Freud tratou desde o início de se afastar do termo “Psicologia”, já que seu objeto não seria a “mente” ou a “psique”, mas o inconsciente. Freud publicaria a *Interpretação dos sonhos* (Freud, 1900) em novembro de 1899 (Green, 2010), mas a data de publicação viria impressa como 1900 para que o livro marcasse o século. Graduado em literatura inglesa e línguas românicas, Burrhus F. Skinner só desistiria da carreira de escritor e se inscreveria no programa de Psicologia Experimental da Harvard University em 1928 e publicaria *The behavior of organisms* em 1938 (Cunha, Verneque, 2004). Por fim, os fenomenólogos, estes nem tratavam a obra de Jaspers como exatamente vinculada à fenomenologia.

Assim, com uma Psiquiatria Biológica ainda como embrião, distanciado do projeto dos autores da fenomenologia e sem um movimento comportamentalista solidamente edificado, quando Jaspers falava de manter em suspenso as teorias para olhar os fenômenos psíquicos diretamente, ele estava se referindo em grande parte ao discurso que fazia frente mais expressiva à Psiquiatria então hegemônica, a Psicanálise. Ainda hoje escutamos colegas psiquiatras falando de Jaspers como uma das referências clássicas da Psiquiatria, com alguma frequência com um tom saudosista. Ao passo que Freud recebe maiores reverências da comunidade psicanalítica, seja de psicólogos ou de psiquiatras psicodinâmicos. É mais comum ouvirmos referências a Freud como “psicanalista” ou “pai da Psicanálise” que

“psiquiatra”, “neurologista” ou “médico”. Também não é incomum escutarmos de colegas histórias de desconfortos entre o raciocínio (ou o “lado”) dos psiquiatras e dos psicanalistas, e as discussões sobre esse tensionamento também surgem na literatura (Schwartzman, 1997; Kyrillos Neto, Santos, 2014).

De qualquer modo, para Jaspers, a crítica central direcionada à Psicanálise gira em torno do alcance da compreensividade. Jaspers descreve a teoria de Freud como uma “mistura confusa de teorias psicológicas” (Jaspers, 1913). Reconhece sua potência em elucidar conexões significativas, i. e. sua capacidade em aprofundar os laços compreensivos nas histórias dos pacientes, mas fica reticente a usar essa ferramenta para abarcar todas as respostas para o mundo psíquico. Como traz o autor:

“Os limites de toda psicologia de conexões significativas devem necessariamente permanecer os mesmos para a psicanálise na medida em que esta é significativa. A compreensão para primeiro diante da realidade do inatismo das características empíricas. Estes, é verdade, não são nem finalmente cognoscíveis nem podem ser firmemente estabelecidos. Mas a significação para diante deles, como algo impenetrável e inalterável. Os indivíduos não nascem iguais, mas raros e comuns em seu grau através das mais múltiplas dimensões. Em segundo lugar, a compreensão se detém diante da realidade da doença orgânica e da psicose, diante da natureza elementar desses fatos. Esta é a realidade decisiva, embora muitos dos fenômenos mostrem muito conteúdo particular que, pelo menos em um aspecto, pareça significativo. Em terceiro lugar, a compreensão se detém diante da própria realidade da Existência, aquilo que o indivíduo realmente é em si mesmo. A iluminação da psicanálise revela-se aqui uma pseudo-iluminação. Embora a própria Existência não esteja diretamente lá para a compreensão psicológica, sua influência é sentida nos limites que ela estabelece para a compreensão psicológica no próprio ponto onde existe algo que só se mostra na inconclusão do significativo. A psicanálise sempre fechou os olhos para essas limitações e quis compreender tudo” (Jaspers, 1913, p. 363, tradução nossa).

O golpe disferido à Psicanálise por Jaspers, especialmente reconhecido como psiquiatra, se somou a diversas outras forças e desdobramentos históricos que culminaram com a primazia dos achados neurocientíficos como fundamentos da Psiquiatria. Esse “distanciamento de uma teoria”, marcadamente significando distanciamento de teorias psicológicas e aproximação das tecnociências biomédicas, se alinham com o projeto de uma Psicologia transteórica, como descrevemos no início de nossa trajetória. Como, no entanto, se distancia do projeto dos fenomenólogos o pensamento de Jaspers? E quem é, na sua visão, o sujeito da Psiquiatria?

Os textos da Psiquiatria Fenomenológica apontam que a Psicopatologia de Jaspers não é “estritamente fenomenológica” (Fukuda, Tamelini, 2016). Para Jaspers, o ponto de partida da investigação psicopatológica é a representação do que o paciente experimenta. Há ocorrência de transições na vivência do sujeito, mas fenômenos psíquicos distintos permanecem como tal. Não há, para Jaspers, um termo comum no sujeito que articule esses fenômenos, não há espaço para a noção de estrutura. Para Messas (2014):

“Essa negação mantém-se intacta ao longo da *Psicopatologia geral*. (...) Ou seja, [Jaspers] nega algum valor – no mínimo heurístico – para a noção de estrutura no campo da fenomenologia. (...) A recusa da introdução das condições de possibilidade no campo das ciências empíricas sulca profundamente as fronteiras entre a Psicopatologia Fenomenológica e a obra de Jaspers” (Messas, 2014).

Não vendo na teoria de Jaspers espaço para as estruturas *a priori* da consciência (Tamelini, Messas, 2017), os fenomenólogos se entendiam em um caminho distinto. É importante ressaltar que, especialmente neste início da corrente fenomenológica, os autores não se denominavam estritamente pelo termo “fenomenólogo”, utilizando outros termos como Psicopatologia Genético-Construtiva

(von Gebsattel) ou Daseinsanalyse (Binswanger), mas proporcionando diálogos dentro de um mesmo campo. “Não é gratuito e incorreto, portanto, que um dos mais importantes historiadores da Psicopatologia Fenomenológica, Arthur Tatossian, não veja nenhuma relação de ascendência entre essa modalidade de Psiquiatria e Psicopatologia e o método preconizado por Jaspers” (Messas, 2014).

Cara à Psiquiatria de base fenomenológica, a noção de estrutura fala sobre um sujeito inserido no mundo e que o organiza segundo enquadramentos de experiência determinados. A Psicopatologia Fenomenológica é, assim, a ferramenta de acesso ao mundo vivido das pessoas com transtornos mentais. Essas estruturas a priori da experiência, que definem o sujeito quando ele se coloca no mundo, são: tempo vivido, espaço vivido, corpo vivido, intersubjetividade e identidade¹¹ (Messas et al., 2018); ou temporalidade, espacialidade, corporeidade e intersubjetividade (Tamelini, Messas, 2017).

Os transtornos mentais são, para essa abordagem, divididos em dois grandes grupos: estruturais e antropológicos. Para entendê-los, faz-se necessário compreender a fronteira entre vida e mundo. Partindo da noção de Minkowski de tempo vivido como *devenir*, a vida é entendida como essa “massa fluida” que se desloca misteriosamente para frente, ele é tempo da introspecção como aparece para a consciência, puro tempo dado à experiência (Costa, Medeiros, 2009). O tempo define o contexto das experiências do corpo no espaço, conecta o espaço vivido ao corpo vivido, trazendo totalidade à experiência. Já o mundo, este se coloca na obra de Jaspers no capítulo “Fatos objetivos com significado”; é onde se desenrola a vida humana, mas está fora do interesse da fenomenologia, cujo foco é a subjetividade dos pacientes. Para os fenomenólogos, ao exemplo da discussão de Biswanger, o mundo tem o papel de organizar a estrutura das vivências já

¹¹ Tradução nossa para: lived time, lived space, lived body, intersubjectivity e selfhood.

preparadas *a priori* pelo modo de assentamento primordial nele (Messas, 2014). Assim, os transtornos da estrutura correspondem a perturbações diretas da vivência de ser-no-mundo, cujo modelo prototípico é a esquizofrenia. Já os transtornos antropológicos, eles se definem por não haver comprometimento da constituição global da realidade, há modificações dialéticas das proporções de certos domínios da experiência vivida (Messas et al., 2018). A temporalidade vivida de modo acelerado na mania ou a corporalidade eviscerada na histeria são descrições características da leitura fenomenológica.

O sujeito concebido pela totalidade de sua estrutura *a priori* da consciência tem práticas de saúde direcionadas a ele que se dividem em dois tipos de abordagem orientada à proporção dialética: dialética da ambiguidade e dialética de proporções antropológicas. A proporção dialética traz foco à complexidade inerente a cada tipo de experiência patológica. Através da identificação da relação entre a pessoa e sua experiência anormal básica, essa perspectiva visa à observação dos movimentos psíquicos e transformações do sujeito. Na esquizofrenia, por exemplo, é um objetivo clínico discutir a relação dialética da perda da constituição da realidade e sua manutenção (Messas et al., 2018).

A dialética da ambiguidade se baseia nessa marcante característica da experiência humana, que sempre se apresenta com dois lados simultâneos. Ciente disso, o terapeuta deve, por exemplo, descobrir quais dilemas o paciente enfrenta e interpretar sua situação existencial de forma que não implique em risco existencial. Na dialética das proporções antropológicas, buscam-se elementos indeterminados e dinâmicos, aqueles que se referem a questões desconhecidas pelo clínico e mesmo pelo próprio paciente, e aqueles que trazem à tona tensão dinâmica entre permanência e mudança. A abordagem dialética centrada na pessoa tem como guia dispositivos que podem ser sintetizados no acrônimo PHD: (a) *Phenomenological*

unfolding, um diálogo que busca iluminar o campo de experiência do paciente, (b) *Hermeneutic analysis*, clarificação do posicionamento do sujeito frente a suas experiências, e (c) *Dynamic analysis*, a explicação de como a história de vida contextualiza as experiências do sujeito e a forma com que ele se posiciona frente a elas (Messas et al., 2018).

A ideia de um sujeito com estruturas *a priori* da experiência pode conversar com a noção de um sujeito com uma identidade narrada. Há certamente um primeiro ponto de interseção óbvio entre a Psicopatologia Fenomenológica e o caminho de Paul Ricoeur, a aproximação humanista. “A questão da humanidade, tomada como totalidade” (Ricoeur) ou os objetos de sua obra de forma geral certamente podem construir uma ponte com a “dimensão humanística da Psiquiatria” (Tamelini, Messas, 2017).

Há pontos de contato mais íntimo, por exemplo na noção de identidade. Apesar de não diferenciar, como Ricoeur, identidade *idem* (“sameness” - mesmidade) de identidade *ipse* (“selfhood” - ipsiedade), a Psicopatologia Fenomenológica traz a ideia de “Eu” (“Self”) pré-reflexivo e reflexivo. O primeiro faz referência à experiência primitiva do Eu, arraigada no corpo vivido. Já o Eu reflexivo, este se relaciona à dimensão da autoconsciência, é o “Eu como identidade narrativa – o Eu que conta histórias sobre ele mesmo, que existe nessas histórias e concebe sua identidade nos termos dessas histórias” (Messas et al., 2018). Apesar da passagem trazer termos que dialogam fortemente com as meditações de Ricoeur, não há sempre referências ao autor.

Em outros encontros, Ricoeur é expressamente citado, como no trabalho de Stanghellini (2011), *Fenomenologia clínica: um método de cuidado?* e outras propostas da Psicopatologia Fenomenológica como ferramenta de cuidado em saúde mental (Sánchez Sánchez, 2023). Há também, no Brasil, a busca por construir

essa ponte, trazendo as contribuições de Ricoeur para a pesquisa fenomenológica (Melo, 2016). E mesmo propostas mais intrépidas, como a ideia de uma hermenêutica clínica (Stanghellini, 2016 *apud* Messas et al., 2018) e da figura do clínico como “psico-hermeneuta” (Janeš, 2020).

Janeš (2020) busca abertamente o enriquecimento da prática psiquiátrica através da hermenêutica e trata a fenomenologia como pré-requisito para o tratamento de transtornos psicóticos. O autor considera o psicopatólogo fenomenológico um “psico-hermeneuta”, cuja tarefa fundamental é determinar momentos e causas essenciais ao deslocamento de identidade (“*selfhood*”) do paciente. Como traz o autor:

“Ricoeur afirma que o método fenomenológico descobriu e revelou a importância dos outros na interpretação da individualidade. Porque além do fato de que os outros aparecem de alguma forma, ele apenas quer de alguma forma ‘aparecer para os outros’. Ser um eu (“*self*”) é projetar-se em situações particulares. Como ele se projeta? Ricoeur diria: com base no valor do sistema de individualidade” (Janeš, 2020, p. 84, tradução nossa).

Há aproximações evidentes e possibilidades de construção muito frutíferas entre os autores da fenomenologia e a noção de sujeito com identidade narrativa. Certamente um caminho que aproxime conceitualmente a Psiquiatria com fundamentação na Psicopatologia Fenomenológica e a filosofia de Paul Ricoeur pode ser aprofundado.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS: HORIZONTES VISLUMBRADOS E CAMINHOS A PERCORRER

Iniciamos nosso trajeto mobilizados pelo incômodo de práticas que desconsideram a natureza potente e ativa do paciente na relação com o profissional da saúde. Desse modo, buscamos na história da Psiquiatria e da Psicologia qual perspectiva de sujeito poderia implicitamente embasar a propedêutica dos sintomas mentais e justificar a terapêutica com práticas que não pressupõem um sujeito capaz. Iniciamos esse caminho buscando entender como Psiquiatria e Psicologia se posicionam sobre a “produção do mental”. Dada a pluralidade de abordagens e perspectivas no campo da Saúde Mental, usamos como conceito traçador a motivação.

No saber psiquiátrico, o diagnóstico da mente e do comportamento ocorre através da lente da Psicopatologia Descritiva e os dados se organizam como sintomas relacionados a síndromes, catalogados nosologicamente como transtornos mentais. Na área da Psicologia, aprofundamos nossa reflexão nas técnicas da entrevista motivacional, que conversava diretamente com o objetivo que buscávamos alcançar. O interesse não se colocava no sentido avaliar a técnica como tecnologia da saúde, sua eficácia, eficiência ou efetividade, nem mesmo de pensar o sentido de sua adoção como prática de saúde em contextos definidos, mas sim como exploração filosófica do conceito.

Examinamos cuidadosamente o conceito de motivação, realizando uma análise crítica de sua construção e aplicação (Sampaio, Ayres, 2019). Nosso caminho, delineado à luz da entrevista motivacional, caminhou para o trabalho de James Prochaska e seu grupo. O autor dedica-se menos a um detalhado escrutínio aos fundamentos filosóficos ou à epistemologia que embasa suas técnicas. O interesse dos fundadores das técnicas motivacionais reúne recortes de diversas

tradições em saúde mental, com frequência de matrizes filosóficas distintas, no corpo denominado terapia transteórica (Prochaska, DiClemente, 1983), modelo transteórico (Prochaska, Velicer, 1997) ou, posteriormente, abordagem transteórica (*transtheoretical approach*) (Prochaska, DiClemente, 2005). Chama nossa atenção a forma como o sujeito (não) é problematizado nesse enquadramento teórico e, conseqüentemente, o modo como isto se espelha na prática clínica.

Há na literatura científica evidências de entrevista motivacional baseada no modelo transteórico para intervir em uma gama de comportamentos cuja frequência pode afetar a saúde e desencadear doenças. Cessação do hábito de fumar, controle de peso, dietas ricas em gordura, comportamentos delinquentes em adolescentes, uso de camisinha, engajamento em *screening* mamográfico, uso de protetor solar (Prochaska, Velicer, 1992) e realização de atividade física (Marcus, Simkin, 1994; Liu et al., 2018) são alguns exemplos que integram a lista. No cotidiano do psiquiatra, o tema das técnicas motivacionais surge com maior frequência nas discussões sobre dependência química, que giram em torno do que as neurociências nomeiam o “cérebro motivado”. No entanto, não é incomum o especialista ser procurado em casos de “pacientes malcomportados”, que não “aderem” a tratamentos ou “resistem” a fazer o que a equipe de saúde propõe.

Com o objetivo de buscarmos uma forma de compreender melhor quem é o sujeito dessas derivações teóricas e das práticas oriundas delas, nos aproximamos do momento da obra de Ricoeur em que ele desenvolve sua antropologia filosófica. Encontramos em *O voluntário e o involuntário* (Ricoeur, 1950) reflexões sobre o humano, “simples na vitalidade, duplo na humanidade”. Estas meditações semearam nosso interesse em investigar a natureza do núcleo do sujeito, o “*centre même du sujet*” (Ricoeur, 1950, p. 453), e nos aprofundarmos em momentos subsequentes da obra de Ricoeur em que ele estuda a identidade narrativa.

Para percorrermos este caminho, partimos de um corpo teórico que, buscando enriquecimento do *setting* clínico da saúde mental, postula a importância de trazer as histórias contadas pelos pacientes para a dinâmica das consultas, a Psiquiatria Narrativa. Provocados pela necessidade de aprofundar o entendimento no conceito de identidade narrativa, recorreremos à obra *O Si-mesmo como um outro* para guiar nossas reflexões. A perspectiva de pessoa desenvolvida nessa obra nos levou a propor que o papel do profissional de saúde na relação terapêutica se dê no sentido de compor, em parceria, um projeto de vida autoral.

Perceber o sujeito segundo sua identidade narrativa enriquece o entendimento clínico e traz uma luz para novos lugares que possa ocupar o profissional. Avaliar como os sintomas se organizam em síndromes, solicitar exames com precisão e tratar doenças segundo os melhores *guidelines* internacionais são certamente momentos muito importantes do bom atendimento. Podemos, porém, contribuir para um sistema de saúde com mais relações interpessoais potentes no momento em que observamos a identidade narrativa do sujeito e nos colocamos à disposição nesse empreendimento colaborativo de escrever o enredo de um projeto de vida autoral, a construção de concordância potente com/nas discordâncias relacionadas ao sofrimento mental. A Psiquiatria Narrativa pode se beneficiar de aprofundamento na investigação de seus fundamentos filosóficos e as reflexões sobre a hermenêutica do Si-mesmo mostraram-se um caminho frutífero para fazê-lo.

Pensar o lugar do sujeito nas práticas de saúde torna imprescindível reconhecê-lo como tal através da ponte intersubjetiva proporcionada pela ação comunicativa, pelo diálogo. O sucesso para pavimentar essa estrada se conecta ao atributo temporal do sujeito no sentido de estar no mundo e experimentar sua saúde no momento em que constantemente escreve sua biografia. Aqui, há de se

estabelecer fusões de horizontes com vista a um sentido normativo comum com a pessoa que busca atendimento. O controle da doença, a minimização dos sintomas e a prevenção em seus diversos graus certamente são desejados êxitos técnicos a serem buscados. No entanto, eles fazem referência ao modo com que conectamos o saber oriundo da ciência, a fisiopatologia, o *guideline* gerado pela metanálise, a um “como fazer” clínico que precisa ser enriquecido pela busca do sentido do “quê fazer?”. O êxito técnico do conhecimento biomédico causalista, fruto de *sophia*, saber universal e necessário, precisa ser guiado pela sabedoria prática, *phronesis*, para que consigamos, além de prevenir agravos, promover saúde (Ayres, 2001).

Assim, entendemos como fundamental pensar o conceito de sujeito à luz dos nortes éticos e conceituais da Saúde Coletiva, considerando as reflexões da Hermenêutica Filosófica (Gadamer, 1960) e da Teoria da Ação Comunicativa (Habermas, 1988). Complementamos a esse enquadramento a Hermenêutica do Cuidado (Ayres, 2006), inscrita no movimento de humanização das práticas de saúde. Daqui parte a posição de a crítica às tecnociências biomédicas, incluindo a Psiquiatria, se coloca no momento em que elas se propõem a ser o único discurso possível, responsável exclusivo por determinar a agenda de discussões e o horizonte normativo das práticas de saúde. Sendo a ciência e sua produção tecnológica (*episteme* e *techné*) marcas do humano (Ayres, 2002), expressão do desejo individual e coletivo de alcançar o controle dos determinantes biológicos das doenças e curá-las quando possível, não é objetivo das humanidades desprestigiá-las, mas enriquecê-las com ponderações e distanciá-las de um caminho raso e sem reflexão sobre seus pressupostos filosóficos.

Fazendo a ponte da história da Psiquiatria e da Psicologia com a questão da motivação, parece-nos também frutífero como possível passo futuro fazer um aprofundamento conceitual que use como traçador o conceito spinozano de *conatus*

para pensar o esforço do sujeito para compor sua vida e a Psiquiatria como recurso para descrever seus processos volitivos, que se tornam substrato para o diagnóstico de patologias da impulsividade e compulsividade, como a dependência química.

Outro ponto possível a ser revisitado é a interseção de discursos entre a Psicopatologia Fenomenológica e a hermenêutica ricoeuriana, que traz aprofundamentos interessantes, como a ideia de uma hermenêutica clínica e do clínico como “psico-hermeneuta”. Há discussões necessárias em torno do entendimento dos fundamentos filosóficos usados para a construção desses discursos, elementos de concordância e discordância, e derivações para as práticas de saúde oriundas deles.

Em síntese, parece frutífero, ao fim dessa jornada, conceber a Psiquiatria como *ramo da ciência médica que estuda as relações humanas intersubjetivas considerando a identidade narrativa do sujeito e que tem como ação terapêutica, no campo da sabedoria prática, a composição colaborativa de um projeto de vida autoral.*

11. REFERÊNCIAS

- AMA – American Medical Association. 2023. AMA History. Disponível em: <https://www.ama-assn.org/about/ama-history/ama-history>. Acesso em: 31 mar. 2023.
- APA – American Psychiatric Association. [1980]. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM III-R. São Paulo: Manole, 1989.
- APA – American Psychological Association. 2013. NIMH funding to shift away from DSM categories. American Psychological Association, Monitor on Psychology, Vol 44, No. 7. Disponível em: <https://www.apa.org/monitor/2013/07-08/nimh>. Acesso em: 03 abr. 2023.
- APA, NIMH. 2013. DSM-5 and RDoC: Shared Interests. Signed by: Thomas R. Insel, M.D., director, NIMH and Jeffrey A. Lieberman, M.D., president-elect, APA. Release No. 13-37. Disponível em: <https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2013/05/13-37-joint-apa-and-nimh-statement.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2023.
- Aragona M, Marková IS. The hermeneutics of mental symptoms in the Cambridge School. Rev latinoam psicopatol fundam [Internet]. 2015 Oct;18(4):599–618. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n4p599.2>.
- Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc saúde coletiva. 2001;6(1):63–72. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>.
- Ayres JRCM. Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva. 179p. Tese (Livredocência em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- Ayres JRCM. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;v. 9, n. 3, p. 583-592.
- Ayres JRCM. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: DESLANDES, S.F., comp. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, pp. 49-83. Criança,

mulheres e saúde. ISBN 978-85-7541-329-6.
<https://doi.org/10.7476/9788575413296>

Ayres JRCM. Para compreender o sentido prático das ações de saúde: contribuições da hermenêutica filosófica. In: Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009a; p. 129-155.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2009b. p. 17-39.

Ayres JRCM, Damiano RF. O suicídio como o último movimento e o cuidar como abertura ao existir. In: Damiano, RF. Compreendendo o suicídio. 1ª ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.

Ban TA. Fifty years chlorpromazine: a historical perspective. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2007 Aug;3(4):495-500. PMID: 19300578; PMCID: PMC2655089.

Banner NF, Thornton T. The new philosophy of psychiatry: its (recent) past, present and future: a review of the Oxford University Press series *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry*. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine.* 2007 Jun 8. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-2-9>.

Bayer R, Spitzer RL. Neurosis, Psychodynamics, and DSM-III: A History of the Controversy. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42(2):187–196. <http://dx.doi:10.1001/archpsyc.1985.01790250081011>.

BBC. 1913: o ano em que Hitler, Trotsky, Tito, Freud e Stalin viveram na mesma cidade. BBC News Brasil, 7 janeiro 2023. Redação BBC News Mundo. Acesso em: 20 Jul 2023. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-64200657>.

Berrios GE. Psicopatologia. In: Rumo a uma nova epistemologia da psiquiatria. Tradução de Lazslo A. Ávila. São Paulo: Escuta, 2015a.

Berrios GE. Epistemologia e fenomenologia. In: Rumo a uma nova epistemologia da psiquiatria. Tradução de Lazslo A. Ávila. São Paulo: Escuta, 2015b.

Bertolozzi MR, De la Torre MC. Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina.* 2012; Núm. (1). Vol. (1). p. 24-36.

- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.
- Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
- Busacchi V. Why the Reality is Not Totalisable: An Introduction to Paul Ricoeur's Philosophy of Action. *International Journal of Humanities and Social Science*. 2017 November; 7(11): p. 20-25. Disponível em: https://www.ijhssnet.com/journals/Vol_7_No_11_November_2017/3.pdf. Acesso em: 28 dez. 2018.
- Cade JFJ. Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Med J Australia*. 1949;14: 349–352.
- Canguilhem G. O normal e o patológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009 [1966].
- Canguilhem G. What is Psychology? *Foucault Studies*. June 2016:21, p. 200-13.
- Casey BJ, Craddock N, Cuthbert BN, Hyman SE, Lee FS, Ressler KJ. 2013. DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? *Nat Rev Neurosci*. 2013 Nov;14(11):810-4. doi: 10.1038/nrn3621. PMID: 24135697; PMCID: PMC4372467.
- Castellana GB. O psiquiatra em conflito: fatos, valores e virtudes no dilema das internações involuntárias [tese]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.
- Cerejeira, J; Rivera Jiménez, C; Santos Carrasco, I; Capella, C; Rodríguez, E. Narrative psychiatry: Healing through storytelling. *European Psychiatry*. 2021;64(S1), S447-S447. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.1193.
- Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*. 2001;286(15):1897–1902. doi:10.1001/jama.286.15.1897
- Charon, Rita, and Rita Charon. The Sources of Narrative Medicine. In: *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. p. 3-15, Oxford: Oxford University Press, Incorporated, 2008.

- Costa VESM, Medeiros M. O tempo vivido na perspectiva fenomenológica de Eugène Minkowski. *Psicologia Em Estudo*. 2009;14(2), 375–383.
- Cunha RN, Verneque LPS. Notícia: Centenário de B. F. Skinner (1904-1990): uma ciência do comportamento humano para o futuro do mundo e da humanidade. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*. 2004;20(1), 93–94. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000100014>.
- Danziger K. The origins of the psychological experiment as a social institution. *American Psychologist*. 1985; p. 133-40. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.40.2.133>.
- Descartes R. *Discours de la méthode*. Sorbonne: Librairie Larousse, 1637.
- Descartes, René. *Meditations on First Philosophy*. In: *The Philosophical Works of Descartes*. Translated by Elizabeth S. Haldane. Cambridge: Cambridge University Press, 1911 [1641].
- DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*. 1982; p. 133-142. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90038-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7).
- DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The Process of Smoking Cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation, and Preparation Stages of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991; 59(2), p. 295-304. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.2.295>.
- Dilthey W. *Origine et développement de l'herméneutique*. Paris: En Le Monde de l'Esprit, 1, 1947 [1900].
- Dohnalová M. Ricoeur's Concept of Narrative Identity. Bachelor's thesis. Masaryk University, Faculty of Arts. Thesis supervisor doc. PhDr. Dagmar Pichová, Ph.D. Brno, 2021. Disponível em: <https://is.muni.cz/th/k4too/>. Acesso em: 20 mai. 2023.
- Dunker CIL. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*. 2014;47(87), p. 79-107.

- Falkenstein L. Étienne Bonnot de Condillac. In: The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2010 Edition), Edward N. Zalta, editor. Acesso em: 29 Jan 2019. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2010/entries/condillac/>>.
- Foucault M. Discipline and Punish: The Birth of the Prison. Nova York: Vintage Books, 1979 [1975].
- Foucault M. História da Loucura. 4.ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.
- Foucault M. Problematização do sujeito: Psicologia, psiquiatria e psicanálise. Mesa redonda sobre a Expertise Psiquiátrica, 1974. Manoel Barros da Motta, organizador. Rio de Janeiro: Florense, 2000.
- Freud S. The Interpretation of Dreams. 3rd ed. Nova York: The Macmillan Company, 1913 [1900].
- Freud S. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII [1913].
- Fukuda LE, Tamelini MG. A compreensão psicológica jasperiana revisitada sob a perspectiva da Psicopatologia Fenomenológica. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*. 2016; 5(2), 160-184.
- Gadamer H-G. Verdade e Método, 3ª edição. Título do original alemão: Wahrheit und Methode. Tradução Flávio Paulo Meurer. Petrópolis: Editora Vozes, 1999 [1960].
- Gagnebin JM. Uma filosofia do cogito ferido: Paul Ricoeur. *Estudos Avançados*. 1997;11(30), 261–272. <https://doi.org/10.1590/S0103-40141997000200016>.
- Ganem A. Karl Popper versus Theodor Adorno: lições de um confronto histórico. *Brazilian Journal of Political Economy*. 2012;32(1), 87–108. <https://doi.org/10.1590/S0101-31572012000100006>.
- Gazdag G, Ungvari GS. Electroconvulsive therapy: 80 years old and still going strong. *World J Psychiatry*. 2019 Jan 4;9(1):1-6. doi: 10.5498/wjp.v9.i1.1. PMID: 30631748; PMCID: PMC6323557.
- Gershon S, Trautner EM. The treatment of shock dependency by pharmacological agents. *Med J Australia*. 1956;12(7):S2–S12.

- Giordano J. Foni phronimos - An interview with Edmund D. Pellegrino. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2010. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-5-16>.
- Gorostiza PR, Manes JA. Misunderstanding psychopathology as medical semiology: An epistemological enquiry. *Psychopathology*. 2011;44, 205-215.
- Green A. Do "Projeto" à "Interpretação dos Sonhos": Ruptura e fechamento. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 2010;44(1), p. 111-33.
- Greenhalgh T, Hurwitz B, editores. *Narrative-Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. Londres: BMJ Books, 1998.
- Grondin J. Paul Ricoeur. Paris: Puf, 2016.
- Gutierrez C, Scheid P. The History of Family Medicine and Its Impact in US Health Care Delivery. Presented at the Primary Care Symposium at the University of California, San Diego, to the Department of Family and Preventive Medicine on May 29, 2002. Disponível em: <https://www.aafpfoundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfham/FMImpactGutierrezScheid.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2023.
- Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa I/II*. Madri: Taurus, 1988.
- Habermas J. *Acción comunicativa y razón sin transcendência*. Título original: *Kommunikatives Handeln und detranszendentalisierte Vernunft*. Barcelona: Espasa Libros, 2002 [2001].
- Hamkins S. What Is Narrative Psychiatry? In: *The Art of Narrative Psychiatry: Stories of Strength and Meaning*. New York: Oxford Academic, 2014. <https://doi.org/10.1093/oso/9780199982042.003.0006>.
- Heidbreder E. *Psicologias do século XX*. São Paulo: Mestre Jou, 1981.
- Heidegger M. *Being and Time*. Albany: State of New York Press, 2010 [1953].
- Holmes J. Narrative in psychiatry and psychotherapy: the evidence? *Medical Humanities*. 2000;26:92-96.
- Hopkins BC. *The Philosophy of Husserl*. Nova York: Routledge, 2014.
- Huisman D. *Dicionário de obras filosóficas*. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p.289-90.

- Jamouille M. Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015; 4(2): 61-64. doi: 10.15171/ijhpm.2015.24.
- Janeš L. Improvement of Psychiatry with Hermeneutics and Phenomenology as a Prerequisite for Treating Psychotic Disorders. *Phenomenology and Mind*. 2020;18, p. 78-89.
- Jaspers K. *General Psychopathology*. Translated from the German: "Allgemeine Psychopathologie". Chicago: University of Chicago Press, 1963 [1913].
- Jones EG, Mendell LM. Assessing the Decade of the Brain. *Science*. 1999 Apr 30: p. 739.
- Kottow AR, Kottow MH. The disease-subject as a subject of literature. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2007 Jun 29. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-2-10>.
- Koyré A. *Do Mundo Fechado ao Universo Infinito*. Trad. Donaldson M. Garschagen. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- Kyrillos Neto F, Santos RAN. Lógica diagnóstica em serviços abertos de saúde mental: tensões entre psiquiatria e psicanálise. *Barbarói*. 2014;(40), 63-82. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i40.3511>.
- Launer J. *Narrative-based practice in health and social care: conversations inviting change*. New York: Routledge, 2018.
- Launer J, Wohlmann A. Narrative medicine, narrative practice, and the creation of meaning. *Lancet*. 2023 Jan 14;401(10371):98-99. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00017-X. PMID: 36641204.
- Lauxen RR. Os Cem Anos de Nascimento de Paul Ricoeur: Uma Biografia Intelectual. *Páginas de Filosofia*. 2015; 7 (1):1-25.
- Leal IA. Saber histórico e mimese em Paul Ricoeur. *Revista Expedições: Teoria & Historiografia*. 2015;6(2), 274–293.
- Leavell HR, Clark EG. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community an Epidemiologic Approach*. New York: McGraw-Hill, 1958.

- Lewis B. 2011. Narrative and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 2011 Nov;24(6):489-94. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834b7b7f>. PMID: 21897253.
- Lewis B. Taking a narrative turn in psychiatry. *The Lancet*. 2014; 383(9911), p. 22-3. ISSN 0140-6736. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62722-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62722-1).
- Linden A, Butterworth SW, Prochaska JO. Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010;16(1), p. 166-174. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01300.x>.
- Liu KT, Kueh YC, Arifin WN, Kim Y, Kuan G. Application of Transtheoretical Model on Behavioral Changes, and Amount of Physical Activity Among University's Students. *Front Psychol*. 2018; Dec 17;9:2402. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02402>. PMID: 30618907; PMCID: PMC6304387.
- López-Muñoz F, Alamo C, Cuenca E, Shen WW, Clervoy P, Rubio G. History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. *Ann Clin Psychiatry*. 2005 Jul-Sep;17(3):113-35. doi: 10.1080/10401230591002002. PMID: 16433053.
- Mallett CA. Child and Adolescent Behaviorally Based Disorders: A Critical Review of Reliability and Validity. *Research on Social Work Practice* published online 26 October, 2012. <https://doi.org/10.1177/1049731512464275>.
- Marcus BH, Simkin LR. The transtheoretical model: applications to exercise behavior. *Med Sci Sports Exerc*. 1994 Nov;26(11):1400-4. PMID: 7837962.
- Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. 2018; 24(1): p. 106–111. <http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>.
- Matheus LC. Paul Ricoeur e a narrativa além do gênero discursivo. *Galáxia*. 2021;(46):e47550.
- McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, research and practice*. 1983; 20(3), p. 368-75. <https://doi.org/10.1037/h0090198>.

- Melo MLA. Contribuições da hermenêutica de Paul Ricoeur à pesquisa fenomenológica em psicologia. *Psicologia USP*. 2016;27(2), 296–306. <https://doi.org/10.1590/0103-656420140071>.
- Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2000Feb;4(6):109–16. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>.
- Messas G. O sentido da fenomenologia na Psicopatologia Geral de Karl Jaspers. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*. 2014;3 (1), 23-47.
- Messas G, Tamelini M, Mancini M, Stanghellini G. New Perspectives in Phenomenological Psychopathology: Its Use in Psychiatric Treatment. *Front Psychiatry*. 2018 Sep 28;9:466. doi: 10.3389/fpsy.2018.00466. PMID: 30323776; PMCID: PMC6172298.
- Méthot, P-O. On the genealogy of concepts and experimental practices: Rethinking Georges Canguilhem's historical epistemology. *Studies in History and Philosophy of Science*. 2013;A 44(1), p. 112-23.
- Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy*. 1983;11(2), p. 147-72.
- Miller WR, Crawford VL, Taylor CA. Significant others as corroborative sources for problem drinkers. *Addictive Behaviors*. 1979;4, 67—70.
- Miller WR, Munoz RF. *How to Control your Drinking*. (Revised edition). Albuquerque: University of New Mexico Press, 1982.
- Mol A. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. New York: Routledge, 2008.
- Morato HTP. Gadamer na pesquisa em psicologia? Entre experiência e filosofia prática. In: *Entre Mundos - Liber Amicorum para Irene Borges-Duarte*. Lisboa: Colibri, 2022.
- Morris SE, Sanislow CA, Pacheco J, et al. Revisiting the seven pillars of RDoC. *BMC Med*. 2022;20(220). <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02414-0>.

- Mouras H. The Motivated Brain: Insights from Neuroimaging Studies of Human Male Sexual Affiliation Context. 2011; 5: p. 51-6. <http://dx.doi.org/10.2174/1874440001105010051>.
- Nietzsche F. On Truth and Lies in a Nonmoral Sense. In: The Portable Nietzsche. 1st ed, Translated by Walter Kaufmann. London: Penguin Books, 1976 [1873].
- Oransky I. Obituary: Joanne Trautmann Banks. The Lancet, London. 2007;370(9584), p. 312.
- Osmo A, Schraiber LB. The field of Collective Health: definitions and debates on its constitution. Saúde e Sociedade. 2015; 24 (suppl.1), 205-18.
- Parloff M. Shopping for the right therapy. Saturday Review. February 21, 1976, p. 14-6.
- Peretti C, Azevedo JA, Fernandes ML. Da existência ao ser: intersubjetividade em Gabriel Marcel. Memorandum. 2016;31, p. 175-192.
- Petit J. Ricoeur et la théorie de l'action. Études Ricoeuriennes / Ricoeur Studies. 2014. <https://doi.org/10.5195/errs.2014.214>.
- Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. Annual Journal Metrics. BMC – Part of Springer Nature. ISSN: 1747-5341. BioMed Central Ltd, 2023. Disponível em: <https://peh-med.biomedcentral.com/>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- Plutarco. Plutarch's Lives. English Translation by Bernadotte Perrin. Cambridge, MA. Harvard University Press. London. William Heinemann Ltd. 1914. 1. Disponível em: <http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=plut.+thes.+23.1>. Acesso em: 14 mai. 2023.
- Prochaska JO, Norcross JC. Systems of Psychotherapy: A transtheoretical analysis. Boston: Cengage Learning, 2013 [1979].
- Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 1982;19(3), p. 276-88. <https://doi.org/10.1037/h0088437>.

- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and Processes of Self-Change of Smoking - Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; p. 390-395. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.51.3.390>.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992; 47(9), 1102–1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>.
- Prochaska JO, Velicer, WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1992;Sep-Oct;12(1):38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38. PMID: 10170434.
- Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, Fiore C, Harlow LL, Redding CA, Rosenbloom D, Rossi SR. Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*. 1994; 13(1) p. 39-46. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.13.1.39>.
- Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*. 1997;12(1), p. 38-48. <http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>.
- Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook of psychotherapy integration*, p. 147–71. Nova York: Oxford University Press, 2005. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0007>.
- Ricoeur P. *Philosophie de la volonté*. Tome I. *Le Volontaire et l'Involontaire*. Paris: Aubier, 1950 [1950].
- Ricoeur P. *The symbolism of evil*. Translated from the French: *La symbolique du mal*. New York: Harper & Row, Publishers, 1967 [1960].
- Ricoeur P. *Da interpretação: ensaio sobre Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1977 [1965]
- Ricoeur P. *Meaningful action considered as a text*. In: Ricoeur, P. *Hermeneutics and the Human Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993, p. 197-221 [1971].
- Ricoeur P. *Time and Narrative*. Vol. III. Translated by Kathleen Blamey and David Pellauer. Chicago: University Press, 1988 [1985].

- Ricoeur P. Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2002 [1986].
- Ricoeur P. Oneself as Another. Originally published as: *Soi-même comme un autre*. Chicago/London: The University of Chicago, 1992 [1990].
- Ricoeur P. Autobiografía intelectual. Título original en francés: *Réflexion faite*. *Autobiographie intellectuelle*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1997 [1995].
- Sampaio LANPC, Ayres JRCM. Critique of the concept of motivation and its implications for healthcare practices. *Philos Ethics Humanit Med*. 2019;14(14). <https://doi.org/10.1186/s13010-019-0083-6>.
- Sánchez Sánchez, C. Somatics and phenomenological psychopathology: a mental health proposal. *Theor Med Bioeth*. 2023. <https://doi.org/10.1007/s11017-023-09618-2>.
- Scheiber SC, Madaan V, Wilson DR. The American Board Of Psychiatry and Neurology: historical overview and current perspectives. *Psychiatr Clin North Am*. 2008 Mar;31(1):123-35. doi: 10.1016/j.psc.2007.11.008. PMID: 18295043.
- Schraiber LB. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.
- Schwartzman RS. Psiquiatria, psicanálise e psicopatologia. *Psicologia: ciência e profissão*. 1997;17(2), 33-36.
- Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2008 Mar 12. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-3-10>.
- Silva MJS. O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2017.
- Skinner BF. *The behaviour of organisms*. Nova York: Appleton-Century-Crofts, 1938.

- Soares J, Gershon S. The Lithium Ion: A Foundation for Psychopharmacological Specificity. *Neuropsychopharmacol.* 1998;19, 167–182. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(98\)00022-0](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(98)00022-0).
- Sousa DGR. A consciência do tempo: princípios de fenomenologia da temporalidade dinâmica [tese]. Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.
- Stanghellini G. Clinical phenomenology: A method for care? *Philosophy, psychiatry, psychology.* Volume 18, No. 1. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2011.
- Stanghellini G. *Lost in Dialogue: Anthropology, Psychopathology, and Care.* Oxford: Oxford University Press, 2016.
- Tamelini MG, Messas GP. Phenomenological psychopathology in contemporary psychiatry: interfaces and perspectives. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental.* 2017;20(1), 165–180. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p165.11>.
- Taquet M, Smith SM, Prohl AK, et al. A structural brain network of genetic vulnerability to psychiatric illness. *Mol Psychiatry* 26. 2021; p. 2089–100. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0723-7>.
- Tavares H. Marco histórico e construção do diagnóstico psiquiátrico. Especialização em Saúde Mental, Módulo III. Universidade Aberta do SUS – UMA-SUS. São Luís: UFMA, 2013. Acesso em: 27 Jul 2023. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/862/1/MARCO_HISTORICO_E_CONSTRUCAO_DO_DIAGNOSTICO_PSIQUIATRICO_MODULO_III_1.pdf>.
- Taylor LR, Caudy M, Blasko BL, Taxman FS. Differences by Gender in Predictors of Motivation Among Substance Abuse Treatment Participants. *Substance Use & Misuse.* 2017;52:4, p. 468-76. DOI: 10.1080/10826084.2016.1245332.
- Teixeira RR. As dimensões da produção do comum e a saúde. *Saúde E Sociedade.* 2015;24, 27–43. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01003>.

- Thair H, Holloway AL, Newport R, Smith AD. Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS): A Beginner's Guide for Design and Implementation. *Front. Neurosci.* 2017;11:641. doi: 10.3389/fnins.2017.00641.
- Van Essen DC, Ugurbil K, Auerbach E, Barch D, Behrens TE, Bucholz R, et. al. Consortium. The Human Connectome Project: a data acquisition perspective. *NeuroImage.* 2012;62(4), 2222-31.
- Van Praag HM. Kraepelin, biological psychiatry, and beyond. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008 Jun;258 Suppl 2:29-32. doi: 10.1007/s00406-008-2006-1.
- Voltaire. *Dialogues Chrétiens, ou Preservatif contre l'encyclopédie.* In: *Oeuvres complètes de Voltaire.* Tome vingt-cinquième. Paris: Librairie Hachete et cie, 1912 [1760].
- Watson JB. Psychology as the Behaviorist Views It. *Psychological Review.* 1913;20, 158-177. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/h0074428>.
- Walker C. Philosophical Concepts and Practice: The Legacy of Karl Jaspers' Psychopathology. *Current Opinion in Psychiatry.* 1988;1:624-629.
- Wiggins OP, Schwartz MA, Spitzer M. Phenomenological/Descriptive Psychiatry: The Methods of Edmund Husserl and Karl Jaspers. In: M. Spitzer M, Uehlein F, Schwartz MA, Mundt C, editores. *Phenomenology, Language & Schizophrenia.* Nova York: Springer, 1992, p. 46-69. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9329-0_4
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Terapia do esquema: modelo conceitual. In: *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras.* Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Zachar P, Jablensky A. Introduction: The concept of validation in psychiatry and psychology. In: Zachar P et al., organizadores. *Alternative perspectives on psychiatric validation. DSM, ICD, RDoC, and beyond* (pp. 3-24). Oxford: Oxford University Press, 2014.
- Zaharias G. What is narrative-based medicine? *Narrative-based medicine* 1. *Can Fam Physician.* 2018 Mar;64(3):176-180. PMID: 29540381; PMCID: PMC5851389.

12. ANEXOS

Anexo I – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 08/08/2018, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 281/18 intitulado: “A história do conceito de motivação e suas consequências para as práticas em saúde.” apresentado pelo Departamento Medicina Preventiva.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Pesquisador (a) Executante: Leonardo Augusto Negreiros Parente Capela Sampaio

CEP-FMUSP, 08 de Agosto de 2018.

Prof. Dra. Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa