

ACONSELHAMENTO TERAPÊUTICO E MEDICALIZAÇÃO¹

Carlos Roger Sales da Ponte²

Resumo: A modalidade de atenção clínica conhecida por Aconselhamento Terapêutico (AT) pressupõe uma construção e reflexão permanentes de suas ações, teorias de intervenção e a quem ele serve (uma concepção própria do humano). Minha intenção aqui é identificar como o pensar medicalizante pode influir nos contornos e nas direções do AT, pervertendo sua identidade de origem, ancorada nas psicologias existenciais-humanistas, em específico a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), pano de fundo de minha fala. Isto posto, pretendo aqui discorrer o que entendo por AT, explicitando suas características principais dentro do enfoque da ACP; descrever o que é a “atitude medicalizante” e sua influência no AT; e findar com algumas reflexões acerca de implicações éticas do campo clínico onde, também, o AT se insere.

Palavras-chave: Aconselhamento terapêutico. Atitude medicalizante. Psicologia clínica.

Abstract: The modality of clinical attention known as Therapeutic Advice (TA), presupposes a construction and permanent reflection of their actions, theories of intervention and whom he serves (its own conception of the human being). My intention here is to identify how the thinking medicalizing perspective can influence the contours and the directions of the TA, perverting its identity, anchored in existential-humanistic psychologies, in particular the Person-Centered Approach (PCA), backdrop of my speech. That being said, I am here to discuss what I understand by TA, explaining its main characteristics within the focus of PCA; describe what is "medicalizing attitude perspective" and its influence on the TA; and ending with some reflections on ethical implications of clinical field where, also, the TA is inserted.

Keywords: Therapeutic advice. Medicalizing attitude perspective. Clinical psychology.

Resumen: La modalidad de atención clínica conocida como Asesoramiento Terapéutico (AT), supone una construcción permanente y reflejo de sus acciones, las teorías de la intervención y a los que sirve (su propia concepción del ser humano). Mi intención en este artículo es identificar cómo el pensamiento medicalizadora puede influir en los contornos y las indicaciones del AT, pervirtiendo su identidad de

¹O presente texto é uma versão ligeiramente modificada da conferência apresentada no *V Encontro Ludovicense de Fenomenologia, Psicologia Fenomenológica e Filosofias da Existência*, realizada na Universidade Federal do Maranhão (UFMA) em 29 de abril de 2015.

²Mestre em Filosofia e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Professor do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará/Campus de Sobral. É coordenador do grupo VEREDAS (Círculo de Estudos em Fenomenologia, Existencialismo e Psicologia Humanista). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fenomenologia e Psicologia Fenomenológica (GEPHPH) e membro do Grupo Psicoterapias Existenciais e Humanistas, ambos cadastrados no CNPq. Endereço institucional: Av. Lúcia Sabóia, nº 215, Centro – Sobral, Ceará CEP 62010-830, Fone: (88) 3613-1663. E-mail: jardimphilo@yahoo.com.br

origem, anclada em psicologias existencial-humanista, em particular lo Enfoque Centrado em la Persona (ECP), telón de fondo de mi discurso. Dicho esto, yo estoy aquí para hablar de lo que yo entiendo por AT, explicando sus principales características en el enfoque de la ECP; describir lo que es la "actitud medicalizadora" y su influencia en el AT, y termina con algunas reflexiones sobre las consecuencias éticas de campo clínico donde, además, lo AT se inserta.

Palabras clave: Asesoramiento terapéutico. Actitud medicalizadora. Psicología clínica.

1 INTRODUÇÃO

O que estou chamando de *Aconselhamento Terapêutico* (AT), grosso modo, pode-se visualizada como uma modalidade de atendimento clínico-psicológico, baseada num contexto de diálogo e confiança, que se destina a intervir em situações consideradas “conflitivas” pela pessoa que procura este atendimento, num breve período de tempo. No AT, a pessoa, com o auxílio do terapeuta, procura chegar a uma reformulação do seu momento de crise, reestruturando suas vivências e significados, tecendo novos sentidos e possibilidades em seu existir.

Numa posição subsidiada pela ACP, podemos compreender que o processo do AT é focado no paciente (e não no seu “problema”), tendo por meio a construção da própria relação terapêutica ela mesma sendo entendida como uma experiência de crescimento. Aqui não se pensa em demasia por “resultados”. É o paciente quem conduz o processo, e não o terapeuta (ROGERS, 1991). Esta concepção de “não-diretividade”, proposta por Carl R. Rogers, teve muitas críticas e originou mitos e mal-entendidos como o *laissez-faire* sobre a atuação do terapeuta que não falaria de jeito nenhum na sessão. Na verdade, o esforço de Rogers estava na direção de desconstrução da figura de autoridade do terapeuta (MOREIRA, 2010), o qual deteria todo o poder de transformar a vida do humano a partir de suas intervenções a partir de processos apenas psicodiagnósticos. Neste termos, não tem com o não lembrarmos de uma atitude médico-paciente travestida de psicológica.

Rogers chega a sustentar que não haveria distinções *a priori* entre aconselhamento e psicoterapia (o que é passível de questionamento, pois o moldes de ação de cada uma dessas modalidades de atendimento clínico implicam em nuances nas atitudes e nos objetivos do terapeuta). O que importaria são as atitudes do terapeuta, *cujo foco sempre é o paciente*. O que vai diferenciar é o enquadre de

atuação: como o paciente expõe seu “pedido de ajuda”, definirá qual modo de intervenção se vai assumir. Tendo um pouco mais de lucidez e menos dogmatismo quando se trata da construção de uma relação de ajuda, nem sempre a psicoterapia de longa duração é a resposta para todas as demandas dos pacientes que buscam a clínica psicológica (SCHMIDT, 1987).

Os caracteres de uma abordagem de curta duração em clínica tem sido de alvo de inúmeras tentativas de descrição. Autores, tais como Ferreira-Santos (1997), Pinto (2009) e Ribeiro (1999), em que pesem divergências teórico-práticas, aproximam-se em muitos pontos, tais como a noção de foco e a duração do processo.

Em AT, a delimitação do foco (as questões que levam o paciente a buscar uma ajuda) e a forma de lidar com este foco é algo discernido entre os parceiros. É claro, o foco pode mudar durante o processo. No enquadre próprio ao AT, o terapeuta se vê numa posição de ter que se exigir mais na disponibilidade, escuta, empatia, congruência, interpretações, intervenções, tudo isso mediado pelo diálogo.

A duração do AT é algo variável entre vários enfoques de intervenção. Importa atentar que as mudanças do paciente ocorrem *no tempo* e não *por causa* do tempo. Trata-se, para o paciente, de como compreender/agir na existência e como fazê-lo neste curto espaço de tempo. Aposta-se de que ele aprenda a aproveitar este tempo da melhor maneira que lhe aprouver.

Por conta disso, o terapeuta deve cuidar para não se deixar pela vontade de “fazer algo” (*furor sanandi*) a qualquer custo. Mas sua concentração (pelo fator tempo) vai se ampliando e aprofundando, bem como a este encontro existencial que é a relação de ajuda na ACP. O AT coloca o paciente numa situação em que ele possa, após vários encontros, aceitar e lidar com sua realidade como ser-no-mundo em termos do seu poder-ser, sendo!

Podemos e devemos trocar nossas experiências terapêuticas (quer aconteçam em congressos ou nos estudos pessoais e/ou grupais) para fins de uma aprendizagem significativa acerca da psicoterapia. Todavia, devemos atentar para tomarmos nossas experiências como “critérios” do que “fazer”. No máximo como “pontos cardeais” para nossas andanças com nossos pacientes. Andanças nem sempre fáceis por entre vivências sem trilha, onde as histórias de outros andarilhos (outros terapeutas) podem nos servir de inspiração e não como “mapa rodoviário”

com suas linhas claras e bem traçadas. Não raro, não há caminhos... O apanágio do terapeuta é ter em mãos e na alma apenas a sensibilidade (e o conhecimento desta) para iniciar um trilha absolutamente novo; não traçado antes.

Diante da presença da medicalização da existência que impera em nossas práticas culturais, o que seria uma “atitude medicalizante”? Na base, seria uma atitude que arrisca-se a desviar de direções, onde nestas se vislumbrariam dificuldades futuras de compreensão e intervenção. Não se sabe se os percalços serão difíceis: basta a suspeita para deles se afastar. Almeja-se um “menor esforço” o qual, na verdade, não passa de uma simplificação disfarçada; uma esquiva às sombras e paradoxos do corpo e da alma, em busca de respostas, explicações e transparências para melhor intervir sem maiores discussões.

A Psicologia (como as demais ciências) também é “intimada” a colocar seus saberes a serviço do humano. Todavia, para atender a objetivos previamente estabelecidos pela cultura que vige em nossas existências. Quais objetivos?

A busca de um humano que seja “excelente” em tudo que faz, onde o “fracasso” não seja sequer concebido (ele, o fracasso, é visto como algo singular e como falha pessoal). Agilizar o máximo conhecimento possível para intervir, dominar, “melhorar” e aparar as arestas das perniciosas “diferenças”.

Ou seja, nivelar a vida, essa coisa infinita, interminável, exuberante, diversificada, estonteantemente ramificada e pronta para se refazer quando parece fraquejar. O hedonismo é a atmosfera doce e viciante contra a morte, a finitude, o erro, a tristeza, a angústia, a fome de sucesso e a multiplicidade aterrorizante do viver e as incertezas desta!

Nesta “era de especialistas” (a expressão é de Bauman), o psicólogo deve identificar as “soluções” dos problemas já postos. Reconstruir o que antes existia (restaurar, e não promover a mudança!) na subjetividade privada. Tem o dever de se compadecer de seu semelhante e aconselhá-lo em como viver para ser “feliz”; seja lá o que isso for.

Todas essas são exigências sérias demais as quais merecem nossa atenção e reflexão, sobretudo que esta “lista de tarefas” refletem construções contraditórias complexas do ambiente sociocultural que nos atravessa e constitui nossa tessitura.

Perante um tal estado de coisas, algumas questões preliminares se apresentam a nós: seria a AT uma dessas práticas “velozes” que, por serem de curto prazo, tenderiam a prometer a “resolução dos problemas” àqueles que o procuram, à maneira dos “especialistas” que se colocam tranquila e confortavelmente nesse lugar de “cura”? Esse, me parece, ser um risco mais do que apenas latente!

A pressa da vida moderna com seus afazeres que não podem esperar nunca, nem parecem permitir um “tempo livre”, não deixam espaço para o humano demorar-se consigo e com suas compreensões possíveis, onde quase tudo parece nebuloso. O humano em sofrimento almeja respostas e elas não podem demorar...

Em princípio, o AT tenderia a atender essa demanda de não poder dispensar tanto tempo assim para uma terapia de longo prazo. Afinal, como foi apontado mais acima, nem tudo é demanda pra terapia mais longa. O psicólogo que atua neste enquadre teórico-interventivo sabe da importância de se tecer uma relação qualitativamente superior que promova o encontro existencial, o diálogo, o acolhimento do sofrer do outro em sua singularidade e como ele (o paciente) elabora e significa suas relações com o mundo.

Todavia, diante do humano suplicante por ajuda (às vezes, intransigente nessa súplica), o psicólogo corre o risco de se enredar num movimento “mais veloz” de atendimento: intervém frequentemente; seleciona “o problema” a ser “tratado”, o que justificaria entrar no esquema de dar “sugestões”; a maneira sutil como “conduz” o paciente em certos trilhos, talvez nem mesmo colocado por este. Não seria aqui um conjunto de práticas clínicas que beiram a uma “prescrição”, semelhante, em espírito, aos moldes médicos?! Este risco “prescritivo” pode advir de um dos elementos que modelam o AT: sua brevidade de tempo.

O tempo (quantidade de sessões) pode “conduzir” o psicólogo, sem que este perceba, a caminhos mais ou menos predefinidos; prelúdio de “diagnósticos” ao modo de uma “cama de procusto”. E a tentação de aconselhar (*dar conselhos*) é grande!

Não tem como não lembrar as análises comparativas de Rogers (1991) entre os modelos diretivos e não-diretivos de atendimento clínico-psicológico. Então, o AT pode se tornar sedutoramente diretivo? Pode sim!

Então, no contexto aqui abordado, *medicalizar* é se enredar a diagnosticar questões que são cotidianas através de modelos diagnósticos médicos. Ora, não

sendo tais questões de ordem “bioquímica”, mas da ordem da “bio”, isto é, da vida vivida, quaisquer que sejam as “ações médicas” sobre os comportamentos supõe que tal ou qual comportamento é “indesejável” dentro de uma configuração social específica que não tolera a existência daquelas condutas (FIGUEIRA; CALIMAN, 2014).

Portanto, a atitude de medicalização é, no fundo, uma constituição histórica amparada por diretrizes *morais*. O AT, atividade que pode ser mais bem empreendida pelo psicólogo, não depende de prescrições medicamentosas para se fazer. Mas numa postura diretiva, “medicalizante”, o psicólogo pode tentar “remediar” com seus “conselhos” e seus “modelos” de bem viver.

Isso nos sugere que “medicalizar” no AT não tem a ver com o uso substâncias químicas, mas com uma sorrateira mudança de atitude (médico/resolutiva) a partir das urgências dolorosas trazidas pelo paciente. A vontade de curar pode contaminar a prática do AT, tanto pelos apelos do paciente as quais podem demover o terapeuta do seu enquadre original para uma atitude tutelar (que a ACP tanto alerta!), como da parte do próprio terapeuta que não tematizou devidamente seus próprios valores pessoais (posições e visões prévias) e sua concepção ética na lida com o humano. O terapeuta acaba por se conduzir numa postura de “ter que fazer algo”, ter de “mostrar serviço” para o paciente e para si mesmo, tentando obstinadamente mitigar a angústia de ambos.

Na aproximação do trabalho terapêutico com a clássica postura “médico-paciente”, algumas consequências são inevitáveis.

Mais à mão: um “esquecimento” dos sentidos existenciais de cada humano para se fixar somente no nível mais superficial do discurso (o que se simplesmente “se relata”). Permanece-se no meramente sintomático e o trabalho aí se congela nessa película.

Outra consequência: perceber o paciente como “portador” de uma “problemática” e não como alguém que está a viver uma determinada situação existencial (portanto, histórica) acarretadora de sofrimento que tem sentidos próprios para cada um em específico. Se o humano é apenas portador, o terapeuta perceberá a “superficialidade do problema” que o “paciente porta” agirá conforme esta perspectiva. O perigo é ver/ouvir/sentir/agir nos termos de *generalidades* e não em *singularidades*: prelúdio de visão diagnóstica estreita como um “DSM”.

Tudo isso aqui falado parecem promover a implosão e desqualificação do modelo proposto do AT. Mas o que se critica aqui não é o formato; sua moldura; sua construção objetiva, embora o AT seja ele fruto de tempos difíceis e mesmo sombrios para o humano. O que critico aqui são as atitudes descabidas que podem contaminar essa prática; o modo de ser “medicalizante” que pode nos apanhar, talvez, sem que o percebamos. É preciso ser crítico quanto aos modelos teóricos como suas respectivas concepções do humano (como, lidam com o “diferente”) e às próprias motivações pessoais em estar no campo clínico. Uma fenomenologia da própria prática profissional precisa se tornar um exercício constante.

Dar sentido ao existir não é tarefa solitária ou individualista. As Psicologias Existenciais-Humanistas (a ACP aí incluída) pautam sua ética na busca do sentido do existir em, pelo menos, 2 princípios: o de autonomia e o de responsabilidade.

Amparada pelo *poder-escolher*, a autonomia exige alternativas para o humano refletir e decidir para onde dirigir sua vida, dando-lhe sentido. O terapeuta se impede de dirigir e/ou sugerir o que é “melhor” para o outro. Por seu turno, a responsabilidade diz da habilidade em *poder-responder* às escolhas efetuadas, e arcar com suas consequências. O terapeuta trabalha no sentido de proporcionar situações em que o humano venha a assumir a parcela de responsabilidade por sua existência.

Tais princípios se pautam, por seu turno, numa concepção ontológica do humano como *abertura* e *inconcluso*: finito; carente; andarilho; ele exige de si buscar uma morada que lhe faça sentido. Exige escolher *como* e *o que fazer* da existência, suportando-a em responsabilidade por ela.

O campo clínico é o lugar privilegiado onde o outro me intima ao contato, ao diálogo que me coloca ao serviço desse outro. Me afirmando como pessoa e como profissional (terapeuta), respondo como minha presença e minha escuta à sua dor, à sua angústia... Só nisso já se configura como uma morada (*ethos*) em que se pode confiar. Não sendo falsa ou tutelar, essa morada se mostra com sincero interesse pela existência e como temporária, pois este outro que ali chegou, mais dia menos dia, partirá, reconstituído, para lidar de outros modos, com os sofrimentos do mundo (FREIRE, 2003).

Numa relação de ajuda, que foi terapêutica para este outro, permeada pela atmosfera ética da abertura, da responsabilidade e pela autonomia, o que esperar?

A emergência do outro como *diferença radical*, como ente criador de valores que molda seu mundo diferentemente.

A emergência de uma *compreensão ampliada e profunda* dos encontros com o *mundo* com toda sua rica diferença. Que *existir é escolher*; que é *devir* em busca de outra qualidade de vida que faça sentido para si e para outros.

Enfim, a emergência do *humano ético*: aquele que se pauta *para além do normativo*. Que pesa, sente, pondera, *se deixa afetar na própria existência* buscando discernir o que é “*bom*” para si e para outrem cada qual na sua radical diferença.

Imersos nessa atmosfera do campo ético, contribuições inestimáveis como, por exemplo, as de Freud e de Rogers nos mostram a enorme distância entre os modos de lidar com os pacientes na psicologia clínica e na clínica médica. Meditemos nelas...

REFERÊNCIAS

FERREIRA-SANTOS, Eduardo. **Psicoterapia breve**: abordagem sistemática de situação de crise. 2. ed. São Paulo: Ágora, 1997.

FIGUEIRA, Paula L.; CALIMAN, Luciana V. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 17-32, 2014.

FREIRE, José C. A psicologia a serviço do outro: ética e cidadania na prática psicológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 23, n. 4, p.12-15, 2003.

MOREIRA, Virgínia. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, out./dez. 2010.

PINTO, Ênio B. **Psicoterapia de curta duração na abordagem gestáltica**: elementos para a prática clínica. São Paulo: Summus, 2009.

RIBEIRO, Jorge P. **Gestalt-Terapia de curta duração**. São Paulo: Summus, 1999.

ROGERS, Carl R. **Psicoterapia e consulta psicológica**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

SCHMIDT, Maria L.S. Aconselhamento psicológico: questões introdutórias. In: ROSENBERG, Rachel L. (Org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa**. São Paulo: EPU, 1987.