
Afinal, o que significa o social nas práticas clínicas fenomenológico- existenciais?

After all, what does social means at phenomenological-existential clinical practices?

Elza Dutra

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN - Natal, RN, Brasil

Resumo

Este artigo tem como objetivo discutir a dimensão social nas práticas clínicas fenomenológico-existenciais. A partir das idéias de Heidegger e teóricos da perspectiva em foco, são discutidas as noções de social, ser-no-mundo, escuta clínica e práticas clínicas. Algumas experiências de plantão psicológico são relatadas, visando exemplificar a modalidade de plantão psicológico na perspectiva fenomenológico-existencial. O artigo finaliza considerando que a dimensão social pode ser compreendida, sob a ótica da hermenêutica, como constituinte do humano e nesse sentido, está presente na clínica fenomenológico-existencial.

Palavras-chave: Clínica fenomenológica; escuta clínica; contexto social e clínica fenomenológica; Heidegger e psicologia clínica; plantão psicológico.

Abstract

This article aims to discuss the social dimension in existential-phenomenological clinical practices. Considering Heidegger's ideas and theorists from the mentioned perspective, concepts of social, being-in-the-world, clinical listening and clinical practices are discussed. Some experiences of psychological duty are reported, aiming to exemplify the kind of stand-by psychological support based in the phenomenological-existential perspective. The article concludes considering that the social dimension can be understood, under the hermeneutics perspective, as a constituent of the human and, accordingly, is present in the phenomenological-existential clinic.

Keywords: Phenomenological clinic; clinical listening; social context and phenomenological clinic; Heidegger and clinical psychology; psychological duty.

Afinal, o que significa o social nas práticas clínicas fenomenológico- existenciais?¹

Esta é a pergunta recorrente dos últimos anos, dirigida a nós, da clínica, por colegas da comunidade científica, principalmente aqueles de diferentes campos de estudo e de práticas psicológicas. Neste artigo pretendemos "pensar alto" e lançar questões, muito mais no sentido da reflexão, do que mesmo apresentar respostas conclusivas aos questionamentos desenvolvidos ao longo do texto. Na verdade, acima de

tudo, desejamos compartilhar as idéias, introdutórias, devo dizer, que vimos desenvolvendo nos últimos anos, a partir dessa questão.

Aprendemos, ao longo da formação básica de graduação em psicologia, que a psicologia social é um campo ou área de estudo, assim como a clínica, a escolar, a comunitária, etc. Aprendizado este extremamente fragmentado, além de irreconciliável, no que respeita aos distintos objetos de estudo da Psicologia, o que torna essa ciência, segundo o pensamento de Figueiredo (1996), um campo disperso e impossível de ser unificado.

Ainda não se foi o tempo em que existiam muitas críticas e preconceitos em relação à psicologia clínica. Como por exemplo a idéia de alienação que reveste essa prática, dos processos sociais, e a ideologia burguesa e elitista que permeava esse campo de estudo e profissional; principalmente a partir dos anos setenta, quando o nosso país vivia uma ditadura e cobrava-se do psicólogo uma postura engajada politicamente. Nesse cenário, a clínica psicológica surgia como uma prática alienante, segundo as críticas, uma vez que não tratava dos determinantes sociais que provocavam o mal-estar da época e por focalizar somente o indivíduo e, com isso, deixando de fora o seu contexto social. Parece uma inverdade, mas tais idéias e representações acerca da clínica ainda são muito freqüentes; e, o que é pior, no espaço do qual se espera mais atualização de conhecimentos e liberdade de pensamento: sim, estamos falando da Academia. Esta que, em muitos momentos, parece não estar acompanhando o processo de desconstrução — não no sentido da destruição —, mas no sentido da reconstrução e reinvenção de saberes e práticas que tem ocorrido no contexto da clínica nos últimos anos.

Por outro lado, é preciso reconhecer também que a clínica psicológica, tradicionalmente, tinha pouca inserção no campo social — nos referimos aqui ao sistema público de saúde, aos serviços de saúde mental, comunidades, instituições, públicas ou privadas, etc —; enfim, naquilo que comumente é designado como social. Do mesmo modo, é justo lembrar, como bem o faz Vasconcelos (1999), que este não era um privilégio somente da psicologia clínica, mas de toda a Psicologia, pelo menos nas décadas de setenta e oitenta. Entretanto, sem entrar em considerações político-ideológicas que sustentam as críticas mencionadas antes, é preciso reconhecer que muitas idéias a respeito da prática clínica e do psicólogo clínico, são consideradas, por Figueiredo (1996), como “confusões”. E estas têm origem na própria história da psicologia enquanto ciência, bem como no momento de nascimento da clínica, em que esse campo de estudo e de prática adotou o modelo médico como parâmetro, o que pode ser reconhecido quando pensamos no objetivo de cura e na noção de psicopatologia que impregnam a concepção de clínica até hoje. Outro modo confuso e equivocado de se caracterizar a psicologia clínica diz respeito ao lugar onde ela ocorre: restrita ao consultório privado; ao regime de trabalho do psicólogo, como autônomo e liberal; ao atendimento individual e psicoterápico, entre outras características, como reconhecem alguns autores (DUTRA, 2004; FÉRES-CARNEIRO, 1993;

FÉRES-CARNEIRO E LO BIANCO, 2003; GUEDES, 1992). São imagens e representações restritas e limitadas de uma prática que se propõe a acolher e a escutar o sofrimento humano. Pois não restam dúvidas de que a clínica psicológica, de uma forma geral, vem passando por significativas transformações ao longo das últimas décadas. E tal transformação vem atrelada às mudanças de lugar que a própria Psicologia, como ciência e profissão, vem ocupando.

A inserção da clínica no social

Para o CFP (1988), Féres-Carneiro; Lo Bianco (2003) e Vasconcelos (1999), o momento histórico mais significativo para a inserção do psicólogo no campo social foi a sua entrada no serviço público de saúde, o que não ocorreu sem grandes dificuldades, a partir do final dos anos setenta e início da década de oitenta. Dificuldades estas em razão de a psicologia adotar, naquela época, como modelo hegemônico, a clínica centrada nos consultórios particulares, sendo esta a especialização mais prestigiada nos currículos da maioria dos cursos de graduação. Com isso, resultou que os psicólogos passaram a reproduzir, no sistema público de saúde, a clínica dos consultórios (BOARINI, 1996; COSTA, 1992; VASCONCELOS, 1992; YAMAMOTO, OLIVEIRA E CAMPOS, 2002), com agendas lotadas, psicoterapias de longa duração, ou seja, uma clínica engessada nos referenciais teóricos e metodológicos quase que exclusivamente, de origem social, cultural e histórica distintos daquela onde a clínica se realizava, além de privilegiar, de uma forma geral, os processos individuais e intrapsíquicos, negligenciando, desse modo, a consideração do contexto social, histórico e cultural dos sujeitos, como já discutido antes (DUTRA, 2004). Em relação a esse aspecto é oportuna a distinção proposta por Vasconcelos (1999, 1992), entre o

processo de individuação, intrínseco ao desenvolvimento psíquico e à elaboração dos conflitos subjetivos nos seres humanos, e individualização, a forma cultural hegemônica com que a individuação ocorre nas camadas letradas dos países ocidentais contemporâneos (1999, p. 143).

Parece ser esse segundo tipo, a individualização, o que prevalece no modelo tradicional de clínica, o qual, certamente, implica uma posição social, política e cultural, a mesma que tem propiciado, infelizmente, críticas e representações negativas da clínica, que ainda permanecem na atualidade.

Entretanto, segundo a opinião de Paulon, (2004, p. 260), esta "forma instituída da clínica parece já não se sustentar". Esta autora se vale de alguns exemplos de experiências da clínica para ilustrar a diversidade de demandas que atualmente são feitas aos profissionais desse campo de atuação e que exigem, da clínica, profundas reflexões pertinentes aos

seus dispositivos terapêuticos, referenciais teórico-metodológicos e epistemologias. Pensa a autora que a fragmentação de objetos de estudos existentes na clínica gera a criação de “especialistas” que só sabem atuar na sua especialidade e, conseqüentemente, sentem-se despreparados para lidar com outras questões e expressões de sofrimento psíquico, próprias da contemporaneidade.

Quanto à necessidade de repensar a clínica, é preciso lembrar, assim como Paulon (2004), que não basta somente alterar a adjetivação da clínica para ampliada, contextualizada, ou qualquer outra denominação. É importante, acima de tudo, que esse novo adjetivo seja revelador de uma mudança na esfera teórico/conceitual e que profundas e necessárias reflexões sejam empreendidas no que se refere à dimensão ética e política das práticas clínicas. O que queremos dizer com isso é que precisamos refletir mais criticamente sobre o sofrimento psíquico nos dias atuais e como o homem desse tempo constrói as suas relações de sentido. Como as condições econômicas, históricas, sociais e culturais influenciam e participam do processo de construção das subjetividades e, conseqüentemente, dos sintomas, estes entendidos enquanto expressão de sofrimento. Isso poderia ser visto, a meu ver, como uma forma de “desindividualizar” a individuação, como bem lembra Vasconcelos (1999). Para outros autores, como Coimbra *et al* (2002, p. 118), referindo-se às formas de enfrentamento da clínica, é necessário “a construção de dispositivos e estratégias que desnaturalizem o que é da ordem da história e coletivizem o que se traveste de sintoma individual”.

É nesse sentido que práticas clínicas fenomenológicas existenciais têm sido desenvolvidas por alguns grupos, tal como o grupo de trabalho *Práticas psicológicas em instituição: atenção, desconstrução, reinvenção*, da Anpepp - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. Algumas modalidades de atenção psicológica têm sido desenvolvidas por esse grupo através de atividades de pesquisa e, principalmente, de extensão (DUTRA, 2005; MORATO, 1999; NOBRE, 1998; SCHMIDT, 2003; CURY, 1999). Entre as ações de atenção psicológica, muitos de nós temos realizado experiências de plantão psicológico em vários contextos sociais, públicos e privados, demonstrando que a escuta clínica não deve ser restrita ao consultório privado e nem à prática da psicoterapia, como antigamente se pensava. Pelo contrário, o plantão psicológico é uma ação clínica de atenção psicológica; consiste numa modalidade de aconselhamento psicológico e busca o acolhimento do sofrimento psíquico, entendendo-o como expressão de uma relação de sentidos que o homem estabelece com o mundo, não exigindo, portanto, um lugar apropriado e nem um processo psicoterápico de longa duração para que ocorra algum tipo de mudança. Pois, de acordo com Maria Luisa Schmidt, ela afirma que:

Aconselhar vem do verbo latino conciliare e nos remete a consilium, que significa com/unidade, com/reunião. Esta significação é importante, pois

supõe a ação de duas ou mais pessoas voltadas para a consideração de algo. É a própria noção de um conselho: várias pessoas reunidas para examinar com atenção, olhar com respeito e cuidado, a fim de deliberar com prudência e justiça. [...] A função do conselheiro dispõe-se no modo do acolhimento que permite explorar, com o cliente, não apenas a chamada queixa, mas também a forma mais adequada de lidar com ela [por dirigir-se à demanda]. Da decisão sobre este segundo aspecto, o cliente não está excluído. A partir dos primeiros contatos entre cliente e conselheiro, o processo pode levar tanto à formulação de um contrato de psicoterapia, quanto a uma orientação, (informação) ou ao encaminhamento para outro profissional (SCHMIDT, 1987, p. 7).

Para ilustrar com mais propriedade o plantão psicológico e a importância dessa prática como um dispositivo de alcance social, relatarei, a seguir, algumas experiências de práticas clínicas que poderão favorecer uma visão mais concreta do que estamos querendo dizer.

A experiência de práticas clínicas em instituições de saúde e em órgãos públicos

As nossas práticas clínicas num contexto mais amplo do que o consultório clínico privado começaram no ano de 2000, com a implantação de um serviço de urgência psicológica num hospital geral da rede pública (DUTRA, 2002). Tal atividade ocorreu durante quatro anos e foi retomada no ano de 2006. Nesse último ano, demos início, ao mesmo tempo, ao atendimento de plantão psicológico em duas delegacias da cidade de Natal: Delegacia da Mulher e Delegacia da Criança e do Adolescente (MELO; DUTRA, 2007), além de também implantarmos o serviço de plantão psicológico na Clínica-Escola da UFRN, SEPA (Serviço de Psicologia Aplicada). Essas atividades foram desenvolvidas por alunos do curso de psicologia da UFRN, alunos da pós-graduação *stricto e lato sensu*.

Ao final do semestre, para nossa satisfação, as atividades de plantão foram todas bem avaliadas. No que se refere às atividades ocorridas nas delegacias, a avaliação foi realizada por todos os participantes, inclusive pelas delegadas responsáveis, tendo sido bastante positiva. Realmente foi confirmado o que vínhamos pensando e que na verdade foi o principal motivo para que tomássemos essa iniciativa: a necessidade de oferecer um acolhimento a essa população que necessita de cuidados psicológicos, como o são as vítimas de violência doméstica e que não dispõem de profissionais de psicologia nesses locais. Tão importante e necessária foi essa experiência que já estão sendo planejadas atividades de plantão psicológico na Delegacia da Mulher para os estagiários em clínica, como atividade curricular, neste e nos próximos anos.

Entretanto, gostaria de apontar as dificuldades que deparamos nessa experiência, e que dizem respeito à questão que vimos discutindo até este momento. Ela se refere à prática clínica, que se constitui, prioritariamente, no nosso entender, por um determinado tipo de escuta.

Constatamos que é muito difícil, para os alunos, desconstruírem um modelo de clínica pautado somente na psicoterapia e condicionado à existência de uma condição ambiental e física favorável a essa escuta, ou seja, a um *setting* terapêutico. Quando a prática clínica sai do consultório e chega a um ambiente como uma delegacia de polícia, o choque é inevitável. É como se o aluno colocasse em dúvida a eficácia da sua escuta, pelo fato dela ocorrer num ambiente estranho àquele instituído como o ideal e esperado para o fazer clínico, ou seja, o consultório, e num breve espaço de tempo, sem que haja, necessariamente, a expectativa de continuidade desse contato. Além do mais, a clientela desses contextos revela uma realidade bastante diferente daquela à qual, geralmente, os nossos alunos estão acostumados. Na maioria das vezes, mas não necessariamente, são as pessoas de uma condição social e econômica mais baixa, aquelas que recorrem às delegacias, trazendo demandas que geralmente só são vistas nos livros e nos noticiários da mídia. Esse aspecto da questão evidencia um outro ponto, que é a mobilização do aluno ou de quem estiver atendendo, em relação à sua afetação diante daquela criança que sofreu abuso, ou mesmo em face daquela mulher carregando pela mão os seus filhos, vivendo o desamparo após a agressão do companheiro, num estado de total desamparo. São momentos de grande afetação e, ao mesmo tempo, delicados, para quem está se iniciando na prática clínica. É difícil, também para nós, supervisores, “transmitir” um conhecimento do que seja uma escuta clínica, uma vez que, por consistir numa atitude, como a entendemos, o seu desenvolvimento passa, necessariamente, pela vivência de um modo de ser, por uma disponibilidade de abertura ao outro, o que, de alguma forma, conduzirá a pessoa aos seus “outros”; por isso a necessidade de arriscar-se nessa aventura de disponibilizar-se igualmente para si e para o outro, em direção a um universo desconhecido.

Todas essas experiências de plantão psicológico, exemplo de uma prática de atenção psicológica desenvolvida em serviços públicos de saúde, delegacias, escolas, etc., é totalmente adequada às demandas em saúde mental e aos dispositivos de resposta, sugeridos por Vasconcelos (1999, p. 136). Por exemplo, no que respeita à prevenção, ele propõe: “acesso à informação, suporte imediato e aconselhamento”; e quanto ao dispositivo, ele aponta “serviços de terapia e aconselhamento familiar”. Portanto, podemos dizer que as práticas clínicas fenomenológico-existenciais, tal como vêm sendo desenvolvidas por alguns colegas (MORATO, 1999; CURY, 1999; MELO e DUTRA, 2007), principalmente as atividades na modalidade de plantão psicológico, respondem aos desafios e demandas advindas não só do campo da saúde mental pública, mas do contexto social como um todo, desde que haja uma demanda de sofrimento do sujeito, institucional ou de outra ordem. A escuta clínica, seja na modalidade de psicoterapia, aconselhamento psicológico, atenção psicológica ou plantão psicológico, consistirá, sempre, numa prática clínica, numa intervenção psicossocial, uma vez que nela estará envolvida

uma demanda de sofrimento, ainda que se trata de uma pessoa, um grupo ou instituição. Pois, como sugere Giust-Desprairies (2001):

Trabalhar na compreensão das lógicas internas das pessoas e dos grupos, em suas ligações com as lógicas internas das organizações, implica necessariamente levar em conta os componentes subjetivos. Portanto, a questão do sentido não diz respeito somente ao privado ou individual, ela também se refere ao social (p. 231).

Assim nos perguntamos sobre a diferença entre uma atitude clínica que acontece num contexto social mais amplo e a que se dá no consultório. Qual seria a diferença entre esse social e o do consultório? E a qualidade da escuta, seria distinta? Dependeria ela do lugar e da clientela? O social de que estamos falando, seria diferente na delegacia, na comunidade ou no consultório privado? Depende da presença da pobreza, da exclusão social ou da quantidade de pessoas envolvidas? Ou poderíamos pensar na dimensão social como algo mais complexo, amplo, ou simplesmente, como uma questão vista sob a ótica da constituição do ser? Nesse momento impõe-se a necessidade de tecermos considerações sobre o que pensamos a respeito do "social" na perspectiva fenomenológica, principal foco deste trabalho.

O social na perspectiva fenomenológico-existencial

De acordo com a perspectiva fenomenológico-existencial, a postura clínica, a qual pode ser definida muito mais como uma atitude do que como uma técnica, não depende de um lugar e nem de um tipo de clientela para que aconteça, como já foi reconhecido por Dutra (2004), Figueiredo (1996) e Sá (2007), entre outros. Podemos afirmar, ancorados nas idéias fenomenológicas e existenciais, que a escuta clínica resulta de uma atitude que expressa uma determinada concepção de homem e de mundo. Nesse caso, de um ser-no-mundo, afetado pelas situações, numa existência à qual ele atribui sentidos e e^2 , a partir das possibilidades que o estar-no-mundo-com-outros lhe apresenta e no qual ele é lançado na sua facticidade. É desse horizonte, das idéias fenomenológicas de Martin Heidegger e de sua ontologia fundamental, que tecemos as nossas considerações a respeito do que entendemos como uma prática clínica que se constitui, em si mesma, como uma prática social. Entretanto, vale ressaltar a posição contrária de Sá (2007) a essa visão sobre o social. Referindo-se à noção de existência, tal como é proposta por Heidegger, ele expressa a sua preocupação em não se naturalizar o que não pode ser encarado como "natural", no sentido das ciências naturais e diz que,

Para esse tipo de interpretação, nomear o homem como ser-no-mundo seria análogo à afirmação de que ele é essencialmente um ser social, intersubjetivamente constituído. Por mais dinâmica e complexa que seja a representação feita desse modo de subjetividade holisticamente produzida,

trata-se ainda de uma objetivação que não traduz a experiência radical do nosso “si-mesmo” como mero “poder-ser”, abertura originária de sentido; condição ontológica, não objetivável, de qualquer objetivação. (p. 3).

Mesmo considerando a pertinência da preocupação do autor, não pensamos que essa idéia se aplica aos nossos argumentos, uma vez que temos a convicção de que o *dasein*, traduzido por Roehe (2006) como ser humano, de acordo com as idéias heideggerianas, só pode existir, *ser*, no mundo. O que não significa, de modo algum, que estamos nos referindo a um mundo social ou a um sujeito ou ser humano objetivável ou separado do mundo. O próprio Heidegger (2001, p. 164), confirma esta interpretação do caráter irrevogável do ser-no-mundo: “O homem não só não pode ser separado de seu mundo, mas a idéia de ser separável ou não, não tem aqui qualquer fundamento nos fatos do ser-no-mundo”. O social, como é possível entender, a partir de uma interpretação ontológica, hermenêutica, traduz-se no sentido de ser-no-mundo. Podemos pensar, portanto, que tal idéia confirma, de uma certa maneira, e de um horizonte ontológico, a condição “social” do homem no mundo. Podemos dizer de um outro modo, tal como Barrus-Michel (2001), referindo-se à questão do sentido:

Essa empreitada está ligada à problemática do reconhecimento: para ser sujeito, é preciso ser reconhecido em sua semelhança e em sua diferença, sua palavra, seu lugar. O sentido só se elabora na relação com os outros, na troca e na reciprocidade (2001, p. 174).

O que temos ouvido, muitas vezes, é a opinião de que a clínica não se aplica ao social, à comunidade, às instituições, só para exemplificarmos rapidamente, uma vez que tal questão poderia ser extensiva a outras situações. E o que se alega é que a clínica não considera os determinantes sociais — por exemplo, quando se diz que as pessoas mais pobres precisam de comida e de suprir outras necessidades, e não de psicologia —; que a clínica necessita de um *setting* terapêutico — o que não poderia existir em outros ambientes que não o do consultório —, estando todos esses aspectos condizentes com a idéia de prática clínica que ainda prevalece nos dias atuais. Inclusive já chegamos a abordar esse aspecto em outro momento (DUTRA, 2002, 2004, quando nos referíamos a uma atividade de plantão psicológico implantado num serviço de urgência e emergência de um hospital público. Naquela época, alguns colegas questionavam em como poderia o psicólogo clínico atuar num pronto-socorro, e sem a especialização em psicologia hospitalar? Como, num ambiente de urgência e emergência, sem local adequado para um atendimento, poderia o psicólogo exercer a sua escuta? A partir de então, temos pensado e tentado explicitar melhor tal questão.

No entanto, foram as idéias de Heidegger (1927/1999), e não a psicologia, que nos apontaram um caminho para um melhor entendimento

da questão apresentada aqui. Recorremos a Spanoudis (1981), para explicar que

A ontologia fundamental de M. Heidegger procura as origens genuínas que possibilitam a tudo manifestar-se e apresentar-se. Não procura conceitos ou essências primas e concretamente definidas, que seriam as causas supremas de tudo, e das quais o que quer que seja percebido e conceituado se deriva. Para Heidegger, tais essências fundamentais não constituem o ontológico, pois ontológico é aquilo que possibilita as várias maneiras de algo tornar-se manifesto, presente, criado, produzido, atuado, sentido, etc. (1981, p. 22).

Partimos da ontologia fundamental desse filósofo para entendermos que, muitas vezes, para compreender o sofrimento psíquico ou fenômeno psicológico, como diz Figueiredo (1996), temos que ir até a ontologia, ou seja, aos fundamentos do ser. Como o faz Safra (2004), ao dizer que a compreensão do sofrimento psíquico, muitas vezes, passa não somente pela dimensão ôntica, ou seja, pela dimensão do psicológico e do cotidiano, mas que seria necessário se considerar aquelas facetas que colocam a pessoa na dimensão do humano. Assim, as idéias de Heidegger ampliam a nossa visão, sem que, para isso, tenhamos que nos tornarmos filósofos. Como já dito anteriormente (DUTRA, 2000), não se trata de “psicologizar” a filosofia e nem o contrário. Significa, sobretudo, pensar o homem na sua complexidade existencial, e não somente como presença simples e objetivada³, como diz Heidegger (1981, p. 33). O que demanda, de acordo com Critelli (1996), considerar-se uma perspectiva que aponte para a inospitalidade do mundo e para a impossibilidade de uma verdade absoluta e fixa, tal como se apresenta, segundo esta autora, na metafísica, no que se refere ao questionamento da realidade. Porém tal forma de ver o mundo e o homem exige uma desconstrução do modelo de ciência psicológica que aprendemos e que continua a prevalecer nos currículos dos cursos de psicologia. O que não é tarefa fácil no mundo atual, orientado pela lógica capitalista e de consumo, a qual exige, também de nós, psicólogos, uma adequação ao mercado, dando soluções rápidas e imediatistas para os problemas do nosso tempo.

Alguns conceitos e idéias heideggerianas têm amparado as nossas reflexões acerca do social na clínica. O principal é o conceito de *dasein* e *ser-aí*, definidos por Heidegger, segundo Roehe (2006), como o modo humano de ser e traduzido por este último como ser humano. Para Heidegger (1927/1999), o ser-aí, o *dasein*, é, primordialmente, ser-no-mundo. E, conforme Spanoudis (1981, p. 18),

“Ser-com” ou “sendo-com” é um constitutivo fundamental do “ser-aí” do existir humano. [...] Sem essa característica fundamental e genuína do ser humano, que Heidegger chama existenciália — maneiras características de se relacionar e de viver — a vida humana não teria sentido para nós.

Para Heidegger (1927/1999), portanto, não existe um ser humano, *dasein* ou ser-aí, sem que esteja relacionado ao outro, ao sendo-com. Assim, para o filósofo,

Ao esclarecermos o 'ser-no-mundo', mostramos que, de imediato, um sujeito nu, desprovido de mundo, nunca é⁴; mostramos que ele não chega sequer a ser apresentado. Um 'eu' isolado, sem os outros, também está de imediato, especialmente distante de ser apresentado (HEIDEGGER, 1981, p. 31).

Portanto, bastariam esses conceitos para justificar a condição ontológica e fundante do ser social do homem. Nesse sentido, não é possível pensar o humano fora de um contexto social, de um mundo geográfico, social e historicamente constituídos; o que significa, antes de tudo, pensar o homem como um ser de relação, sem que tal posição signifique um modo de objetivar o homem e o mundo. Pois como afirma Spanoudis (1981, p. 17),

No modo de se relacionar e viver "o homem com os outros homens", baseiam-se fundamentalmente todos os enfoques filosóficos e científicos que encontramos no decurso histórico, e que tratam de problemas educacionais, psicológicos, psicoterapêuticos e, especialmente, sociais. Nas denominações política social, psicologia social, antropologia social, o adjetivo social⁵ é que especifica essa referência.

E é nesse sentido, também, que Sá (2007), refletindo sobre a questão do sentido e a multiplicidade da psicologia, afirma que:

Constata-se no heterogêneo campo das Psicologias, na contemporaneidade pós-moderna, paralelamente à revitalização dos projetos cientificistas biologizantes e fisicalistas, uma tendência crítica que tende a deslocar a questão metafísica sobre "o que é" o homem, qual a sua quiddidade, o seu ser em-si, para a questão sobre o sentido do seu ser, ou seja, uma questão hermenêutica. Com essa migração do plano metafísico para o de uma hermenêutica que se sabe **irremediavelmente histórica**⁶, a Psicologia se define menos a partir de formulações técnico-científicas e se afirma como região transdisciplinar de construção de saber, envolvendo as dimensões ontológicas, estéticas, éticas e políticas da existência humana enquanto abertura espaço-temporal de mundo (SÁ, 2007, p. 4).

As idéias expostas acima enriquecem as nossas, no sentido de também apontarem para a hermenêutica, ou seja, a interpretação do sentido, e com esta, a consideração, irrevogável, como diz Sá (2007), da história do sujeito e o seu estar-no-mundo-com-os-outros. Com isso, podemos dizer que não é possível estar com o outro, numa escuta do sentido do ser, que vai se construindo na relação, sem que essas subjetividades em foco estejam atravessadas, ou melhor, sejam reveladoras de um estar-no-mundo, em todos os sentidos que tal condição sugere. Na mesma direção vai o pensamento de Safra (2004), ao se referir à dimensão subjetiva e histórica do sujeito como uma "história subjetivada". Fazendo coro às idéias apresentadas, Roehe (2006, p. 156) pergunta: "Qual o ponto de partida da Psicologia? O modo de ser humano como tal (ontológico) que é a condição para os fenômenos (ônticos) psicológicos". É com base nessas

idéias que as nossas práticas no contexto social têm acontecido e as quais fundamentam as reflexões sobre o social que aqui desenvolvemos.

Chegamos, então, a um ponto decisivo. Pois, se não é o lugar que define a escuta clínica; se adotamos a idéia de que abordar o social não depende da adesão a teorias sociais da psicologia e nem de um lugar onde esse social seja mais evidente (delegacia, comunidades, hospitais, etc.), o que significa, então, o enfoque social da clínica? A esse respeito já iniciamos algumas reflexões (DUTRA, 2004), por meio das quais apontamos a necessidade de uma mudança de postura na clínica. Tal mudança, podemos dizer, brevemente, exige do psicólogo a saída do engessamento teórico e metodológico, ainda tão comum nas práticas psicológicas, além da adoção de uma concepção de homem que contemple a inserção desse sujeito no contexto histórico e social num determinado momento da sua existência. Ou seja, é preciso que o psicólogo assuma uma posição ética e política do seu fazer psicológico. Fazer esse, no entanto, que não deve se distanciar do seu ser-no-mundo, da sua condição de sujeito e de cidadão. E que exige um compromisso ético e político do profissional. É justamente na direção do modo de ser de cada um de nós, principalmente enquanto psicólogos clínicos, que se dirigem as palavras de Figueiredo (1996, p. 44), quando diz que é preciso pensar a escuta clínica como a expressão de um *éthos*, expressão esta que se relaciona com o habitar o mundo. Poderíamos pensar a clínica, portanto, a partir das palavras desse mesmo autor:

Uma ética, na verdade, institui uma troca regulada de afetos e obrigações recíprocas entre os indivíduos; é esta reciprocidade que permite que cada um possa, dentro de certos limites, confiar, contar com a presença de alguns outros — em maior ou menor número, dependendo do contexto sociocultural — como “self-objetos” em algumas circunstâncias (p. 49).

É nessa direção, pensando fenomenologicamente, que a questão do social é abordada nesse momento. Entendemos que, ao nos distanciarmos e abstrairmos as fragmentações dos saberes e fazeres, particularmente no âmago da psicologia, podemos dirigir o nosso foco de atenção e interesse para um ser humano respeitado e considerado na sua complexidade. Abordar o social numa prática que é prioritariamente humana e só acontece num contexto de relação, pleno de sentidos é, desde então, considerar as dimensões ônticas e ontológicas do ser humano. Como diz Critelli, (1996, p. 23), “pensar fenomenologicamente não é o privilégio nem o estilo de alguns filósofos, mas é um modo essencial de pensar que está dado como condição ontológica a todo homem, indistintamente”.

Considerações finais

Nos referenciamos nesta frase, oportuna, sem dúvida, para encerrar este trabalho, o qual consistiu, na realidade, em um exercício de pensamento, não pretendendo, portanto, apresentar respostas conclusivas, nem definitivas à questão inicial. Pensar a clínica, tendo como foco de interesse a questão do social, tema e palavra tão debatidos, desgastados e em evidência num país como o nosso, de tantos problemas sociais, não é uma tarefa simples, nem fácil. Porém deveria tornar-se uma prática não só importante quanto necessária, para todos aqueles que se interessam pelo homem e a sua condição de existente que sofre e que, ainda assim, deve fazer escolhas, dar sentidos à vida, senão, para que viver? Esperamos que este trabalho tenha alcançado o seu objetivo e, assim, possa contribuir para outros momentos de trocas, de produção de idéias e conhecimentos, enfim, de “pensarmos alto”, reafirmando, portanto, e de acordo com a autora citada acima, a nossa condição ontológica.

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, A. N. O Acolhimento, a Processualidade. Entre a Multiplicidade da Psicologia e a Multiplicidade do Psicológico. In: Souza, Freitas; Rodrigues (Orgs). **Psicologia Reflexões (im) pertinentes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- BARUS-MICHEL, J. Intervir enfrentando os paradoxos da organização e os recuos do ideal. In: ARAÚJO, J.N.G. de; CARRETEIRO, T.C. (Orgs.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001.
- BOARINI, M. L. A formação (Necessária) do psicólogo para atuar na Saúde Pública. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.1, n.1, p. 93-132, Maringá, 1996.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – **Quem é o psicólogo brasileiro?** São Paulo: Edicon, 1988.
- COSTA, A. M. R. *et al.* **O psicólogo na Equipe Multiprofissional. II** CONPSIC, CRP/06, São Paulo: Oboré, 1992.
- GIUST-DESPRAIRIES, F. O acesso à subjetividade, uma necessidade social. In: ARAÚJO, J.N.G. de; CARRETEIRO, T.C. (Orgs.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001.
- COIMBRA, C. A. A produção de subjetividade nos anos 70 no Brasil e as práticas “Psi”. In: SILVA FILHO, J. F. ; RUSSO, J. (Org.). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- COIMBRA, C.; ANDRADE, J.; SÁ LEITÃO, M. B.; BRASIL, V. Intervenção clínica quanto à violação dos direitos humanos: por uma prática desnaturalizadora na teoria, na ética, na política. In: RAUTER, P.; BENEVIDES (Orgs.). **Clínica e Política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: TeCorá/IFB, 2002. p. 114-121.
- CURY, V. E. Plantão Psicológico em Clínica-Escola. In: Mahfoud, M. (Org.). **Plantão Psicológico: novos horizontes**. São Paulo: Editora Companhia Ilimitada, 1999.

- CRITELLI, M. D. **Analítica do sentido**. Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC/ Brasiliense, 1996.
- DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.9, n.2, p. 381-387, 2004.
- DUTRA, E. Plantão Psicológico no Pronto-Socorro de um Hospital Geral no RN. Resumo. In: Anais do IX Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico- Anpepp, 2002, Águas de Lindóia-SP, p. 266-267.
- FÉRES-CARNEIRO, T. Academia e profissão em Psicologia Clínica: da relação possível à relação desejável. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.6, n.1/2, [supl. 1], p. 103-105, 1993.
- FÉRES-CARNEIRO, T., & LO BIANCO, A. C. Psicologia Clínica: uma identidade em permanente construção. In O. H. YAMAMOTO & V. V. GOUVEIA (Orgs.). **Construindo a Psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- FIGUEIREDO, L. C. **Revisitando as psicologias**. Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos. São Paulo; Petrópolis: EDUC; Vozes, 1996.
- GIUST-DESPRAIRIES, F. O acesso à subjetividade, uma necessidade social. In: ARAÚJO, J.N.G. de; CARRETEIRO, T.C. (Orgs.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001.
- GUEDES, M. C. Atuação do psicólogo clínico: análise de dissertações em periódicos brasileiros e de dissertações e teses defendidas no país no período 1980/92. In: CONSELHO Federal de Psicologia (Org.), **Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços**. Campinas: Átomo, 1992. p. 11-24.
- HEIDEGGER, M. **Todos nós... ninguém**. *Um enfoque fenomenológico do social*. Trad.: Dulce Critelli. São Paulo: Moraes, 1981.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 8 ed. v. I e II. Petrópolis: Vozes, 1999.
- HEIDEGGER, M. **Seminários de Zollikon**. BOSS, MEDARD (Ed.). São Paulo; Petrópolis: EDUC; Vozes, 2001.
- MELO, S. e DUTRA, E. Implantação do Serviço de Plantão Psicológico em Instituições do Município de Natal: Um Relato De Experiência. Resumo. In: Anais do V Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, Maceió-AL, 2007. <http://www.conpsi5.ufba.br/>
- MORATO, H.T.P. **Aconselhamento Psicológico: novos desafios**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1999.
- SÁ, R. N. A NOÇÃO FENOMENOLÓGICA DE EXISTÊNCIA E AS PRÁTICAS PSICOLÓGICAS CLÍNICAS. In: VII Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição - Fronteiras da Ação Psicológica entre educação e saúde, 2007, São Paulo. Texto completo. Anais do VII Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição - Fronteiras da Ação Psicológica entre educação e saúde. São Paulo: Liber Livros Editora, 2007. v. 1. p 1-5.

- PAULON, S. Clínica Ampliada: Que(m) demanda ampliações? In: FONSECA, T. G.; ENGELMAN, S. (Orgs.). **Corpo, Arte e Clínica**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2004. p. 259-274.
- ROEHE, M. V. Uma abordagem fenomenológico-existencial para a questão do conhecimento em psicologia. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.11, n.2, p. 153-158, 2006.
- SAFRA, G. **A po-ética na clínica contemporânea**. Aparecida: Idéias & Letras, 2004.
- SCHMIDT, M. L. Políticas Públicas e Saúde Mental. In: TRINDADE, Z. A. e ANDRADE, A. N. (orgs). **Psicologia e Saúde um Campo em Construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- SCHMIDT, M. L. Aconselhamento psicológico: Questões introdutórias. In: ROSENBERG, R. L. *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo, EPU, 1987.
- SPANOUDIS, S. Apresentação. In: Heidegger, M. (1981). **Todos nós...ninguém**. Um enfoque fenomenológico do social. Trad.: Dulce Critelli. São Paulo: Moraes, 1981.
- VASCONCELOS, E. **The new alienists of the poor: developing community mental health services in Brazil: 1978-1989**. PhD Thesis. London School of Economics, Londres, 1992.
- VASCONCELOS, E. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas últimas décadas. In: JACÓ-VILELA, A. M.; JABUR, F. ; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.). **Clio- Psyché: histórias da Psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999. p. 121-147.
- YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. F.; CAMPOS, H. R. Demandas sociais e formação profissional em Psicologia. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, Niterói, v. 14, n. 1, p. 75-86, 2002.

Recebido em: 12/12/2007

Aceito para publicação em: 09/02/2008

Endereço eletrônico: dutra.e@digi.com.br

Acompanhamento do processo editorial: Ariane P. Ewald

Notas

¹ Este artigo foi originalmente apresentado no *VI Simpósio de práticas psicológicas em instituição*, realizado na PUC-SP, em outubro de 2006, tendo sido reformulado para esta publicação.

² Grifo nosso.

³ Grifo do autor.

⁴ Grifo do autor.

⁵ Grifo do autor.

⁶ Grifo nosso.