



DOI: <https://doi.org/10.26694/cadpetfilo.v15i29.5689>

CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL HEIDEGGERIANA PARA A CLÍNICA AMPLIADA

Contributions of Heideggerian existential phenomenology to the extended clinic

Tatiana Benevides Magalhães Braga¹
Marciana Gonçalves Farinha²

RESUMO

O presente artigo discute as contribuições de Heidegger para a noção de clínica ampliada em saúde. Para tanto, percorre o processo histórico de consideração dos condicionantes em saúde, aborda o conceito de clínica ampliada e resgata duas dimensões conceituais da obra heideggeriana: a discussão sobre a questão da técnica e o conceito de ser-no-mundo. Sobre a questão da técnica, discute o modo como a restrição da técnica moderna às possibilidades compreensivas dos entes pode também restringir a compreensão dos fenômenos de saúde e doença. Sobre a noção de ser-no-mundo, discute suas contribuições para compreender as demandas em saúde a partir das múltiplas dimensões da existência.

Palavras-chave: Cuidado em saúde; Vulnerabilidade; Saúde Mental; Intervenção em Psicologia.

ABSTRACT

This article discusses Heidegger's contributions to the notion of expanded clinical practice in health. To this end, it goes through the historical process of considering health conditions, addresses the concept of expanded clinic and rescues two conceptual dimensions of Heidegger's work: the discussion on the issue of technique and the concept of being-in-the-world. On the issue of technique, it discusses how the restriction of modern technique to the comprehensive possibilities of entities can also restrict the understanding of the phenomena of health and disease. Regarding the notion of being-in-the-world, it discusses its contributions to understand health demands from the multiple dimensions of existence.

Key Words: Health Care; Vulnerability; Mental Health; Psychology Intervention.

¹ Docente da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). E-mail: tatibmb@gmail.com

² Docente da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). E-mail: marciana@ufu.br



O campo da saúde enquanto espaço formado por disciplinas científicas se configurou a partir dos ideais da Idade Moderna, com a estruturação metódica do conhecimento, cujo principal expoente tornou-se a física clássica de Newton. Esse projeto epistemológico da Idade Moderna propunha descrever o real a partir de uma linguagem matemática, universalizável, verificável e controlável, promovendo o expurgo ou enquadre daquilo que escapasse à noção de um sujeito epistêmico pleno (Figueiredo, 2015). Na acepção cartesiana proposta pelo Discurso do Método (Descartes, 2005), o real deveria ser decomposto em suas partes mais simples para estudo, de forma que os conhecimentos resultantes pudessem ser reunidos em uma equação, que o descreveria objetivamente. Tal compreensão do conhecimento influenciou a sistematização do campo das ciências no século XIX, marcando-o historicamente pela fragmentação disciplinar, em que as disciplinas científicas representariam diferentes fatores da realidade.

Os pressupostos das ciências então nascentes pautaram as concepções de saúde entre a Revolução Francesa e o início do século XX, quando o desenvolvimento médico criou práticas de salubridade baseadas em avanços científicos nos campos da microbiologia, fisiologia, patologia celular, entre outros. Na saúde, esse projeto epistemológico engendrou o modelo biomédico baseado na lesão e na doença (Basaglia, 1989; Foucault, 2011; Terra; Campos, 2019). Assim, como afirma Foucault (2005), a partir do modelo racionalista do século XIX, “a burguesia encontra na medicina, no cuidado do corpo e da mente, uma espécie de racionalismo cotidiano”, e desta maneira, “a saúde (santé) substituiu o bem-estar (salût)”.

No modelo biomédico, hegemônico entre o século XIX e meados do século XX, a prática médica individual passou a centralizar o cuidado em saúde (Backes et al., 2009), adotando a concepção de um agente etiológico para cada doença, identificável pela quantificação de parâmetros isoláveis, a partir do referencial de relações de causa e efeito da ciência experimental e positivista, construindo uma nosografia e tomando a saúde como ausência de doenças. Os agravos em saúde seriam então causados por elementos identificáveis, isoláveis, universalizáveis e quantificáveis, no corpo orgânico, a ser tratado a partir de tecnologias que revertessem as relações de causa e efeito identificadas no adoecer.

O modelo biomédico trata-se, portanto, de um paradigma tecnológico e curativo em



saúde, centrado na fragmentação disciplinar, na busca de relações causais e no conceito moderno de olhar sobre a doença como análise estrutural da matéria/corpo, fundamentada na anatomopatologia. Tal modelo relaciona-se também com a configuração do capitalismo, já que a produção de novas tecnologias focadas nos sujeitos individuais favorece a organização da saúde em termos de mercado (Barros, 2002). Desconsidera, portanto, condicionantes sociais, culturais, subjetivos e outros em saúde, como condições materiais de vida, práticas cotidianas, relações sociais, afetivas, entre outras.

Entre as consequências desse modelo, estão a procura de causas do adoecimento exclusivamente ou preponderantemente no interior do corpo, a adoção de um padrão considerado normal em detrimento de estados considerados patológicos e a construção de tecnologias individuais a custos elevados, com importantes influências do capitalismo e impactos na dinâmica do mercado de saúde (Brown; Cueto; Fee; 2006). Os elementos de fragmentação dos saberes e a prevalência da dimensão biológica se fizeram sentir nas diretrizes internacionais de saúde ao longo dos dois últimos dois séculos, quando o conceito de saúde passou por transformações históricas significativas. Na ótica do modelo biomédico, a saúde é um padrão ideal de funcionamento do organismo biológico, possível na ausência de doenças.

A organização mundial de saúde, criada em 1948 ao final da Segunda Guerra Mundial, adotou a definição de saúde como “completo estado de bem-estar físico psíquico e social, e não apenas a ausência de doenças” (OMS, 1949). Estabeleceu assim um importante contraponto à exclusividade da dimensão biológica, ampliando aspectos a serem considerados na produção de saúde. Todavia, guardou com ele a ideia de um modelo idealizado, fragmentado em disciplinas e ligado fundamentalmente ao indivíduo, mantendo na prática a predominância do modelo curativo, com ênfase no desenvolvimento de tecnologias e produção de medicamentos para combater doenças, administrados por técnicos e sem participação popular, sob influência dos interesses econômicos e políticos do capitalismo.

A predominância do modelo biomédico apenas perdeu força na conjuntura internacional com a independência dos países africanos, o movimento de direitos civis nos EUA e o estabelecimento do Estado de Bem-Estar Social europeu, entre outros (Brown; Cueto; Fee; 2006). A influência dos movimentos sociais e de países da periferia do sistema capitalista influenciou a articulação entre saúde e desenvolvimento socioeconômico,



elaborando os princípios da atenção primária em saúde sistematizada pela conferência de Alma-Ata (OMS, 1978), que passa a considerar condições socioeconômicas como situação ambiental, renda, educação, entre outros. Assim, as concepções de Alma Ata propõem como foco a prevenção de doenças, a educação em saúde, a melhoria de condições materiais e ambientais, a priorização de ações de menor custo e maior acesso, entre outros. (Brown; Cueto. Fee; 2006).

A questão da multiplicidade de condicionantes em saúde teve também elementos amplos de desenvolvimento na construção do conceito de vulnerabilidade nesse campo (Pirino et al., 2023) de seus níveis de atenção (TOFANI et al, 2021) , bem como nas mudanças ocorridas na formação e na prática de diversas profissões relacionadas à área, levando à maior consideração de condicionantes plurais e influenciando na formação em profissões como medicina, enfermagem, serviço social e psicologia (Spink, 2013). Tais concepções se alinham às diretrizes presentes no processo de redemocratização e criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, quando a VIII Conferência Nacional de Saúde considera não apenas indicadores socioeconômicos, mas também condições de renda, educação e moradia, além do próprio acesso aos serviços de saúde, até então restrito à população com trabalho formal (Roche; Prazeres, 2022). Essas diretrizes se fizeram presentes em diversos elementos do Sistema Único de Saúde, como em seus princípios, a noção de atenção básica, a lógica da corresponsabilidade pelo tratamento, a formação de agentes comunitários de saúde, entre diversos outros dispositivos conceituais, organizacionais e práticos (Tofani et. al., 2021).

Embora tenham se iniciado mudanças na saúde com as transformações geopolíticas após a Segunda Guerra Mundial, a consideração ampla de fatores culturais, socioeconômicas e relacionais na produção das condições de vida como elemento de produção da saúde permaneceu em tensão em relação ao modelo biomédico, tecnológico e curativo em saúde. A herança dos modelos positivistas que atravessaram os séculos XIX e XX, da fragmentação disciplinar e do modelo curativo ganharam nova força a partir das transformações do capitalismo para o modelo neoliberal na virada do milênio. As políticas de austeridade fiscal, a construção de grandes conglomerados farmacêuticos, hospitalares e outros defendendo seus interesses junto aos governos levaram a um processo de diminuição de investimentos na promoção de melhores condições de vida associadas à saúde em favor



das transações comerciais no mercado de saúde (Mattioni; Rocha; 2023. Nessa lógica, a construção de soluções curativas individuais favorece processos de medicalização, nos quais aspectos sociais, políticos e econômicos são reduzidos a doenças individuais (Brust; Braga; Farinha; 2022).

Um dos elementos conceituais fundamentais no cenário em disputa na saúde foi a concepção de clínica ampliada (Brasil, 2010), conceito que busca indicar uma forma de conhecer e atuar em saúde que considera condicionantes amplos e não apenas as relações causais isoláveis de dimensão biológica. A clínica ampliada implica reconhecer que aspectos diversos da paisagem social participam do modo como se configuram as situações de saúde e doença: elementos como saneamento urbano, poluição, contato com agentes químicos nocivos ou acesso alimentar, que dependem de políticas públicas para se efetivar, possuem impacto significativo na transmissão de diversas doenças.

Além disso, implica reconhecer que os próprios parâmetros de saúde e doença não são fixos, mas dependem de critérios influenciados pela cultura e pelas referências sociais (Canguilhem, 2011), como podemos observar nos atuais processos de despatologização das orientações não heterossexuais e das identidades transgênero. Finalmente, a importância, a frequência e a presença dos agravos em saúde varia historicamente (Backes et. al., 2009), gerando diferentes relações entre saúde e sociedade. Assim, a clínica ampliada implica uma territorialização do espaço, no reconhecimento de elementos contextuais na produção das diversas situações em saúde, e uma transdisciplinarização dos saberes, na consideração de aspectos ambientais, políticos, sociais, culturais, subjetivos e outros além dos biológicos na compreensão da situação de saúde e na produção de tratamentos.

Considerando a problemática vivida no campo da saúde, na qual se faz necessária uma ampliação do olhar sobre os fenômenos - que passa a ser denominada clínica ampliada -, o pensamento heideggeriano é profícuo de contribuições, que o presente artigo intenta apresentar. Nesse sentido, compreende-se que os sentidos dados à dimensão contextual em saúde, muitas vezes marcada pela concepção de uma clínica ampliada enquanto articulada ao território, se coaduna com elementos fundamentais da ontologia heideggeriana.

SAÚDE E A QUESTÃO DA TÉCNICA

Em primeiro lugar, podemos compreender o campo de tensões sobre a saúde a partir



das discussões heideggerianas sobre a questão da técnica (Heidegger, 2012a). Para o autor, a técnica é fundamentalmente um modo de mediação com as coisas. Isso significa que qualquer elemento relacional envolve a técnica. A técnica nesse sentido desvela possibilidades de produção de mundo, de vida e das coisas, mediando nossa relação com o mundo, aproximando-se, nesse sentido, de *poiesis*, palavra grega que designa produção no sentido de ação de criar, construir algo. Heidegger ressalta que a palavra grega *techné* vem acompanhada frequentemente de *episteme*, pois o conhecimento provoca abertura e nesse sentido desvela uma faceta do mundo, de onde seu sentido etimológico como co-nascimento. Nesse sentido, a técnica desvela um modo de olhar para o desvelado que o organiza a partir da perspectiva de mediação que ela propõe (Heidegger, 2012a).

Heidegger (2012a) faz uma crítica à tendência da técnica moderna de aprisionar as possibilidades daquilo que instrumentaliza unicamente no significado do que foi instrumentalizado. Assim, o marca-passo instalado no coração não apenas o desvela enquanto um bombeador de sangue, mas tende a sobrepor esse significado sobre outras possibilidades do coração, como os de ser um componente do corpo pelo qual sinto o mundo, que se faz presente, por exemplo na experiência do susto ou como lugar dos afetos na simbologia poética. Nessa perspectiva, dis-põe, ou seja, explora os elementos sobre os quais se debruça, transformando-os em dis-positivos. Assim, a técnica moderna direciona o desencobrimento para a dis-ponibilidade, ou seja, desvela os entes com os quais se relaciona enquanto disponíveis à exploração. A construção de uma lógica de relações causais elimina outras possibilidades do fenômeno é própria da lógica moderna sobre a técnica.

Tomando o pensamento biomédico como um aspecto da técnica moderna, observamos sua tendência em isolar elementos observados para torná-los disponíveis a uma classificação que os retira do campo originário de mostração no qual emergiram. A condição de saúde de alguém é assim desvinculada de seu contexto mais amplo de vida para ser compreendida em termos de sintomas referentes a um padrão de classificações prévio, cujas relações podem ser descritas de maneira universal. Tal processo descontextualiza os modos pelos quais os fenômenos de saúde e doença se constituíram na relação entre eu e mundo. Na mesma perspectiva, tal processo fragmenta diferentes aspectos da existência, considerando em múltiplas especialidades elementos físicos, psicológicos, sociais, econômicos e mesmo diferentes partes do corpo para um elemento físico. Tal situação



provoca, muitas vezes, dificuldades de articulação entre diversos aspectos vividos em um mesmo contexto.

Tomemos dois exemplos. Braga *et. al.* (2021) relatam a experiência de uma paciente que passou a usar drogas após um processo de perda do filho, sendo encaminhada para um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no qual não permaneceu por não se identificar com o tratamento, já que o foco da instituição residia no uso de drogas e a própria paciente considerava a perda do filho como questão central de seu sofrimento. Farinha *et al.* (2019) descrevem a experiência de uma paciente considerada poliqueixosa, que relatava diversas situações de sofrimento associadas ao adoecimento físico, porém circulava em diversos dispositivos de saúde sem encontrar um tratamento que contemplasse sua condição.

Em ambos os casos, uma noção de técnica interventiva pautada exclusivamente em parâmetros prévios e isolados levou a dificuldades em compreender o contexto situacional total. Tais situações apenas puderam ser compreendidas ao se considerar diversas dimensões vividas pelos sujeitos que abrangiam suas condições sociais, sua rede de relações, o modo como lidavam com o próprio corpo, as condições biológicas e outras dimensões.

Uma consideração mais ampla da existência reconfigura, portanto, a própria ideia de corpo. O projeto epistemológico moderno sedimentou um modelo de sujeito, de corpo, de saúde e de doença baseado na fragmentação dessas dimensões da experiência, bem como na abstração do contexto e no isolamento de seus elementos com vistas à formulação de leis universais de causa e efeito em torno de variáveis controláveis (Gadamer, 2009), engendrando modelos de lida com o corpo que tendem a equacioná-lo em relações causais que permitam explicar o fenômeno psicossomático a partir de causas identificáveis.

Heidegger (2009) distingue qualitativamente corpo (*Leib*) e corpo material (*korper*). Enquanto o corpo material “termina na pele” (Heidegger, 2009, p. 123), isto é, diz respeito a uma concreção “disponível como instrumento” (Tatossian; Moreira, 2012), o corpo (*Leib*) “corpora” (Heidegger, 2009), ou seja, determina-se a partir do modo de ser como a cada instante somos, no movimento de ser em meio aos entes. A lágrima ou o rubor da pele não podem ser medidos: embora se apresentem na dimensão do físico, seu sentido está sempre articulado ao existir, é percebido no ser-com-outros. Não são físicos ou psíquicos, mas dizem respeito à unidade somatopsíquica da existência. A corporeidade só é possível porque



o *Dasein* é espacial: projetado no mundo, se posiciona e organiza na espacialidade. No mover-se do corpo, “se eu andar em direção àquela janela (...) então a profundidade experimentada com o meu caminhar em direção à janela move-se junto, para além da janela” (Heidegger, 2009, p. 118).

Assim, o corpo não é mero um exemplar de um modelo padrão de funcionamento anatomofisiológico, mas é sempre o corpo de alguém que nele está encarnado e a partir dele se situa no espaço, lida com os entes do mundo, percebe o que está à sua volta. Sendo a partir do corpo que observamos, sentimos, nos deslocamos e nos relacionamos com tudo o que está à nossa volta. É a partir do corpo que se abre nosso campo existencial. Sob tal prisma, não é possível um corpo previamente determinado: nenhum paradigma corporal independente do mundo em que o corpo se apresenta, mas, ao contrário, o corpo é marcado pelas experiências, pelos modos de lida e significados que a ele atribuímos e pelos quais nos relacionamos com ele no mundo. Tal consideração sobre o corpo implica que, qualquer intervenção em saúde, necessita compreender como o sujeito singular lida com seu corpo, o que significa para ele o tratamento, que condições e compreensões estão envolvidos na lida com o corpo.

Uma situação verídica que ilustra tal dimensão se refere a uma paciente que recebe, na unidade básica de saúde, o diagnóstico de câncer na orelha, sendo-lhe explicadas as condições biológicas e dada a recomendação de amputação do órgão. A paciente falta na consulta seguinte, recebendo visita dos agentes comunitários de saúde, que insistem na realização do tratamento. A paciente ouve e marca a consulta, porém falta novamente e, na visita seguinte dos agentes comunitários de saúde, estes a avistam pulando o muro para a casa da vizinha, com o objetivo de não receber a equipe. Na visita seguinte, a médica acompanha a equipe, explicando novamente a gravidade de seu quadro e o risco de morte, porém novamente a paciente falta. A partir da discussão de rede sobre o caso, vai ficando claro o medo que a paciente sentia de perder a orelha e uma profissional de psicologia acompanha as agentes comunitárias que, juntas, passam a escutar a paciente e compreender diversas dimensões da situação, tais como a interferência do tratamento em seu trabalho, experiências anteriores na família e toda uma série de elementos que compunham o mosaico no qual a orelha e o câncer faziam sentido para ela. O procedimento de tratamento, então, não consistia apenas em uma intervenção anatomofisiológica, mas em uma mudança



concreta nos modos de existir, lidar com o mundo e perceber a si mesma para a paciente.

Ao considerarmos a técnica enquanto desencobrimento de possibilidades, podemos compreender que a técnica moderna é um modo de desvelamento entre outros modos possíveis. A operação de retirada da orelha e, conseqüentemente, do câncer, desvela o corpo como elemento anatomofisiológico, mas outros desvelamentos estão ali presentes: a orelha enquanto capacidade de perceber o mundo e enquanto componente da imagem corporal, o câncer enquanto experiência vivida por alguns antepassados, enquanto imagem da morte e enquanto processo de sofrimento. É possível e necessário resgatar outros modos de desvelamento que impliquem não apenas o enquadramento a padrões prévios, mas a promoção de bem-estar considerando nossa condição existencial que Heidegger (2012b) denomina ser-no-mundo, e será apresentada a seguir.

SER-NO-MUNDO E CLÍNICA AMPLIADA

A noção heideggeriana de ser-no-mundo pode contribuir grandemente para os propósitos da prática de uma clínica ampliada. Em sua ontologia fundamental “Ser e Tempo”, Heidegger (2012b) recoloca a questão do ser que, segundo ele, foi esquecida, tendo sido colocada por Platão e Aristóteles a partir da proposição “o que é o ser?”. Seguindo a tradição fenomenológica, Heidegger identifica um juízo prévio no modo de colocar a questão, pois perguntar o que é algo já é utilizar um modo conjugado no indicativo do verbo ser. Assim, o termo “é” designa uma compreensão prévia do ser sobre o qual se pergunta que, desde a filosofia antiga, corresponde à ideia de permanência: quando digo que algo é, pressuponho que é e continua sendo, em uma perspectiva essencialista do verbo “ser”.

Para suspender essa compreensão, Heidegger (2012b) elabora a pergunta “Que sentido tem o ser?”, destacando o ente como região de aparição do ser no qual deve ser investigada a resposta sobre seu sentido. Heidegger elenca o ente que nós mesmos somos como ente privilegiado para responder esta questão, tanto porque estamos às voltas com as questões sobre o sentido quanto porque lidamos constantemente com nosso próprio ser.

Para descrever esse ente que nós mesmos somos, Heidegger (2012b) utiliza a expressão *Dasein* que, em sentido literal, significa “ser-o-aí”³ e pode também ser traduzido

³ O termo *Dasein* possui traduções em português como ser-aí, retirada da tradução francesa être-lá. Todavia, CADERNOS PET, V. 15, N. 29



como “existência”. Com tal expressão, Heidegger designa que o ser se apresenta para nós onticamente e que estamos constituídos por nosso campo situacional. A expressão “existência”, em seu sentido etimológico de *ex-sistere*, diz respeito ao movimento para fora característico da intencionalidade. Heidegger em seguida designa o *Dasein* como “ser-no-mundo”, que busca se referir a essa totalidade na qual as experiências de ser estão eminentemente articuladas ao mundo. Para tanto, designa um parágrafo de sua obra para cada um desses momentos estruturais - ser, ser-em e mundo.

Em relação ao ser, Heidegger (2012b) afirma que a questão “quem somos” está sempre em jogo a cada momento em que somos: em nosso encaminhar-se pela existência, simultaneamente cumprimos a tarefa que ser quem somos e respondemos à questão sobre quem somos. Tradicionalmente, a ideia de sujeito como aquilo que subjaz, ou seja, continua presente, embora diferentes comportamentos de alguém possam se manifestar, constrói uma visão essencialista sobre quem somos. Nas palavras de Heidegger, a ontologia tradicional tende a conceber o *Dasein* como algo simplesmente dado. É dessa visão essencialista que derivam as concepções de personalidade (Braga; Farinha; Mosqueira, 2019) e de um corpo orgânico cujo funcionamento independe de nosso modo de compreendê-lo (Casanova, 2013).

Na ontologia heideggeriana, ao contrário, não somos primeiramente para nos relacionarmos com o mundo posteriormente (Barbosa, 1998), tampouco teremos em algum momento uma essência fixa composta pela história de nossas experiências, mas recriamos a nós mesmos em um constante processo relacional, no qual a abertura para o mundo marca a constante rearticulação da tarefa de ser quem somos e responder à questão sobre quem somos. O *Dasein* é marcado por uma indeterminação ontológica: sua essência é existir, ou seja, projetar-se para fora de si em relação com o mundo, respondendo à questão sobre quem é pelo modo que, a cada momento, percorre sua trajetória existencial. Projetando-se ao mundo, o *Dasein* é abertura para os entes que lhe vêm ao encontro, se relacionando com eles a partir de uma compreensão de ser de tudo o que é.

o próprio filósofo, em sua obra Seminários de Zollikon, critica essa tradução do conceito, afirmando “não significa uma indicação de localização para um ente, mas deve nomear a abertura na qual o ente pode ser/estar presente para o homem, também ele mesmo, para si mesmo. O aí (da) para o ser distingue o ser-homem. A adequada tradução francesa para *Dasein* teria de soar: être-le-là” (Heidegger, 2009, p.159). Por isso no presente texto optou-se pela tradução literal sugerida pelo próprio autor, que em português designaria “ser-o-aí”, destacando o fato de que somos o aí que é o nosso.



Sendo fundando nesta indeterminação ontológica que o lança no mundo, o *Dasein* está constantemente articulado a tudo o que o cerca, necessitando dessa relação com o que está em torno para projetar um sentido, constantemente rearticulado em seu devir. Na perspectiva de um sujeito cuja identidade não é influenciada pelo mundo no qual se projeta, as perspectivas positivistas da clínica pensam uma intervenção que se dá exclusivamente sobre o sujeito. Todavia, na perspectiva de um ente fundado no mundo, presente na própria concepção de ser-o-aí, apenas faz sentido o cuidado clínico que se volta para a totalidade da relação eu-mundo. Nessa ótica, podemos pensar a partir de Heidegger que a clínica, para efetivamente fundar-se na atenção ao outro, deve necessariamente ampliar-se para a totalidade da existência e considerá-la em constante processo de realização.

Em relação ao em, Heidegger (2012b) afirma que a relação entre ser e mundo articulada pelo “em” nos coloca em uma condição de habitar o mundo. Habitar é criar o mundo e criar-se pelo mundo. Mediados pelas coisas, pelos outros, por interações concretas e simbólicas, pela historicidade dos espaços de socialização nos quais nos encontramos e pelas perspectivas do devir, constituímos e reconfiguramos um mundo e a nós mesmos, por meio dos espaços que percorremos em nossa trajetória. O mundo nos é tornado familiar pelo nosso relacionar-se constante com ele: ao nos ocuparmos dos entes, colocamos em jogo nossa compreensão do que eles são, construindo uma trama significativa com o mundo que constantemente se rearticula em nossas constantes ocupações. Nesse sentido, os procedimentos e artefatos de saúde também são objetos de nossa ocupação, fazendo com que os elementos instrumentais não operem apenas por si, mas a partir das compreensões que temos deles. A construção de processos de cuidado em saúde dependerá, assim, do modo como nos relacionamos com as diversas dimensões envolvidas no cuidar e com as diversas propostas de cuidado em saúde colocadas diante de nós.

Finalmente, “mundo” na expressão “ser-no-mundo” não significa apenas os entes que observamos - casas, pessoas, árvores, estrelas... Diz respeito antes ao modo como cada um desses entes nos aparece permeado por uma compreensão do que são, ou seja, integrados em uma totalidade e articulados aos significados sedimentados no processo interpretativo historicamente sedimentado. Nesse sentido, mundo é uma concreção, uma composição de coisas e acontecimentos, atravessada por uma trama significativa hermeneuticamente sedimentada. Ao lidarmos com tudo o que é em nosso cotidiano, lidamos também com os modos pelos quais a compreensão dos entes se apresentou a nós. Os entes nunca se



apresentam isolados, mas se referem a outros entes que se apresentam a nós em um conjunto que consiste no meio no qual se dá nossa existência.

Simultaneamente, nos posicionamos no mundo de modo que a própria experiência de encontro com os entes nos constitui. Escrevendo um texto no computador, esse se apresenta articulado a todas as referências tecnológicas que me levam a compreender o computador enquanto tal que, por sua vez, se articula aos significados atribuídos ao próprio ato de escrever e ao local em que se escreve, por exemplo, em um escritório. Assim, o computador também não se apresenta sozinho, mas articulado aos objetos do escritório e aos modos pelos quais estes são significados, conferindo ao ato de escrever no escritório uma compreensão como lugar de trabalho bastante diferente do ato de escrever, em casa, uma carta para um amigo. O próprio escritório, por sua vez, se encontra em uma empresa, que se encontra em uma cidade, que se difere de outras cidades, países, a espaços rurais e assim por diante.

Tal acepção também é fundamental para pensar que os adoecimentos, afetos, problemas, vulnerabilidades não se encontram isolados: os afetos se encontram em um contexto pelo qual o *Dasein* foi afetado, os problemas se encontram em uma rede de relações e acontecimentos que o produziram, as vulnerabilidades se encontram em múltiplas dimensões de existência. Assim, ao considerar que Joãozinho não consegue aprender a ler, é preciso considerar a aprendizagem da leitura como uma experiência atravessada por um contexto histórico de práticas pedagógicas pelas quais Joãozinho é ensinado, a experiência do espaço escolar no qual Joãozinho se relaciona com uma diversidade de atividades e pessoas, um contexto de políticas educacionais no qual a escola está inserida e que possibilita certos recursos e não outros, uma família na qual Joãozinho se insere e que significa a leitura e a escola de determinados modos, as experiências de Joãozinho que significaram para ele o que é aprender e aprender a ler, enfim, todos os entes que vêm ao encontro de Joãozinho e que, articulados, formam para ele seu mundo em última instância.

Do mesmo modo, ao considerar os processos do adoecer, há neles questões referentes aos modos de vida e significação do corpo e da experiência, contextos históricos de formulação do que é o doente e o saudável, elementos concretos ligados às condições de vida, redes relacionais que permitem ou dificultam o cuidado, questões ambientais ligadas ao acesso a elementos como alimentação e saneamento básico, etc. Além disso, se nossa



condição relacional com o mundo está em constante reconfiguração, não é possível dizer que alguém é um diagnóstico como se o diagnóstico fizesse parte de sua essência: o modo como nos rearticula em nossa vida com o mundo e com o corpo faz transitar também nossa condição a cada momento, sendo necessário considerar esse desenrolar no modo como percebemos os modos de ser. Quando estas dimensões são desconsideradas, o ato de saúde corre o risco de se tornar descontextualizado e determinístico em relação aos entes concretos, acontecimentos em desenrolar e significados ligados ao modo como alguém, de modo singular, vem sendo no mundo.

A obra de Martin Heidegger, ao questionar a ontologia ocidental, possibilita a construção de outro olhar para a relação homem e mundo, em que o mundo nos constitui. Nessa perspectiva, não cabe um olhar sobre o adoecer, em seu sentido mais amplo, que o compreenda enquanto dimensão apartada da existência, mas como dizendo respeito à experiência como um todo. Nessa perspectiva, ao considerar de maneira radical o mundo como constituinte mesmo de nossa experiência, Heidegger (2012b) permite uma consideração das múltiplas dimensões que nos atravessam enquanto interligadas e constantemente recolocadas em nossa trajetória existencial, que consiste em uma das principais intenções da clínica ampliada.

REFERÊNCIAS

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, jan.-mar. 2009.

BARBOSA, M. F. A noção de ser no mundo em Heidegger e sua aplicação na psicopatologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 18, n. 3, p. 2-13, 1998.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, jan. 2002.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1989

BRAGA, T. B. M. et al. Substâncias psicoativas, vulnerabilidade social e laços familiares: um estudo de caso. In: GUERRA, C. C.; NOVAIS, G. S.; NEVES, S. R. (Org.). **Da lagarta à borboleta: ações pelo fim das violências nas relações familiares**. v. 2. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021. p. 63-90.

BRAGA, T. B. M.; FARINHA, M. G.; MOSQUEIRA, S. M. Da personalidade ao Dasein: pensamento heideggeriano e práxis clínica. **Psicologia: Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 1-23, ago. 2019. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472019000200001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.26130>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus/rede-humanizaus/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 01 abr. 2024.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 3, p. 623–647, jul. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/G5HFqjPMKXp9fmhfLYdNS5H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr 2024.

BRUST, R. E. F.; BRAGA, T. B. M.; FARINHA, M. G. Everyday problems, population perceptions and medicalization. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e17711628869, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i6.28869. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28869>. Acesso em: 1 abr. 2024.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. M. T. R. C. BARROCAS, 7ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CASANOVA, M. A. Heidegger e o escuro do existir: esboços para uma interpretação dos transtornos existenciais. In: EVANGELISTA, P. E. R. A. (Org.). **Psicologia fenomenológico-existencial: possibilidades da atitude clínica fenomenológica**. Rio de Janeiro: Via Verita, 2013. p. 25-43.

DESCARTES, R. **O discurso do método**. São Paulo: L & amp: PM, 2005.

FARINHA, M. G. et al. Dor física e psíquica: um relato de experiência. Em: **Anais do IX Fórum Mineiro de Enfermagem**, 11 a 13 set. 2019. Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia: Horizonte Científico, 2019.

FIGUEIREDO, L. C. **Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética nas práticas e discursos psicológicos**. Petrópolis: Vozes, 2015.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. São Paulo: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, M. **Entretien a Claude Bonnefoy**. Paris: Galimard, 2005.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2009.

HEIDEGGER, M. A questão da técnica. In: HEIDEGGER, M. **Ensaios e conferências**. Petrópolis: Vozes, 2012a.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Trad. Fausto Castilho. Petrópolis: Vozes, 2012b.

HEIDEGGER, M. **Seminários de Zollikon**. Petrópolis: Vozes, 2009.

MATTIONI, F. C.; ROCHA, C. M. F. Promoção da saúde na atenção primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 8, p. 2173–2182, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Actas oficiales de la OMS**, nº2, p.100, 1949. **CADERNOS PET**, v. 15, N. 29 ISSN: 2176-5880



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**, 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em: 30 mar. 2024

PIRINO, B. et al. Vulnerabilidade laboral e institucional: A Saúde dos Profissionais do SUS e do SUAS. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade**, 33–46, 2023. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/ricultsociedade/article/view/22894>. Acesso em 30 abr. 2024.

ROEHE, M. V.; PRAZERES, D. R. Concepção de ser humano na Clínica Ampliada: uma proposta de orientação analítico-existencial. **Psicologia Revista**, v. 31, n. 1, 11-26, 2022. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/51100>. Acesso em: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2022v31i1p11-26>

SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde**. Petrópolis: Vozes, 2013.

TATOSSIAN, A.; MOREIRA, V. **Clínica do Lebenswelt: psicoterapia e psicopatologia fenomenológica**. São Paulo: Escuta, 2012. Coleção Pathos.

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. DE S.. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na Atenção Primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. e0019124, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/sQF3VTBfg4Cq9XHgdc4ns3G/abstract/?lang=pt>. Acesso 30 abr. 2024.

TOFANI, L. F. N. et al.. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4769–4782, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JH8SYHHyfVfY9jcfnzTQjb/>. Acesso em: 30 abr. 2024.