

Um olhar sobre a saúde humana: um estudo fenomenológico permeado pela aplasia medular

A look at human health: a phenomenological study permeated by spinal aplasia

Felipe Zanetti¹

¹ Docente do curso de psicologia no Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva – IMES. Especialista em psicologia clínica fenomenológico-existencial. Atua com psicologia clínica e psicologia educacional inclusiva. E-mail: felipezanetti.mz@gmail.com.

Resumo

Uma conceituação de saúde específica permeia as discussões clínicas em suas mais diversas facetas e na psicologia, como nas ciências humanas em geral, a saúde torna-se – segundo uma noção positivista – um ideal a ser alcançado a partir de ferramentas clínicas com intuito terapêutico. Pensar a conceituação de saúde, a implicação desse conceito na construção de cada modo-de-ser e compreender a atuação do terapeuta diante dos ideais positivistas instaurados como verdades absolutas, compõe o caminho deste trabalho, bem como destacar os limites da técnica contemporânea, que forçosamente faz com que os fenômenos se mostrem a partir de suas imposições. Compreendeu-se que, segundo o olhar fenomenológico, o adoecer se dá por meio de restrições das possibilidades para a realização de uma existência, não sendo saúde, portanto, apenas a funcionalidade biológica de um corpo, mas, muito além disso, a abertura à liberdade ontológica de cada ser.

Palavras-chave: Fenomenologia; Psicologia; saúde; técnica.

Abstract

A specific concept of health permeates clinical discussions in its most diverse facets and in psychology, as in human sciences in general, health becomes –according to a positivist notion– an ideal to be achieved from clinical tools with therapeutic intent. Thinking about the concept of health, the implication of this concept in the construction of each way of being and understanding the therapist's performance in face of the positivist ideals established as absolute truths makes up the path of this work, also the limits of contemporary technique will be highlighted, which forcibly causes the phenomena to show themselves from its impositions. It was understood that, according to the phenomenological view, falling ill occurs through restrictions on the possibilities for the realization of an existence, not being health, therefore, only the biological functionality of a body, but, much more than that, the opening to the ontological freedom of each being.

Keywords: Phenomenology; Psychology; health; technique

Introdução

Existir deve ser aqui entendido como “ex = fora de”, e “sistere = ter sua postura”; assim, existir é sempre ter uma postura para fora de si mesmo, para além de si (Giovanetti, 2017). A fenomenologia vai compreender a existência dos humanos como sendo, sempre, uma relação indissociável entre homem e mundo, e dessa forma, compreender e apreender uma existência precisa estar vinculado ao movimento de acompanhar o desenrolar de uma existência em si (Feijoo, 2014). Essa vivência performática se dá pelo movimento intencional da consciência, movimento que unifica o humano e o mundo (Forghieri, 2012). Portanto, entendemos homem como ser-no-mundo, sem distinção ou separação entre eles.

Neste texto, será proposta uma discussão que traçará um olhar sobre as maneiras e as possibilidades de ser dentro da facticidade do mundo. Segundo uma visão crítica às noções positivistas da constituição humana bem como sua compreensão de saúde, será discutido um caso clínico a fim de tematizar nossa compreensão sobre a maneira como a psicoterapia fenomenológico-existencial desvela uma forma abrangente e autêntica de intervir dentro de contextos de adoecimento. Assim, se faz necessário pensar: o que é saúde? Trataremos dessa discussão dentro do âmbito da psicoterapia, que inevitavelmente se dá na relação, no encontro entre dois humanos (Giovanetti, 2017); esse encontro por sua vez se abre de uma maneira hermenêutica, que do ponto de vista de Sá (2018) atua rearticulando os horizontes compreensivos tanto do paciente quanto do terapeuta. Assim, é fundamental questionar e repensar os modos instituídos de pensar a dicotomia entre saúde e doença.

Nesse sentido, buscamos construir um olhar, como salienta Morato (2018), que privilegie uma crítica às maneiras com que as instituições contemporâneas, movidas por certa violência aos modos de ser, fomentam ações que não consideram, nas práticas em saúde, a particularidade de cada sujeito, suas preferências, sua perspectiva de mundo etc. Se a fenomenologia, segundo descrição de Forghieri (2012), compreende que saúde diz respeito ao indivíduo conseguindo relacionar-se com sua abertura existencial ontológica, agir de maneira impositiva à liberdade ontológica seria violentar a base existencial que temos como essência.

Pretendemos compreender como um diagnóstico e o desenrolar da doença podem se desvelar na vivência particular da paciente; visto que não é possível viver sem sofrer (Morato, 2018), queremos compreender como o sofrer e o sentir se desvelam nessa vida em específico dentro de suas relações.

Assim, será possível perceber que saúde, do ponto de vista existencial, se dá não no desaparecimento dos sintomas ou da dor física, mas na maneira livre e aberta com que o sujeito consegue se relacionar com o apresentado pelo mundo (Forghieri, 2012).

A aplasia medular

A *aplasia medular* faz parte do grupo das doenças mielodisplásticas (SMD), que são um conjunto de distúrbios hematológicos clonais adquiridos pela célula tronco e que levam a uma proliferação e diferenciação de eficiência das células sanguíneas. Ou seja, estamos tratando, portanto, de uma doença que afeta o sangue, impedindo que este realize sua função vital. A aplasia medular é considerada como anemia aplástica que se caracteriza pela alteração da medula óssea com depleção celular (Carmo, Lima et al., 2016). A anemia aplástica humana é uma doença hematológica caracterizada por baixas contagens de células sanguíneas periféricas associadas a um número reduzido de células tronco e progenitoras hematopoiéticas e uma medula óssea hipocelular (Borges, Calado et al. 2018).

Dentre as possibilidades de tratamento, o transplante de medula óssea se mostra como um caminho, pois substituiria a medula doente por uma medula saudável, podendo os familiares se enquadrarem como doadores compatíveis, e caso isso não ocorra, recorre-se ao banco de doadores (Carmo, Lima et al., 2016). O impacto desse diagnóstico atinge, além do paciente, seu núcleo familiar primário. A família, segundo estudo realizado, pode demandar maiores cuidados até mesmo para o próprio paciente, já que esse núcleo vê seu mundo desabar em frente à doença (Masseti, Oliveira, & Santos, 2000).

A aplasia medular se caracteriza por uma deficiência da produção de células sanguíneas pela medula óssea. Por conta da gravidade do contexto, o paciente é recomendado a diminuir suas tarefas e evitar espaços que possam oferecer risco de lesões, como forma de prevenção da perda de sangue, fato que pode agravar o quadro. As células de defesa do corpo do adoecido também sofrem uma diminuição, assim sendo, este ficará mais suscetível a infecções, e por conta de a defesa do organismo estar deficitária, bactérias cotidianas para indivíduos comuns podem gerar grande dano a pacientes com aplasia (Carmo, Lima, et al., 2016).

Com tal quadro, transfusões de sangue para recomposição de hemácias ou plaquetas são constantes nesses pacientes, sendo também administrados antibióticos caso haja infecção. O isolamento muitas vezes é uma estratégia adotada para evitar o contato com agentes infecciosos, (Carmo, Lima et al., 2016).

Trajatória metodológica

“Mas há alguma coisa... Nessas horas lentas e vazias, sobe-me da alma à mente uma tristeza de todo o ser, a amargura de tudo ser ao mesmo tempo uma sensação minha e uma coisa externa, que não está no meu poder alterar.”

Fernando Pessoa

Este trecho do *Livro do Desassossego* diz exatamente do que se trata o trabalho da fenomenologia – trabalhamos para encontrar o movimento que faz haver alguma coisa que gera amargura, mas que não é uma sensação nem pessoal e nem do mundo, é de ambos. Buscamos a relação intencional.

A grande questão da trajetória fenomenológica, adotada como base para este trabalho, nasce de uma inspiração de Husserl frente ao problema, presente nas filosofias modernas, da busca de um elemento universal (Feijoo & Mattar, 2014), o que é buscado, aqui, é a vivência individual, única, intransferível. Esse *enfoque fenomenológico* “abarca o existir humano em sua totalidade, abrangendo a tristeza e a alegria, a angústia e a tranquilidade, a raiva e o amor, a vida e a morte, como polos que se articulam numa única estrutura e cuja vivência dá a cada um dos extremos, aparentemente opostos, o seu real significado.” (Forghieri, 2012, p.10).

A psicologia naturalista, e podemos também acrescentar as ciências humanas movidas pelo positivismo, de um modo empírico, vêm desconsiderando o caráter originário e essencial do psiquismo, uma vez que esse modo de ver a realidade tende a uma ideia naturalizada do humano partindo já de uma verdade estabelecida (Feijoo & Goto, 2016), porém nós buscamos algo mais vinculado à verdade do fenômeno em si. Queremos, com o método fenomenológico, voltar às coisas mesmas, que não podem ser definidas como a realidade existindo em si empiricamente, mas como o fenômeno que se dá na relação entre o sujeito existente e a realidade que se mostra. Essa relação se estabelece por meio da consciência intencional que é voltada constantemente para além do sujeito, para o objeto visado. Há entre ambos uma correlação que só se pode ser encontrada na intuição originária da vivência, e é exatamente isso que este método visa encontrar (Forghieri, 2012). Complementando: “a consciência se faz, nesse caso, em sintonia direta com um espaço correlato de imanência-transcendência no qual surge a relação entre consciência intencional e objeto correlato.” (Feijoo & Goto, 2016, p. 4).

Esse olhar, o fenomenológico-existencial, pelas contribuições heideggerianas, compreende que o homem enquanto *ser-no-mundo* precisa da *facticidade* para existir, pois antes de adentrar na vivência, no mundo que é o dele, este, o humano, constitui-se a partir de uma negatividade, ele é nada (Dastur & Cabestan, 2015). A vivência intencional, sendo algo

ontológico nos modos-de-ser de cada indivíduo, articula a existência a partir da nadaidade estrutural. Assim, cada sujeito se constituirá pela relação, sendo sempre intencional, com o horizonte histórico no qual está inserido, recebendo do mundo a possibilidade de ser e constituindo uma unidade cooriginária, ou seja, uma inseparabilidade entre homem e mundo (Feijoo, 2012; Casanova, 2018). Por essa razão, procura-se, a partir desse método, uma compreensão mais ampla que envolva o horizonte histórico, os significados atribuídos às coisas que estão no mundo, os sentidos que articulam esses significados bem como a forma com que isso estrutura a vivência de cada sujeito.

O que estamos buscando não é uma materialidade empírica, não estamos quantificando, mas sim procurando a compreensão, embasados nas contribuições de filósofos como Heidegger e Husserl, da vivência e da relação intencional – que é fenômeno – de cada sujeito. A vivência, portanto, para nós, consistirá na relação substancial da consciência com seu campo de objetos (Feijoo & Goto, 2016).

Nesse caminho, é preciso constituir um olhar compreensivo, que articule historicidade e vivência intencional para assim podermos interpretar o sentido que se desvela da relação entre ser – *Dasein* – e mundo. Visamos alcançar uma postura hermenêutica, que nega saberes prontos e enraizados, mas que se abre para um contato dialógico entre o investigador e o fenômeno a ser investigado, em nosso caso, o humano. O que esse método aqui empregado salienta é a necessidade da *serenidade*, a paciência de poder aguardar o mostrar-se do fenômeno sem que o observador possa direcionar a maneira de mostraçãõ do mesmo (Sá, 2017).

O despedaçar do sedimentado

O querer deste estudo direciona a uma compreensão fenomenológica – o que se busca com essa análise e esses escritos é um olhar que seja mais profundo do que a visão positivista. É preciso que se reduza o empírico, quero alcançar a evidência propriamente dita; vislumbro o campo do fenômeno que não se constitui pela razão objetiva, mas se dá no campo da imanência da consciência (Feijoo & Goto, 2016). Definir empiricamente *aplasia medular* não consiste, nesse sentido, conseguir capturar, por essa definição, de que maneira se dá a experiência de cada paciente para o qual se abre a possibilidade de vivenciar a aplasia em seu corpo.

Quando se adentra, tecnicamente, nas relações de tratamento de doenças que afetam o humano estamos abordando uma construção de manejos para a cura, mas qual cura? Existe um ideal a se chegar, a libertação do paciente dessa experiência de adoecimento; mas o que é

adoecer e de qual liberação se fala? O ideal, assim como a existência humana, não tem uma origem em si, não é natural no sentido de ter natureza própria, ele é fabricado, produzido pelas relações de poder e saber. Também o conhecimento construído acerca do humano e dos seus modos adequados de ser está situado no mesmo patamar citado, é construção histórica direcionada pelas relações e pelos interesses dos domínios da norma e da adequação. Ora, é preciso analisar também as determinações positivistas que estão engendrando a possibilidade de compreensão biomédica do adoecimento, pressupostos deterministas abrem horizontes de *inautenticidade*, ou seja, “perda de si mesmo, alienação de si mesmo” (Töpfer, 2013, p. 37). Há no conhecimento, segundo Foucault (2013), uma relação de dominação, um dominar para conhecer seu objeto, e é sobre isso que estamos aqui debatendo; conhecer para ele é uma batalha com o conhecido, e ao que me parece, no que é o objeto das ciências humanas, o humano nunca se deixa capturar plenamente, pois este é sempre o que “sustenta a passagem”, ele mantém em aberto o espaço da possibilidade, do vir-a-ser. (Campos, 2014) Assim, instaura-se uma batalha entre o conhecimento das ciências humanas e seu objeto (Foucault, 2013).

No movimento de tecer essa reflexão com fragmentos dos pensamentos de cada autor, o desejo é de estruturar, além do posicionamento positivista, um conhecimento não dominador, um saber não encapsulado, mas um saber que liberta. Afinal, se somos livres em decorrência de nossa indeterminação (Casanova, 2018; Feijoo, 2011), um trabalho que faça justiça a esse traço ontológico deve ser sempre um projeto que direcione nosso olhar para a valorização desse nosso traço fundamental, o ser-livre.

Vemos em Foucault (2013) que a origem do conhecimento proposto pelas ciências humanas, no séc. XIX, se manifesta no que ele denomina de *poder epistemológico*, sendo o conhecimento gerado pelo ato de observar e conhecer os indivíduos e, com base nesse saber, controlá-los. O saber clínico nasce ao lado de *instituições de sequestro*, que buscam controlar, formar, valorizar ou não os corpos. Ou seja, estamos rodeados por uma ciência – em grande potencial também a psicologia – que serve a essa adequação do sequestro dos modos de ser, que há pouco chamamos de *inautenticidade*.

Vejam, não buscamos aqui um anarquismo ao conhecimento positivista, que possui seu valor na constituição da historicidade humana – queremos construir, para as ciências humanas, um olhar amplo que não esteja apenas desvelando o mundo a partir da tecnocracia, um olhar que se utilize da técnica, mas não seja refém desta.

O poder e o saber encontram-se enraizados um ao outro, assim, as construções de conhecimento acerca do humano, se servindo à maneira de conhecimento da técnica, tendem a gerar modos de articulação dos poderes sobre os corpos, modelando, formando práticas e discursos que tornam esses corpos parte de um grupo propenso ao controle dos profissionais conhecedores do adequado ao corpo. É preciso, nesse sentido, repensar as relações de poder sequestradoras que existem entre o adoecido e os profissionais que cuidam desse mesmo (Foucault, 2013).

O que se quer com esses escritos é demonstrar a possibilidade do cuidado clínico que não se determine a partir do horizonte da técnica, que não esteja a serviço das determinações de um controle sobre os modos de ser, mas que possam estar a serviço de um “sustentar do aberto da existência” (Feijoo, 2017; Campos, 2014), colaborando para uma compreensão de uma terapêutica que possibilite a participação de cada paciente na construção de seu caminho de tratamento (Morato, 2018). Como Feijoo (2017), trabalhamos com uma psicologia sem objeto, caminhando no plural, no indeterminado; buscando a vivência intencional em fluxo, olhando de maneira compreensiva para acompanhar a existência em seu caráter de desvelamento. Não obrigamos o fenômeno a se mostrar, aguardamos sua mostração, sua *aletheia* (Sá, 2017), por essa razão, precisamos analisar de maneira compreensiva o que se desvela pela vivência da aplasia medular para a paciente em questão, pois não queremos a definição biomédica, queremos a vivência.

Resultado e discussão: o caso clínico

“Não tomando nada a sério, nem considerando que nos fosse dada, por certa, outra realidade que não as nossas sensações, nelas nos abrigamos, e a elas exploramos como a grandes países desconhecidos.”

Fernando Pessoa

A paciente, que chamaremos de “C”, concordou e assinou o termo de esclarecimento cedendo abertura para que seu caso pudesse ser discutido neste trabalho. Ela chega até mim por recomendação de sua mãe que é enfermeira no ambulatório onde presto atendimentos psicoterápicos. C. tem, atualmente, 29 anos, é pedagoga, solteira, reside na casa de seus pais junto também com sua irmã mais nova. Ela passa por tratamento para combater a doença denominada “*aplasia medular*” faz oito anos, e me procura com a finalidade de preparar-se para realizar o transplante de medula, procedimento que já estava em planejamento pela equipe

médica. Tivemos 15 atendimentos até que ela fosse internada para dar início à preparação do processo de transplante.

Afinal, a morte é sempre uma possibilidade

Um dos primeiros temas colocados em atendimento pela paciente é a morte. Durante esse longo período de tratamento, C. teve, desde o início, a possibilidade de realizar o transplante de medula óssea, o que a levaria mais próximo da cura da doença aqui apresentada. Vale ressaltar que a opção pelo transplante também oferecia risco de vida.

Em frente à sua maneira de compreender sua vivência, ela se negou, nesse período todo, a realizar o procedimento, disse não se sentir preparada e por isso escolheu não o fazer, desistindo inclusive em uma das vezes em que o procedimento havia sido marcado. Por ter negado o transplante, a paciente passa por transfusões de sangue e/ou plaquetas semanalmente, tendo que permanecer no hospital de sua cidade de três a quatro horas semanalmente. Ao se negar em realizar o transplante, a paciente se coloca em uma relação de extrema fragilidade com o mundo, pois qualquer pequeno resfriado poderia se tornar uma complicação grave, um vírus comum poderia colocá-la à beira da morte. Apesar de toda advertência médica, a paciente negou-se ao procedimento de transplante até o momento em que me procurou (no decorrer desta descrição se fará possível perceber o caráter de ameaça que tal procedimento oferecia a sua existência). Quando me procurou, ela buscava preparo para conseguir passar por essa intervenção médica.

O procedimento para o transplante não é simples. A paciente teria, nesse momento, 50% de chances de cura, existindo também, segundo os médicos, o mesmo percentual de chances de morte. Assim, essa temática faz-se presente em nossos primeiros contatos, dialogamos sobre o ser-para-a-morte com abertura e tranquilidade estabelecendo ali um espaço inteiramente aberto para desvelarmos a possibilidade do morrer frente a todo o resto que a vida pode proporcionar. Não há amenização da densidade, da tensão desvelada pela temática do morrer, pois, como nos afirma Feijoo (2011), o ser-para-a-morte é o caráter mais próprio de todo sujeito. Assim, estruturou-se o espaço da escuta, a cada relato foi buscada a compreensão da experiência da paciente diante do fato do morrer. A terapia se constituiu como um espaço importante pela impossibilidade – relatada pela própria paciente – de poder tematizar a mortalidade em outros lugares, inclusive com a própria família, visto que tal questão gera dor a todos. Defrontamos aqui inteiramente com a indeterminação da existência, enquanto C. se depara com a questão

de sua mortalidade e da fragilidade da sua existência de maneira inteiramente desvelada, como um grito, um chamado iminente de posicionamento. A indeterminação, a negatividade, o fato de não ter morada nem física nem mesmo metafísica faz cada sujeito precisar assumir os modos-de-ser que venham a determiná-lo pelo seu jeito de ser. Neste momento, percebo C. precisando ser a partir da imposição da fragilidade pelo seu *mundo circundante* (FORGHIERI, 2012), fato que a leva à experiência da restrição de suas possibilidades de existir de maneira direta, afinal, todo adoecer é restritivo (Boss & Condrau, 1997).

O que a paciente fez até esse momento em face à vivência de sua doença foi uma escolha inteiramente dela, de sua responsabilidade pela negação do transplante de medula tendo, a todo o instante, consciência clara – isso por constantes avisos médicos – do risco de vida que a mesma corria se negando a passar pelo procedimento. Em inúmeros momentos, ela relata ter buscado em sua família o direcionamento do correto a se fazer, um respaldo para sua escolha, e entendo isso como a busca pelo abrigo, uma contraforça à angústia (Boss, 1981). Ela vinha sendo constantemente solicitada a tomar uma postura quanto ao chamado para o transplante que lhe era feito pelo seu corpo, além da equipe médica que a acompanhava, ou seja, seu *mundo circundante*. O homem existe para responder ao apelo das coisas apresentando-se à sua abertura, ele as oferece a clareira para poderem se apresentar à luz assim como são; a possibilidade do transplante solicita a paciente, tem-na como sua clareira, mas ela hesita em assumir alguma postura decisiva e permanece durante um longo tempo oscilando entre a negação de submeter-se ao procedimento e o flerte de aceitar o mesmo. Em sua essência o sujeito tem a possibilidade de escolher ele mesmo qual postura assume em frente aos entes que o solicitam, assim, é necessário, a todo momento, que esse mesmo sujeito tome a decisão e a postura que somente a ele cabe, a cada sujeito cabe o seu ser-si-mesmo (Boss & Condrau, 1997). Percebo a paciente experimentando a densidade que se desvela do fato de precisar decidir-se pelo encaminhamento de seu tratamento, carregando nessa decisão a possibilidade de vida ou da sua perda. O medo da morte, temer o morrer, significa pensar o morrer como algo que vem ao nosso encontro em um futuro indeterminável e que causa um dano irreparável na coisa que sou (Feijoo, 2011). O pedido, a solicitação pelo posicionamento da família, nos desvela uma busca pela desoneração do peso do existir (Casanova, 2018). A paciente busca de maneira mais clara uma “decadência”, uma absorção na facticidade estabelecida pelos dizeres de seus familiares (Dastur & Cabestan, 2015), ela busca o impessoal que geralmente diz para que algo é, para que se faz algo, põe à disposição modos possíveis de comportar-se (Töpfer, 2013). A angústia do ser-para-a-morte se mantém, na maioria das vezes, obscurecida pelo caráter da fuga

de si mesmo (Feijoo, 2011). A questão mais essencial para nós é que fugindo da decisão a ser tomada, a paciente é perseguida pela questão em si; fugindo, ela se vê uma vez mais confrontada com o seu si mesmo, com a indeterminação do correto a se fazer, com seu caráter aberto de poder-ser (Casanova, 2018). A necessidade da tutela familiar se articula pela clara relação de C. com o indeterminado, o incontrolável, e a cada vez que o sujeito humano se depara com esse contexto ele tende, de início e na maioria das vezes, ao retorno na tutela do impessoal (Feijoo, 2012). A tonalidade afetiva da angústia se desvelando pelo ser-para-a-morte possibilita a articulação de uma performance única, pessoal e intransferível, uma decisão acertada, postura que apenas pode se dar no âmbito individual. Cabe a cada sujeito a constituição de seu percurso. (Töpfer, 2013)

Em um posicionamento – a meu ver – extremamente fundamental para o processo de *cuidado* (*Sorge*) com a própria existência, a família se abstém de posicionar-se frente à decisão que a paciente precisa tomar em relação ao andamento de seu tratamento. Considero fundamental pois:

(...) a partir da vivência do outro, é possível refletir sobre si mesmo e tornar-se consciente de si como agente responsável, como indivíduo, cujo comportamento não é naturalmente determinado pelo impessoal, mas a que o indivíduo se relaciona e que pode escolher. Assim o indivíduo se diferencia em outras palavras, enquanto si-mesmo. (Töpfer, 2013, p.38)

Estamos presenciando, nesse âmbito da existência de C, a vivência da angústia mais própria de cada sujeito que existe, a angústia de morte. A morte, na perspectiva do desfecho, traz sentido de clareza, de realização e de abertura, ela é parte da vida, faz parte do nosso modo de ser (Pompeia, 2000). O importante para a análise que aqui se desenrola é a percepção de ser possível notar que essa tonalidade afetiva fundamental, a angústia, solicita a paciente para o seu modo mais próprio de ser, solicita uma singularização de sua existência, chama a uma não decadência no impessoal. Morrer, aqui, revela o caráter próprio do ser-aí enquanto *cuidado*. Anunciar a finitude é um dos modos possíveis de estruturar uma existência singular (Feijoo, 2011).

Vivenciando a angústia de morte que se abre como atmosfera para C. podemos entender que ela experencia de maneira autêntica sua própria existência, já que, por mais que ela se decida por não realizar o transplante, tal decisão é pautada em sua liberdade existencial, em sua não-determinação, sendo assim, se desvela como seu modo mais próprio de ser neste momento diante da solicitação que se apresenta a ela nesse tempo de sua vida. Escolher por não realizar o transplante sempre é uma possibilidade aberta para a paciente. O que vamos entender, de

maneira mais clara, é que um adoecer que se compreenda de maneira *daseinsanalítica* se dá pelo encurtamento das possibilidades de existência. Toda busca pela determinação dos modos de ser futuros, a fuga do indeterminado, define o sujeito em um círculo de possibilidades cada vez menor. Até certo ponto, a paciente assim permaneceu por um período, restrita pelos limites do adoecer do corpo físico, encurtada em sua visão de possibilidades futuras.

Neste ponto, suscita minha atenção a presença do valor à liberdade de escolha do que o paciente, o “adoecido”, aquele que tem a liberdade de constituição de seu caminho, pode fazer com a condução de seu próprio tratamento. Interesse-me em pensar a ideia de que se possui total controle sobre os resultados da prática médica já que a medicina, de maneira geral, compreende saúde como um correto funcionamento das funções do corpo orgânico, dado um saber científico tecnocrata atual (Morato, 2018). Fenomenologicamente podemos ir adiante, podemos avançar em nossa compreensão. A fenomenologia avança para a compreensão da vivência intencional (Feijoo, 2011).

Ser sequestrado do que nos importa, isso também mata?

Seguindo essa reflexão, trago a questão da carreira profissional da paciente. Ela, durante seu tratamento, foi aprovada em um processo seletivo para um cargo efetivo de pedagoga na rede municipal de ensino da cidade onde reside, e este processo compunha-se de uma avaliação médica das condições para assumir o cargo ofertado. Inevitavelmente, a doença de C. veio a conhecimento da médica responsável pelo laudo que permitia à paciente assumir seu cargo. Assim, essa condicionou que liberaria C. para o trabalho se existisse de seus médicos uma carta dando autorização para que a mesma pudesse exercer as atribuições do cargo. A médica que a acompanhava em seu município negou-se a redigir a carta e disse à paciente que, no momento, o que deveria ser prioridade era seu tratamento e não sua carreira, considerando correto deixar o concurso efetivo de lado para dedicar-se inteiramente ao tratamento. É possível reconhecermos aqui os efeitos da tecnocracia enraizada na relação médico-paciente, dando ao técnico o conhecimento necessário para direcionar as ações a serem tomadas na vivência do paciente; encontramos-nos absorvidos na impessoalidade funcional da técnica e da sociedade de produção, inclusive em seus aspectos vivenciais.

Nesse sentido, desvela-se um modo de percepção da vivência dessa paciente que se direciona inteiramente para movimentos que adiem a possibilidade do morrer, mas que não se voltam para a percepção da qualidade da existência que se dá frente às aberturas de mundo da

vida particular de C. Morato (2018) contribui com nossa compreensão esclarecendo que, potencialmente, as instituições de saúde constituem-se, em sua maioria, em lugares não implicados com o resgate do sentido. Presenciamos, assim, a atitude de privação médica em detrimento ao mantimento da vida, mas sem vislumbrar a liberdade e os sentidos particulares que podem ser possibilidade de realização e felicidade (Töpfer, 2013). Quando não se abre o diálogo para a constituição das configurações de vida de cada paciente, quando existe apenas a imposição médica, nega-se o caráter ontológico do poder-ser, que significa também, além da indeterminação, o caráter do humano ser configurador do mundo que se desvela (Fernandes, 2011). Estamos tratando, além da questão biológica da *aplasia medular*, da questão afetiva vivencial, ou para sermos mais absorvidos pela linguagem psicológica, da “saúde mental”² – podemos olhar como Franco Basaglia, que compreende a saúde mental como indo muito além do biológico, estando relacionada à questão das relações e dos contextos sociais nos quais a pessoa se insere e vivência (Morato, 2018).

A postura médica descrita acima não assume um caráter errôneo em frente ao fenômeno que se apresenta, ela apenas atua de maneira parcial, desvela o mundo de uma maneira específica mediada pela tecnocracia, usa de um recorte de olhar biológico em relação ao desvelamento do mundo da paciente. A profissional em questão está sob o domínio técnico que na época moderna passou a se estruturar a partir de um método, o conhecimento se dá por meio de representações adequadas, claras, distintas, e é preciso – segundo a técnica – operar com essas representações estabelecendo padrões lógicos (Sá, 2017; Morato, 2018). A lógica médica tende a restringir, pois, dentro de sua aplicação científica, e a restrição tende a prolongar o processo de vida biológica.

Ao afirmar, como papel dos profissionais de saúde, o exercício da implementação dos estados de equilíbrio do ser humano pelo atendimento de suas necessidades básicas, há o risco não só implícito, mas bastante claro, de que em nome da saúde dos clientes, os profissionais possam ou busquem “atuar” e interferir no atendimento de todas as necessidades dos sujeitos, o que, na verdade, pela sua abrangência, poderia significar a interferência na existência do homem (Morato, 2018, p. 179).

² Uso tal termo, mas com a ressalva que ele não deve nos remeter ao entendimento de um aparelho psíquico ou de uma mente que nos leve ao entendimento de um inconsciente psicanalítico. O termo “Saúde Mental” deve nos remeter à compreensão da amplitude vivencial de cada sujeito dentro de seus contextos de vida.

A atitude natural, vigente na tecnocracia, ignora a existência da consciência intencional que é doadora do sentido de tudo que está ao nosso entorno (Forghieri, 2012), para afirmarmos o correto e o ideal a se fazer é preciso, antes, compreender qual o real significado, para a paciente, da possibilidade de assumir o cargo em questão; dizer que não é momento de preocupar-se com a carreira é assumir, de maneira invasiva, a constituição do caminho existencial do paciente, é estabelecer que existem momentos corretos de preocupação com algo, é determinar que algo está dado como adequado ou não a depender do saber científico. É determinismo de verdades.

Busca-se aqui um posicionamento hermenêutico, uma postura crítica contra qualquer “pretensão de totalização do saber” (Sá, 2017, p. 17). A técnica, por sua vez, por meio de seus métodos lógicos, busca o estabelecimento de certezas em detrimento das constâncias, das funcionalidades (Feijoo, 2012), procura alcançar a constância da vida independente do significado que esta possui para o sujeito da vivência.

Ressalto: precisamos compreender que pensar a saúde não significa necessariamente a ausência de doenças (Morato, 2018).

Teimosia: um ato de poder-ser

C, denominando-se “teimosa”, dirigiu-se a Bauru/SP, local onde iniciou seu tratamento, pedindo ao médico que desse a ela autorização para que pudesse assumir o cargo, já que havia sido aprovada no concurso e queria muito poder assumir a vaga, mesmo que pedisse afastamento posteriormente. O que se desvela aqui aparentemente é uma busca da paciente pela liberdade ontológica que lhe é possível frente ao seu existir, pois como nos diz Feijoo (2011) antes de realizar alguma de suas possibilidades o ser-aí não é nada, portanto, sendo nada é indeterminado, livre. É a abertura para essa indeterminação que percebo como a busca da paciente, não se rendendo ao determinismo imposto pela profissional em questão que negou a ela a possibilidade de exercer sua profissão dentro dos riscos possíveis. O que em um momento se mostra como a fuga do seu “estar jogado” (Feijoo, 2011; Casanova, 2018) – quando ela solicita da família um direcionamento – em outro momento se mostra como a busca pela indeterminação para a possibilidade da realização de seu desejo de construir seu caminho existencial.

Várias advertências podem nos chegar a partir dessa crítica e dessa análise, como por exemplo a advertência em relação à negligência quanto aos avisos médicos pelos riscos provindos da escolha de inserir-se em um meio coletivo como a sala de aula, porém, não podemos deixar de salientar que a verdade não se restringe apenas a uma análise biomédica direcionada ao corpo físico, precisamos direcionar nosso olhar no sentido de desistir da tentativa de decompor o sujeito em partes de acordo com as teorias, principalmente psicológicas, que distinguem corpo e mente (Boss, 1981). Nesse sentido, é preciso lançar mão das ideias que constituem verdades intocáveis e perceber que a objetividade é relativizada por sua abertura à compreensão de cada sujeito, assim, não há uma verdade existente por si mesma, que proporcione ao ser humano pautar suas decisões, existem apenas possibilidades que se abrem em frente a uma vivência e a mundos específicos (Forghieri, 2012). “Saúde é ser cada um seu próprio agente de saúde em diálogo com quem é capaz de fazer uma terapia para um tratamento.” (Morato, 2018, p. 189). Não está sendo aqui defendida uma negação do saber médico, mas a liberdade ontológica que permite a cada sujeito a constituição das maneiras como organiza sua existência – estamos buscando a abertura do *cuidado*. “A norma para a doença e a saúde reside, portanto, no indivíduo” (Töpfer, 2013, p. 43), assim é possível traçar um entendimento que uma existência pode experimentar um estado privativo da vivência do adoecer biológico, mas ainda assim conseguir adaptar seu modo-de-ser à experiência que se desvela como vivência do adoecimento bioquímico do corpo. Parece-me que o adoecer tem relação direta com a maneira como cada sujeito desvela a vivência do adoecimento – “Boss vai entender a doença de todo tipo como restrição do poder perceber os que vêm ao encontro; como restrição do domínio da abertura do mundo.” (Töpfer, 2013, p. 43).

A experiência do ser-para-a-morte desestabiliza a determinação do adoecimento da paciente, levando-a a uma abertura de mundo que se descreve nesses relatos. Ao abriremos, dentro do espaço terapêutico, o diálogo sobre a morte e as possibilidades ainda existentes, estamos abrindo caminhos para a paciente, pois “apenas questionando algo é que podemos nos preparar para uma relação mais livre com aquilo que pode nos aprisionar.” (Feijoo, 2012).

Seu médico, advertindo-a dos inúmeros riscos de vida aos quais ela estaria exposta, não sendo poucos, concordou pela concessão da carta, possibilitando a C. dar andamento em seu avanço profissional. Para ela, este trabalho articulava significados, compunha sentido ao seu caminho de vida; a paciente pôde, inclusive, participar da construção do laudo médico, opinando nos termos a serem usados da melhor maneira diante da realidade apresentada. Morato (2018), citando Gadamer, ensina que “tratar” vai muito além das técnicas modernas, já que para

fazê-lo é necessário ter um ouvido atento e um olhar cuidadoso. Nutro interesse por esse ponto do relato de C, visto sua inserção no processo, novamente, de decisão pela construção de seu caminho. O cuidar em saúde é uma questão relacional, não unilateral, cuidar envolve escuta e total respeito pela história e pelo sofrimento do que busca cuidado. Somente cada sujeito pode conseguir definir de maneira clara o que é saúde em sua vivência cotidiana, é necessidade humana buscar um caminho particular e original para o seu bem-estar, devendo ter liberdade para avaliar seus limites orgânicos administrando a própria vida e definindo suas maneiras de estar coexistindo no mundo compartilhado (Morato, 2018).

No desfecho de sua decisão a paciente me relatou que no início não conseguia vislumbrar vida além do momento do procedimento médico do transplante de medula, e, segundo ela, isso a fazia negar-se a vivenciar o procedimento. No decorrer de sua relação com a vida, restrita pelos limites da aplasia medular, C. decide tornar mais plural as possibilidades da sua existência e percebe que deixou de viver inúmeras coisas que ela ainda desejaria poder experimentar – a partir do momento em que ela vislumbra futuro, o transplante passa a fazer sentido.

Percebo que os projetos de sentido da paciente haviam sido desfeitos pela descoberta da doença, fato que a colocaria desde então em contato e risco constante de morrer, seus planos estavam defasados. Parece-me que a noção de que ainda havia vida possível, a reconstrução de projetos de sentido a levam a considerar o processo árduo do transplante como aquilo que a faria abrir mais mundo e mais possibilidades para si. Existir é sempre antecipar-se a si mesmo, na maneira em que a existência vai se dando ela sempre se abre para projetos futuros, ela sempre é um campo de sentido mais amplo do que o agora (Casanova, 2018).

Quando tratamos de aplasia medular, definimos uma disfunção biológica, e por muito tempo essa disfunção adoeceu existencialmente C. levando-a a restringir sua experiência pela constante relação com a morte a qual ela estava exposta, levando-nos então a reflexão do adoecimento como sendo restrição de mundo. Porém, com o decorrer do tempo, a paciente vivencia um processo de libertação por meio da angústia de morte, e percebo que podemos pensar – nesse momento – sua vivência a partir da experiência de uma disfunção biológica, porém, não mais de uma vida restrita totalmente, encapsulada em uma relação com um mundo limitado em sua totalidade. “As pessoas que mais temem a morte são sempre as mesmas que mais têm medo da vida, pois é sempre o viver da vida que desgasta e põe em perigo o estar-aí”

(Boss, 1981, p. 26). Ao familiarizar-se com a certeza da finitude desvelando também, ainda, possibilidade de vida, abrem-se projetos de sentido.

Para Forghieri (2012), as restrições apresentadas pelo *mundo circundante* podem – no sentido de ser uma das várias possibilidades – levar o indivíduo à busca de novos caminhos e novos possíveis dentro de sua existência restringida, mas não encerrada. Ser-saudável, para essa autora, é um movimento de envolver-se com suas restrições a fim de compreendê-las de maneira mais ampla, pois assim se faz possível transcendê-las, percebendo novas possibilidades a partir da relação com o adoecimento físico. O caso aqui descrito não é uma norma, nem todos desvelam possibilidades a partir das restrições, nem todos vivenciam a angústia de morte da mesma maneira, mas aqui se faz possível perceber a força criativa e possibilitadora que a angústia abre em frente ao nada que somos.

Cheguei com ela às vésperas de sua internação com a noção de que sua sede de mais vida a levou a aceitar o transplante para que assim seu corpo pudesse ter liberdade para viver seus desejos irrestritos, ou não.

Pode-se pensar, de maneira mais ontológica, que o processo de cura da paciente vai se dando no desvelar de um olhar mais esclarecido e responsável para o *cuidado* (*sorge*) com sua própria existência. A vida é apresentada a cada sujeito como uma tarefa que está sob sua responsabilidade, assim, nenhum de nós está isento de cuidar de si mesmo em seu próprio existir (Deliberador; Villela, 2011). Cuidado para Heidegger é estar sempre disponível de forma compreensiva ao que vem ao seu encontro (Boss; Condru, 1997), dessa forma, o que construímos nesse processo foi uma reestruturação do círculo hermenêutico sedimentado desta paciente, fator compreensivo que estrutura sua existência, podendo ser entendido como o fato de o ser-*á* compreender ser a partir de um campo semântico sedimentado historicamente (Feijoo, 2011). A angústia desvelada pela possibilidade da morte, pela fragilidade da existência, revela a possibilidade do cuidar como sendo a responsabilidade pelo seu poder-ser mais próprio e autêntico (Casanova, 2018). Essa tonalidade afetiva fundamental abre a possibilidade de libertação para C, retirando-a do lugar de absorção e sedimentação, retirando-a do lugar em que o ser jamais pode ser, algo determinado previamente pelas determinações quais forem (Sá, 2017; Feijoo, 2012).

Considerações finais

Considero a vida uma estalagem onde tenho que me demorar até que chegue a diligência do abismo. Não sei onde ela me levará, porque não sei nada. Poderia considerar esta estalagem uma prisão, porque estou compelido a aguardar nela; poderia considerá-la um lugar de sociáveis, porque aqui me encontro com os outros.

Fernando Pessoa

A postura clínica adotada neste atendimento fundamentou-se totalmente na fenomenologia existencialista, assim sendo, o que se buscou não foi a construção de um caminho onde a paciente pudesse chegar ao transplante por ser esse o melhor a se fazer – eu nunca soube o que era o melhor a se fazer, sua existência nunca foi minha. Essa apropriação fenomenológica do espaço clínico, marcado por uma negatividade, consiste sempre em acompanhar os processos de transformações existenciais ou metamorfoses, no intuito de que eles possam acontecer, mas sem que necessariamente aconteçam.

Não coube, em nossa relação, um procedimento diretivo ou uma programação orientadora do melhor ou do caminho a ser seguido – formulou-se a tentativa humilde de juntos compreendermos os significados presentes em sua existência. Deixamos aparecer o caminho a ser construído, as possibilidades, a liberdade de escolher.

Ser sadio existencialmente consiste em abrir-se às próprias possibilidades, mas também aceitar e enfrentar os paradoxos e as possíveis restrições da existência que se desvela. Saúde, no sentido existencial, está diretamente relacionada com a maneira pela qual conseguimos estabelecer articulações eficientes na relação de amplitude e restrição de nosso existir. Propor essa reflexão não deve, em momento algum, nos remeter a uma ideia reducionista da questão existencial, ou seja, definida; devemos perceber que existirão indivíduos que não conseguirão por vezes aceitar as inseguranças da vida e as limitações e os paradoxos de sua existência, e, por outro lado, haverá sujeitos que se moverão no sentido contrário, aceitando e enfrentando essa condição exposta tendo coragem para assumi-la, envolvendo-se nas situações e enfrentando os riscos para resolvê-la (Forghieri, 2012).

O foco nunca foi levar a paciente ao transplante, mas sim poder ouvi-la e possibilitar a abertura à liberdade, fator ontológico para o ente que atribui significado ao mundo. O que foi buscado delimitou-se sempre por um reconhecimento biográfico e histórico da vivência dessa paciente, em que passado, presente e futuro se fundem (Spanoudis, 1997), desvelando a

temporalidade e possibilitando a abertura para a atribuição de sentido ao transplante de medula, porém, sempre sendo um encaminhamento da própria paciente, dona e construtora de sua própria existência. Produzimos um refletir que foi além do entendimento físico do corpo, pensamos a existência não limitada pela pele. Assim, criou-se uma vida, a meu ver, vivida a partir da aplasia, mas não somente sendo uma aplasia encapsulada pela parede tecidual de um corpo físico (Cytrynowicz, 1997).

O que vi neste processo não foi o desaparecimento da aplasia, mas a liberdade sendo desvelada a cada diálogo e experiência vivida. A paciente foi para o transplante, depois de meses no hospital encontra-se em sua casa em recuperação com a medula já pega; muitos – inclusive eu – aguardam apreensivos pela sua recuperação com a esperança e a curiosidade de ver essa vida se desvelar após esse recomeço, ou não.

Referências Bibliográficas

- Borges, G., Calado, R. T., Donaires, F. S., et al. (2018). *THPO gene variants in patients with acquired aplastic anemia. Hematol transfus cell ther.* 40(4), 339-342. Recuperado de: <http://www.htct.com.br/pt-pdf-S2531137918300622>
- Boss, M. (1981). *Angústia, culpa e libertação: ensaios de psicanálise existencial* (3a ed.). São Paulo: Duas Cidades.
- Boss, M. & Condrau, G. (1997). Análise existencial - daseinsanalyse. In *Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, n. 1, 2 e 4. São Paulo: A Associação.
- Campos, E. (2014). Psicologia de Kierkegaard: um jeito de ver à margem. In Feijoo, A. M. L. C., Protasio, M. M. (orgs.) *Angústia e repetição: da filosofia à psicologia*. Rio de Janeiro: Edições IFEN.
- Cardinalli, I. E. (2011). *A saúde e a doença mental segundo a fenomenologia existencial*. In *Daseinsanalyse\Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, n. 15/16. São Paulo: A Associação.
- Carmo, S. S., Lima, V. S., et al. (2016). Aplasia de medula óssea: características, diagnóstico e tratamento. *Rev. Conexão Eletrônica*, 13(1), Três Lagoas, MS. Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4tZuN_t0J18J:revistaconexao.aems.edu.br/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php%3Fid%3D850+&cd=16&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br
- Casanova, M. A. (2018). Da angústia ao cuidado: a suspensão dos sentidos cotidianos da existência à essência do existir como cuidado. In Dutra, Elza (org.). *O desassossego humano na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Cytrynowicz, D. (1997). Psicoterapia: uma aproximação daseinsanalítica. *Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, n. 1, 2 e 4. São Paulo: A Associação.
- Dastur, F. & Cabestan, P. (2015). *Daseinanalyse: Fenomenologia e Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Feijoo, A. M. L. C. (2012). A clínica psicológica em uma inspiração fenomenológica - hermenêutica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3), Rio de Janeiro, 937-986.
- Feijoo, A. M. L. C. (2011). *A existência para além do sujeito: a crise da subjetividade moderna e suas repercussões para a possibilidade de uma clínica psicológica com fundamentos fenomenológico-existenciais*. Rio de Janeiro: Edições IFEN, Via Verita.
- Feijoo, A. M. L. C. (2017). *Existência e psicoterapia: da psicologia sem objeto ao saber-fazer na clínica psicológica existencial*. Rio de Janeiro: IFEN.
- Feijoo, A. M. L. C., & Goto, T. A. (2016). É Possível a Fenomenologia de Husserl como Método de Pesquisa em Psicologia?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. [online], 32(4), e32421. ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3241>.

- Fernandes, M. A. (2011, julho-dezembro). Cuidado como amor em Heidegger. *Revista de abordagem gestáltica*, XVII (2): Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200007
- Foucault, M. (2013). *A verdade e as formas jurídicas*. (Eduardo J. e Roberto M., trads.). Rio de Janeiro: Nau.
- Forghieri, Y. C. (2012). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa*. São Paulo: Cengage Learning.
- Giovanetti, J. P. (2017). *Psicoterapia fenomenológico-existencial: fundamentos filosófico-antropológicos*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Masetti, L. M. T., Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2000, abril/junho). Atendimento Psicológico numa unidade de transplante de medula óssea. *Medicina, Ribeirão Preto*, 33, 161-169. Recuperado de: http://revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n2/atendimento_psicologico_unidade_tmo.pdf
- Morato, H. T. P. (2018). Reflexões acerca da saúde: implicações para o desassossego humano contemporâneo. In Dutra, E. (org.). *O desassossego humano na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Pessoa, F. (2019). *Livro do desassossego*. Jandira, SP: Ciranda Cultura.
- Pompeia, J. A. (2000). Desfecho - encerramento de um processo. In *Daseinsanalyse/Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, n.9. São Paulo: A Associação.
- Sá, R. N. (2017). *Para Além da Técnica: ensaios fenomenológicos sobre psicoterapia, atenção e cuidado*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Spanoudis, S. (1997). A tarefa do aconselhamento e orientação a partir da daseinsanalyse. In *Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, n. 1, 2 e 4. São Paulo: A Associação.
- Spanoudis, S. (1997). Conhecer o outro na entrevista. In *Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, n. 1, 2 e 4. São Paulo: A Associação.
- Töpfer, F. (2013). Conceito de doença e normatividade no pensamento de Ludwig Binswanger e Medard Boss. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*. 2(2), 32-50.