

# Uma visão fenomenológica-existencial em psicologia da saúde?!

EDGAR CORREIA (\*)

## PREÂMBULO

O meu trabalho enquanto psicólogo tem-se desenvolvido, sobretudo, em contextos de saúde, mais concretamente na área do VIH/SIDA e, mais recentemente, na área da Doença Inflamatória Intestinal. Situações crónicas e complexas como ambas são, rapidamente me senti vogando num mar de dúvidas, incertezas e sentimentos de impotência e frustração, quanto ao meu papel profissional. No que poderíamos denominar de um movimento de “coping focalizado no problema” (ou seria antes um “coping de evitamento”?!), procurei formação na denominada Psicologia da Saúde, alimentado pela esperança de encontrar ferramentas teóricas e técnicas que me permitissem (confesso) curar ou salvar os pacientes do seu sofrimento psico-emocional.

Feito o luto do paraíso das certezas profissionais, não pude, no entanto, deixar de me sentir desiludido com o que considero uma visão mecanicista do homem perante as dimensões de saúde e doença e com os modelos totalitários que pululam a Psicologia da Saúde.

É certo que para conseguir se imiscuir no apetecível mundo da saúde, a Psicologia teria de comprovar a sua eficácia e importância e isto,

claro está, teria de ser numa linguagem que fosse aceite, compreensível, convincente e, de preferência, “irrefutável”, pelos “protagonistas” da saúde. A psicossomática psicanalítica, por exemplo, tal como se apresentava há umas décadas atrás, ortodoxa, dogmática e sustentada mais numa fé nos modelos teóricos que a nutriam do que propriamente numa evidência empírica ou fenomenológica (Angerami, 2003), acabou por não conseguir “penetrar” o ventre fecundo da saúde. De uma forma diametralmente oposta, a Psicologia da Saúde apresentou-se sustentada na investigação quantitativa, onde a precisão dos números e os modelos simplistas tornaram-na não só aceitável, mas até irrecusável, na intervenção em saúde. Impossível contestar a pertinência e a eficácia desta estratégia; graças a ela podemos contar com um número cada vez maior de psicólogos a trabalhar em contextos onde há uma ou duas décadas atrás apenas víamos médicos e enfermeiros. Todavia, ultrapassada a questão da afirmação da pertinência da intervenção psicológica no mundo da saúde e da doença, importa hoje questionar o papel do psicólogo enquanto técnico a trabalhar em contexto de doença física, bem como sobre a identidade da psicologia *na* saúde.

## CONTEXTUALIZANDO A PSICOLOGIA DA SAÚDE

Permitam-me então uma breve contextualização histórica da Psicologia da Saúde (Casas, 1998; Cuervo-Arango, 1993; Ogden, 1999; Pinchuck &

---

(\*) Psicólogo Clínico no Serviço de Infeciologia do Hospital Garcia de Orta, Almada. Psicoterapeuta Existencial pela Society for Existential Analysis e pela United Kingdom Council for Psychotherapy (UKCP). Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial.

Clark, 1985; Ribeiro, 1998), que anexada ao parágrafo anterior nos ajudará neste questionamento.

Fruto da cisão cartesiana corpo/alma, o paradigma epistemológico “corpo máquina”, subjacente ao modelo biomédico tradicional, teve terreno para vingar aquando da Revolução Industrial, dados os graves problemas de saúde que na altura emergiram. A visão holística/ecológica que até então havia guiado a intervenção médica, foi substituída pelos princípios mecanicistas (que experimentavam enorme sucesso nas ciências ditas exactas), assentes na causalidade linear: uma causa simples (germe, bactéria, parasita, ...), uma doença. É, portanto, sub a égide deste modelo que a meados do século XIX se desenvolveram as modernas medidas de saúde pública (construção de sistemas de esgotos e de distribuição de água potável, recolha de lixo, gestão de migrações, etc.): combatia-se as doenças evitando a proliferação dos germes causadores. A este esforço, que se revelou deveras eficaz no combate à morbidade e à mortalidade que proliferava nas grandes urbes, denominou-se de Primeira Revolução da Saúde.

Com os avanços científicos e tecnológicos que se foram verificando ao longo da primeira metade do século XX, o sucesso do modelo biomédico na cura das doenças foi cada vez maior. A sofisticação dos tratamentos médico-cirúrgicos, a invenção do antibiótico e a produção de vacinas, contribuíram para o aumento da esperança de vida e para a diminuição da mortalidade infantil, levando a um maior impacto das doenças crónicas, bem como das doenças degenerativas associadas à velhice. Como consequência, a partir de meados do século XX, foi-se verificando uma alteração nos padrões de morbidade e mortalidade; as principais causas de doença deixaram de ser organismos patogénicos, para passar a ser causas associadas ao comportamento humano (consumo excessivo de álcool, fumar, alimentação descuidada, vida sedentária, stress, etc.).

Face a esta nova realidade emergente, tornava-se óbvio que o paradigma causal-linear, subjacente ao modelo biomédico, teria claras limitações. O comportamento não se deixa apreender num modelo de causa-efeito e era cada vez mais evidente que outros factores estavam subjacentes à saúde e à doença das pessoas, como o contexto socio-económico, as condições de trabalho, o ambiente, a família, etc.

O impacto crescente das doenças crónicas, das

doenças associadas à velhice e das doenças de etiologia comportamental, colocava novos desafios e exigências, quer ao nível da prevenção, quer ao nível da prestação de cuidados, tanto mais que as despesas com o sistema de saúde não paravam de crescer nos países desenvolvidos.

Como consequência, estes acontecimentos pressionaram a uma mudança no modo de conceber a saúde e a doença, bem como no modo de intervir, mudança esta que Julius Richmond denominou, em 1979, de Segunda Revolução da Saúde: a) O foco de atenção desloca-se da doença para a saúde (se o sujeito se mantiver saudável recorrerá menos aos serviços de saúde) e o conceito de saúde torna-se mais abrangente; b) Procura-se um retorno à perspectiva ecológica da medicina (por forma a evitar o reduccionismo instalado, compreendendo o sujeito – saudável ou doente – no seu contexto mais lato).

Esta nova atitude, que se foi instalando no campo da saúde, deu azo a um redefinir de conceitos e ao emergir de novos modelos de actuação. Não é, portanto, de estranhar que a Segunda Revolução da Saúde tenha aberto as portas à Psicologia, numa área de investigação e acção que se denominou de Psicologia da Saúde.

E, efectivamente, a Psicologia da Saúde justifica a sua pertinência argumentando «*que os seres humanos devem ser vistos como sistemas complexos*» (Ogden, 1999) e que para uma compreensão das causas e do tratamento da doença é necessário considerar «*uma multiplicidade de factores e não um único factor causab*» (Ogden, 1999), propondo uma abordagem biopsicossocial de saúde.

Para além de compreender, explicar, desenvolver e testar teorias, a Psicologia da Saúde propõe-se colocar em prática essas mesmas teorias através de intervenções assentes no ensino e mudança de crenças, atitudes e comportamentos (Ogden, 1999), descobertos pela investigação psicológica, ou médica, como perniciosos para o sujeito (doente ou não).

Numa análise a estes dois últimos parágrafos, e atendendo aos modelos explicativos propostos pela (e para a prática da) Psicologia da Saúde – vide Trindade e Teixeira (2000, pp. 25-28) –, verifica-se que apesar de rejeitar um modelo de compreensão linear, advoga ainda um modelo epistemológico assente na explicação causal (ainda que não linear), para um conhecimento empírico-universal, de certezas globalizantes e absolutas, sem espaço para a subjectividade, para a experiência idiossincrática. Claro está que a Psicologia da Saúde,

como qualquer outro ramo do conhecimento, não vive desgarrada do contexto envolvente e, efectivamente, o modelo hipotético-dedutivo, científico globalizador, é o que impera no nosso tempo em todas as áreas científicas. Por conseguinte, não é de estranhar esta opção epistemológica, tanto mais que, como vimos acima, para conseguir um lugar enquanto ciência na saúde outra linguagem não seria, provavelmente, aceite. Contudo, compreendermos os motivos subjacentes a determinada opção epistemológica não nos ilibamos de pensarmos as consequências teóricas e práticas dessa mesma opção.

#### REFLEXÕES SOBRE A PSICOLOGIA DA SAÚDE

E a principal consequência advém, precisamente, do carácter universal dos postulados que pululam a Psicologia da Saúde, cuja neutralidade impessoal (Levinas, 1988) não deixa espaço para o carácter íntimo e idiossincrático da concepção pessoal de saúde ou doença e que, consequentemente, redundam numa prática que reflecte esta universalidade, com modelos interventivos preestabelecidos e universais, onde apenas teremos de saber avaliar, de acordo com os quadros teóricos existentes, para encaixar o sujeito no modelo interventivo que lhe é mais apropriado. Contudo, se defendermos, como Angerami (2003), que a função primeira da Psicologia em contexto de doença é humanizar a dor dos que sofrem (doentes ou técnicos), então somos obrigados a abandonar os modelos epistemológicos e interventivos que insistem, qual modelo biomédico, no culto do Mesmo e do neutro (Levinas, 1988), na irradicação do individual, ou seja, na irradicação do humano.

E não será para trabalhar ao nível do humano que a saúde solicita a nossa presença? Como vimos atrás, uma das necessidades que abriram portas à Psicologia na doença foi a explosão dos problemas de saúde que colocam o sujeito nesse estranho limbo onde não se é saudável nem doente (as doenças crónicas), mas que (e por isso mesmo) despertam novas exigências de “tratamento” a que o médico já não sabe acudir, porque não se situam ao nível do “órgão” (*res extensa*), do número, do mecânico, mas ao nível da alma (*res cogito*), do subjectivo, do humano.

E não serão estas novas exigências de tratamento a procura de um espaço onde o utente possa falar

abertamente da sua dor de já não ser o que achava que era? E onde possa, a partir daí, procurar novos sentidos para viver, apesar de toda uma panóplia de limitações? Onde possa sentir-se aceite na sua não adesão e assim pensar abertamente nos significados dessa atitude, para vir a escolher, livremente, a forma de tratamento mais consonante com aquilo que espera e pretende para si? Não serão para estas e outras questões (que bebem inequivocamente da experiência individual) que os pacientes nos procuram? Estaremos ainda a fazer uma prática psicológica, a ir ao encontro daquilo que o paciente espera de nós, quando nos baseamos, por exemplo, numa teoria universal de cognições de doença, e aplicamos um Illness Perception Questionnaire (IPQ), para medir as representações que o sujeito desenvolveu sobre a sua doença? Qual a utilidade prática desta intervenção para o sujeito que sofre por determinada maleita? Ou, ainda, será que o paciente quer que nos escudem por detrás de um programa de ensino de técnicas de coping, impingindo-as numa postura paternal e autoritária, como se fossemos donos de um saber salvador?

A saúde é uma condição fundamental da nossa existência. Ao nível da “*Umwelt*” (a dimensão física da nossa existência), a procura de significado existencial é conseguida através de uma interacção satisfatória (através de uma percepção de eficácia) entre o nosso corpo e o mundo físico (Deurzen-Smith, 1997). Portanto, um sujeito que se percebe como doente ou incapacitado, não só poderá se perceber como limitado na sua forma de interacção mais básica com o mundo, como essa limitação poderá colocar em causa um dos pilares básicos para a sua atribuição de sentido existencial. Por outro lado, e como já explanei num outro texto (Correia, 2005), a condição de doença cria, logo à partida, uma condição de incompatibilidade com o existir (*ex-sistere*), já que, fenomenologicamente, a experiência de doença remete para uma vivência de fechamento, de enclausuramento sobre a própria experiência de enfermidade (Gadamer, 1997), que se torna incompatível com o “sair de si” que caracteriza a existência. Repensar-se a partir da nova condição de “ser-doente” (ou ser-incapacitado, ou até mesmo de ser-para-a-morte, no caso de uma doença terminal), parece ser premissa fundamental para romper com o enclausuramento provocado pelo problema de saúde e continuar a *ex-sistere*, apesar da doença. No entanto, este processo de repensar-se implica uma reformulação da “estrutura do self” (Spinelli,

2001), que será mais ou menos fácil tendo em conta não só as afecções objectivas provocadas pela doença, mas também, e sobretudo, a possibilidade do sujeito aceitar essas afecções como parte integrante da sua “nova” existência. Por fim, pelas suas características, a doença remete para a precariedade da nossa existência, lembrando-nos da “possibilidade da nossa absoluta impossibilidade” (Heidegger, 1962), com a angústia que a caracteriza.

Assim sendo, fácil é compreender a impossibilidade de construir teorias universais, explicativas ou descritivas, para estas vivências do ser-doente; ficariam sempre aquém da vivência concreta do indivíduo, tal como no conhecimento levinasiano do Outro: cujo Rosto desvela logo o rasto do Infinito (Levinas, 1988). Consequentemente, qual o fundamento de uma intervenção psicológica assente na uniformização das vivências e que se distancia do sentir do indivíduo?

Importa, portanto, questionar se ao quisermos comprovar a pertinência da nossa intervenção não nos tornamos reféns de um modelo epistemológico que na sua transposição para a prática parece desvirtuar aquilo que de mais profundo caracteriza a intervenção psicológica: o encontro entre dois homens à maneira humana (Teixeira, 1993). Será que não corremos o risco de transformar a *Psyche*, em mais um “órgão” a examinar e a tratar e, consequentemente, desembocar numa intervenção de carácter impositivo, autoritário e/ou paternalista? Será que não corremos o risco de transformar a psicologia da saúde numa “medicina psicológica”? Será que ainda atendemos pacientes, ou será que atendemos “maus aderentes”, ou portadores de mecanismos de coping e cognições desadequadas (versão psicológica do “órgão” doente), a quem nós vamos curar ou ensinar comportamentos e cognições adequadas? Será que não nos tornamos reféns dos poderes instituídos, ao pretendermos mudar comportamentos, atitudes e até mesmo sentimentos? Será que é esta a psicologia que a saúde pretende que nós ofereçamos?

Com este questionamento à postura epistemológica e interventiva predominante na denominada Psicologia da Saúde, não pretendo desvirtuar as extraordinárias conquistas teóricas (e socioprofissionais) até aqui desenvolvidas. Pretendo, isso sim, levantar questões, lançar o debate e a reflexão, levar-nos a pensar sobre o rumo que estamos a dar à teoria, mas sobretudo à prática, da Psicologia da Saúde.

Se nos propusermos a “estar-com” os nossos

pacientes, a ouvi-los como criadores únicos da sua própria concepção do “estar-doente”, descermos a um plano fenomenológico, abandonando a confortável bengala dos modelos predominantes, notaremos certamente o quão reduccionistas e o quão fragmentadores estes modelos são. Na saúde física, onde o sofrimento físico trás consigo o sofrimento psicológico, importa atender o sujeito no significado e sentido que adquire para ele esse seu sofrimento. Como nos diz Angerami (2003), «a doença é facto pela sua concretização na consciência do doente» e, portanto, só essa consciência nos poderá indicar os caminhos correctos para intervir na doença que ela concretizou.

#### EM FORMA DE CONCLUSÃO

Daí a importância de uma postura fenomenológica na intervenção e investigação em Psicologia da Saúde, já que esta nos permite aproximar do fenómeno tal qual ele se apresenta na consciência. Todavia, quero deixar claro que com isto não pretendo propor uma visão puramente fenomenológica na intervenção em saúde, mas sim, lembrar o leitor das vantagens desta postura para a compreensão e acolhimento do sujeito que sofre. Da minha experiência profissional, quer ao nível da adesão, quer ao nível da adaptação à doença, noto que os modelos vigentes mostram-se incompletos, reduccionistas, distanciadores e impraticáveis, se quisermos “estar-com” os nossos pacientes; outra postura parece ser necessária e vários têm sido os artigos que nos últimos anos têm dado conta da pertinência, dos contributos e até mesmo das vantagens da visão fenomenológica e/ou existencial para uma compreensão e intervenção em Psicologia da Saúde (Angerami, 2003; Blinderman & Cherney, 2005; Carsley, 1996; Correia, 2005; Correia, 2006; Crossley, 1997; Crossley, 1998; Jacobsen, Joergensen & Joergensen, 2000; Madison, 2002; Maunder & Hunter, 2004; Milton, 1994; Milton, 1997; Milton, Taylor & Gaist, 1998; Schönnesson, 2002).

Quanto a mim, a minha prática não deixa de ser informada pelos modelos empírico-universais advindos da investigação predominante, todavia, socorro-me da postura fenomenológica na escuta dos meus pacientes e da filosofia e psicologia existencial para a compreensão da situação do sujeito face às grandes questões da existência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angerami, V. A. (2003). *Temas existenciais em psicoterapia*. São Paulo: Thomson.
- Blinderman, C. D., & Cherney, N. I. (2005). Existential issues do not necessarily result in existential suffering: Lessons from cancer patients in Israel. *Palliative Medicine*, 19, 371-380.
- Carsley, C. (1996). Breast cancer: Existential issues raised on discovery of a breast lump. *Existential Analysis*, 7 (1), 134-148.
- Casas, F. (1998). Derechos humanos y calidad de vida: Retos para la psicología del siglo XXI?. *Anuário de Psicologia*, 29 (2), 172-174.
- Correia, E. A. (2005). "Existere" com o VIH! É possível (com)viver com este vírus? Retrieved June 03, 2006 from <http://www.passoapasso.com.pt/passoapasso/Main.aspx?link=html/tree/artigosopiniao/PaPExistere.htm>
- Correia, E. (2006). "Oh if only there were heavenly paths by which to creep into another existence and into happiness". *Existential Analysis*, 17 (1), 123-136.
- Cuervo-Arango, M. A. (1993). La calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de Psicología Social*, 8 (1), 101-110.
- Crossley, M. (1997). The divided self: The destructive potential of a HIV positive diagnosis. *Existential Analysis*, 8 (2), 72-94.
- Crossley, M. (1998). A man dying with AIDS: Psychoanalysis or existentialism? *Existential Analysis*, 9 (2), 35-57.
- Deurzen-Smith, E. (1997). *Everyday mysteries: Existential dimensions of psychotherapy*. London: Routledge.
- Gadamer, H.-G. (1997). *O mistério da saúde: O cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70. (Tradução do original em alemão *Über die verborgenheit der gesundheit – Aufsätze und vorträge*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1993.)
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Oxford: Blackwell Publishing. (Tradução do original em alemão *Sein und Zeit*, 7th ed., Max Niemeyer Verlag.)
- Jacobsen, B., Joergensen, S. D., & Joergensen, S. E. (2000). The world of the cancer patient from an existential perspective. *Existential Analysis*, 11 (1), 122-135.
- Levinas, E. (1988). *Totalidade e infinito*. Lisboa: Edições 70 (Tradução do original em francês *Totalité et infini*. Martinus Nijhoff Publishers B. V., 1980).
- Madison, G. (2002). "Illness"... and its human values. *Existential Analysis*, 13 (1), 10-30.
- Maunder, R., & Hunter, J. (2004). An integrated approach to the formulation and psychotherapy of medically unexplained symptoms: Meaning- and attachment-based intervention. *American Journal of Psychotherapy*, 58 (1), 17-33.
- Milton, M. (1994). The case for existential therapy in HIV-related psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 7 (4), 367-375.
- Milton, M. (1997). An existential approach to HIV related psychotherapy. *Existential Analysis*, 8 (1), 115-129.
- Milton, M., Taylor, M., & Gaist, B. (1998). Professional identities in the NHS: Existential perspectives. *Existential Analysis*, 9 (1), 114-128.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em inglês *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press, s.d.).
- Pinchuck, T., & Clark, R. (1985). *Medicina para principiantes*. Lisboa: Publicações Dom Quixote. (Tradução do original em inglês *Medicine for beginners*. Londres: Writers and Readers Publishing Cooperative Society, 1984).
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA.
- Schönnesson, L. N. (2002). Psychological and existential issues and quality of life in people living with HIV infection. *AIDS Care*, 14 (3), 399-404.
- Spinelli, E. (2001). *The mirror and the hammer: Challenges to therapeutic orthodoxy*. London: Continuum.
- Teixeira, J. A. C. (1993). Introdução às abordagens fenomenológica e existencial em psicopatologia (I): A psicopatologia fenomenológica. *Análise Psicológica*, 11 (4), 621-627.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.

## RESUMO

Neste artigo pretende-se questionar a opção epistemológica da Psicologia da Saúde, assente em modelos que o autor considera mecanicistas e neutralizadores da subjectividade experiencial do ser-doente. A postura fenomenológica e a compreensão existencial do ser-doente são apresentadas como aportes vantajosos para a Psicologia da Saúde, já que permitem uma aproximação ao paciente, evitando o perigo da medicalização da Psicologia.

*Palavras-chave:* Psicologia da Saúde, Fenomenologia, Existencialismo.

## ABSTRACT

Our aim is to question the epistemological option carried by Health Psychology, based in models considered by the author as distant from the experiential subjectivity of the being-sick. The phenomenological attitude and the existential comprehension of the being-sick are presented as interesting new ways of work in Health Psychology, as they facilitate a truly being-with the client, preventing the today tendency of transforming Psychology in a kind of medicine.

*Key words:* Health Psychology, Phenomenology, Existentialism.