

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA

Alexandre de Ugalde Gründling

**TEORIAS DA SAÚDE E FENOMENOLOGIA DA ENFERMIDADE**

Santa Maria, RS  
2021

**Alexandre de Ugalde Gründling**

**TEORIAS DA SAÚDE E FENOMENOLOGIA DA ENFERMIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Filosofia**.

Orientador: Prof. Dr. Róbson Ramos dos Reis

Santa Maria, RS  
2021

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

de Ugalde Gründling, Alexandre  
Teorias da saúde de fenomenologia da enfermidade /  
Alexandre de Ugalde Gründling.- 2021.  
84 p.; 30 cm

Orientador: Róbson Ramos dos Reis  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de  
Pós-Graduação em Filosofia, RS, 2021

1. Experiência Vivida 2. Fenomenologia da Enfermidade  
3. Filosofia da Medicina 4. Saúde 5. Teorias da Saúde I.  
Ramos dos Reis, Róbson II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, ALEXANDRE DE UGALDE GRÜNDLING, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**Alexandre de Ugalde Gründling**

**TEORIAS DA SAÚDE E FENOMENOLOGIA DA ENFERMIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Filosofia**.

**Aprovado em 08 de março de 2021:**

---

**Róbson Ramos dos Reis, Dr., UFSM**  
(Presidente/Orientador)

---

**Flávio Williges, Dr. (UFSM)**

---

**Fernando Rodrigues, Dr. (IFSP)**

Santa Maria, RS  
2021

*À memória de meu pai, Milton João Gründling Filho.*

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho não seria possível não fosse a intervenção de inúmeras pessoas, nas diversas situações, algumas constantemente presentes, outras mais distantes, porém todas elas determinantes em suas particularidades. Não há possibilidade de agradecer nominalmente a todas elas, senão que de uma maneira geral: muito obrigado!

Registro o agradecimento ao meu orientador, Róbson Ramos dos Reis, pelos ensinamentos inacabáveis, pelo acolhimento em momentos difíceis e pela confiança nesta empreitada. Gostaria também de agradecer ao Programa de Pós Graduação em Filosofia da UFSM, que acompanhou e auxiliou não apenas a mim, mas a todos os colegas pelos últimos meses, nas inomináveis adversidades que contexto pandêmico lançou a todos nós. Agradeço ainda a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, que viabilizou auxílio financeiro para que esse trabalho fosse executado.

É preciso agradecer também ao apoio de todos os colegas, em especial aos colegas e demais colaboradores do grupo do Centro de Estudos Integrados de Fenomenologia e Hermenêutica. Entre estes, um especial agradecimento ao colega Marcelo Lopes por estar sempre presente não apenas para diálogo, como também para a leitura e oferta gentil de considerações acerca do trabalho, bem como a troca de anseios tanto pessoais quanto epistemológicos.

Agradeço também a presença e apoio da minha família, em especial ao auxílio inesgotável e constante de meu pai, que mesmo sem compreender minhas escolhas, as respeitou e as apoiou incondicionalmente até o fim.

Não poderia deixar de registrar o meu agradecimento pelo apoio intermitente, pelo acolhimento e compartilhamento de experiências acadêmicas e da vida, e ainda, pelos exemplos de dedicação, resiliência, persistência e força com os quais tenho tido privilégio de conviver diariamente através da minha noiva, Núbia Broetto Cunha. Meu mais sincero obrigado!

Por fim, agradeço ao Eterno pela vida, pela condução serena, pelas lições de paz, de harmonia, de compreensão e de despedida, e mais ainda pela força inabalável da Tua divina Providência. Que todo o esforço por todos despendido e aqui condensado possa, da maneira que for servir aos Teus desígnios!

## RESUMO

### TEORIAS DA SAÚDE E FENOMENOLOGIA DA ENFERMIDADE

AUTOR: Alexandre de Ugalde Gründling

ORIENTADOR: Róbson Ramos dos Reis

O presente trabalho tem como escopo principal fornecer uma abordagem fenomenológica da enfermidade. Nele são examinados três enfoques fenomenológicos sobre a experiência da doença. Primeiramente são apresentadas as principais teorias da saúde, a saber: a teoria hipocrática, a bioestatística e a holística (na qual a abordagem fenomenológica está situada). De acordo com a concepção hipocrática, a saúde consiste em uma relação de equilíbrio e balanço entre os diferentes humores corporais, qualidades da constituição elementar de cada indivíduo; por sua vez, a teoria bioestatística, considera a saúde como a ausência da doença. Nesse caso, através da análise estatística de uma parcela populacional se estabelece padrão de normalidade no qual qualquer desvio é considerado doença; já a teoria holística pretende fornecer uma perspectiva global sobre a pessoa, considerando a saúde enquanto uma série de habilidades requeridas para a ação no ambiente, segundo circunstâncias padrão. Nesse caso os fins e as circunstâncias são determinados de forma normativa, tomando critérios como bem-estar e uma noção mínima de felicidade. A fenomenologia da enfermidade, embora situada no âmbito das teorias holísticas da saúde, considera especificamente a experiência vivida em primeira pessoa da doença. Nesse sentido, o trabalho reconstrói a concepção de experiência a partir de três abordagens fenomenológicas. A primeira, chamada de *paradigma do corpo vivido*, privilegia os aspectos da corporeidade e apresenta uma concepção fenomenológica acerca da reunião de estruturas essenciais constituintes da experiência; a segunda abordagem apresenta uma perspectiva *fenomenológico-hermenêutica*, na qual os aspectos existenciais do encontrar-se (*Befindlichkeit*) e da disposição afetiva (*Stimmung*), assumem o primeiro plano na descrição da estrutura da experiência enferma; a terceira abordagem, por sua vez, apresenta uma concepção de experiência cujo núcleo fenomenológico gira em torno do *sentimento de certeza corporal*. Este sentimento se caracteriza por ser básico e de fundo, garantido um senso de realidade e familiaridade com o mundo. Por fim, a experiência da enfermidade é exposta a partir do núcleo temático fenomenológico das abordagens reconstruídas. No caso da perspectiva do *paradigma do corpo vivido*, a enfermidade é descrita a partir da experiência do aparecimento do corpo como presença estranha e alienígena, mas também em seu aspecto disfuncional (*dys-appearance*). Essa experiência também é descrita em termos de uma série de perdas como totalidade, controle, etc. Com relação à abordagem *fenomenológico-hermenêutica*, a enfermidade emerge como a experiência do mundo hostil e não familiar (*unhomelikeness*), revelando a disposição afetiva do estranhamento (*uncanny*). A última abordagem apresenta a experiência da enfermidade como *dúvida corporal*, a partir de diversas transformações, elucidadas por fim nos termos de uma perda da continuidade experiencial, transparência do corpo e confiança corporal. Entre os resultados obtidos, destaca-se o elemento central promovido pela análise e descrição da *experiência* da doença para ciências da saúde. Nesse caso, destaca-se ainda o papel central da fenomenologia ao viabilizar um aporte teórico para investigações desta qualidade. O trabalho mostra ainda que o fenômeno da enfermidade oferece uma perspectiva privilegiada, tanto para a filosofia, quanto para a investigação da experiência, na medida em que traz à tona estruturas tácitas.

**Palavras-chave:** Experiência vivida. Fenomenologia da enfermidade. Filosofia da medicina. Saúde. Teorias da saúde.

## ABSTRACT

### THEORIES OF HEALTH AND PHENOMENOLOGY OF ILLNESS

AUTHOR: Alexandre de Ugalde Gründling

ADVISOR: Róbson Ramos dos Reis

The main purpose of this work is to provide a phenomenological approach to illness. It examines three phenomenological approaches to the experience of the disease. First, It presents the main health theories, namely: the hypocritical theory, the biostatistics, and the holistic theory (in which the phenomenological approach is situated). According to the Hippocratic conception, health consists of a balance and equilibrium between bodily moods, which are qualities of a particular elementary constitution of the individual; in turn, the biostatistics theory considers health as the absence of disease. In this case, It makes a statistical analysis of an empirical ideal of the population to establish a normality pattern through which any deviation is taken as a disease; holistic theory aims to provide a global perspective on the person, considering health as the ability to act in standard circumstances. In this case, the objective fulfillment and circumstances are established in a normative way, concerning well-being and minimal happiness as criteria. The phenomenology of illness, although situated within the holistic health theories field, specifically directed to first-person experience of the disease. In this sense, this work reconstructs the experience concept from three phenomenological approaches. The first, named the *paradigm of the lived body*, privileges the corporeal aspects and presents a phenomenological conception about the essential structures of the lived body; the second one presents a perspective of hermeneutic phenomenology, in which the existential aspects of finding oneself (*Befindlichkeit*) - thrown into the world - and the attunement (*Stimmung*), take the foreground in describing the structure of illness experience; the third approach, in turn, presents a conception of experience whose phenomenological core revolves around the feeling of bodily certainty. This feeling is characterized by being basic and basic, guaranteeing a sense of reality and familiarity with the world. Finally, the experience of illness is thematized by phenomenological reconstructed approaches. In the case of the paradigm of the lived body, illness is described as an experience of the body presenting itself as an uncanny and as an alien presence, but also in its dysfunctional appearance (*dys-appearance*). This experience is also described in terms of a series of losses such as totality, control, and so on. In the hermeneutic phenomenology approach, the illness emerges as the experience of the world as hostile and unhomelikeness, revealing the uncanny attunement. The last approach presents the experience of illness as bodily doubt, which reveals several changes elucidated in terms of a loss of experiential continuity, bodily transparency, and bodily belief. Among the results obtained, the central element promoted by the analysis and description of the experience of illness to health sciences stands out. In this case, the central role of phenomenology is also highlighted, as it makes possible a theoretical contribution for qualitative investigations about illness experience. The work also shows that illness can provide a privileged perspective, both for philosophy and for the investigation of experience, insofar as it shows up tacit background structures.

**Keywords:** Lived experience. Phenomenology of illness. Philosophy of medicine. Health. Health theories.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	9
1.1	OBJETIVO GERAIS E ESPECÍFICOS	9
1.2	ESTRUTURA DO TRABALHO	10
<b>2</b>	<b>TEORIAS DA SAÚDE</b>	13
2.1	O CONCEITO DE SAÚDE NA MEDICINA HIPOCRÁTICA	13
2.2	A TEORIA BIOESTATÍSTICA (CHRISTOPHER BOORSE)	17
2.2.1	A saúde como ausência de doença	17
2.2.2	Os conceitos de função biológica e de normalidade estatística	19
2.2.3	Críticas à Teoria Bioestatística	22
2.3	TEORIA HOLÍSTICA DA SAÚDE (LENNART NORDENFELT)	23
2.3.1	O conceito de ação e habilidade para tarefas vitais	23
2.3.2	Os conceitos de qualidade de vida e felicidade mínima	26
2.4	CONCLUSÃO	27
<b>3</b>	<b>A TEORIA FENOMENOLÓGICA</b>	29
3.1	A ABORDAGEM RELATIVA AOS ASPECTOS DA CORPOREIDADE	30
3.1.1	Corpo vivido ( <i>Leib</i> ) e corpo objetual ( <i>Körper</i> )	32
3.1.2	O paradigma do corpo vivido e suas estruturas	34
3.1.2.1	<i>Ser-no-mundo</i>	34
3.1.2.2	<i>Intencionalidade corporal</i>	35
3.1.2.3	<i>Significação primária</i>	36
3.1.2.4	<i>Organização contextural</i>	37
3.1.2.5	<i>Imagem corporal</i>	38
3.1.2.6	<i>Exibição gestual</i>	38
3.2	A ABORDAGEM DA FENOMENOLOGIA HERMENÊUTICA	39
3.2.1	As estruturas fenomenológico existenciais	41
3.2.1.1	<i>Ser-no-mundo</i>	42
3.2.1.2	<i>O encontrar-se (Befindlichkeit) e as disposições afetivas (Stimmungen)</i>	43
3.3	A ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA DA CERTEZA CORPORAL	44
3.3.1	Os sentimentos existenciais	45
3.3.2	A Certeza Corporal	47
3.4	CONCLUSÃO	48
<b>4</b>	<b>A FENOMENOLOGIA DA ENFERMIDADE</b>	50
4.1	A FENOMENOLOGIA DA CORPOREIDADE ENFERMA	50
4.1.1	A perturbação das estruturas do paradigma do corpo vivido pela enfermidade	52
4.2	O CORPO COMO ESTRANHO ( <i>UNCANNY</i> ) NA ENFERMIDADE	55
4.3	O CORPO COMO PRESENÇA ALIENÍGENA E APARECIMENTO DISFUNCIONAL ( <i>DYS-APPEARANCE</i> )	57
4.4	A ENFERMIDADE COMO PERDA	61
4.5	A ABORDAGEM FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA DA ENFERMIDADE	66
4.5.1	Enfermidade e ser-no-mundo	66
4.5.1.1	<i>O ser-no-mundo familiarizado (homelikeness)</i>	68
4.6	A ABORDAGEM DA ENFERMIDADE COMO DÚVIDA CORPORAL	71
4.6.1	A experiência da dúvida corporal como um conjunto de perdas	75
4.6.1.1	<i>Perda da continuidade</i>	75
4.6.1.2	<i>Perda da transparência</i>	76
4.6.1.3	<i>Perda da confiança corporal</i>	77
4.7	CONCLUSÃO	78
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	79
	REFERÊNCIAS	82

## 1 INTRODUÇÃO

Nos trabalhos clássicos da fenomenologia, como os de Sartre e Merleau-Ponty, pode-se encontrar referências notórias a situações incapacitantes envolvendo a experiência da dor ou alguma condição corporal particular, como o conhecido exemplo do membro fantasma. Essas condições são temas centrais da fenomenologia clássica e servem de exemplo para ilustrar particularidades acerca da experiência vivida. Isso mostra que, em certa medida, contextos de enfermidade acompanharam o pensamento filosófico, em especial na fenomenologia clássica. Recentemente, um ramo da tradição fenomenológica tem sido desenvolvido na filosofia da medicina e das ciências da saúde e tem contribuído especificamente com as teorias da saúde. Esse campo fenomenológico de investigação não apenas se preocupa em pensar como é estar acometido por uma doença como também se propõe a identificar, descrever e interpretar as estruturas que condicionam a experiência vivida à medida que elas se mostram na enfermidade. Assim, situar a fenomenologia da enfermidade no contexto das teorias da saúde e reconstruí-la em seus conceitos é de grande relevância, pois permite aprofundar o tema da saúde e da enfermidade. Nesse sentido, na medida em que considera experiência vivida, a fenomenologia da enfermidade proporciona uma ampliação do entendimento sobre o fenômeno da doença para além de sua perspectiva biológica, não se restringindo a aspectos psicológicos, sociais e ambientais.

### 1.1 OBJETIVO GERAIS E ESPECÍFICOS

O presente trabalho tem por objetivo abordar os temas da saúde e da doença apresentando três teorias para esboçar um quadro geral sobre o assunto. Tais teorias são: a hipocrática, a bioestatística e a holística. Pretende-se, com isso, situar a fenomenologia da enfermidade entre as teorias holísticas da saúde. Em seguida, a teoria fenomenológica será reconstruída conceitualmente, sendo apresentadas três abordagens distintas: a primeira é direcionada para corporeidade e as suas estruturas; a segunda girará em torno das disposições afetivas (*Stimmungen*) da fenomenologia hermenêutica; e a terceira abordagem tem como núcleo uma concepção de sentimento corporal de certeza, que proporciona um senso de pertencimento e familiaridade com o mundo. Por fim, será apresentado como a experiência da enfermidade emerge e é apreendida e como ela pode ser descrita e interpretada segundo o marco teórico e as estruturas de cada abordagem fenomenológica apresentada.

## 1.2 ESTRUTURA DO TRABALHO

O segundo capítulo se destina a apresentar o contexto temático das teorias da saúde. Ele começa por um panorama histórico, mas não se tem a pretensão de reconstruir a história do surgimento da medicina moderna. Sua finalidade é mostrar alguns conceitos e valores que norteavam a medicina hipocrática, dentre os quais é apresentado como as noções de balanço e equilíbrio entre os diferentes humores serviam de parâmetro para uma concepção de saúde na Antiguidade. Em seguida, o trabalho avança até a contemporaneidade, no intuito de apresentar duas teorias atuais e distintas da saúde. A primeira, conhecida por teoria bioestatística da saúde, de Christopher Boorse, também dita a teoria naturalista ou analítica da saúde. Ela tem base biológica e evolutiva e considera a saúde como a ausência de doença. Essa teoria se norteia por descrições empíricas dos organismos e suas estruturas, categorizando-os de modo a estabelecer o desenho típico da espécie. Esse desenho é composto por sistemas organizados hierarquicamente que contribuem para o alcance de objetivos específicos, os quais convergem para os objetivos gerais de reprodução e sobrevivência. O papel da investigação científica é extrair, a partir de um recorte populacional específico e por meio de parâmetros estatísticos, um ideal empírico que é considerado normal ou saudável. O desvio dessa normalidade é considerado doença.

Uma teoria alternativa à bioestatística apresentada em seguida é a chamada teoria holística da saúde. Ela é assim designada por considerar aspectos diversos da vida humana, não se restringindo a parâmetros empíricos e biológicos. Essa teoria é de Lennart Nordenfelt, cuja proposta de parâmetros para saúde tem como base uma teoria da ação. Para ele, o conceito de saúde deve considerar as habilidades do indivíduo para agir e articular possibilidades para atingir determinados fins. Essa avaliação considera as circunstâncias padrão nas quais o indivíduo se encontra inserido e por meio das quais ele atua no ambiente com os demais indivíduos, instituições, etc. Essas circunstâncias padrão são avaliadas em relação a cada indivíduo, considerando cada caso específico e o meio no qual o indivíduo se encontra. Já os fins perseguidos não podem ser restritos às necessidades básicas, mas sim ao que Nordenfelt designa de bem-estar e felicidade mínima.

A fenomenologia da enfermidade se situa entre as teorias holísticas, tendo em vista que não está preocupada com aspectos biológicos mensuráveis para a determinação da saúde. Entretanto, a fenomenologia da enfermidade também não considera os aspectos psicológicos, ambientais e sociais nem as habilidades para perseguir determinados fins, como a teoria holística de Nordenfelt. Ela está direcionada para a experiência da doença. Dessa forma, o

terceiro e o quarto capítulos se destinam estritamente ao marco teórico fenomenológico e à experiência da enfermidade.

O terceiro capítulo é destinado a reconstruir a conceito de experiência de um modo geral da perspectiva fenomenológica. Nele são apresentados os conceitos relativos à três abordagens fenomenológicas que enfatizam aspectos particulares da experiência vivida. Dessa forma, a primeira abordagem enfatiza os aspectos corporais da experiência, descrevendo as estruturas do corpo vivido (*Leib*). Esse marco da teoria fenomenológica da enfermidade foi desenvolvido por Kay Toombs e ficou conhecido como paradigma do corpo vivido. Por meio de estruturas essenciais (ser-no-mundo, intencionalidade corporal, significação primária, organização contextual, imagem corporal, exibição gestual), a autora descreve a interação entre corpo vivido (*Leib*) e corpo objetual (*Körper*), de modo que a experiência significativa seja possível. A segunda abordagem é de matriz fenomenológico-hermenêutica, relativa ao trabalho desenvolvido por Fredrik Svenaeus, e interpreta a experiência significativa enfatizando seus aspectos afetivos. Essa abordagem considera a analítica existencial de Heidegger e se concentra na estrutura existencial do encontrar-se (*Befindlichkeit*). Segundo essa estrutura, a abertura de mundo ao existente humano que possui a condição de ser jogado sempre é direcionada por disposições afetivas (*Stimmungen*) que atribuem importância e relevância à sua relação intencional com o mundo. Por fim, a terceira abordagem é dedicada a um marco fenomenológico mais recente, conhecido como sentimentos existenciais. Eles consistem em sentimentos muito básicos, corporais, porém não localizados e desprovidos de um direcionamento intencional. Eles se constituem em um pano de fundo para a relação com mundo, garantindo um senso de realidade, condição para a familiaridade e o senso pertencimento ao mundo da experiência. Havi Carel mobiliza essa noção de sentimentos existenciais e desenvolve uma abordagem cujo núcleo experiencial gira em torno de um sentimento de certeza corporal, o qual compõe os sentimentos existenciais. Esse sentimento de certeza é um sentimento corporal tácito que permite o engajamento com o mundo, garantindo um senso de possibilidade e confiança corporal básico. Esse senso de confiança se constitui em estrutura nuclear da experiência que condiciona a relação com o mundo.

Por fim, no quarto capítulo, é apresentada a experiência da enfermidade segundo cada abordagem reconstruída no capítulo anterior e suas implicações para a experiência vivida. Nele a enfermidade é apresentada como uma perturbação que transforma a experiência vivida. Na primeira abordagem, cuja ênfase está nos aspectos da corporeidade, a enfermidade é descrita como a perda do aspecto corporal tácito do corpo objetual (*Körper*) em razão da ruptura das estruturas do corpo vivido. Essa ruptura faz com que o corpo apareça como algo que interfere

na experiência e que passa a requerer atenção constante. Ele é experienciado como uma presença estranha (*uncanny*) e alienígena (*alien presence*), revelando características inextrincáveis da corporificação, como sua contingência e o caráter inescapável ser um corpo. Ele também se apresenta de uma maneira disfuncional como *dys-appearance*, por meio da qual o corpo se opõe ao *self* e aparece interferindo na experiência vivida de maneira disfuncional. A descrição da experiência vivida da enfermidade se dá em termos de perdas, como as perdas da totalidade, da certeza, do controle, do mundo familiar e da liberdade de agir. A abordagem fenomenológico-hermenêutica interpreta a experiência da enfermidade como um modo do encontrar-se (*Befindlichkeit*) particular pelo qual o mundo adquira a aparência de inóspito e hostil. Deste modo, a enfermidade é relacionada a uma disposição afetiva de estranhamento, cujo resultado é um senso de não familiaridade (*unhomelike*) do ser-no-mundo. Na medida em que a enfermidade revela essa não familiaridade, a saúde pode ser entendida como um modo familiar de ser-no-mundo, de sentir-se em casa no mundo. Tal familiaridade está relacionada com as noções de balanço e ritmo de vida que caracterizam cada fase da vida. Ao final, a perturbação da certeza corporal pela enfermidade a transforma em dúvida corporal. Essa mudança compromete o modo de engajamento com projetos, o senso de familiaridade e realidade com mundo. A dúvida corporal promove um tipo de suspensão e isolamento social que pode ter consequências psicológicas, como ansiedade e depressão. A sua experiência também é descrita em termos de perdas, que a autora define como perda da continuidade da experiência, transparência da corporeidade e confiança corporal.

Como se pode perceber, o trabalho segue uma estrutura que parte do geral para o específico. Assim, esboçado o contexto das teorias da saúde e situada a fenomenologia da enfermidade, o trabalho é direcionado para as diferentes abordagens, as quais também obedecem a relação entre geral e específico. Isto é, uma vez reconstruída a concepção da experiência em cada abordagem, são então apresentadas descrições sobre a experiência da enfermidade. Não é um objetivo do presente trabalho abordar os métodos de pesquisa qualitativa fenomenológica, e sim a reconstrução e a apresentação das abordagens fenomenológicas da enfermidade.

## 2 TEORIAS DA SAÚDE

No presente capítulo, serão apresentadas algumas perspectivas teóricas sobre os conceitos de saúde e de doença. A primeira perspectiva é a que ficou conhecida como Teoria Humoral ou Hipocrática. Por muito tempo, ela fundamentou não apenas os conhecimentos medicinais, mas também os da natureza, como na Antiguidade. Com esta apresentação, pretende-se ilustrar não apenas que há noções muito antigas sobre saúde e doença que, mais adiante serão mostradas que podem ser identificadas atualmente, mas também explicar a relação entre medicina, saúde e filosofia nos primórdios do conhecimento no mundo ocidental. As outras duas abordagens consistem em teorias recentes, uma com enfoque biológico, guiada por noções evolutivas, e outra direcionada para os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais do ser humano.

Esta apresentação tem a finalidade de fornecer uma visão bem geral sobre o tema, mostrando sua amplitude sem, contudo, pretender que as teorias apresentadas ilustrem exaustivamente o vasto campo teórico e seus inúmeros debates. Pretende-se que seja possível perceber a complexidade pela qual os conceitos de saúde e de doença são marcados a fim de esboçar um quadro geral para, posteriormente, situar a perspectiva fenomenológica para então apresentar suas diferentes abordagens.

### 2.1 O CONCEITO DE SAÚDE NA MEDICINA HIPOCRÁTICA

O reconhecimento da importância da originalidade do trabalho de Hipócrates lhe rendeu o título de pai da medicina. Seu nome é atribuído a uma escola de pensamento que gerou uma série de materiais doutrinários, compilados e organizados durante o século III a. C. na Biblioteca de Alexandria. Atualmente, essa série é designada como *Coleção Hipocrática* e não há unanimidade quanto à sua autoria. É inquestionável, todavia, que o conhecimento da medicina tenha se desenvolvido sob o nome de Hipócrates, tendo sido elevado e difundido pelos séculos seguintes. Hipócrates nasceu na ilha de Cós<sup>1</sup> por volta do ano de 460 a. C. no seio de uma família tradicional de médicos, e a data e seu local de falecimento estão envoltos de

---

<sup>1</sup> Ressalta-se que a Escola de Cós (que, mais tarde, veio a ser conhecida como hipocrática) e a Escola de Cnide já desenvolviam concepções filosóficas sobre a saúde e a doença que se distanciavam da superstição. Portanto, o marco hipocrático sinaliza uma cristalização desses saberes em um campo observacional do conhecimento medicinal da época, além de solidificar a hegemonia da perspectiva da escola de Cós sobre a de Cnide (SOUZA, 1996)

especulações. Sabe-se que ele viveu durante o século de Péricles, portanto, na época em que Atenas era a primeira cidade-estado da Grécia.

O pensamento hipocrático procura se distanciar da medicina relacionada aos ritos mágicos e religiosos, os quais empregavam fenômenos difíceis de serem explicados até então<sup>2</sup>. É caso da epilepsia, na época chamada de doença sagrada, que na visão hipocrática recebeu um tratamento rígido e foi tomada como uma doença como outra qualquer, decorrente de causas naturais passíveis de serem tratadas e combatidas por meios racionais (SOUZA, 1996).

Assim como as demais escolas da Antiguidade<sup>3</sup>, as ideias da medicina hipocrática se relacionavam com as dos filósofos anteriores que consideravam o saber medicinal como parte dos conhecimentos da natureza<sup>4</sup>. Tratava-se de uma concepção que consistia em uma postura analógica, segundo a qual o invisível pode ser deduzido do visível, de forma semelhante às concepções do pensamento de Anaxágoras e da doutrina dos quatro elementos de Empédocles, que, mais tarde, serviu de base à doutrina dos temperamentos relativa aos quatro humores (sanguíneo, fleumático, bilioso e melancólico).

O pensamento hipocrático tem como pano de fundo a ideia do ser humano como imagem do universo – bastante disseminada entre muitos povos da Antiguidade –, conhecida como a relação entre macrocosmo e microcosmo. Nesse contexto, as forças que governam o homem e o universo se correspondem entre si e exercem sua regência segundo a lei da perfeita harmonia e da medida (*arithmos symmetros*) como parâmetros que influenciam e determinam os estados de saúde e de doença (STÜKELBERGER, 2005). Portanto, a saúde era entendida como a relação equilibrada e harmônica dos elementos que constituem o corpo e agem sobre ele, ao passo que a doença era compreendida como a perturbação desse equilíbrio. Consequentemente, a terapia teria por finalidade o restabelecimento do equilíbrio perturbado.

A interação desses elementos, que poderia resultar tanto na saúde quanto na doença, era explicada como uma relação de humores ou fluidos interiores, da qual resultavam temperamentos ou qualidades. Semelhante ao pensamento de Empédocles, os elementos (que consistam em terra, água, ar e fogo) e as qualidades eram classificados e agrupados em pares opostos (como quente e frio, seco e úmido), os quais, combinando-se e intercalando-se em uma

---

<sup>2</sup> Anteriormente, os conhecimentos relacionados à saúde e à doença eram amalgamados em crenças religiosas e supersticiosas da época. Pode-se considerar esse contexto como pré-científico, marcado por uma mistura de conhecimentos e técnicas medicinais e uma prática sacerdotal nos templos destinados à Asclépio (SOUZA, 1996, p. 21). O pensamento hipocrático é reconhecido por depurar as crenças supersticiosas, mágicas e religiosas dos conhecimentos medicinais e focar-se mais em observações e as conclusões racionais que delas podem ser extraídas.

<sup>3</sup> Havia, ainda, conhecimentos medicinais que floresciam em outras escolas filosóficas da época, como nas escolas pitagórica, siciliana, jônica (Mileto), bem como nas já mencionadas escolas de Crotona, Cós e Cnide.

<sup>4</sup> Como Alcmeu de Crotona (séc. V a. C.), Empédocles de Acragas (aproximadamente 490-430 a. C.) e Demócrito de Abdera (aproximadamente 460-380 a. C.) (STÜKELBERGER, 2005, p. 112).

variação de concentrações e misturas, explicavam o aparecimento de qualquer doença<sup>5</sup>. Quando os elementos estão perfeitamente misturados e equilibrados em suas devidas propriedades, composições e quantidades, o corpo está em um estado de boa compleição ou *eucrasia*, isto é, um balanço que caracteriza a saúde. Quando esse balanço é afetado, seja porque os humores estão isolados uns dos outros, seja porque estão em falta ou excesso, o corpo experimenta um estado de compleição alterada ou *discrasia*. Assim, a doença é resultado de uma situação global do organismo, pois não apenas nas regiões onde há excesso mas também nas outras em que há falta desses humores, são sentidas como dor e, portanto, doentes<sup>6</sup>.

A concepção hipocrática entende que há uma força curativa na natureza que reconduz o corpo à compleição, ou seja, ao equilíbrio e ao balanço entre os humores. Esse processo é entendido como a cocção dos humores crus pelo calor corporal inato que elimina os humores excessivamente deletérios ao organismo. Esse processo compreende três fases: a *aepsia* (cruza), a *pepsis* (cocção) e a *crise* (terminação). Dessa forma, a *discrasia* é reconduzida à *eucrasia* por uma força natural denominada de *vis medicatrix* (SOUZA, 1996). Logo, para a concepção da medicina hipocrática, é a natureza quem promove a cura, de modo que a doença pode ser entendida como o reflexo desse processo de recondução ao balanço entre os humores, no qual o papel do médico é facilitar esse processo.

Nos textos hipocráticos, é possível encontrar estudos contendo um conjunto de descrições que revelam técnicas observacionais bastante apuradas, o que demonstra um interesse por uma explicação causal natural das doenças que poderiam ser compreendidas e explicadas racionalmente, embora ainda não possam consideradas uma ciência sistematicamente organizada. Nesse sentido, ela pode ser entendida como uma arte que compreende um conjunto de noções, teorias e experiências que permitem um posicionamento que resulte em conduta médica adequada. Na medida em que a concepção de indivíduo o considerava como uma imagem do universo e, portanto, sujeito às mesmas forças atuantes no todo, a conduta médica considerava, além de aspectos referentes à constituição humoral do

---

<sup>5</sup> Essa relação entre humores e elementos era tal que, a cada humor, correspondia um elemento e seu par de qualidades. Assim, o humor sanguíneo possui como par característico as qualidades quente e úmida, relacionando-o com o elemento ar; o fleumático caracteriza-se pelas qualidades fria e úmida, correspondendo ao elemento água; o colérico (também chamado de bilis amarela) possui as qualidades quente e seca, correspondentes ao elemento fogo; e o humor melancólico (conhecido como bilis negra) possui as qualidades fria e seca, correspondendo ao elemento terra.

<sup>6</sup> A concepção de doença como um estado global do organismo era uma marca da Escola da Ilha de Cós que, posteriormente, ficou célebre pelo expoente de Hipócrates. Mas havia outra escola que tinha uma concepção diferente de doença, segundo a qual as doenças eram distinguidas de acordo a apresentação de sintomas relacionados à parte corporal afetada. Essa concepção, ensinada na Escola de Cnide, pode ser vista hoje como a precursora de uma nosologia de caráter científico, embora tenha prevalecido a concepção que depois veio a ser conhecida por hipocrática (SOUZA, 1996).



enfermo, fatores mais gerais, como ambiente, as estações do ano, exposições ao clima e aos ventos, por exemplo. Outros fatores, como hábitos alimentares, rotina, a quantidade de exercícios ou a sua ausência, a influência dos astros e os dias pelos quais a pessoa apresentou sintomas, também eram levados em consideração na avaliação da doença<sup>7</sup>.

A Teoria dos Humores serviu de base para o conhecimento sobre saúde bem como para as práticas curativas desenvolvidas séculos mais tarde. Atualmente, a medicina moderna atribui à concepção hipocrática o estatuto de uma teoria superada. Embora a determinação do lugar e da época do nascimento da medicina moderna seja uma tarefa de grande dificuldade, há um fenômeno importante que pode ser considerado determinante<sup>8</sup>. Esse fenômeno foi a unificação de dois campos do conhecimento: de um lado, a medicina clínica e, do outro, a anatomia patológica (SVENAEUS, 2000). Com o fechamento das universidades em virtude da Revolução Francesa, a medicina foi restringida a observações e estudos clínicos elaborados à beira dos leitos dos pacientes em hospitais. Isso significou um direcionamento para estudos empíricos do corpo adoecido, os quais passaram a ser cada vez mais sistematizados, através do estudo dos sinais que o corpo vivo apresentava, ou seja, os sintomas observáveis pelos elementos exteriores. Tais constatações eram comparadas a dissecações posteriores, convertendo o corpo em objeto de investigação passível de ser aberto e inspecionado (SVENAEUS, 2000).

Mais recentemente, o desenvolvimento tecnológico também produziu impactos nas ciências, em especial nas ciências biológicas, ampliando significativamente a compreensão acerca dos fenômenos da natureza e da vida humana, tornando-os cada vez mais objetivos. A concepção de saúde também sofreu influência, principalmente em níveis epistemológicos basilares. Entre os efeitos dessas influências, está o delineamento de uma perspectiva que privilegia os eventos biológicos que constituem o corpo humano, passíveis de serem investigados objetivamente por técnicas e instrumentos cada vez mais avançados. Isso permite uma maneira não valorativa de distinguir o que é considerado normal e o que é considerado doença. Tal concepção é comumente chamada de naturalista (GAUDENZI, 2016) e é amplamente reconhecida pela promoção de inúmeros tratamentos epidemiológicos desenvolvidos à luz de uma diversidade técnica, tanto para o combate quanto para a prevenção de doenças.

---

<sup>7</sup> As relações numéricas entre os dias, os sintomas apresentados e as fases do processo de restabelecimento da *eucrasia* são um indício da sua influência por concepções pitagóricas.

<sup>8</sup> Fredrik Svenaeus afirma que esse fato é apontado por dois distintos historiadores da medicina. Um deles é Michel Foucault (*The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*, 1994) e o outro é Richard Shryock (*The development of modern medicine*, 1948) (SVENAEUS, 2000).

Por outro lado, há uma perspectiva diversa que considera elementos exteriores ao corpo humano – como os aspectos sociais e culturais nos quais o indivíduo está inserido – para determinar saúde e doença. Essa corrente entende que não há como formular um conceito de saúde sem conceitos normativos. Nesse sentido, não são os defeitos biológicos, mas os interesses humanos que definem, em última instância, os critérios relevantes desses sistemas biológicos. Ou seja, não se trata de negar que exista o mal funcionamento de processos subjacentes aos mais variados níveis corporais, mas de afirmar que tais procedimentos, em sua variedade, não podem ser identificados de forma independente da normatização, resultando em uma concepção reducionista em saúde (GAUDENZI, 2016).

O presente trabalho não tem o escopo de elucidar todas essas teorias, mas apenas esboçar esse contexto através da apresentação de duas teorias que representam duas perspectivas distintas: a Teoria Bioestatística, de Christopher Boorse, de matriz naturalista; e a Teoria Holística da saúde, de Lennart Norenfelt, de viés normativista.

## 2.2 A TEORIA BIOESTATÍSTICA (CHRISTOPHER BOORSE)

### 2.2.1 A saúde como ausência de doença

Como já mencionado, a influência das ciências biológicas nas ciências da saúde possibilitou um aprimoramento da compreensão acerca do corpo humano em termos de interações orgânicas. Trata-se de uma compreensão dos mecanismos corporais como interações causais que consiste em analisar o corpo em níveis e subníveis, estruturando-os em sistemas mais ou menos complexos. A interpretação das interações corporais em termos biológicos consiste em estabelecer relações desde moléculas microscópicas até tecidos que constituem órgãos, os quais formam os mais variados sistemas para a manutenção da vida de cada indivíduo. Essa concepção é a base da teoria que ficou conhecida como Teoria Bioestatística da Saúde (TBS), de Christopher Boorse (1975; 1977), e visa definir critérios para saúde e doença de maneira objetiva.

Boorse discorda da afirmação de que é inevitável certa carga valorativa para um conceito de saúde. Para ele, uma proposta que tenha por característica a descrição dos mecanismos corporais independente de sentidos valorativos é uma alternativa viável<sup>9</sup>. A tese

---

<sup>9</sup> Segundo o autor, um conceito de saúde em termos valorativos é limitado e inviabiliza sua aplicação em relação a organismos vivos, como plantas e animais. Por isso, Boorse se posiciona em uma corrente naturalista, lastreada em uma biologia evolutiva (BOORSE, 1975).

geral é a de que o que é natural é normal (BOORSE, 1975). Sendo assim, o que funciona dentro do que é compreendido como normalidade está de acordo com sua natureza e, portanto, é considerado saudável. Contudo, Boorse afirma que o termo saúde pode ser entendido em dois sentidos, um prático e um teórico.

Um organismo é concebido biologicamente como um conjunto de mecanismos que interagem e desempenham funções. O termo função, conforme será melhor explicitado alhures, não é atribuído à totalidade do organismo, mas às suas partes. Essas funções têm por finalidade contribuir de maneira causal com objetivos dados que podem ser verificados empiricamente. Estabelecer quais são esses objetivos perseguidos e de que maneira ocorre essa contribuição causal para sua persecução é, para Boorse, uma questão que não implica uma resposta valorativa (BOORSE, 1975). É assim que ele entende a saúde em sentido teórico, cujo par contrário será a doença (*disease*).

Já em um sentido prático, a saúde encontra sua oposição no termo enfermidade (*illness*). Com o termo enfermidade, Boorse se refere a algo que envolve efeitos incapacitantes que, invariavelmente, resultam em avaliação negativa, como algo indesejável para seu portador. Contudo, o contexto valorativo não é exclusivamente do enfermo, mas também de quem presta os cuidados profissionais – e aí estão inclusas instituições, sejam elas de saúde ou instituições públicas<sup>10</sup> – igualmente imbuídos de avaliações<sup>11</sup>. Nesse sentido, o esforço de Boorse é na direção de analisar a doença, propondo uma descrição de critérios objetivos para sua identificação, restritos a uma concepção biológica. Portanto, doença é relativa à saúde no seu sentido teórico, podendo ser aplicada a qualquer organismo vivo.

A TBS define saúde de forma negativa como a ausência de doença. Para aprofundar mais o que isso significa, faz-se necessário introduzir e explicitar outros conceitos, como o de função biológica e normalidade estatística.

---

<sup>10</sup> O contexto que Boorse tem em mente aqui é o das enfermidades mentais, que, a partir da metade do século passado, ganhou notoriedade no que diz respeito às pessoas cujas condutas eram moralmente reprováveis, bem como criminosos sociopatas. A psicopatologia ainda não gozava de um reconhecimento epistêmico, e o apelo de que essas pessoas poderiam ter suas responsabilidades relativizadas ou serem inclusive inimputáveis em razão de enfermidade mentais era um campo muito acirrado de discussões para diversas áreas da ciência, entre elas as teorias da saúde.

<sup>11</sup> “Uma enfermidade dever ser, primeiro, uma doença razoavelmente séria com efeitos incapacitantes que a torne indesejável. [...] Segundo, chamar uma doença de enfermidade é ver seu portador como merecedor de tratamento especial e com responsabilidade moral diminuída” (BOORSE, 1975, p. 56).

### 2.2.2 Os conceitos de função biológica e de normalidade estatística

Dizer que a TBS é baseada em uma visão naturalista significa que ela concebe o organismo em termos biológicos, cuja fundamentação é de base evolutiva. Isso significa que ela considera que cada organismo vivo desenvolveu e estabeleceu, através dos tempos, interações causais que o definem enquanto uma espécie. Tais interações permitem sua descrição e investigação por meio da qual se torna possível, segundo Boorse, fixar um critério incontroverso entre saúde e doença para determinada espécie. Sendo assim, essas interações causais definem e caracterizam um organismo na medida em que evidenciam uma teleologia biológica que é investigada empiricamente. Essa investigação é conduzida pelos fins biológicos do organismo, ou seja, um tipo de orientação interna a objetivos específicos que não são intencionais<sup>12</sup>.

Considerados em conjunto, os objetivos internos de um organismo não são aleatórios, pelo contrário: eles são hierarquicamente organizados quanto à sua complexidade. Dessa forma, é tarefa de investigação empírica classificar as interações entre níveis e subníveis de sistemas de menor e maior complexidade que compõem um organismo, de modo que uma caracterização geral seja alcançada. Como resultado, uma descrição denominada desenho típico da espécie é estabelecida, sendo definidas pelo conjunto das funções típicas que a caracterizam enquanto espécie e definem sua natureza. Boorse compreende como conjunto de objetivos mais gerais, para os quais os demais objetivos específicos contribuem, a sobrevivência e a reprodução (BOORSE, 1975).

Assim, uma célula de um organismo, por exemplo, possui como objetivo produzir e manter uma série de organelas intracelulares, as quais, por sua vez, têm por objetivo produzir e processar outros nutrientes e substâncias mais específicos para a própria célula e para a totalidade do organismo. Essa célula, contudo, juntamente com outras células, compõem um conjunto que forma um tecido, que, por sua vez, também possui funções e objetivos (revestimento, absorção, separação, sustentação, contração, etc.). Cada um desses sistemas contribui com os demais, sendo que o seu conjunto tem como finalidade a sobrevivência e a reprodução do organismo.

Para Boorse, funções sempre são consideradas e estipuladas a nível populacional, nunca apenas a nível individual. Sendo assim, o que define o desenho típico de uma espécie consiste na uniformidade da organização funcional, mais precisamente na hierarquia típica dos seus

---

<sup>12</sup> O termo intencional, neste contexto, é entendido no sentido de ação direcionada a um fim. Portanto, é diferente do sentido empregado em fenomenologia.

sistemas funcionais entrelaçados e que sustentam a vida do organismo de determinado tipo. Mas essas determinações só podem ser delineadas segundo indivíduos previamente selecionados para uma verificação empírica, os quais são chamados de classe de referência. A TBS se refere à classe de referência como um ideal empírico. Essa classe é obtida por meio da abstração das diferenças particulares entre os indivíduos, buscando identidades em uma amostra relevante de uma população, cuja classificação atende a critérios como de faixa etária e gênero.

Dado um desenho típico estabelecido a partir de uma classe de referência, faz-se necessário definir como a contribuição de uma função pode ser considerada normal. A definição de um critério em relação a uma população utiliza a estatística como ferramenta de identificação de um padrão de normalidade. Nos termos de Boorse,

[...] o funcionamento normal em um membro da classe de referência é a performance de cada parte interna de todas as funções estatisticamente típicas, com ao menos a eficiência típica, isto é, com níveis de eficiência dentro ou acima de alguma região central selecionada de sua distribuição populacional (BOORSE, 1977, p. 558–559).

O que Boorse pretende estabelecer como normalidade tem como foco as funções estatisticamente típicas de cada parte interna de um organismo, por meio do qual é possível identificar uma dada eficiência típica. Considera-se que esse padrão de normalidade se situa em uma região central dada uma população distribuída, sendo desconsideradas as extremidades que representam o que está muito acima ou abaixo do normal. Sendo assim, o funcionamento anormal ocorre quando a eficiência de uma função está abaixo do estatisticamente típico. Isso porque o sentido pelo qual Boorse entende o termo *função* não é meramente em relação à concreção de processos que contribuem fisiologicamente, como, por exemplo, a secreção de hormonal por uma determinada glândula. O sentido que Boorse entende por função compreende, em si, uma contribuição de determinada forma que seja a mais adequada dadas circunstâncias. Isso quer dizer que a função da glândula não se restringe apenas a secretar determinado hormônio, mas fazê-lo adequadamente na dose certa, segundo um contexto interno e objetivo específico.

Entretanto, o que é considerado anormal não se trata de qualquer desvio da curva de normalidade. Por exemplo, ter cabelos ruivos ou olhos claros, possuir força e inteligência acima da média ou ser canhoto, são características que podem ser consideradas um desvio da normalidade sem, contudo, serem classificadas como anormalidade. Boorse tem o cuidado de observar que determinados níveis de desvio são comuns, como pequenas irritações pulmonares em decorrência da poluição, pequenas inflamações gengivais, cáries, entre outras situações.

Segundo ele, embora sejam patologias recorrentes, não afetam de maneira significativa o organismo, representando desvios em si muito próximos da normalidade típica (BOORSE, 1977). Ele admite também o funcionamento acima do normal como algo compatível com a saúde, a exemplo do funcionamento cardíaco de um atleta de alta performance.

Boorse nota, ainda, que uma característica das funções biológicas é que elas não são contínuas, podendo ser exigidas em determinadas ocasiões pontuais. Em atenção a esse aspecto, ele adiciona um elemento em sua teoria, que é o da prontidão funcional. Isso significa que o organismo deve funcionar normalmente em relação a uma situação específica, isto é, um fato empírico. Assim, é possível que um organismo possa estar funcionando normalmente e, contudo, incapacitado para determinada situação que ainda não tenha emergido. Nesse caso, o organismo é considerado doente, ainda que situação nunca venha a ocorrer (BOORSE, 1977).

O conceito de doença da TBS é apresentado de maneira estruturada, nas palavras do próprio Boorse (1977), da seguinte forma:

- 1) A classe de referência *é uma* classe natural de organismos de design funcional uniforme; especificamente, um grupo etário de um sexo de uma espécie.
- 2) Uma função normal de uma parte ou processo dentro dos membros da classe de referência é uma contribuição estatisticamente típica para sua sobrevivência e reprodução individuais.
- 3) A saúde de um membro da classe de referência é a capacidade funcional normal: a disponibilidade de cada parte interna para executar todas as suas funções normais funciona em ocasiões típicas com pelo menos eficiência típica.
- 4) Uma doença é um tipo de estado interno que prejudica a saúde, ou seja, reduz uma ou mais habilidades funcionais abaixo da eficiência típica (BOORSE, 1977, p. 562).

A proposta da Teoria Bioestatística da Saúde impactou a sua época e continua sendo discutida e avaliada. É inegável que seu surgimento fomentou o aparecimento de uma variedade de outras perspectivas filosóficas sobre os conceitos de saúde e de doença. Inúmeras críticas foram dirigidas à TBS desde a sua publicação, algumas das quais foram apresentadas e respondidas pelo autor posteriormente, enquanto outras permaneceram em aberto. Há, ainda, reconsiderações como, por exemplo, a importância da influência externa do ambiente no funcionamento interno do corpo (BOORSE, 1997). Recentemente, Boorse fez considerações sobre essa formulação mencionando que outras concepções de funcionalidade poderiam ser alternativas à sua proposta – caso viessem a ser comprovadas (BOORSE, 2014). É importante mencionar também que, algum tempo depois, Boorse modificou os termos de saúde e doença

para normal e patológico (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002), tendo em vista adequar melhor sua terminologia às ideias de função biológica e normalidade estatística.

### 2.2.3 Críticas à Teoria Bioestatística

Os trabalhos de Boorse (1975; 1977) tiveram uma repercussão significativa, tendo sido analisados por inúmeros trabalhos posteriores na filosofia da medicina e ciências da saúde. Ele esquematizou todas as críticas que lhes foram feitas, apresentou-as e respondeu a cada uma em um trabalho mais recente denominado *Rebuttal on health* (1997). Apresentar toda essa discussão de maneira pormenorizada fugiria ao escopo deste trabalho, que, como já se disse, consiste em apresentar as duas teorias que figuram como expoentes de perspectivas distintas nas teorias da saúde. Sendo assim, no intuito de manter a linha expositiva deste trabalho, as críticas apresentadas a seguir são as que foram opostas por Lennart Nordenfelt (1995), cuja teoria será objeto de análise da seção seguinte.

O conceito de função vinculado a objetivos, conforme a proposta da TBS, mostra-se, segundo Lennart Nordenfelt (1995), como uma proposta bastante superior em relação a outras nessa mesma esteira biológica. Entretanto, ele chama a atenção para a existência de uma obscuridade conceitual. A pretensão de que um órgão detenha uma função não implica que ele tenha a habilidade para cumpri-la. Nesse sentido, função é um vínculo abstrato entre um órgão e um objetivo, não garantindo sua capacidade para performance. Portanto, deve haver diferenças entre os conceitos de função, funcionamento e habilidade funcional. Ainda que seja possível supor o sentido atribuído a tais conceitos – haja vista a argumentação e os exemplos apresentados, não há, em momento algum, uma definição explícita de distinção entre eles (NORDENFELT, 1995).

Com relação ao termo específico de função, outro aspecto problemático está relacionado à sua identificação, bem como os objetivos. Se forem consideradas todas as funções e objetivos, desde as mais grosseiras até as microscópicas, como nos níveis celular e genético, identificá-las uma a uma de modo a listá-las completamente parece se tratar de uma tarefa interminável. Isso implicaria, em última instância, uma decisão arbitrária sobre quais seriam as funções e os objetivos cuja normalidade estatística seria relevante a fim estabelecer um limite.

A crítica de Nordenfelt sublinha ainda que a intensidade da performance funcional pode variar muito em circunstâncias padrão. A performance de órgãos de atividade contínua pode exigir níveis próximos ao máximo de esforço para atingir seus objetivos. Segundo Nordenfelt, isso afeta diretamente o critério da eficiência estatisticamente típica, pois é fácil observar órgãos

cujo funcionamento é constante, como os ritmos cardíacos e respiratórios. Contudo, considerando outras partes do corpo, como o estômago ou o tecido adiposo, órgãos cujo desempenho não é constantemente requerido, suas atividades ou funções estão na maior parte do tempo em repouso. Caso não sejam levadas em consideração as circunstâncias nas quais cada função é requerida e desempenhada, a eficiência estatisticamente típica desses órgãos deverá se manifestar em repouso. A questão consiste, então, em como saber se um órgão está funcionando abaixo da sua eficiência ou se ele simplesmente não está em atividade. Conseqüentemente, uma plataforma estritamente biológica exigiria uma variedade muito abrangente de circunstâncias para a determinação de um padrão de normalidade.

### 2.3 TEORIA HOLÍSTICA DA SAÚDE (LENNART NORDENFELT)

Alternativamente à perspectiva bioestatística da saúde, uma abordagem apresentada por Lennart Nordenfelt<sup>13</sup> mobiliza outros conceitos para determinar o que seja a saúde. A sua perspectiva não se restringe ao corpo do indivíduo e suas relações internas, mas compreende o indivíduo e suas relações externas, como fatores ambientais, habilidade, felicidade, etc. Nesse sentido, essa teoria é marcada por uma perspectiva holística sobre a saúde, na medida em que procura compreender o ser humano em sua totalidade e não apenas seu caráter biológico.

#### 2.3.1 O conceito de ação e habilidade para tarefas vitais

A Teoria Holística da Saúde (THS) considera o ser humano não apenas como um organismo biológico, constituído de relações causais, mas também o concebe enquanto indivíduo que interage com o meio no qual está inserido. Tal perspectiva compreende o ser humano como um agente socialmente integrado a uma pluralidade de atividades diárias, pelas quais se envolve com outros indivíduos, com instituições e com o ambiente (NORDENFELT, 1995). Ao concebê-lo dessa forma, a THS admite um critério valorativo para o conceito de saúde, relativo às dimensões psicológica e social do ser humano, segundo as quais, ele pode ser avaliado na medida em que se sente bem consigo mesmo e enquanto desempenha funções e atividades relativas ao contexto no qual está inserido. Nesse sentido, sem ignorar as circunstâncias ambientais que envolvem o indivíduo, a THS considera que há um laço que une saúde, sentir-se bem e habilidades de performance.

---

<sup>13</sup> Nordenfelt cita outras propostas que também são consideradas por ele como teorias holísticas da saúde, como as de Caroline Whitebeck e Ingmar Pörn, K. W. Fulford (NORDENFELT, 2013).



Em termos gerais, Nordenfelt entende saúde “como habilidade que um indivíduo possui para realizar objetivos dado um contexto circunstancial padrão” (NORDENFELT, 1995). Considerando que o parâmetro é o de habilidades para agir, a THS mobiliza conceitos de uma teoria da ação. Assim, ela estratifica as ações desempenhadas e elabora uma classificação dessas ações. Elas podem ser ações do tipo básica, concernente a ações que dão início a uma cadeia de ações e se caracterizam por serem um movimento corporal intencional; ou podem ser ações do tipo gerada, que é aquela que decorre de uma ação anterior, seja ela outra ação básica ou uma ação gerada precedente. As ações são intencionais no sentido de serem guiadas por um fator psicológico conscientemente deliberado e planejado. Portanto, não se confunde com um movimento corporal involuntário ou um mero evento (NORDENFELT, 1995).

Para que ocorra uma ação, é imprescindível que haja um ambiente com o qual o indivíduo esteja em constante interação. Esse ambiente é, ao mesmo tempo, condição de liberdade para agir e limitação de toda e qualquer possibilidade de ação. Nesse contexto, a relação do indivíduo com o ambiente é entendida como oportunidade para agir. A eventualidade das limitações pode ser de ordem interna, isto é, relativas às próprias possibilidades corporais, ou externa, relativa às ações de outros indivíduos e às condições do próprio ambiente.

Do ponto de vista do indivíduo, as ações visam sempre a um determinado objetivo. Elas se encadeiam umas às outras de forma que, por meio de uma sequência de ações, a probabilidade de alcance do objetivo pretendido é aumentada ou diminuída. Nesse sentido, ter habilidade para executar uma determinada ação consiste na otimização das chances de alcançar o objetivo pretendido, ou seja, na eleição das melhores ações que possibilitem aumentar a probabilidade de que o resultado seja atingido. Nordenfelt entende que ações são planejadas antes de serem executadas. A habilidade para agir pressupõe um primeiro estágio de planejamento, que requer uma habilidade para planejar a ação. É nesse estágio que operam as interdições, sejam elas morais, legais ou repulsivas, que impedem que uma ação ocorra. Nordenfelt entende que muitas doenças mentais têm relação com esse estágio. Com relação ao segundo estágio, o da habilidade de executar a ação, uma série de não impedimentos corporais são pressupostos para que a ação ocorra, como plena capacidade de movimentos, força muscular, etc. Inexistindo impedimento em ambos os estágios, conclui-se que há possibilidade prática para uma ação básica (NORDENFELT, 1995).

Sendo assim, na THS, a habilidade para agir, somada à oportunidade para agir do ambiente é chamada de possibilidade prática. Quando um objetivo é alcançado pela possibilidade prática de uma ação executada, denomina-se realização<sup>14</sup>.

Do ponto de vista exterior, oportunidades concorrem para que, na trajetória da sequência de ações, a habilidade para agir se manifeste. Contudo, tal habilidade só é possível em um ambiente em que, sendo oferecidos fatores mais ou menos adequados, a ação seja facilitada ou dificultada. Assim, a THS considera que há um elemento circunstancial que qualifica as oportunidades emergentes em um dado um contexto. As circunstâncias devem ser normais ou padrão, ou seja, as oportunidades de agir não podem apresentar condições extremas, sejam elas favoráveis ou não. O que conta como uma situação excepcionalmente vantajosa ou difícil em relação a uma ação específica é basicamente uma questão normativa (NORDENFELT, 1995). As circunstâncias variam de acordo com o local, tempo e cultura. Um indivíduo que habita em uma região que, em determinada época do ano, atinge temperaturas de -39 °C graus não tem a mesma circunstância que outro habitante de um país tropical, por exemplo. As circunstâncias compreendem condições aceitáveis, mediante as quais é possível avaliar as habilidades do indivíduo em ter expectativas quanto à realização da sua ação. Não basta apenas um planejamento que considere objetivos vitais, mas que desconsidere as circunstâncias nas quais serão realizados. Por fim, não há como aferir qualquer avaliação objetiva ou estatística nesse quesito, razão pela qual é considerado um conceito de avaliação normativa de um elemento circunstancial que assegura as condições para que uma ação seja realizada normalmente.

Os fins perseguidos são chamados de objetivos vitais e são entendidos em termos valorativos análogos ao conceito de circunstâncias padrão. Contudo, embora a THS seja marcada pela presença de estados do indivíduo para o conceito de saúde, ela entende que uma decisão arbitrária acerca das prioridades do indivíduo não fornece, necessariamente, um parâmetro criterioso para definir o que é doença. Uma pessoa pode ter como objetivos perseguir o apenas o mínimo para existência, o que pode resultar numa doença ou incapacidade física. Outro caso similar é de alguém que elege meios de ação contraproducentes com os próprios objetivos ou ainda que tenha concepções irrealistas acerca do mundo. Esses são problemas que são apresentados por Nordenfelt e aos quais ele pretende responder com o seu conceito de qualidade de vida e felicidade mínima (NORDENFELT, 1995).

---

<sup>14</sup> A realização pressupõe o conhecimento prévio das crenças e das intenções do agente; do contrário, seria um mero evento.

### 2.3.2 Os conceitos de qualidade de vida e felicidade mínima

Embora a satisfação de necessidades básicas, sejam elas de ordem fisiológica ou psicológica – como atender à necessidade de comida e bebida, segurança, sono, amor, etc. –, seja de vital importância, ela não é suficiente para determinar um conceito para saúde (NORDENFELT, 1995). O conceito de qualidade de vida está relacionado ao de necessidade, sem estar, contudo, restrito a ele. Dessa forma, se os objetivos vitais não estão circunscritos ao mínimo das necessidades básicas, tampouco são compreendidos como a máxima arbitrariedade da decisão individual, mas servem de parâmetros para os conceitos de felicidade (*happiness*) e o mínimo de bem-estar (*welfare*). A ideia é a de que “os objetivos vitais do homem são aqueles cuja realização é necessária e conjuntamente suficiente para um grau mínimo de bem-estar, ou seja, a felicidade” (NORDENFELT, 1995)

A felicidade, para Nordenfelt, depende, primeiramente, de uma distinção entre *ser* feliz e *sentir-se* feliz. Felicidade não está restrita a um estado emocional de sentir-se feliz em razão de algo<sup>15</sup>; isso, em sua concepção, seria apenas um dos objetos possíveis da felicidade. Mais que isso, a felicidade é um conceito que envolve um estado cognitivo, isto é, que pressupõe um conjunto de crenças ou conhecimentos que não precisam, necessariamente, ser sofisticados. Nesse sentido, felicidade tampouco estaria identificada com a satisfação de prazeres. Nordenfelt entende que o conceito de felicidade está muito próximo à sua definição de realização, ainda que seja a mera crença de que a realização de algo resulte em felicidade. Na medida em que felicidade e realização são aproximadas, a felicidade se mostra viável para um conceito de saúde centrado no indivíduo. Não obstante, tal aproximação pode não ser tão evidente na realidade, ou seja: ser feliz e estar saudável são concepções bastante distintas. Uma pessoa pode sobreviver sob condições bastante limitadas e ser considerada saudável, mas por lhe faltarem oportunidades, ela pode ser infeliz, por exemplo. O contrário também pode ser verificado, ou seja, uma pessoa cujo estado não seja saudável pode ser muito feliz. Sendo assim, os objetivos vitais serão aqueles que um indivíduo necessita preencher (ou acreditar que tenha preenchido) em vista de ser minimamente feliz.

Apesar de os objetivos vitais serem particulares para cada indivíduo, Nordenfelt elege alguns que são básicos. Esses objetivos compreendem aqueles que são os necessários à sobrevivência do indivíduo, mas contempla ainda outros objetivos mais gerais, como ter uma missão na vida, ter uma vida sexual, ter amigos e assim por diante. Nordenfelt reconhece que

---

<sup>15</sup> Nordenfelt definiu a felicidade como uma emoção no seu primeiro trabalho *Quality of life, health and happiness* (1987). Contudo, esta concepção foi revisada posteriormente em 1995, no seu trabalho *On the nature of health*.

há um grande risco de que nem todos venham a entender que algum desses objetivos básicos sejam indispensáveis para a felicidade mínima. A THS não ignora esse fato. Por isso, a perspectiva desta teoria é de que esses objetivos devem ser perseguidos e descobertos ao longo da vida.

## 2.4 CONCLUSÃO

A exposição desenvolvida neste capítulo teve por finalidade apresentar de algumas linhas teóricas que abordam os conceitos de saúde e de doença. Um dos legados da Teoria Hipocrática é seu juramento, que vincula, de maneira ética, todo o uso dos conhecimentos medicinais em prol dos benefícios dos pacientes, além de diretrizes morais que devem nortear a conduta médica. Nordenfelt nota ainda que há outras influências remanescentes desta teoria, como as ideias de saúde como balanço e de que o que é natural é normal (NORDENFELT, 1995). Assim como Svenaeus vê, na sua abordagem fenomenológica, traços similares às noções de ritmo de vida e ser-no-mundo familiarizado (SVENAEUS, 2000), conforme será abordado mais adiante.

As duas teorias mais recentes, a Bioestatística e a Holística, ilustram duas dimensões bastante diferentes sobre a saúde e a doença<sup>16</sup>, cada uma com suas vantagens e desvantagens. A Teoria Bioestatística é reconhecida por oferecer parâmetros conceituais que possibilitam pensar saúde e doença em qualquer organismo vivo. Ao delimitar suas observações aos processos corporais, a teoria Bioestatística é notável por fornecer classificação das doenças segundo um conjunto de sintomas. Ela falha, contudo, quando na presença de sintomas nenhuma anormalidade funcional biológica é identificada, deixando a TBS sem uma resposta.

A THS de Nordenfelt, por sua vez, tem sua atenção direcionada para o indivíduo enquanto pessoa que tem liberdade para agir e interagir com outros indivíduos e com o ambiente. Ela elege o conceito de felicidade como critério subjetivo normativo para a saúde, o que parece relevante especialmente em contextos das psicopatologias, como o caso da depressão na contemporaneidade. Entretanto, sua inclinação à subjetividade permite uma amplitude significativa que pode, em última instância, inviabilizá-la na prática.

A teoria fenomenológica da enfermidade que será apresentada a seguir se situa no campo das teorias holísticas da saúde e oferece um enfoque bastante distinto das teorias

---

<sup>16</sup>Nordenfelt pretende que haja uma oposição entre as abordagens bioestatística e holística. (NORDENFELT, 2013)

apresentadas. Ela privilegia os aspectos vividos da doença, que no caso da enfermidade consistem nas transformações que ela promove na experiência do mundo.

### 3 A TEORIA FENOMENOLÓGICA

A Fenomenologia da Enfermidade compreende diferentes abordagens, cuja apresentação dos núcleos temáticos será objeto do presente capítulo. Elas se distinguem entre si por seus aportes teóricos fenomenológicos, que utilizam termos distintos. Portanto, elas enfatizam aspectos diversos da experiência vivida, de maneira que não há contradição elas (SVENAEUS, 2019). Para Frederik Svenaeus, uma abordagem fenomenológica da enfermidade pode ser entendida como situada no domínio das Teorias Holísticas da Saúde<sup>17</sup> (SVENAEUS, 2013). Isso porque ela se distancia da perspectiva biológica e se direciona para outros aspectos significativos. No caso da abordagem fenomenológica, o que está em relevo são os aspectos vividos da experiência. Em se tratando da enfermidade, o que está em questão é a estrutura significativa da experiência da doença. Dessa forma, o que é vivido em primeira pessoa como transformação da maneira de existir, de hábitos, interesses, de expectativas, etc., como transformação da experiência de uma maneira global e não apenas a disfunção restritiva ao domínio do funcionamento corporal, é que é o centro das investigações fenomenológicas da enfermidade (CAREL, 2008; 2016).

Assim, embora não tenham desenvolvido temas filosóficos estritamente direcionados para a enfermidade, trabalhos como os de Husserl, Sartre, Merleau-Ponty e Heidegger servem de base fenomenológica para mostrar de que forma a enfermidade pode promover alterações profundas da experiência. A interpretação de seus trabalhos permite compreender que, em contextos alterados, como os de enfermidade, é possível identificar estruturas que anteriormente não eram evidentes e que se tornam aparentes diante da perturbação da experiência vivida. Essas estruturas compreendem os mais variados níveis experienciais, como os da corporeidade, da relação com o ambiente, das relações espaço-temporais e da relação com os outros indivíduos.

Alguns trabalhos fenomenológicos que ganharam destaque na filosofia da medicina e nas ciências da saúde são os de Richard Zaner (1971; 1981) e Drew Leder (1990), os quais reverberam nos trabalhos de Kay Toombs (1988; 1990; 1992; 1995), Fredrik Svenaeus (2000; 2013; 2018; 2019) e Havi Carel (2013; 2013a; 2016), autores cujos trabalhos serão abordados

---

<sup>17</sup> Com a expressão “teorias holísticas da saúde”, Svenaeus se refere a um campo bastante heterogêneo de teorias da saúde, cujo embasamento não se restringe à perspectiva biológica e que compreende e considera a pessoa que vive e atua em um ambiente social. Portanto, o sentido do termo “holístico”, neste caso, é em um sentido mais geral que o utilizado em referência à teoria de Nordenfelt, apresentada no capítulo anterior. A teoria fenomenológica da enfermidade elaborada por de Svenaeus é reconhecida por Nordenfelt como contendo grandes traços de afinidade com sua teoria holística, distinguindo-se, no entanto, por não enfatizar as habilidades para agir, visto que não se ampara em uma teoria da ação (NORDENFELT, 2013, p. 23).

daqui para frente. Nesse sentido, a fenomenologia da enfermidade já se constitui atualmente como um marco teórico bem desenvolvido na filosofia da medicina, embora ainda não ocupe lugar de destaque entre as demais abordagens teóricas da saúde e da doença.

As três abordagens que serão apresentadas a seguir juntamente com seus núcleos teóricos são:

- 1) A abordagem do “Paradigma do corpo vivido”, que possui ênfase em aspectos fenomenológicos da corporeidade e que propõe estruturas que sistematizam a relação do corpo vivido (*Leib*) com o corpo objetual (*Körper*);
- 2) A abordagem lastreada na fenomenologia hermenêutica, cuja ênfase está na dimensão afetiva e seu papel constituinte do ser-no-mundo;
- 3) A abordagem centrada no conceito de sentimento corporal de confiança, que também designa um núcleo afetivo estrutural da corporeidade.

A seguir, serão apresentados os conceitos e os núcleos temáticos de cada uma dessas três abordagens fenomenológicas, a fim de fornecer o fundo teórico por trás do conceito de experiência vivida em cada abordagem. Subsequentemente, no próximo capítulo, será apresentado como tais conceitos e temas revelam a emergência do fenômeno da enfermidade como transformação da experiência para cada uma das abordagens apresentadas.

### 3.1 A ABORDAGEM RELATIVA AOS ASPECTOS DA CORPOREIDADE

O trabalho desenvolvido por Kay Toombs (1988; 1990; 1992) se constitui como um marco importante da fenomenologia da enfermidade na filosofia da medicina e nas ciências da saúde. Ela se serve de outros trabalhos fenomenológicos, como Sartre e Merleau-Ponty, mas principalmente do trabalho de Richard Zaner, pelo qual se guia. No intuito de demonstrar como as perspectivas do médico e do paciente são terminantemente distintas em relação à enfermidade, Toombs sistematiza uma série de conceitos fenomenológicos que não apenas evidenciam essa diferença como podem supri-la. Isso porque, segundo a autora, inobstante a proximidade espacial do encontro clínico e a familiaridade científica do profissional da saúde com a doença enquanto um objeto científico, o distanciamento entre médico e paciente é de natureza experiencial, resultando em mundos distintos que não são partilhados.

Sob o ponto de vista fenomenológico, o ser humano é caracterizado por uma complexidade e um caráter autobiográfico da subjetividade, bem como da intersubjetividade

que permeia a relação entre indivíduos. Com a enfermidade, essa complexidade é acentuada, constituindo-se como uma lacuna na relação entre médico e paciente, entre a perspectiva de quem está vivendo a doença e de quem promove cuidados em saúde. Essa situação é relevante na medida em que contribui negativamente, lançando o paciente a contextos de incertezas, ansiedade, medo e desamparo, o que muitas vezes resulta no agravamento do quadro da enfermidade ou em dificuldades de adesão a tratamentos.

Sendo assim, essa deficiência no compartilhamento de mundos ocorre em um nível significativo, ou seja: a experiência é narrada pelo paciente, que expressa como é estar enfermo e como vive a enfermidade, enquanto o sofrimento é inapreensível pelo profissional, cujo treinamento científico condicionou sua atenção àquilo que é considerado cientificamente necessário para identificar sintomaticamente a doença e que, portanto, é considerado relevante. Desse modo, padrões de sinais corporais e sintomas condizentes com a literatura científica são privilegiados na entrevista com o paciente, buscando-se identificar indicadores de entidades definidas pelas categorias da ciência médica. Qualquer outra informação que não componha esse aporte teórico é considerada como dado irrelevante ou de menor importância (TOOMBS, 1992). Portanto, Toombs identifica, de um lado, uma a atitude natural do paciente, e, de outro, uma atitude naturalística do profissional, que considera os aspectos vividos com menor relevância por terem contribuição epistêmica objetiva limitada. Como resultado, verifica-se uma falha de intercambialidade de pontos de vista, bem como uma incongruência no esquema representacional entre profissional da saúde e paciente (TOOMBS, 1992).

Sendo assim, a sugestão de Toombs é de que a abordagem fenomenológica da enfermidade pode oferecer uma alternativa a essa situação na medida em que disponibiliza recursos conceituais que permitem compreender a experiência vivida da doença a partir de aspectos significativamente relevantes que evidenciam uma transformação global de mundo de quem experiencia. Para tanto, Toombs reúne uma série de conceitos estruturais da corporeidade, os quais sistematizam a descrição da experiência vivida, o que a autora chamou de paradigma do corpo vivido. Esse paradigma consiste numa elaboração sistematizada que descreve as estruturas do corpo vivido (*Leib*), as quais operam de forma que possibilite a experiência corporificada. Por isso, essa abordagem enfatiza aspectos da corporeidade vivida, tendo como foco central as noções do corpo próprio, como corpo vivido (*Leib*) e corpo objetual (*Körper*).



### 3.1.1 Corpo vivido (*Leib*) e corpo objetual (*Körper*)

Tendo em vista a experiência da enfermidade e suas transformações na corporeidade, torna-se necessário, primeiramente, analisar a maneira como o corpo é experienciado em circunstâncias normais. A fenomenologia distingue dois modos pelos quais a consciência se relaciona com o corpo, de modo que ele possa ser acessado de duas maneiras distintas. Há um modo pelo qual o corpo é experienciado de uma forma não objetual, isto é, ele não é tematizado explicitamente, mas é tido de uma maneira pré-reflexiva, de maneira vivida a cada experiência. Esse modo de apreensão é chamado de *corpo vivido (Leib)*. O segundo modo, por sua vez, consiste em uma apreensão reflexiva, que desloca o corpo para a tematização da consciência, a qual lhe individualiza como um objeto. Esse modo de apreensão é chamado de *corpo objetual (Körper)*.

O tema do corpo vivido e do corpo objetual foi tradicionalmente analisado nos trabalhos de Husserl, Sartre e Merleau-Ponty, os quais são utilizados por Toombs para desenvolver o seu pensamento. Assim, a autora descreve as características da corporeidade pré-reflexiva, as quais possibilitam a relação do corpo com o mundo. Essas características são importantes na medida em que o corpo é imprescindível na contínua interação cotidiana com a realidade, viabilizando a experiência de objetos sem que se tenha o foco se atenha à experiência do corpo em si. Sendo assim, Toombs refere quatro características da relação pré-reflexiva com o corpo, vale dizer, do corpo vivido (TOOMBS, 1992).

Em primeiro lugar, como já mencionado, o corpo vivido não é explicitamente tematizado como corpo no sentido de um objeto que é apreendido da mesma forma que os demais entes do mundo. Portanto, no nível da experiência vivida, o corpo não é experienciado como um ente fisiológico, com diferentes órgãos que são apreendidos distintamente entre si à medida em que se uma tem experiência, embora a corporeidade seja sempre requerida e esteja sempre implicada. Contudo, ao experienciar algo não se tem a experiência do próprio cérebro que pensa, mas a experiência de estar pensando. Tampouco se tem a experiência de estrutura esquelética própria ou de toda a complexa ramificação neurosensorial de nossos membros, mas sim a experiência das sensações que elas proporcionam. Isso significa que, no nível do corpo vivido, o que está em foco é o objetivo ou a atividade em questão, em relação à qual o corpo vivido permanece atenuado ou subtraído até que, eventualmente, seja objeto de atenção.

Cotidianamente, o corpo vivido permanece esquecido e suprimido frente ao mundo em que as ações e os projetos são empreendidos e se desenvolvem ganhando espaços. Na execução de uma tarefa, a consciência não está dirigida para o encadeamento dos movimentos corporais

ao nível da motricidade fina, tampouco o equilíbrio e eventuais ajustes para o perfeito alcance do objetivo pretendido, como apanhar um objeto por exemplo. Da mesma maneira, não se tem a consciência de toda a atividade neuronal envolvida na concepção da ideia ou na elaboração mental da execução de uma ação pretendida em relação a determinados objetivos. Na tarefa como a escrita de um texto, por exemplo, a consciência está atenta ao encadeamento das ideias que serão registradas e suas formulações em sentenças. Apenas no caso de haver alguma interrupção dessa atividade é que ela poderá ser direcionada para ato de pressionar as teclas ordenadamente, de tal forma que, com a imersão na escrita, os movimentos dos dedos executam a datilografia automaticamente. Somente quando o ato de datilografar passa a ser o foco da atenção é que a ação pode muitas vezes perder fluidez e dinâmica, quando não é interrompida subitamente. Não obstante, eventuais erros de grafia são constatados de forma visual no monitor ao invés de serem detectados pelos movimentos equivocados dos dedos no teclado. Ou seja, pelo foco na execução da tarefa e não nos movimentos executados. Nesse sentido, Toombs afirma que o corpo é o centro no qual toda e qualquer ação toma lugar e no qual ele é “dado inapreensivelmente”, isto é, um centro que é indicado mas nunca apreendido enquanto tal (TOOMBS, 1992, p. 52). Segundo Toombs, isso é o que Sartre designa de consciência não tética: no caso da experiência de dor em uma parte do corpo, não há uma distinção entre o membro corporal e a dor, mas a experiência dolorida, o membro vivido de forma dolorosa.

A segunda característica se refere ao que diferencia o corpo vivido dos demais objetos do mundo. Gize-se uma vez mais, a experiência dos objetos só é possível porque há um corpo, na medida em que este é vivido. É nesse sentido que a fenomenologia tradicionalmente afirma que a relação com o corpo não ocorre em termos de que “eu possuo um corpo”, mas sim de que “eu sou” um corpo. O que se quer sublinhar com isso, e essa já é a terceira característica, é o fato de que o corpo vivido possui um traço existencial, uma identificação fundamental de que não há separação entre o corpo vivido e o *self*. A experiência do mundo e de si mesmo já é, desde sempre, de uma perspectiva própria e intransferível, a corporeidade própria, que é o marco zero de toda e qualquer experiência possível. O corpo é o lugar de acesso ao mundo em primeiro lugar enquanto orientação e posição por meio da complexa rede informacional que o sistema sensorial proporciona. Ter experiência de mundo, perceber algo é, necessariamente, relacionar-se com algo e com o mundo de maneira corporificada (TOOMBS, 1992).

Por fim, a quarta característica é de que o corpo vivido pode ser descrito por meio de estruturas fenomenológicas, apresentadas de forma sistematizada por Toombs. A reunião dessas estruturas é proveniente dos estudos fenomenológicos acerca da corporeidade proposta nos trabalhos de Merleau-Ponty, Sartre e Richard Zaner. Essa sistematização procura explicitar

melhor a interação entre corpo objetual e corpo vivido na experiência. O conjunto dessas estruturas propostas por Toombs é o objeto da próxima seção, que abordará o paradigma do corpo vivido.

### **3.1.2 O paradigma do corpo vivido e suas estruturas**

O paradigma do corpo vivido sistematizado por Toombs (TOOMBS, 1988) consiste em um marco teórico fenomenológico que tem por objetivo explicitar conceitualmente as estruturas básicas que permitem a experiência significativa. Ou seja, uma vez que a experiência depende da articulação entre corpo vivido e corpo objetual, a compreensão do modo como essa interação ocorre permite descrever fenomenologicamente não apenas a experiência vivida normal, mas também a experiência vivida da doença, isto é, a enfermidade. Sendo assim, a abordagem fenomenológica que tem como base elementos da corporeidade tem o intuito de descrever a enfermidade enquanto colapso ou falha de uma ou mais dessas estruturas, prejudicando a totalidade experiencial unificada e significativa que possibilita e assegura todo e qualquer engajamento com o mundo. Essas estruturas que compõem o paradigma proposto por Toombs são: ser-no-mundo; significação primária; intencionalidade corporal; organização contextual, imagem corporal e exibição gestual (TOOMBS, 1988; 1992).

#### *3.1.2.1 Ser-no-mundo*

O tratamento do tema da corporeidade na fenomenologia se destaca pela recusa da redução do corpo a um conjunto de interações mecânicas e biológicas. Toombs destaca a fenomenologia de Merleau-Ponty, na qual a corporeidade ocupa uma posição central e o estudo da percepção pressupõe uma teoria do corpo. Nesse contexto, a percepção não é apenas o resultado de interações mecânicas que são afetadas por estímulos e que produzem informações que, decodificadas, revelam o ambiente estimulante. Toombs sublinha que perceber consiste em uma maneira ativa de interação com o ambiente e o corpo vivido é entendido enquanto a corporificação de uma consciência que se engaja e é engajada pelo mundo. Não apenas nos encontramos constantemente situados no interior do mundo como nele nos movemos continuamente, organizando-o em termos de projetos (TOOMBS, 1992).

Perceber não é um fenômeno puramente mecânico e fisiológico, tampouco puramente psicológico, mas algo que opera com valor e significado, por meio do que as coisas aparecem com mais ou menos importância e apelo. Para compreender o corpo vivido, é preciso entendê-

lo enquanto um ser-no-mundo que age, atua e se engaja sempre de forma situada e se situando continuamente. Nesse quadro, o que se verifica não são processos corporais cegos, mas gestos e movimentos que ajustam constantemente condutas direcionadas a projetos; não há impressões que são traduzidas como objetos, mas objetos que se dão eles mesmos e que não apenas orientam como também convidam à ações. Desse modo, a concepção de ser-no-mundo como estrutura do corpo vivido significa atribuir-lhe uma orientação da experiência sensorial com um sentido de inteligência e afetividade no nível da corporeidade (TOOMBS, 1988; 1992). Isso permite a aparição dos objetos sempre referidos a situações concretas, convocando a atitudes a serem tomadas. Portanto, definir o corpo vivido com sendo estruturalmente um ser-no-mundo corporificado significa compreendê-lo como sendo inseparável de um modo de percepção como contínua inserção de condutas a serem determinadas e executadas em relação a tarefas (ZANER, 1971). Sendo assim, afirmar que percepção não é cega significa dizer que ela não é dissociada do contexto situacional concreto no qual ela ocorre e no qual o corpo vivido se situa como ser-no-mundo corporificado. Da mesma forma, os atos também devem ser entendidos como inseridos em situações de significação prática para um sujeito que é corporificado.

### *3.1.2.2 Intencionalidade corporal*

Por se encontrar imerso em um universo permeado de significações práticas, o mundo desperta, no corpo vivido, um repertório intencional de respostas corporais habituais (TOOMBS, 1992), por meio do qual os objetos são apreendidos enquanto manipuláveis e utilizáveis. Ou seja, o corpo vivido agrega uma coleção intencional de movimentos corporais que permitem que os objetos apareçam como polos de ações possíveis, mostrando um esquema de equivalência entre os objetos e as ações corporais como uma organização total coordenada de atividades variadas, corporalmente atuais e possíveis (ZANER, 1971). Toombs usa a imagem de “fios intencionais”, os quais ligam o corpo aos objetos e os revelam como tarefas que delimitam ações possíveis e tecem um contexto situacional, como no seguinte exemplo:

Na ação da mão que alcança a caneta está contida uma referência ao objeto, não como objeto representado, mas como algo muito mais específico a que pretendo "a fim de" realizar alguma ação (TOOMBS, 1992, p. 55).

Com o objeto se apresentando como disponível em sua ligação intencional com o corpo vivido, a mão que, deslocando-se ao seu encontro o busca, executa um movimento de acordo com o objeto específico, que é uma caneta e não uma caneca. A estrutura da intencionalidade

corporal confere ao corpo vivido a possibilidade de conter em si a referência ao objeto buscado não como uma representação, mas como algo em si delimitado que pode ser alcançado segundo determinado repertório corporal designado e adequado ao próprio objeto. Isso se dá de tal sorte que o movimento de alcançar uma caneta e uma anilha de 20 kg aponta, intencionalmente, para repertórios de movimentos corporais distintos.

A intencionalidade corporal pode ser interpretada como a consciência entendida fenomenologicamente em termos de *eu posso* em lugar de *eu penso* (TOOMBS, 1992). Ela faz com que cada parte do espaço deixe de ser geográfico e se transforme em um espaço comportamental, composto de objetos que orientam contextos de ações corporais possíveis antes mesmo de estarem relacionados a conceitos de objetos. É a manifestação da consciência engajada como ser-no-mundo (ZANER, 1971).

### 3.1.2.3 Significação primária

Apesar de a relação perceptual com o mundo poder ser entendida como uma relação causal com as coisas, de tal forma que os objetos materiais sejam identificados por estímulos via afecção sensível, esse entendimento não compreende a perspectiva da experiência vivida (ZANER, 1971). Pois, da perspectiva do corpo vivido, a experiência não trata de sensações, mas de objetos. Isso significa que há uma estrutura do corpo vivido que funciona como um nível primário de percepção corporal e que atribui significação de forma corporificada anterior a qualquer tematização, categorização ou predicação (TOOMBS, 1988 apud ZANER, 1971). Toombs explica que essa carga de significado da percepção sensível no corpo vivido opera pela articulação entre figura e fundo, gerando significação não apenas em referência ao seu entorno, mas pelo próprio ser-no-mundo que é corporificado. Nesse contexto, dada uma totalidade em relação à qual algo é percebido, esse é ao mesmo tempo destacado e percebido com a totalidade circundante, em relação à qual significa algo. Assim, a significação primária é doadora de forma (*form-giving*) na medida em que direciona e, ao mesmo tempo, é direcionada por contornos que apontam para algo que se mostra e que, no entanto, não é apreendido conceitualmente.

Toombs oferece como exemplo alguém que se desloca através de uma sala permeada de objetos como cadeiras, sofás, mesas, dos quais esse alguém se desvia durante o trajeto percorrido. Cada um desses objetos, em um sentido, foi percebido na medida em que demandaram correções à rota do deslocamento, isto é, são percebidos enquanto tais posicionados em relação a um corpo que se desloca e não como impressões sensíveis que se apresentam justapostas umas às outras. O exemplo de Toombs é muito comum e mostra uma

situação na qual nos relacionamos com uma infinidade de objetos que podem não ter sido notados o ponto de serem lembrados na execução de um trajeto, mas que são identificados como obstáculos a serem evitados. Logo, mais do que afecções e impressões, eles são experiencialmente percebidos como objetos, posicionados de forma referencial, sem serem, necessariamente, explicitados enquanto objetos (TOOMBS, 1992).

Sendo assim, a estrutura da significação primária do corpo vivido mostra que, fenomenologicamente, há um tipo de significação que é sensório-motora e que estabelece uma relação de doação de forma em toda a experiência perceptiva, garantindo de antemão que cada percepção já se dê carregada de significado primário anterior a qualquer conceito.

#### 3.1.2.4 Organização contextual

Baseando-se no trabalho de Zaner (1971), Toombs reconhece no corpo vivido uma estrutura de organização contextual. Com isso, ela se refere a uma rede de interações corporais que, em sua abrangência e totalidade, recebem o nome de contexturas (*contextures*). Dessa maneira, a experiência da corporeidade se caracteriza por um complexo sistema autorreferencial resultado de interconexões múltiplas e variáveis do organismo, desde os sistemas motor, sensorial, proprioceptivo até instâncias mais subjetivas, como afetividade, significação e emoção. Sendo assim, na experiência vivida, a organização contextual é uma estrutura que articula a relação do todo com as partes no nível da corporeidade. Assim como a experiência perceptiva do mundo se apresenta como uma estrutura de figura e fundo, a percepção da corporeidade também apresenta uma relação semelhante. Por exemplo: o movimento de levantar o braço pressupõe, primeiramente, uma autoconsciência posicional de cada segmento do próprio corpo. Isso é possível graças a essa complexa rede de interações e sistemas que estruturam o corpo não apenas física e anatomicamente como também experiencialmente. A organização contextual permite que ajustes que asseguram a estabilidade do movimento, do balanço e do equilíbrio sejam realizados, compondo o quadro de fundo do movimento (*background*), cujo membro movido é a figura (*figure*) (TOOMBS, 1988 apud ZANER, 1971). A reconfiguração corporal se atualiza enquanto nova postura e permanece sendo percebida autorreferencialmente como o mesmo corpo, revelando uma característica de constância e continuidade na experiência da corporeidade. Na totalidade da autopercepção, a organização contextual permite que cada parte seja distinguível e ganhe relevo na medida em que as configurações corporais variam. Qualquer desempenho corporal, seja ele sensório, motor ou afetivo, implica alterações nessa totalidade, resultando em mudanças na atitude corporal de

fundo. Há, portanto, um ajustamento e uma organização constantes de forma que corpo, consciência e mundo se constituem em uma totalidade.

### *3.1.2.5 Imagem corporal*

Toombs afirma que o corpo vivido é experienciado como um sistema integrado de movimentos corporais coordenados que são espontaneamente distribuídos pelos diversos segmentos do corpo (TOOMBS, 1988). Sendo assim, um movimento que requer uma série de segmentos corporais não é tal que cada parte é ativada à medida que a ação é executada. Pelo contrário, a performance corporal ocorre em uma unidade, cuja totalidade é traduzida em uma autoimagem em que cada parte é percebida e a compõe. Toombs denomina essa estrutura do corpo vivido de imagem corporal.

Considerando como exemplo o gesto de alcançar um objeto próximo, o movimento empregado opera integrando a intenção do objeto buscado com os meios de performance corporal adequados lançados ao seu encontro. Nesse percurso, a imagem corporal integra postura, equilíbrio, estabilização e eventuais correções corporais durante o movimento global do corpo. Como estrutura do corpo vivido, a imagem corporal atua de uma perspectiva corporal tácita, anterior a toda a movimentação corporal. Esse aspecto, segundo Toombs, não se restringe apenas ao caráter tácito, mas também à consciência dos próprios movimentos (TOOMBS, 1992).

### *3.1.2.6 Exibição gestual*

O corpo vivido, por fim, apresenta uma estrutura relativa à gestualidade, isto é, referente à expressividade que os movimentos corporais adquirem na experiência em relação a outros corpos. Nesse sentido, a estrutura da exibição gestual do corpo vivido confere ao corpo o sentido de exibição (*display*), que permite o acesso significativo e compreensivo a estados afetivos e cognitivos de outras corporeidades. Significa que gestos e movimentos corporais manifestam algo além do movimento gestual em si, e que, por minha corporeidade, uma intenção alheia é acessada e habita meu corpo como se fosse minha e vice-versa (TOOMBS, 1992). O fato de o corpo vivido apresentar esse tipo de estrutura compreensiva em nível corporal significa, ainda, que os estados particulares da experiência individual e subjetiva não apenas são acessíveis e passíveis de serem interpretados e analisados pormenorizadamente como também podem mostrar e comunicar algo inteligível em nível corporal.

Todas essas estruturas são sistematizadas por Toombs no intuito de explicitar como a experiência pode ser descrita sob a perspectiva do corpo vivido. Ela procura mostrar, através da complexidade destas interações corporais, como a abordagem fenomenológica concebe a relação da corporeidade com o mundo enquanto experiência significativa. Através das estruturas do corpo vivido, o que se tem por objetivo é uma descrição de como se *é* um corpo, ao invés de como *é possuir* um corpo. O corpo vivido permite, portanto, uma relação de fundamental identificação entre corpo e *self*. Sendo assim, a enfermidade produzirá características marcantes que serão descritas por meio destas estruturas do corpo vivido. Uma das consequências decorrentes de danos em uma dessas estruturas consiste no colapso dessa identidade fundamental entre corpo e *self*, cuja experiência vivida poderá ser descrita de diversas formas de rupturas experienciais. A apresentação de como a enfermidade pode ser compreendida pela abordagem do paradigma do corpo vivido será objeto do próximo capítulo.

### 3.2 A ABORDAGEM DA FENOMENOLOGIA HERMENÊUTICA

Uma abordagem fenomenológica que difere da apresentada por Toombs é a abordagem fenomenológico hermenêutica desenvolvida por Fredrik Svenaeus (2000). A linha de expositiva do trabalho de Svenaeus se desenvolve desde a tradição fenomenológica de Husserl e, ao mesmo tempo, procura demonstrar que o tema da saúde e da enfermidade é melhor compreendido sob um viés afetivo, em que as noções de balanço e ritmo de vida são fundamentais. Sendo assim, ele procura demonstrar as razões pelas quais ele considera a fenomenologia hermenêutica de Heidegger como mais adequada para a compreensão da enfermidade ou, ainda, por que a fenomenologia husserliana não é, para o seu juízo, adequada para a empreitada.

Svenaeus se serve de um estudo de caso: após colacionar o relato da experiência de Peter acerca de um dia de trabalho sob uma gripe muito forte, ele destaca uma série de expressões como “tudo oferece resistência” e “as coisas perecem fora de sintonia”. Ele pretende demonstrar, com isso, que as transformações sofridas na experiência vivida no relato de Peter se referem a perturbações nas diversas texturas que o seu cotidiano sofreu, descritas em termos de uma coloração por sentimentos de dor, fraqueza, vertigem, desamparo. Svenaeus chama a atenção para o fato de que não se tratam de transformações relativas a atitudes. Nesse sentido, ele argumenta que uma abordagem fenomenológica cujo enfoque temático fosse a alteração que Peter sofreu em suas atitudes no episódio narrado, ou o modo como ele se relacionou com



objetos nesse fatídico dia, não seria suficiente para compreender a transformação da sua experiência em estar acometido por uma forte gripe (SVENAEUS, 2000).

Svenaesus afirma que a fenomenologia de Husserl<sup>18</sup> carece de uma abordagem acerca das emoções na medida em que se preocupa com a intencionalidade dos atos e do indivíduo. Sendo de crucial importância para Svenaesus uma noção como estar afinado ou em sintonia para interpretar a enfermidade, outro obstáculo também relacionado a essa ausência de uma fenomenologia dos afetos se refere ao fato de que, no trabalho de Husserl, há um enfoque que privilegia a consciência ao invés da corporeidade. Em que pese a importância da percepção e do papel da cinestesia e do movimento para a fenomenologia da consciência de Husserl e também o fato de que isso evidencia sua preocupação com a corporeidade, Svenaesus não vê nisso mais do que papel do corpo possibilitando experiência à consciência. Para ele, a cinestesia não produz texturas à corporeidade em si e, conseqüentemente, não afeta a estrutura intencional da apreensão de si enquanto corporeidade, como, por exemplo, o corpo oferecendo resistência à experiência vivida (SVENAEUS, 2000).

Sua proposta, portanto, desenvolve-se na esteira da perspectiva da fenomenologia hermenêutica de Heidegger, por acreditar que não apenas a enfermidade pode ser melhor compreendida em termos de disposições afetivas como também a saúde pode ser entendida como modo de ser “afinado” no mundo. Svenaesus menciona o trabalho de Gadamer em sua obra *O Caráter Oculto da Saúde*. Nesse trabalho, Gadamer diz:

É que saúde não é, de maneira alguma, um sentir-se bem, mas é estar-aí, estar-no-mundo, estar-com-pessoas, sentir-se ativa e prazerosamente satisfeito com as próprias tarefas da vida (...) Ela é o ritmo da vida, um processo contínuo, no qual o equilíbrio sempre volta a se estabilizar. Todos nós conhecemos isso. Aí está a respiração, o metabolismo e o sono, três fenômenos rítmicos (GADAMER, 2006, p.118-119).

Nessa relação que Gadamer faz entre saúde e o modo de ser no mundo, bem como entre ser e estar com outras pessoas, em constante envolvimento com coisas, objetos e projetos, de maneira ativa, atentando para os ritmos, o equilíbrio e a estabilidade, os quais o próprio corpo biológico demonstra, com seus ciclos respiratório, metabólico e de sono, Svenaesus enxerga uma direção para a apreensão da saúde por uma abordagem fenomenológica. Para ele está claro que, para certos fenômenos, uma abordagem fenomenológica que explora a experiência vivida pelo viés da consciência, da intencionalidade e sua relação com o objeto não é a abordagem

---

<sup>18</sup> Inclusive na fenomenologia genética de Husserl, por motivos os quais Svenaesus não explicita, ele afirma achar “dificuldades em encontrar um vocabulário adequado para o desenvolvimento de uma teoria da saúde precedendo da sua filosofia” (SVENAEUS, 2000, p. 81)

mais apropriada, e a saúde é uma desses fenômenos. Por outro lado, uma abordagem que investigue fenomenologicamente a experiência humana situada no mundo, significativamente entendida como “afinada” (*attuned*) e corporificada, constitui-se em uma abordagem viável e mais adequada. Ele encontra essa abordagem na fenomenologia existencial de Heidegger, assunto que será objeto da próxima seção (SVENAEUS, 2000).

### 3.2.1 As estruturas fenomenológico existenciais

O trabalho de Heidegger discorre acerca de diferentes aspectos fenomenológicos da existência, isto é, os diferentes modos de ser pelos quais o *ser* se dá. Para ele, o único ente que realmente existe é o ser humano (*Dasein*), diferentemente dos utensílios e demais objetos intramundanos. Nesse sentido, o ser humano *é* no mundo, enquanto os demais entes *estão* no mundo. O mundo se abre para o existente humano sempre como um *aí* significativo e organizado em que ele encontra os demais entes com os quais se relaciona significativamente. O modo de ser do ente humano, isto é, o modo pelo qual o ser humano *é* no mundo, denominado de modo de ser da existência, é analisado a partir de estruturas que Heidegger interpreta e denomina de existenciais. Diferentemente de atributos de um sujeito ou de qualidades de um objeto, os existenciais são estruturas fenomenológicas que permitem analisar ontologicamente, por meio de padrões significativos, a união entre o ser humano e o mundo (SVENAEUS, 2000). Essa abordagem que é conhecida na obra de Heidegger como analítica existencial estabelece três existenciais pelos quais o modo de ser do existente humano (*Dasein*) é compreendido na sua relação com o mundo: compreensão (*Verstehen*), encontrar-se (*Befindlichkeit*) e discurso ou fala (*Rede*).

Para desenvolver sua abordagem fenomenológica da enfermidade, Svenaeus dirige seu foco para a estrutura do encontrar-se (*Befindlichkeit*), que é uma estrutura existencial relativa ao modo como o *Dasein* descerra o seu próprio ser lançado no mundo. Na medida em que o encontrar-se é descrito em termos de disposições afetivas (*Stimmungen*), Svenaeus entende essa estrutura existencial como um marco teórico reservado à afetividade na fenomenologia da analítica existencial, que confere aos afetos um papel constituinte na experiência significativa na medida em que define o modo do encontrar-se na abertura originária de mundo para o ser-aí. Dessa forma, a proposta de Svenaeus tem como base o ser-no-mundo da pessoa enferma, isto é, como é o ser-no-mundo sob a condição da enfermidade (SVENAEUS, 2018). Sendo assim, é importante explicitar, primeiramente, o que significa *ser-no-mundo* e, depois, apresentar no que consistem as disposições afetivas (*Stimmungen*) do encontrar-se lançado no

mundo (*Befindlichkeit*). São essas as estruturas da analítica existencial que Svenaeus considera mais adequadas para descrever a experiência da enfermidade.

### 3.2.1.1 Ser-no-mundo

O ser-no-mundo consiste em uma estrutura muito básica, e o emprego da hifenização na constituição do termo já indica, de antemão, o modo pelo qual ser e mundo se relacionam. Significa, assim, que eles estão unidos enquanto fenômeno. Afirmar que o ser do *Dasein* é ser-no-mundo significa que o mundo não é um ente em relação ao qual ele se comporta, mas sim que o mundo é condição de possibilidade do seu vir a ser, de encontro com os demais entes. Dessa forma, ele existe no mundo, diferentemente dos demais entes que estão no mundo. Svenaeus sublinha ainda que a mundidade (*worldliness*) é também uma estrutura que em sua essência é um existencial, isto é, algo que pertence à compreensão de ser e não ao mundo em si (SVENAEUS, 2000).

Contudo, o termo *mundo* não deve ser entendido como espaço geográfico no qual os entes estão localizados posicionalmente, tampouco como a totalidade de tudo o que existe. O termo *mundo* designa uma rede significativa na qual os entes vêm ao encontro do ser-aí (*Dasein*) e aparecem como usáveis. Isso significa que a sua relação com o mundo se dá primeiramente como ocupação (*Besorgen*), isto é, enquanto lidar com algo, produzir algo, deixar algo, abdicar de algo, atentar para algo, etc. Todos esses são modos comportamentais pelos quais o ser-aí, enquanto ser-em, se relaciona de uma forma pragmática com os entes que lhe vêm de encontro no mundo. O modo de ser dos utensílios (*Zeug*) com os quais se relaciona se refere sempre ao seu usuário como disponibilidade (*Zuhandenheit*) para fazer algo para determinada tarefa. Esse engajamento do ser-em no mundo, portanto, ocorre na forma de interações práticas com utensílios (*Zeug*) e lança o ser-aí como transcendência, como ente transcendente que o torna capaz de se relacionar com os entes enquanto entes. Da mesma forma, os entes aparecem na estrutura significativa de mundo como instrumentos em uma rede de relações e não como coisas posicionadas umas em relação às outras.

Entretanto, ser-no-mundo não é unicamente lidar com utensílios, ou melhor, não é exclusivamente o modo de ser da ocupação. Essa é uma forma de abertura (*Erschlossenheit*) do mundo, que abre o *Dasein* a si mesmo enquanto engajado com as coisas. Nesse quadro, Svenaeus chama atenção para o fato de que o modo do existir humano (*Dasein*) é caracterizado por estar jogado (*Geworfenheit*), ou seja, ele já é sempre em um contexto que é determinado e em um mundo dado. Nesse sentido, há uma estrutura fundamental pela qual a abertura de

mundo descerra o ser do *Dasein* e que consiste no existencial do encontrar-se lançado no mundo (*Befindlichkeit*) sintonizado em uma dada disposição afetiva (*Stimmungen*).

### 3.2.1.2 O encontrar-se (*Befindlichkeit*) e as disposições afetivas (*Stimmungen*)

Como já foi mencionado, Heidegger denomina de existenciais as estruturas fenomenológicas pelas quais o *Dasein* descerra o próprio ser na medida em que se constitui e se compreende no mundo. Esse fenômeno do ser-em consiste em uma abertura originária pela qual o *Dasein* se revela em seu caráter de ser jogado. Ele se descobre envolto em possibilidades entre quais pode escolher, embora não lhe seja possível escolher ter possibilidades. Esse contexto revela algo que ainda não é dotado de significado, o que constitui a facticidade do ser do *Dasein* (SVENAEUS, 2000). Svenaeus refere que esse é o território em que a estrutura existencial do encontrar-se (*Befindlichkeit*) atua como algo que possibilita a atribuição de importância em termos de disposições afetivas (*Stimmungen*), ou seja, ela já determina o descerramento do ser do *Dasein* em sua abertura em uma determinada disposição afetiva. Isso significa que a abertura do mundo se dá com uma coloração ou uma sintonia referida a um humor específico, como medo, raiva, serenidade, ameaça, etc.

É nesse sentido que Svenaeus afirma que as disposições afetivas significam um marco teórico importante da interpretação de Heidegger acerca dos fenômenos afetivos e seu papel na relação ao mundo e que destaca a contribuição de tais fenômenos na gênese da experiência (SVENAEUS, 2000). Dessa forma, cada vez que o ente humano se compreende enquanto ser, o faz segundo uma disposição afetiva que já delinea uma possível importância à qual ele se encontra sempre de alguma maneira, sintonizado. As disposições afetivas são um modo pelo qual o ser do *Dasein* encontra a si mesmo em seu “aí” e, portanto, não se trata de algo ao alcance da sua escolha. Isso quer dizer que não se trata de um estado cognitivo para o qual a atenção possa ser dirigida ou sobre o qual se exerce a reflexão. As disposições afetivas são, antes, a condição de possibilidade para tal reflexão. Tampouco a disposição afetiva pode ser entendida como um estado interno que o sujeito apreende. Elas são um modo de estar afinado (*Gestimmt*) que, desde sempre, vibra em uma disposição afetiva, de forma que não há um começo como uma disposição ausente, mas uma disposição afetiva anterior que afina em outras disposições supervenientes. Sendo assim, estar essencialmente afinado é a base que serve ao modo como algo adquire importância e que determina o engajamento com os entes que aparecem como objetos determinados.

Como se pode perceber, a estrutura do encontrar-se se refere a uma maneira pela qual o existente humano está de forma pré-reflexiva no mundo, uma maneira pela qual nos vemos lançados segundo determinada disposição afetiva, ou seja, sintonizados de maneira que estejamos alegres, tristes, melancólicos, entediados, irritados, etc. Todas essas são formas primárias, por meio das quais podemos tomar lugar nas estruturas significativas do mundo (SVENAEUS, 2000).

As disposições afetivas, no entanto, não devem ser confundidas com sentimentos ou emoções, que são objeto de ciências ônticas, como a psicologia. Diferentemente, o procedimento analítico-existencial considera apenas suas determinações concernentes ao âmbito da ontologia. Enquanto determinações ontológicas, as disposições afetivas são modos de encontrar-se que possibilitam a relação e o comportamento intencional com os entes, e não determinações de estados de coisas dos entes. Em outras palavras, as disposições afetivas permitem que as coisas tenham importância e pertençam a um contexto de interesse. Elas conferem uma coloração segundo uma atmosfera que permeia toda relação do ser-aí na abertura de mundo.

Entretanto, na medida em que as disposições afetivas descerram o ser do *Dasein* em seu caráter originário, elas podem ocorrer de uma maneira muito especial abrindo-o de forma singular. Há, portanto, uma disposição afetiva denominada fundamental (*Grundstimmung*), a qual Heidegger identifica quando investiga certos fenômenos específicos, como a angústia, que revela um tipo específico do encontrar-se que abre o ser do *Dasein* de forma muito particular. Essa abertura revela o mundo em sua significação de um lugar inóspito, concernentemente a uma disposição afetiva de estranhamento, a qual Svenaeus propõe para uma interpretação fenomenológico existencial da enfermidade. Esse será o tema da apresentação do capítulo seguinte, destinado às descrições da experiência da enfermidade.

### 3.3 A ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA DA CERTEZA CORPORAL

Havi Carel (2016) desenvolve um trabalho que tem contribuído com as abordagens fenomenológicas da enfermidade, no qual ela se ampara e transita entre as teorias fenomenológicas tradicionais de Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty e Sartre, bem como os trabalhos específicos da filosofia da medicina, como a obra de Kay Toombs, não deixando de estar atenta aos recentes desenvolvimentos de cooperação entre a fenomenologia e as teorias cognitivas, trabalho que tem sido condensado pelas obras de Shaun Gallagher e Dan Zahavi.

A abordagem fenomenológica que Carel (CAREL, 2016) propõe sobre a enfermidade se fundamenta no trabalho de outro fenomenólogo, Matthew Ratcliffe (2008). Carel constrói sua abordagem da experiência da corporeidade ancorada na noção de sentimentos existenciais. Ela sugere um tipo específico de sentimento básico, constitutivo dos sentimentos existenciais e que atua como um senso corporal tácito de certeza o qual assegura o modo pelo qual as coisas são experienciadas. Assim, Carel delineia esse sentimento de certeza corporal determinante em sua análise, cuja perturbação em contextos de enfermidade alteram significativamente a experiência vivida, tanto temporária quanto permanentemente.

### 3.3.1 Os sentimentos existenciais

Matthew Ratcliffe (2008; 2020) chama a atenção, em seus trabalhos, para o fato de que, entre as inúmeras formas como alguém se sente na sua relação com o mundo, algumas se apresentam com excentricidades. Assim o são na medida em que, remetendo-se à relação com a realidade, são comumente referidas através de expressões como “sentir-se distante da realidade”, “não estar enraizado no mundo” ou ainda, “sentir-se em paz” ou até mesmo “sentir-se unido” com o entorno. Ratcliffe assegura que, ainda que essas descrições possam apresentar traços característicos de humores (*humors*) ou emoções (*emotions*), elas consistem em experiências que normalmente são referidas como sentimentos (*feelings*). E mais: são sentimentos que se referem ao mundo enquanto uma totalidade. Em termos mais diretos, sentimentos existenciais são variações não localizadas, um senso de realidade e pertencimento, algo que toda experiência intencionalmente direcionada pressupõe. Sendo assim, em toda experiência afetiva, perceptiva ou de pensamento, há sempre um campo situacional no qual é possível o direcionamento a entes, eventos e contextos desta ou de outra maneira (RATCLIFFE, 2020).

Sendo assim, há duas características necessárias e suficientes para distinguir os sentimentos existenciais de outros tipos de experiência. Em primeiro lugar, eles são sentimentos essencialmente constituídos enquanto experiências corporificadas, embora não sejam exclusivamente corporais. Em segundo lugar – e esse é um traço que singulariza os sentimentos existenciais de outros sentimentos igualmente corporificados – eles constituem um senso de como alguém se sente situado no mundo enquanto totalidade. É nesse sentido que os sentimentos existenciais compõem um fundo contra o qual experiências mais específicas aparecem.

Os sentimentos existenciais são descritos por Ratcliffe como sendo sentimentos corporais. Apesar de serem uma espécie de sentimentos não localizados, isto é, de não serem especificamente localizados, eles são experienciados de maneira corporificada. A sua característica de fundo confere um senso de realidade e de pertencimento pressupostos a toda experiência direcionada e pensamentos (RATCLIFFE, 2020). Entretanto, eles não são exclusivamente corporificados, mas são sentimentos que constituem um senso de como alguém se encontra no mundo enquanto uma totalidade. Com isso, Ratcliffe quer dizer que os sentimentos existenciais se distinguem de outras concepções dos sentimentos na medida em que não possuem uma relação intencional, isto é, não estão relacionados a entes. Eles atuam como sentimentos de fundo muito básicos que orientam e estruturam a experiência como uma totalidade (RATCLIFFE, 2008).

Grande parte da interpretação de Ratcliffe acerca de tais sentimentos tem inspiração nas disposições afetivas (*Stimmungen*) da fenomenologia de Heidegger – que ele analisa em vários trabalhos –, bem como nos trabalhos desenvolvidos por de William James. Mas ele também se apoia na fenomenologia de Husserl e de Merleau-Ponty, os quais norteiam seu entendimento no sentido de especificar mais no que consiste esse sentimento de realidade e pertencimento do mundo. Ratcliffe o faz enfatizando o traço de experiência de possibilidades dos sentimentos existenciais, tanto em um sentido de possibilidades perceptuais quanto de possibilidades práticas, como pegar, tocar ou beber em um copo, por exemplo. Ele explica que, apesar não serem corporalmente localizados, os sentimentos existenciais são sentimentos disposicionais que corporificam um senso orientacional mais envelopado, isto é, mais corporificado, que é pressuposto para experiências localizadas e direcionadas. Sendo assim, pensar sobre algo, sentir medo de alguma coisa, estar de bom ou de mau humor em relação a uma situação mais ampla são experiências intencionais que ocorrem em uma situação mais abrangente, como um mundo situacional não intencional. Segundo Ratcliffe, esse mundo pode ser pensado como um espaço de receptividade para tipos de possibilidades. Dessa forma, sentimentos existenciais distintos envolvem receptividades de possibilidades distintas, as quais são, antes, partes integrais da experiência do que disposições não experienciais (RATCLIFFE, 2020). Assim, de alguma maneira, as coisas aparecem como significativas, relevantes, e importantes em relação ao senso de possibilidades que elas oferecem. Algo pode aparecer como imediatamente disponível para determinada tarefa ou ameaçador, segundo determinado contexto pode ainda oferecer a possibilidade de esperança ou desapontamento.

Por se tratarem de sentimentos muito básicos e tácitos, os sentimentos existenciais têm a característica de grande dificuldade em serem analisados. Por isso, os contextos de

enfermidade são de grande relevância, mais precisamente as psicopatologias, objeto de estudo de Ratcliffe. Pois são nesses contextos que os sentimentos existenciais perdem seu caráter tácito e se tornam aparentes, possibilitando um escrutínio analítico. Havi Carel concorda com essa posição e advoga, inclusive, em prol do posicionamento segundo o qual a enfermidade possibilita uma perspectiva privilegiada de acesso às tais estruturas da fenomenológicas da corporeidade. Esse é o tema da próxima seção, na qual será apresentada a noção de certeza corporal desenvolvida pela autora.

### **3.3.2 A Certeza Corporal**

A interpretação que Havi Carel (2016) desenvolve, lastreada nos sentimentos existenciais, é de que a experiência vivida pressupõe um tipo de certeza que opera em um nível corporal muito fundamental e que se constitui em uma estrutura fundamental da corporeidade. Trata-se de uma estrutura tácita que pode ser identificada por contraste, isto é, pela dúvida corporal emergente na enfermidade, ocasião da perda desse caráter tácito de certeza e que será tema da última seção do próximo capítulo.

Sendo assim, a certeza corporal consiste em uma estrutura da corporeidade vivida, que Carel descreve como um tipo particular que é constituinte dos sentimentos existenciais. Enquanto tal, a certeza corporal é um sentimento que, de uma maneira pré-intencional, assegura de uma maneira automática e imediata a familiaridade das tarefas por um modo básico de ação que toma a agência por garantida (CAREL, 2016). Isso permite um senso de crença corporal de que capacidades corporais seguirão respondendo e permitindo que a vida siga em um fluxo contínuo na interação com o mundo e no engajamento com entes. Em outros termos, a certeza corporal faz com que as capacidades corporais não sejam colocadas em questão, de maneira que seja incomum se questionar acerca da eventualidade do corpo, ou parte dele, vir a falhar, e conseqüentemente não corresponder à expectativa de agir de determinada forma de engajamento com o mundo.

Quanto à sua característica pré-reflexiva, Carel argumenta que se trata de um senso de crença corporal instintiva subjacente à própria relação com o corpo. A certeza corporal dispensa a reflexão, ainda que permita um senso claro de familiaridade, possibilidade e significado à ação. Não há consideração de eventual falha na performance da ação. Isso é entendido como uma confiança corporal tácita que dispensa uma atitude proposicional ou uma crença justificada, embora possa ser apreendida reflexivamente de maneira secundária. Esse senso de confiança corporal básico se fundamenta, segundo Carel, em uma crença corporal subjacente à



relação com o próprio corpo e que induz, através de reforço habitual, à certeza da infalibilidade da ação. A certeza corporal opera com traços irrefletidos e desinteressados que caracterizam a execução de toda e qualquer ação familiar (CAREL, 2016).

Nessa interpretação de Carel, a certeza corporal é constituinte dos sentimentos existenciais em diferentes graus e tipos. Ela pode ser entendida como um sentimento de “eu posso” que permeia e possibilita todas as ações e que, segundo Merleau-Ponty, ancora-se no conjunto de hábitos e rotinas acumulados corporalmente. Ela é uma certeza que simplesmente está aí e pode permanecer assim estável por décadas, agindo como um fundo que permite a familiaridade com ações e com o mundo sem ser percebida, sendo mais efetiva quanto menor for a consciência dela (CAREL, 2016).

Assim, Carel refere que a certeza corporal pode ser expressa fenomenologicamente como um sentimento de aptidão para fazer algo, uma possibilidade corporal de realizar determinada ação e uma familiaridade na ação realizada. Ela é uma confiança pré-reflexiva que confere uma facilidade habitual em realizar uma determinada ação, dispensando a necessidade de reflexão (CAREL, 2016). Dessa forma, ela serve de base para expectativas e assunções que, por sua vez, refletem-se em possibilidades existenciais. É um sentimento corporal que funda um senso de controle e familiaridade na relação corporificada com o mundo, permitindo um senso de continuidade e normalidade nas atividades diárias.

### 3.4 CONCLUSÃO

As noções desenvolvidas neste capítulo consistem em núcleos temáticos sob os quais cada abordagem fenomenológica da enfermidade se baseia, e sua elucidação visa apresentar o marco conceitual pelo qual a experiência vivida pode ser descrita e interpretada segundo o viés fenomenológico requisitado. Como se afirmou no início deste capítulo, as diferentes abordagens não são contrárias entre si, mas enfatizam aspectos distintos da experiência. De qualquer modo, é possível perceber a complexidade da experiência vivida para a compreensão de como na sua relação com o mundo aparece de maneira significativa. Nesse sentido, é possível identificar semelhanças em todas as abordagens apresentadas, entre as quais se pode destacar o traço pré-reflexivo das estruturas que possibilitam a experiência, ou seja, da presença de níveis anteriores, sejam eles da corporeidade, da existência ou do afeto, os quais não são experienciados enquanto tais, mas sem os quais a experiência não seria possível. E, ainda, na medida em que estruturam a experiência e não são por ela apreendidos, eles são caracterizados como tácitos, pois operam em certa medida com transparência na experiência. No próximo

capítulo, será mostrado como a enfermidade produz transformações significativas que implicam modificações estruturais que resulta na perturbação da experiência vivida.

## 4 A FENOMENOLOGIA DA ENFERMIDADE

No capítulo anterior, foram apresentados os núcleos teóricos que servem de base para as diferentes abordagens fenomenológicas que integram este trabalho no intuito de mostrar como a experiência vivida é entendida, podendo ser descrita e interpretada de uma maneira geral. As estruturas e as concepções fenomenológicas que foram explicitadas mostram como a dimensão vivida da experiência subjetiva se estrutura e como pode ser investigada em seus domínios pré-reflexivos. Nesse sentido, a enfermidade opera como um facilitador para as investigações fenomenológicas, já que torna aparente estas estruturas que se caracterizavam como tácitas ou moderadas na experiência ordinária. Ela é um fenômeno que altera a experiência à medida que perturba as estruturas do corpo vivido rompendo com a unidade que permitia a experiência significativa de mundo. Os diferentes modos pelos quais essas rupturas podem ser interpretadas e descritas é o tema deste capítulo.

### 4.1 A FENOMENOLOGIA DA CORPOREIDADE ENFERMA

No capítulo anterior, foi desenvolvido o tema referente à corporeidade compreendida de maneira pré-reflexiva e sua relação com a experiência, com a apresentação dos aspectos estruturais fenomenológicos do corpo vivido. Neste capítulo, será mostrado como a enfermidade pode ser fenomenologicamente descrita segundo a perturbação dessas estruturas. Todavia, para essa tarefa, é imprescindível que, primeiramente, sejam abordadas algumas perspectivas acerca da relação do corpo vivido com corpo objetual e o seu papel significativo na enfermidade. A importância dessa tarefa se deve ao fato de que a experiência não se restringe ao corpo vivido, tendo em vista que ele não deixa de ser o corpo objetual, isto é, um corpo que é de “carne e osso”. Isso significa que corpo vivido (*Leib*) e corpo objetual (*Körper*) não são dois objetos diferentes, mas modos distintos de apreensão do corpo próprio. Sendo assim, a experiência tem como marca uma ambiguidade em que ora o corpo objetual atua como um fundo para a experiência, ora ele é tematizado e é ele mesmo experienciado. A abordagem fenomenológica considera que a enfermidade promove uma transformação da experiência por alterações que afetam a relação entre o corpo vivido e corpo objetual e interferem no modo pelo qual o mundo e o corpo são vividos e trazidos à consciência.

Entretanto, é preciso notar que nem toda situação em que o corpo objetual é trazido à tematização pode ser considerada uma enfermidade. Situações cotidianamente mundanas, como uma fadiga após um exercício extenuante, o adormecimento de um membro corporal pela falta

de circulação sanguínea ou bater o dedo do pé no canto da mesa, são circunstâncias que não promovem transformações significativas que possam ser consideradas enfermidade (TOOMBS, 1992). Nesse mesmo sentido, situações de prazer como dançar, praticar um esporte e se excitar sexualmente também são situações que colocam o corpo em evidência sem serem consideradas enfermidade. Contudo, Toombs afirma que a experiência do corpo objetual se apresenta com uma peculiaridade, a qual a autora designa sob o termo de estranho (*uncanny*). Ou seja, o aparecer repentino da saída da nebulosidade pré-reflexiva do corpo objetual em contextos normais de saúde é experienciado como estranho. Toombs descreve esse fenômeno de apreensão reflexiva do corpo objetual, de acordo com Zaner, por quatro sentidos.

Em primeiro lugar, há o caráter inescapável (*the inescapable*) do estranhamento na experiência do corpo objetual. Trata-se do traço pelo qual, inescapavelmente, se é esse corpo (com essa estrutura muscular, neurológica, fisiológica, com essas capacidades motoras, gestuais, posturais, bem como desejos, expectativas, traços físicos e tudo o que lhe é contingente) e não outro corpo (TOOMBS, 1992). Consequentemente, outro aspecto dessa experiência consiste no caráter da limitação, isto é, refere-se aos limites que essa constituição corporal apresenta (se possibilita o porte físico de uma atleta ou os dedos de um pianista). Em qualquer caso, a presença do corpo objetual oferece barreiras pelas quais se conduzem decisões, desejos, expectativas, etc., as quais são moduladas de acordo com as possibilidades fisicamente disponíveis.

O segundo sentido está relacionado ao primeiro e diz respeito a um senso de íntimo pertencimento ao corpo objetual, no sentido de que toda e qualquer experiência já vivida e vindoura é e será por meio dele. Toombs designa esse aspecto de uma implicação fria (*chill and implicatedness*) que determina que qualquer sofrimento que aflija esse corpo será vivido por quem o experiencia, cuja forma mais extrema é a morte.

O terceiro sentido é como uma presença oculta (*hidden presence*) enquanto organismo biológico que abriga inúmeras estruturas, sistemas e eventos, dos quais não se tem consciência. Dessa forma, apesar de o corpo ser algo com o qual se tem maior intimidade, ainda assim ele oculta essas estruturas, independentemente se alguém possui conhecimentos anatômicos ou não, enquanto processos fisiológicos próprios eles jamais são conhecidos.

O quarto sentido é de uma presença alienígena (*alien presence*), o senso de algo que tem funcionamento, natureza e ritmo biológicos próprios. Ou seja, o corpo como algo independente que, no decorrer da vida, sofre uma série de transformações como as da infância, da puberdade e da velhice, bem como está suscetível a incapacidades temporárias ou permanentes, como doenças e, em um sentido mais radical, a própria morte (TOOMBS, 1992).

Essas considerações acerca do aparecimento do corpo objetual fora do contexto de enfermidade contribuem para ilustrar, em primeiro lugar, por que o corpo, ao permanecer e desempenhar um papel de fundo na experiência, é referido enquanto tácito, moderado ou atenuado e não literalmente como transparente. Como se pode perceber, ele está presente e participa de toda e qualquer experiência sem, contudo, aparecer explicitamente na experiência. Em segundo lugar, o aparecimento do corpo objetual contribui no sentido de indicar que a modificação da experiência na enfermidade não pode ser interpretada tão somente como uma mudança de foco da atenção, mas que em situações de perturbação com as da enfermidade, esse estranhamento do corpo objetual não é facilmente esquecido (TOOMBS, 1992). Sendo assim, a enfermidade se mostra como um tipo de modificação muito particular da relação com o aparecimento do corpo objetual. Entretanto, antes de abordar esse tema, é importante apresentar como estas perturbações podem influenciar as estruturas do corpo vivido, cuja consequência leva à falha na sua interação com o corpo objetual, resultando na perturbação da experiência como um todo.

#### **4.1.1 A perturbação das estruturas do paradigma do corpo vivido pela enfermidade**

O modo como a enfermidade altera a experiência imediata pode ser elucidada pela maneira como ela atinge as estruturas do corpo vivido. Esse abalo resulta em perturbações significativas da experiência pelo fato de que essas estruturas, como dito no capítulo anterior, são condições para experiência na medida em que são pré-reflexivas. Portanto, o modo como a enfermidade afeta a estruturação da experiência consiste em uma alteração disfuncional das estruturas do paradigma do corpo vivido. Toombs as descreve da seguinte forma:

##### **a) Ser-no-mundo**

A enfermidade como ruptura do ser-no-mundo é compreendida como uma perturbação que o modifica em sua natureza. Isso significa uma alteração na interação e no engajamento da consciência corporificada com o ambiente, que ocorre em variados níveis, significando uma transformação profunda que se manifesta como a experiência de incapacidade e inabilidade que frustra a relação habitual com o mundo (TOOMBS, 1988; 1992). Sobre a experiência da dor, podemos exemplificar com uma dor de cabeça: ela não se manifesta como a cabeça dolorida, como uma parte do corpo que aparece com dor, mas como algo incapacitante que perturba a capacidade de executar tarefas, tanto a possibilidade de se concentrar em uma leitura, como a

capacidade da visão ou ainda pode promover a impossibilidade de exposição a ruídos e à luminosidade por uma sensibilidade que caracteriza determinadas crises agudas de enxaquecas. Em doenças crônicas ou aquelas com risco de morte, a incapacidade de se engajar no mundo se mostra como de maneira mais proeminente e acentuada como impossibilidade de elaboração e realização tanto de projetos futuros como de finalizar tarefas já começadas (TOOMBS, 1992).

### **b) Intencionalidade Corporal**

A perturbação intencionalidade corporal resulta em alterações na relação com os objetos e com o ambiente. Significa que isso afeta o modo como eles eram tomados de maneira garantida com relação à sua utilidade. Subir escadas para alguém com complicações cardíacas, por exemplo, torna-se um obstáculo a ser contornado e não mais uma via acessível a outro andar. A relação com essas situações é apreendida como um problema para o corpo. Como consequência, o traço não reflexivo que marcava a interação com os objetos nas tarefas é prejudicado e passa a requerer atenção constante. O corpo perde a sua habitualidade, resultando em limitações práticas que alteram o senso de *eu posso* corporal. Há, portanto, uma perda de fluidez na experiência à medida que cada movimento passa a ser cautelosamente processado antes de ser executado. A relação com o que era convidativo e que oferecia possibilidades de prazer agora produz desconforto e desgosto. Toombs exemplifica essa perturbação pela cercania com os casos de intolerância olfativa a certos odores culinários que, em outras circunstâncias, abriam o apetite e agora são nauseantes, ou ainda a convidativa e agradável luz solar que passa a ser debilitante na medida em que agrava as crises agudas de enxaqueca (TOOMBS, 1988; 1992).

### **c) Imagem corporal**

As perturbações da imagem corporal resultam em alterações posturais incapacitantes que prejudicam a execução dos gestos e os movimentos corporais mais básicos, como pegar algum objeto ou a capacidade de marcha. Em um sentido mais profundo, essas alterações vão muito além, pois os danos causados à imagem corporal colapsam a estrutura do corpo vivido diretamente pela perda do sistema postural aberto, o qual possibilitava uma infinidade de posições corporais equivalentes e correlacionadas a fins variáveis. A drástica diminuição das possibilidades posturais e gestuais, conseqüentemente, afeta, de uma maneira geral, a impossibilidade de ação (TOOMBS, 1992), pois a enfermidade faz com que tais recursos

corporais não estejam mais disponíveis, isto é, passam a estar fora do alcance do repertório habitual do corpo vivido (TOOMBS, 1988).

#### **d) Significação Primária**

A perturbação da significação primária atinge diretamente o senso da espacialidade primitiva do corpo, o que se reflete no prejuízo dos ajustes corporais em relação aos objetos do ambiente ao seu redor. Essa impossibilidade se manifesta muitas vezes em situações em que o corpo se choca com algum obstáculo. Um portador de deficiência, por exemplo, ao falhar em evitar o choque com um dado objeto que, embora detectado tenha sido impossibilitado o desvio, relaciona-se com os obstáculos do ambiente de maneira ineficaz. Nesse sentido, Toombs ressalta que essa perturbação resulta em um senso defeituoso e prejudicado de autointerpretação corporal, o que se manifesta por meio de alterações na percepção do ambiente. São casos frequentemente encontrados em pacientes com esclerose múltipla, quando o corpo se debilita a ponto de começar a apresentar falhas em tarefas como subir escadas (TOOMBS, 1988; 1992).

#### **e) Organização Contextual**

A perturbação da organização contextual afeta a complexidade da interação entre corpo-mente-mundo das mais variadas formas (TOOMBS, 1988). Isso afeta a relação entre figura e fundo, corpo e ambiente, o que pode ser experienciado como estranhamento, isto é, como algo fora da naturalidade e da normalidade. Em alguns casos, tendo em vista as alterações de figura/fundo, tanto relativas ao próprio corpo como ao mundo, a pessoa pode ter a experiência de não ser ela mesma em determinado momento (TOOMBS, 1992).

#### **f) Exibição Gestual**

A perturbação na exibição gestual afeta a maneira como alguém se faz perceber pelos outros como enfermo, seja através de um caminhar lento com os ombros contraídos, seja por uma expressão facial de dor. A pessoa assume gestualmente uma característica de enfermidade, a qual exhibe corporalmente. Portanto, ela se mostra com dor ou desconforto, ou como profundamente perturbado com tremores, suores ou choro. Toombs ainda observa que, segundo Merleau-Ponty, o corpo desenvolve um estilo próprio que singulariza cada indivíduo quanto ao modo de andar e parar, de se abaixar e observar que caracteriza seu corpo em particular. Na

medida em que tais gestos expressam um padrão, identifica-se o corpo vivido não apenas como particularmente *meu*, mas também como um modo de apresentação para os demais. As mudanças no nível da exibição gestual representam barreiras particularmente difíceis de serem aceitas, no sentido de que mudanças no estilo corporal podem projetar uma imagem corporal negativa, destoando de padrões culturais vigentes ou de aptidão física. Sendo assim, alterações na exibição gestual facilmente produzem problemas nas interações com os demais, colapsando o mundo social do indivíduo. A exibição gestual é um elemento integral das formas de interação, como conversar presencialmente, apertar as mãos, gesticular, etc. Enfermidades como Parkinson, em que o indivíduo sofre de tremores severos, e demais enfermidades caracterizadas por estilo corporal desordenado são exemplos de como a exibição gestual do corpo vivido pode produzir efeitos nefastos na experiência.

Como se pode perceber, a compreensão do corpo vivido por meios das estruturas do paradigma proposto por Toombs permitem elucidar a profundidade do senso de desordem que a enfermidade pode promover. É possível elucidar também que, enquanto experiência vivida, a enfermidade é muito distinta das disfunções biológicas, as quais podem ser descritas e verificadas no nível corporal mecânico. A enfermidade provoca, fundamentalmente, um senso de desintegração do mundo próprio, que se caracteriza por distúrbios variados nas múltiplas estruturas que possibilitam a interação com o mundo. Na medida em que tais estruturas fundamentam o modo pelo qual se é corporificado, sua perturbação significa uma ameaça à corporificação do *self* e, nesse sentido, a menor alteração representa a ruptura do mundo, reduzindo-o a uma situação caótica (TOOMBS, 1988).

#### 4.2 O CORPO COMO ESTRANHO (*UNCANNY*) NA ENFERMIDADE

Conforme já mencionado, o aparecimento do corpo objetual na experiência sob circunstâncias normais possui um senso de estranho pelo qual um dos sentidos é o de uma limitação. Contudo, esse senso de limitação é rotineiramente suplantado à medida que a atenção se foca novamente para a experiência e se desvia da corporeidade. Portanto, não se trata de uma situação permanente<sup>19</sup>. Entretanto, a enfermidade representa uma situação limite que exige uma mudança de foco de atenção para a apreensão do corpo, que é objetificado. Tal mudança é

---

<sup>19</sup> Casos de refinamento de habilidades corporais, como em atletas ou artistas, por exemplo, podem ser interpretados como processos pelos quais os movimentos corporais inicialmente conscientes são de tal forma reforçados até serem incorporados no repertório habitual, passando de movimentos reflexivos para movimentos pré-reflexivos.



necessariamente acompanhada por sentimentos de alienação e uma identificação relutante com o próprio corpo (TOOMBS, 1992). A ruptura (*disruption*) do corpo vivido pela perturbação de uma ou mais de suas estruturas faz com que o corpo objetual apareça como algo físico. Toombs chama isso de mudança de atenção, causada pela situação limite que a enfermidade apresenta e que impossibilita o corpo voltar a ser vivido de forma pré-reflexiva. A objetificação do corpo resulta da sua apreensão enquanto um estorvo físico, uma força opositora, uma máquina e um organismo fisiológico.

A ruptura das estruturas do corpo vivido impossibilita a variedade de disposições corporais pré-reflexivas que guiavam a interação com o ambiente e com objetos. Isso muda a atenção, anteriormente direcionada à tarefa (como pegar uma xícara), para o corpo (a mão defeituosa), que agora é um intruso na experiência. Com a enfermidade, o corpo se intromete na experiência vivida e a indisponibilidade das estruturas do corpo vivido demandam atenção constante a cada gesto e ação. O corpo é objeto de escrutínio permanente, sendo que a perda da função revela o seu caráter instrumental, como um instrumento defeituoso (TOOMBS, 1992). Segundo Toombs, a enfermidade intensifica ainda mais a experiência do corpo como estranho, pois ele não surge como algo meramente objetivo com senso de estranho, mas como um estorvo físico com uma força de oposição. O corpo oferece oposição quando se apresenta com fraqueza para mover algum membro, com resistência das juntas enrijecidas, bem como pela ausência de força muscular ou na forma de tremores que impossibilitam interagir com objetos. Ele é um organismo psicobiológico que funciona mal. Nesse sentido, o corpo pode ser percebido como uma natureza de máquina composta por órgãos que podem ser removidos (como no caso de uma apendicite) ou trocados (como no caso de um transplante de coração). Essas transformações provocam mudanças nas concepções sobre o próprio corpo, refletindo-se em uma formação autobiográfica e cultural particulares (TOOMBS, 1992).

Entretanto, a objetificação é mais bem caracterizada pelo senso de presença alienígena que caracteriza a enfermidade e que, para Toombs, torna explícita a experiência do corpo como estranho (*uncanny*). A autora afirma que a descrição que melhor pode captar os sentidos do corpo como estranho é a de um organismo fisiológico com mau funcionamento (*malfunctioning physiological organism*). Com isso, Toombs pretende destacar a experiência do corpo como fora de controle das mais variadas maneiras, o que revela a relação simbiótica entre corpo e *self*, além de trazer à tona a vulnerabilidade e a dependência do *self* em relação ao corpo.

### 4.3 O CORPO COMO PRESENÇA ALIENÍGENA E APARECIMENTO DISFUNCIONAL (*DYS-APPEARANCE*)

A expressão presença alienígena (*alien presence*) também é empregada por Drew Leder (1990) para descrever a experiência tanto do corpo objetual quanto do vivido. Ele a emprega para interpretar as experiências da dor e da doença relativas ao corpo objetual, bem como da enfermidade no que diz respeito ao corpo vivido.

A sua abordagem do tema da dor a caracteriza como uma intensidade sensorial que possui uma estrutura temporal episódica com uma ligação afetiva que dirige a atenção para o lugar dolorido. Com a expressão intensidade sensorial, ele se refere ao corpo objetual, permeado de terminações nervosas que, constantemente, conduzem sensações, sendo que, em algum momento, uma dessas sensações se intensifica e se destaca enquanto dor (LEDER, 1990). Por estrutura temporal episódica, ele quer sublinhar o fato de que a irrupção da dor ocorre em um dado momento, conferindo-lhe um marco temporal inicial em oposição à neutralidade normal na qual todas as sensações são experienciadas em um fluxo sensorial sem início nem fim. Por ligação afetiva, ele pretende mostrar o caráter qualitativo da experiência sensorial da dor, razão pela qual se concretiza como aversão e não prazer (LEDER, 1990).

Ao ampliar mais esse contexto, a experiência da dor é interpretada como o aparecimento do corpo como uma presença alienígena (*alien presence*) na medida em que provoca transformações que alteram a experiência vivida. Leder atribui a experiência do corpo como presença alienígena devido à ruptura intencional (*intentional disruption*) provocada pela dor, bem como a constrição espaço-temporal (*spatiotemporal constriction*) que dela resulta. A ruptura intencional significa que, ao irromper abruptamente, a dor interrompe todos os laços intencionais em operação. Isso faz com que todas as ações e projeções em execução e em andamento sejam interrompidas, conectando a experiência com um outro mundo impregnado pela experiência da dor. Essa experiência é marcada pela pessoa ser destacada da sua realidade, bem como da realidade partilhada com outras pessoas, tendo em vista o caráter de interioridade da dor que a torna impartilhável (LEDER, 1990). Fazendo um contraste, Leder chama atenção para o fato de que o prazer e o bem-estar não se caracterizam da mesma maneira, muito pelo contrário: são geralmente marcados por um traço expansivo e de compartilhamento com outras pessoas. Dessa forma, há uma substituição do contexto intencional que se projetava se expandindo no mundo por outro que se contrai e atrai a atenção para si com o aparecimento do corpo dolorido. É isso o que Leder quer demonstrar como constrição espaço-temporal, a qual, portanto, consiste em um congelamento abrupto que, espacialmente, refere-se ao “aqui” e,

temporalmente, ao “agora”, demandando uma solução imediata em relação à dor. Em casos de dores crônicas, essa constrição é traduzida por um senso de não ter para onde ir, de que não há nada a ser feito, de que não há saída. Nas palavras do autor,

[...] a ruptura e a constrição do mundo habitual de alguém, portanto, se correlacionam com uma nova relação com o corpo. Na dor, o corpo ou determinada parte do corpo surge como uma presença alienígena (*alien presence*). A insistência sensorial da dor retira o corpóreo do auto ocultamento [*sic*], tornando-o temático. Nenhum evento nos lembra mais radical e inevitavelmente de nossa presença corporal. Sim, ao mesmo tempo, a dor efetua certa alienação (*alienation*). [...] O corpo dolorido é frequentemente experimentado como algo estranho ao corpo (LEDER, 1990, p. 76).

Leder argumenta no sentido de que a ruptura intencional e a constrição espaço-temporal que reivindicam o corpo à tematização revelando-o como uma presença alienígena ocorrem em virtude de ser característico da percepção operar por meio da relação de identidade e diferença. Até mesmo quando se percebe o próprio corpo, essa percepção se articula por meio da diferença entre *self* e corpo, introduzindo um distanciamento que separa o *ser* um corpo, isto é, a dimensão vivida atenta ao próprio corpo que aparece como algo que é, em certa medida, *possuído*. Isso resulta em uma clivagem entre o corpo e *self* que permite um recurso pelo qual a dor é experienciada enquanto “isto” que dói<sup>20</sup>. Esse “isto” é a apreensão de algo do corpo que *sou*, mas de maneira que não *me* pertence. Leder entende esse fenômeno como uma busca pelo reestabelecimento e pela reafirmação da integridade em face da ameaça provocada pela dor (LEDER, 1990).

A análise é oportuna já que, embora não seja uma relação necessária, a dor é normalmente associada à doença. Leder descreve esses casos como igualmente caracterizados por ruptura intencional e constrição espaço-temporal, mas de um modo mais complexo e profundo. Para ele, o termo *dis-ease* já expressa o sentido da doença como perda do conforto e possibilidade que geralmente acompanha as rupturas fisiológicas. Mais drásticas que a da dor, na doença, a ruptura intencional é interpretada como a remoção de uma totalidade significativa contextual, a exemplo da necessidade de deixar de ir ao trabalho ou voltar para casa no caso de hospitalização, que também pode ser uma impossibilidade de ver os amigos e a família (LEDER, 1990). Há uma transformação da relação com o mundo como um campo de possibilidades que passa a ser um espaço de negociações difíceis, em que a liberdade e a

---

<sup>20</sup> Toombs também menciona esse recurso do uso de pronomes impessoais ou o não uso de pronomes possessivos para referir-se às partes do corpo experienciadas como dor, como por exemplo, “a perna que dói” e “não minha perna que dói” é interpretado como um comportamento que evidencia a presença alienante do corpo na enfermidade. Tal comportamento fortalece a relação com o corpo como máquina que permite substituir algumas partes defeituosas (TOOMBS, 1992).

espontaneidade de movimentos são realocadas pela necessidade de esforço calculado e pela impossibilidade de projeções futuras. Tudo isso retém a pessoa a um aqui e um agora em oposição ao “lá” fora, que o barulho da rua ou da cidade ao seu redor traz.

Consequentemente, a doença, ainda mais do que a dor, é caracterizada por padrões complexos de disfunção. O "eu posso" do corpo ecstático é perturbado. O que resulta não é, entretanto, idêntico ao "não posso" do corpo recessivo. Esta última se refere ao fato de que as funções viscerais de alguém continuamente e necessariamente escapam ao controle direto. Um é simplesmente incapaz (*un-able*). Na doença, a pessoa está ativamente incapacitada (*dis-able*). As habilidades que antes estavam sob o comando da pessoa e que pertencem por direito ao corpo habitual agora foram perdidas. Isso poderia ser denominado o fenômeno do "eu não posso mais". Quando estou doente, não consigo mais me envolver com o mundo como antes. Pode haver nostalgia pela primeira possibilidade, esperança por seu retorno, medo de que a incapacidade se espalhe ainda mais (LEDER, 1990, p. 81).

Na doença, a constrição espaço-temporal e a ruptura intencional estão relacionadas de forma significativa à tematização do corpo adoecido, que introduz a própria temporalidade episódica de recuperação e recaída. Isso faz com que ele se destaque da temporalidade saudável amorfa. Esse destacamento do mundo pode ficar evidenciado pelo contraste de eventuais contatos distantes com o mundo lá fora, como o ruído da rua e da cidade, sinais perceptuais de um cotidiano do qual não se faz mais parte.

A presença alienígena do corpo em sua apreensão vivida é abordada por Leder de outra maneira. Ele desenvolve a sua concepção da experiência a partir da perspectiva da ausência<sup>21</sup>, cuja interpretação do funcionamento do corpo é desenvolvida por uma análise do distanciamento (*awayness*) para referir o modo pelo qual ele é moderado na experiência<sup>22</sup>. Leder chama as diversas formas pelas quais se dá o distanciamento de desaparecimento (*disappearance*) (LEDER, 1990). Há situações em que a relação com o corpo ocorre de maneira distinta; e embora Leder as interprete como sendo igualmente situações nas quais é possível identificar um distanciamento, ele as designa de aparecimento disfuncional (*dys-appearance*). Desaparecimento (*disappearance*) e aparecimento disfuncional (*dys-appearance*) são fenômenos que possuem em comum a natureza experiencial do estar distanciado, bem como

<sup>21</sup> Leder interpreta do termo *absense* (ausência) em suas raízes latinas como *esse* (*being* - estar) e *ab* (*away* - distante) (LEDER, 1990, p. 21–22).

<sup>22</sup> Leder emprega a expressão corpo ecstático para se referir à superfície corporal, aos sentidos e à sua capacidade perceptiva, de mobilidade e expressão, enfim, tudo o que se refere à relação com o mundo exterior. Em oposição ao corpo recessivo, que se refere às profundezas corporais relativa aos órgãos internos e à interocepção. Nesse sentido, ele interpreta o corpo vivido na experiência empregando o termo *ecstasis*, cujo significado grego quer dizer *ek* (*out*) - fora, *stasis* (*to stand*) - permanecer ou posicionar-se. Assim, o caráter *ecstático* do corpo ou corpo ecstático se refere ao modo como ele se projeta de um “aqui” para fora em distâncias no mundo e de um “agora” para tarefas passadas ou futuras (LEDER, 1990, p. 21–22).

ambos apresentam a presença alienígena (*alien presence*) do corpo, ainda que de maneiras distintas.

Como a própria expressão já demonstra, esse aparecimento é caracterizado por uma qualidade de perturbação. O sufixo grego *dys* indica que tal qualidade desse aparecimento é no sentido de “mal”, “difícil” ou “enfermo” (LEDER, 1990). O aparecimento disfuncional, portanto, quer designar o modo pelo qual o corpo surge como algo que aparece no caminho e interfere obstinadamente nos projetos. Ele oferece limitações funcionais, perceptuais, enfim, o corpo aparece como algo inútil. Contudo, a interferência disfuncional não se restringe às limitações patológicas e à perda de funções corporais, seja por motivos de incapacidade ou por situações extremas e ameaçadoras de vida. É possível identificá-lo também em contextos de perturbações afetivas, como casos extremos de nervosismo e de ansiedade. Nesse sentido, ele surge como presença alienígena que reivindica o foco atento diante dos batimentos cardíacos que, repentinamente, disparam, ou das mãos trêmulas e suores excessivos, por exemplo. Para Leder, esses estados corporais não apenas engendram o aparecimento do corpo disfuncional como podem ser resultado do seu aparecimento. Sendo assim, ele nota que há uma bidirecionalidade que, em último caso, intensifica perturbações afetivas e prejudica a performance corporal (LEDER, 1990). Isso significa também que Leder não entende o aparecimento do corpo como *dys-appearance* apenas em casos patológicos; inclusive, faz parte do desenvolvimento humano que esse fenômeno ocorra, como no caso da puberdade, da menstruação, da gravidez e do envelhecimento, de forma que, à medida que o tempo passa e a morte se aproxima, esses aparecimentos se tornam cada vez mais frequentes.

Leder nota que os termos *disappearance* e *dys-appearance* são homônimos, indicando que há uma correlação entre ambos. Em um sentido latino arcaico, o sufixo *dys* pode ser uma variante da raiz *dis* e indica o sentido de distante (*away*), apartado (*apart*) ou em pedaços (*asunder*) (LEDER, 1990). Sendo assim, ambos os termos são demarcados por um distanciamento que é característico de cada um. Segundo Leder,

[...] saúde e enfermidade podem ser tomadas como exemplos dos dois polos complementares. Ambos exibem um elemento de alienação do corpo. No caso da saúde, o corpo é alienado em virtude de seu desaparecimento (*disappearance*), pois a atenção se dirige principalmente para o mundo. Com o início da enfermidade, isso dá lugar ao aparecimento disfuncional (*dys-appearance*). O corpo não é mais alienígena como esquecido, mas precisamente como lembrado, uma presença aguda e marcante que ameaça o *self*. Um é um modo de silêncio, o outro uma maneira de discurso (*speech*), mas são fenômenos complementares e correlativos (LEDER, 1990, p. 91).

Ele explica que o aparecimento disfuncional (*dys-appearance*) tende a ocorrer quando o corpo está ordinariamente distante e, nesse caso, ele aparece como um senso de privação, isto é, como contrário a um estado desejável e de normalidade que, por sua vez, é o que provoca a tematização do corpo disfuncional. Leder entende que nesse caso há um distanciamento na medida em que o corpo é experienciado como separado do *self*. O *self* experienciado é dividido em dois, já que a própria corporalidade exibe uma vontade estrangeira (LEDER, 1990). Sendo assim, ele é experienciado como distante (*away*), despedaçado (*asunder*), apartado (*apart*) em relação a ele mesmo. Por conseguinte, a presença alienígena do corpo envolve um modo de experiência na qual há um distanciamento que, no sentido de desaparecido (*disappearance*), ocorre como uma separação, enquanto que, no aparecimento disfuncional (*dys-appearance*), tal separação se dá como oposição. Sendo assim, o corpo aparece como distante tanto em momentos ordinários e desejáveis quanto em momentos de dor de doença, quando então é experienciado como apartado, diferenciado do *self*. Tanto um quanto outro são modos de ausências e, portanto, distanciamentos. O primeiro caso Leder designa de ausência primária (*primary absence*), o modo pelo qual o corpo desaparece em sua moderação para que a experiência seja projetada para o mundo; o segundo caso Leder chama de ausência secundária (*secondary absence*), referente ao modo pelo qual o aparecimento disfuncional se desdobra sobre si, distanciando-se da experiência ordinária e desejável, bem como do *self* (LEDER, 1990).

A experiência da apreensão do corpo objetual, especialmente no caso da enfermidade, possibilita identificar particularidades que são características de situações problemáticas e desarmonicas. Esa transformação é uma modificação qualitativa da experiência que também pode ser descrita em termos de perdas. Esse é o tema da próxima seção.

#### 4.4 A ENFERMIDADE COMO PERDA

A descrição fenomenológica da enfermidade, como tem sido reconstruída no decorrer deste trabalho, mostra que a experiência em primeira pessoa apresenta uma série de significações essencialmente muito distintas da concepção de doença como conjunto de sintomas. Fenomenologicamente, a enfermidade é tida como uma desordem geral oriunda das perturbações do corpo vivido. Nesse sentido, as descrições feitas por Toombs acerca da experiência de enfermidade objetivam apreendê-la qualitativamente e, segundo seu entendimento, tornam-se expoentes de uma forma típica que incorpora características descritas pela autora como perdas. As descrições feitas por Toombs foram objeto de análise de Carel (2016), e algumas de suas contribuições também serão elucidadas no decorrer da exposição. Sendo assim,

a sua exposição sustenta que a experiência da enfermidade consiste em: (a) perda da totalidade; (b) perda da certeza; (c) perda do controle; (d) perda da liberdade de agir; e (e) perda do mundo familiar. Passa-se, de imediato, às descrições das experiências de tais perdas:

#### **a) Perda da Totalidade**

Segundo Toombs, a experiência da enfermidade é, fundamentalmente, a perda da totalidade, a qual pode se manifestar de inúmeras maneiras. Em um nível muito básico e imediato, como o do corpo vivido, essa perda se manifesta como consciência de uma perturbação cuja origem não é de fácil identificação. Ela se caracteriza pela perturbação da integridade corporal, que pode ser mais evidente em casos crônicos ou de risco de morte. Isso é percebido pela condição de que o corpo não é mais garantidor das capacidades de outrora, e o senso dessa indisponibilidade e impossibilidade não podem ser ignorados, pois se apresentam como uma resistência à vontade. Em sua inefetividade, o corpo é então vivenciado como incontrolável, um inimigo que frustra planos, impede escolhas e que torna as ações impossíveis. Dessa forma, a enfermidade interrompe a unidade fundamental entre o corpo e *self* (TOOMBS, 1992). Sendo assim, com a consciência da corporeidade inescapável, o corpo agora é apreendido como objeto indesejado e não mais como vivido.

#### **b) Perda da Certeza**

A perda da certeza é um reflexo da perda da totalidade e consiste na consciência da ilusão pessoal acerca da própria indestrutibilidade. Isso traz como consequência o medo e a ansiedade e, nesse sentido, aparece como suspensão todas as outras certezas anteriormente tomadas por garantidas. Essas certezas são relativas ao próprio corpo, aos projetos planejados e às possibilidades de tratamento e cura. Carel vê, nessa descrição de Toombs, o encontro forçado com a própria vulnerabilidade (CAREL, 2016). Toombs argumenta que é possível que o esforço profissional de esclarecimento do quadro clínico, ao invés de aliviar a tensão e a ansiedade, produza um contexto no qual a pessoa se vê em uma situação irracional e inadmissível. Ela, então, vê sua condição enferma como uma interrupção caprichosa que atrapalha um plano previamente articulado que vinha sendo executado zelosamente. Na medida em que a enfermidade é percebida como algo que deixa fora de alcance as escolhas e os planejamentos, ela é também vivida como a perda do controle.

### c) Perda do Controle

A perda do controle é intrínseca à enfermidade e, segundo Toombs, ela é mais sensível em razão do alcance do tecnológico e do desenvolvimento das capacidades que a ciência moderna alcançou. Nas palavras de Toombs,

[...] a tecnologia que promete redenção, paradoxalmente, intensifica a perda de controle experimentada na doença. Ao serem submetidos à investigação, os pacientes ficam à mercê de máquinas sem rosto – máquinas com funções mal compreendidas, mas cujos ditames devem ser obedecidos. Nesse encontro com as máquinas, a pessoa se percebe como objeto de investigação, e não como sujeito que sofre. Essa transformação para a condição de objeto é concretamente sentida não apenas no "olhar" das máquinas, mas também no "olhar" dos profissionais de saúde. Na transformação para a condição de objeto, o paciente não se sente mais capaz de controlar efetivamente o que acontece (TOOMBS, 1992, p. 94).

Toombs entende que a expectativa no sucesso das intervenções da ciência em restabelecer a saúde e, por conseguinte, do profissional em correspondê-la podem gerar um senso de total perda do controle caso venha a falhar. Contudo, obviamente se trata de uma expectativa irreal, não apenas porque nem todos os tratamentos funcionam efetivamente, mas também porque os efeitos no corpo vivido muitas vezes não se restabelecem com a recuperação da saúde. Isso também é sentido como um desamparo que intensifica a percepção de que as coisas estão irrevogavelmente fora de controle.

Quanto à experiência de ser apreendido pelo profissional, Carel a entende como a perda da subjetividade, já que o diagnóstico da enfermidade retira da esfera privada a experiência subjetiva e a objetifica como uma doença. Então, a pessoa continua a sentir os sintomas que agora pertencem a uma ontologia e um vocabulário científicos (CAREL, 2016)<sup>23</sup>. O melhor exemplo dessa apropriação da enfermidade pela doença, segundo Carel, consiste na ficha do paciente, a qual contém suas informações, seus sintomas, as anotações de especialistas, os recados e as, recomendações, enfim, tudo o que reflete o deslinde da doença e não a vida da pessoa enferma.

A perda do controle se manifesta como a dependência de outras pessoas para tarefas que outrora se podia executar de forma autônoma. Nesse sentido, o que atingido é a autoconfiança, já que o alívio do seu sofrimento depende de terceiros. Isso é entendido por Toombs como uma assimetria em favor do médico, que detém os conhecimentos e habilidades necessárias que

---

<sup>23</sup> O argumento de Carel aqui tem como base a fenomenologia de Sartre, cuja interpretação consiste em uma progressão desde a dor vivida, passando pela enfermidade sofrida até doença devidamente diagnosticada por um médico. Toombs também discorre sobre essa abordagem fenomenológica em seu trabalho. Entretanto, não foi possível que tal abordagem fosse incluída neste trabalho.



podem mudar a situação de sofrimento, posicionando-o como uma autoridade. Essa assimetria aprofunda ainda mais a perda do controle e corrói a capacidade de escolhas racionais do paciente à medida que ele é excluído linguística e epistemologicamente dos conceitos científicos que podem descrever e prognosticar a sua situação (TOOMBS, 1992). A exclusão da pessoa enferma pela racionalidade científica a impossibilita de compreender o próprio futuro e tem como consequência a gradativa perda da liberdade.

#### **d) Perda da liberdade de agir**

A perda da liberdade de agir está relacionada à incapacidade de tomar decisões racionais<sup>24</sup>, não apenas por limitações relativas ao saber técnico da ciência, mas também pela impossibilidade de pensar com clareza em momentos de dor e sofrimento. Toombs considera outras questões que permeiam essa situação, as quais estão relacionadas ao sistema de crenças e valores do indivíduo, bem como de suas concepções acerca do próprio futuro. O fato é que a pessoa enferma pode supor que isso é partilhado com aqueles que lhe prestam cuidados e conclui, por isso, que eles partilham das suas concepções e visões acerca da realidade. Ocorre, no entanto, que estas questões mais íntimas usualmente não são de interesse profissional e, muitas vezes, são consideradas irrelevantes ou inapropriadas para quadro clínico, de forma que restam ignoradas. Dessa forma, as decisões clínicas são quase que invariavelmente tomadas à revelia dos interesses pessoais e dos valores do paciente, o que Toombs interpreta como a retirada da liberdade não apenas de tomar decisões como também de decidir de acordo com os próprios valores e interesses (TOOMBS, 1992).

Carel (2016) interpreta a perda da liberdade de agir proposta do Toombs de uma maneira mais abrangente. A autora entende que a perda da liberdade é mais ampla, pois não apenas atinge diretamente a possibilidade de agir e deliberar sobre o futuro como também afeta a possibilidade de perseguir objetivos, os quais perdem os próprios significados. Nesse sentido, Carel afirma que a perda da liberdade é uma perda pervasiva que não apenas macula a escolha futura, mas também as decisões do presente, à medida que cada atividade habitual reivindica um novo modo de execução e performance. Nesse sentido, ela interpreta a perda da liberdade

---

<sup>24</sup> Em casos de dor crônica, o uso de analgésicos potentes de maneira prolongada pode promover a erosão do senso de capacidade de fazer escolhas racionais. Uma descrição sobre como a enfermidade pode afetar a capacidade de raciocínio e corroer a confiança nas próprias possibilidades de tomar decisões no caso de dor crônica pode ser encontrado no trabalho de Ratcliffe e Kusch (2018).

de agir como diretamente relacionada à perturbação das estruturas do paradigma do corpo vivido, cujo resultado é um senso caótico de desordem e ruptura experiencial (CAREL, 2016).

#### **e) Perda do mundo familiar**

A perda do mundo familiar na enfermidade é apresentada por Toombs como uma mudança no ser-no-mundo, gerando um estado alterado de existência, permeado por desarmonia, desequilíbrio, incapacidade e deficiência. A incapacidade relativa às atividades rotineiras cria um estado de isolamento, deslocando a pessoa enferma para a margem do funcionamento normal do mundo. Ou seja, não bastasse o colapso do seu mundo familiar, o contraste com a rotina alheia que caracteriza o mundo das outras pessoas – que continua imutável – acentua ainda mais o seu caráter de isolamento, caracterizando-se como um tipo de solidão existencial. Toombs reforça ainda que, além do colapso das atividades cotidianas que eram dadas por garantidas, o senso habitual de espaço e tempo também significativamente são alterados. Isso em razão da preocupação constante com a dor e a incapacidade que prendem a pessoa enferma no momento presente, tornando o futuro inacessível e impotente. A interrupção das capacidades corporais faz com que o espaço se contraia, restringindo a rotina diária à permanência em uma cama ou circunscrevendo-a a um quarto ou uma casa. O caráter restritivo do espaço transforma o que era perto em algo distante ou o que era apenas um degrau, por exemplo, agora assume o caráter de um obstáculo intransponível. Toombs acentua que o mundo familiar é perdido à medida que aparece como desordenado, em decorrência das respostas corporais alteradas ao ambiente, transformando-o em algo monótono, repulsivo, estranho, etc. (TOOMBS, 1992)

Carel observa que as perdas descritas por Toombs são experimentadas de maneira mais acentuada à medida que a doença progride. Nesse sentido, ela entende que a perda da liberdade é a mais proeminente desde a perda progressiva das capacidades corporais e até mesmo pelo aumento progressivo da necessidade da ajuda médica, como também pela erosão profunda da liberdade de planejar e de viver. Mais que isso, Carel entende que a erosão progressiva gerada pela progressão da doença afeta a liberdade de desejar viver e de planejar. Ela entende que esse aspecto pode ser entendido como a perda de algo mais primário, como a capacidade de oferecer uma resposta afetiva positiva, isto é, a capacidade de desejar agir, tornando a liberdade de ação algo secundário. Em um sentido mais radical, a progressão da doença é vista por Carel como a encenação mais intensa da finitude e da compreensão não apenas da mortalidade como da própria vulnerabilidade corporal (CAREL, 2016).

#### 4.5 A ABORDAGEM FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA DA ENFERMIDADE.

Como já mencionado anteriormente, Svenaeus (2000) classifica a abordagem fenomenológica da saúde no âmbito das teorias holísticas da saúde. Portanto, sua proposta considera que a relação do indivíduo com o ambiente é determinante para o conceito de saúde. Como também foi visto no primeiro capítulo deste trabalho, a teoria bioestatística, inicialmente, desconsiderava essa relação do indivíduo com o ambiente. Todavia, posteriormente, admitiu a sua importância (BOORSE, 1997), bem como a teoria holística de Nordenfelt admite e propõe um conceito de saúde como habilidade de um indivíduo para agir no ambiente, perseguindo certos objetivos e tarefas vitais.

Sendo assim, a abordagem fenomenológica de Svenaeus considera a relação do *Dasein* com o mundo como uma compreensão articulada pela qual ele se relaciona com suas possibilidades de existir. Isso quer dizer que o ser-no-mundo do ser humano é aberto por um modo do encontrar-se, isto é, uma disposição afetiva segundo a qual o mundo se mostra com uma totalidade de relevância que dispõe uma maneira de compreensão (*Entwurf*) mais ou menos articulada, mediante a qual ele se apropria e se projeta em estruturas que se oferecem como possibilidades de existir (SVENAEUS, 2000). O *Dasein* é jogado no mundo não apenas no que tange às suas necessidades, mas também em possibilidades que aparecem nas suas relações com os entes. Elas consistem em uma estrutura de significados que organiza e revela utensílios cuja diversidade dos usos e manuseios apontam pra tarefas a serem cumpridas (SVENAEUS, 2000). Sendo assim, para Svenaeus, ser jogado no mundo não é apenas encontrar-se em uma totalidade de relevância articulada segundo uma disposição afetiva, mas também compreender-se relacionado a possibilidades de existir na interação com o ambiente.

##### 4.5.1 Enfermidade e ser-no-mundo

Dessa forma, em alguns contextos a abertura de mundo do ser do *Dasein* se dá de uma maneira particular. A estrutura do encontrar-se é articulada por uma disposição afetiva diferenciada chamada de disposição afetiva fundamental (*Grundstimmung*). Como já referido, as disposições afetivas são interpretadas como tonalidades que conferem relevância ao mundo, e, segundo as quais, ele se abre em uma determinada coloração de humor (atraente, ameaçador, entediante, prazeroso). Na medida em que o caráter de ser jogado (*Geworfenheit*) do *Dasein* é interpretado em termos de interação entre o indivíduo e ambiente e essa compreensão é articulada segundo o modo de encontrar-se, então qualquer alteração das disposições afetivas

afetará a articulação da abertura de mundo no que se refere à articulação de tal compreensão. Nesse sentido, as disposições afetivas fundamentais desempenham um papel relevante na abordagem de Svenaeus, pois revelam algo muito particular no modo como o *Dasein* está para o seu aí. Sendo assim, o que Svenaeus tem em mente para uma interpretação fenomenológico-hermenêutica da enfermidade está relacionado ao contexto da análise ontológica da angústia.

A disposição afetiva fundamental da angústia se caracteriza como um modo de abertura particular ao ser do *Dasein* que, ao encontrar-se no seu modo de abertura de mundo, compreende-se em uma disposição afetiva de estranhamento (*uncanny*). Em outros termos, a disposição afetiva da angústia abre o mundo revelando-o em seu caráter de indeterminação que, conseqüentemente, promove um senso de não pertencimento e de inospitalidade na relação com o mundo (*unhomelikeness*). Svenaeus vê, nesse fato, a indicação de que o ser-no-mundo traz de maneira oculta um caráter de ser-em-casa (*being-at-home*) ou de estar familiarizado (*homelikeness*) com o mundo, na medida em que se compreende e se articula na lida com os entes e nos quais se projeta em possibilidades. Entretanto e ao mesmo tempo, o ser-no-mundo não é totalmente desprovido do estranhamento inicial, do senso de não pertencimento ao mundo<sup>25</sup>, o qual alterna com a familiaridade que lhe assegura hospitalidade no mundo. Para Svenaeus, esses dois polos se alternam na experiência ordinária, cujo senso é de que o ser-no-mundo ao mesmo tempo pertence, mas é de certa maneira destacado, não estando totalmente em casa nesse mundo (SVENAEUS, 2000). No entanto, um desses polos recua e permite a prevalência do oposto, de modo que em um caso, há o senso de estar em casa e pertencer ao mundo (*homelikeness*) e, do outro, com a prevalência do estranhamento (*unhomelikeness*), o senso de não pertencimento e inospitalidade é que ganha destaque e perturba permanentemente o senso de familiaridade, tornando-o explícito com a enfermidade.

Sendo assim, a disposição afetiva do estranhamento (*unhomelikeness*) é interpretada como ligada ao colapso da significação dos entes que lhe vêm ao encontro e abrem o mundo em seu caráter de indeterminação. Ele articula um modo de encontrar-se compreensivamente estranho, com um senso de não pertencimento e de não familiaridade, um senso de ser desterrado no mundo e de não estar em casa (*not at home*). É um contexto que tenta apreender esse caráter bastante particular do mundo que se abre como hostilidade e ameaça, na medida em que tal estranhamento antecipa na direção da própria finitude. As possibilidades de ser no manuseio com utensílios e lançar-se em projetos agora são transformados em impossibilidades. Desse ponto de vista, a enfermidade, interpretada como a experiência de ser desterrado no

---

<sup>25</sup> “*a being not quite at home in this world*” (SVENAEUS, 2000, p. 93).

mundo que outrora emergia como transcendência à medida em que se projetava em possibilidades de ser na interação com entes intramundanos, emerge agora com uma transcendência defeituosa, na qual os utensílios não se mostram mais como disponíveis. A disposição afetiva do estranhamento restringe a existência à enfermidade por um senso de alheamento e indeterminação que, segundo Svenaeus, caracterizam o modo de ser do ser-no-mundo na enfermidade como um modo de existir como impossibilidade.

#### 4.5.1.1 *O ser-no-mundo familiarizado (homelikeness)*

Svenaeus desenvolve a sua abordagem fenomenológica interpretando a enfermidade como um o modo de ser do ser-no-mundo. Ela se caracteriza por um modo do encontrar-se em uma disposição afetiva de estranhamento (*unhomelikeness*). Por outro lado, o modo do encontrar-se familiarizado (*homelikeness*) pode ser entendido como uma forma de interpretar a saúde por meio de uma disposição afetiva que caracteriza esse modo de compreender-se no mundo como estando em casa. Obviamente, não se trata da trivial concepção de saúde e enfermidade como um dia bom ou ruim. Entretanto, é importante esclarecer que Svenaeus emprega a fenomenologia de Heidegger de uma maneira pouco ortodoxa na interpretação dos seus conceitos e, por conseguinte, inspira-se em outros fenomenólogos, como F. J. J. Buytendijk, Hans-Georg Gadamer, Maurice Merleau-Ponty e Erwin Straus. Assim, amparando-se em sua abordagem acerca dos modos do encontrar-se (*Befindlichkeit*), Svenaeus interpreta a passagem de Gadamer acerca do tema da saúde como ritmo de vida, reconhecendo-a como um indicativo da obra de seu mestre Heidegger. Referindo-se uma mais vez a Gadamer, à já mencionada obra referida no capítulo anterior, Svenaeus afirma:

Quando estamos saudáveis, tudo "flui", o estado de espírito em que nos encontramos não se faz ouvir ou ver. Ele poderia ser sentido como uma certa forma de ritmo em nosso estar-no-mundo conectado ao tempo, à maneira como estamos encarnados, à nossa respiração ao bater de nossos corações (SVENAEUS, 2000, p. 94).

Svenaeus assegura que isso não deve ser confundido com um estado positivo como bem-estar e felicidade. A saúde como um modo de encontrar-se não possui o estatuto de qualidade de algo aparente, mas é o modo de ser jogado no mundo que é compreendido como um ritmo, um estado de balanço silencioso que oferece suporte para a compreensão da existência (SVENAEUS, 2000). Contudo, tal balanço não deve ser entendido no sentido de equilíbrio entre dois entes, como no caso das teorias ancestrais a exemplo da teoria hipocrática, tampouco na acepção do termo homeostase relativa ao equilíbrio corporal. Em sentido fenomenológico,

o que Svenaeus pretende indicar pelo termo balanço refere-se às estruturas de significado pelas quais o mundo se abre enquanto fenômeno. Nesse sentido, o ser-no-mundo familiarizado da saúde é interpretado como o modo pelo qual ele encontra-se em estruturas de significado de maneira balanceada, que Svenaeus afirma se tratar de um processo ativo e compara com andar de bicicleta.

A disposição afetiva da saúde (*healthy mood*), que é a compreensão saudavelmente sintonizada (*the healthy attuned understanding*), é sempre um processo de recuo<sup>26</sup> na medida em que é familiarizado. Com a analogia entre o encontrar-se familiarizado e o equilíbrio do ciclista, ele pretende mostrar que, da mesma forma que este não está consciente do balanço que o mantém em equilíbrio que o permite prosseguir pedalando, o encontrar-se familiarizado (*homelikeness*) igualmente fornece suporte para o modo de ser-no-mundo com saúde de maneira silenciosa. Para Svenaeus, ambos os casos são marcados por uma ausência obstrutiva que permite a ação e a compreensão em relação ao mundo (SVENAEUS, 2000).

Na enfermidade, por outro lado, o balanço é obstruído, o que não precisa ocorrer de maneira abrupta, mas pelo contrário e mais frequentemente, ocorre de maneira lenta e gradual. Isto é, a modificação das disposições afetivas que colorem a existência de relevância e guiam a atitude compreensiva familiar em relação ao mundo é gradativamente alterada, seja porque as capacidades motoras que eram tomadas por garantidas sofrem diminuição, seja porque determinada função corporal perde eficiência. Ocorre que, após um tempo, a rotina é suavemente modificada, passando a oferecer dificuldades inicialmente sutis e imperceptíveis, alterando-a lentamente até o inevitável dia em que a própria vida não é mais reconhecida e sua inospitalidade diante das limitações e perturbações que a tornaram estranha. Nesse percurso, à medida em que o corpo é sentido como tontura, cansaço, irritação, etc., o balanço é perdido (*out of tune*). Esses estados são modos do encontrar-se compreensivo da enfermidade, que é articulado pela disposição afetiva do estranhamento, aprofundando o senso de perda de juízo e bom senso.

Svenaeus não quer dizer com isso, contudo, que a enfermidade é, em última instância, a perda do juízo e da razoabilidade, mas que a compreensão articulada pelo encontrar-se enfermo é desbalanceada, e isso quer dizer que ela é inóspita (*unhomelike*). A enfermidade como estranhamento aprofunda cada vez mais essa inospitalidade no mundo ao restringir e

---

<sup>26</sup> Svenaeus interpreta que o ser-no-mundo possui ambas as disposições afetivas, do familiarizado e do estranhamento, concebendo que elas interagem, de onde resulta que, do recuo de uma delas, a outra sempre predomina (SVENAEUS, 2000, p. 93). Nesse caso, ele se refere ao recuo da disposição afetiva do estranhamento (*unhomelikeness*).

esvaziar a rotina cada vez mais, ao reduzir ou impossibilitar o convívio social com amigos e familiares. Tudo isso joga a pessoa enferma de volta a si mesma enquanto um fardo à medida que a abertura de mundo é cada vez mais eclipsada pela enfermidade (SVENAEUS, 2000). Nesse sentido, Svenaeus observa que não se trata do fato de que a enfermidade diminui a transcendência, pois isso não é algo passível de ser quantificável. Trata-se sim de uma transcendência defeituosa, que traz em si a qualidade da incoerência que dificulta a compreensão, o senso de ordenação e a significatividade.

Não obstante, na esteira do pensamento de Gadamer evocado por Svenaeus, saúde é relacionada a um fenômeno rítmico que caracteriza a vida e seus ciclos. Na referida passagem de Gadamer, seu pensamento é ilustrado com fenômenos corporais, como a frequência cardíaca, o ciclo respiratório de inspiração e expiração e a necessidade dos ciclos de sono. Todos esses fatores são de imprescindível relevância para a vida orgânica, cujo equilíbrio e harmonia são condições de existência. Nesse sentido, Svenaeus sublinha que o estranhamento que caracteriza a enfermidade – na medida em que se manifesta como fadigas, dores, vertigens, enfim, uma série de desconfortos intermináveis – permite a interpretação não apenas que se trata de abalo ao balanço do encontrar-se familiarizado (*homelikeness*) que caracteriza a saúde, mas também pode ser entendido como perturbação pela qual algo sai do ritmo.

Svenaeus, todavia, da mesma forma que Leder (1990), está atento às transformações típicas que demarcam os estágios do desenvolvimento humano, as quais também são formas de aparecimentos disfuncionais (*dys-appearances*) sem que sejam disfunções de enfermidade. Com isso, Svenaeus pretende indicar que há diferentes momentos da vida que são marcados por ritmos igualmente distintos, os quais não significam necessariamente uma disposição afetiva de estranhamento apesar dos desconfortos e dos abalos que causam. Isso porque, nessas mudanças, o que se identifica não é algo que impede a abertura para um futuro e para o mundo, mas algo que indica uma mudança de ritmo e, nesse sentido, é qualquer coisa que não o fechamento do futuro (SVENAEUS, 2000).

Svenaeus o interpreta o ser-no-mundo enquanto ser-para um futuro, relativo a um passado em um presente. Isso interfere em sua relação com a melancolia temporária e a tristeza, no sentido de que sentimentos como esses também compõem o ser-no-mundo saudável, já que fazem parte da dimensão rítmica da vida. Essa posição levanta conjecturas acerca do luto e da depressão e suas relações rítmicas de vida, as quais, para Svenaeus, devem ser analisadas de maneira pormenorizada a cada caso específico (SVENAEUS, 2000). Nesse mesmo aspecto, as relações com o envelhecimento também são contempladas por diferentes dos ritmos característicos, como também a juventude. Svenaeus afirma que o envelhecimento modifica a

capacidade de transcendência e que, apesar disso, não apenas se mantém coerente como pode ser mais coerente que na juventude, fazendo com que seja possível se sentir mais em casa – apesar da suas capacidades e habilidades corporais estarem diminuídas e o modo de abertura de mundo ser mais direcionado para o passado do que para o futuro (SVENAEUS, 2000). Svenaeus considera a sua abordagem em relação ao ser-no-mundo como transcendência rítmica, em atenção à sua distinção entre saúde e enfermidade como modo do encontrar-se da familiaridade (*homelikeness*) e do estranhamento (*unhomelikeness*), uma maneira suficientemente adequada de descrever o processo de envelhecimento, sendo, por isso, capaz de auxiliar a medicina a avaliar melhor o que pode ser feito pelos idosos.

#### 4.6 A ABORDAGEM DA ENFERMIDADE COMO DÚVIDA CORPORAL

A dúvida é uma experiência comum na existência humana. É normal ter dúvida acerca das capacidades corporais próprias, colocando em cheque alguns limites na prática esportiva. São comuns dúvidas de cunho social ou moral, dúvidas acerca das próprias habilidades, das próprias faculdades intelectuais, dúvidas acerca de juízos, enfim, duvidar é algo que faz parte da rotina e é uma atividade constante do cotidiano. Mas o que Carel tem em mente com dúvida corporal não é algo como qualquer fenômeno como os descritos.

A dúvida corporal emerge de momentos em que a experiência colapsa como ocorre na enfermidade. Isso ocorre porque a dúvida aparece pela alteração do senso de certeza corporal que é trazido à tona e é posto em evidência. Ela pode ocorrer tanto em enfermidade somática ou quanto em enfermidade mental (CAREL, 2016). Ao explicitar a certeza que consistia no senso corporal subjacente, em contextos de perturbação a dúvida corporal impõe a necessidade de dar atenção a gestos, comportamentos e rotinas, colocando em questão projetos e planos que anteriormente dispensavam preocupações. Isso ocorre porque ela é essencialmente um senso de que as condições corporais já não estão mais garantidas. Nesse sentido, é uma mudança radical na experiência que afeta variados níveis, desde o temporal-espacial, alterando também a relação com o mundo significativo, resignificando conceitos básicos e habilidades corporais próprias. Apesar de o termo “dúvida” remeter ao âmbito mental, com relação a um estado cognitivo de crença, a dúvida corporal não é algo que pertence a esse âmbito tampouco uma crença. A perturbação corporal causada pela enfermidade torna explícito, na forma de dúvida, o que era um senso corporal tácito de certeza, um sentimento corporal pré-reflexivo e não intencional que integra os sentimentos existenciais e que assegurava o senso de realidade e familiaridade do mundo. A dúvida corporal perturba experiência, provocando um senso de irrealidade,



estranhamento e separação da realidade. Ela impede que a pessoa permaneça atenta às suas tarefas e às suas atividades no mundo e se volte para o próprio corpo. Isso faz como que a pessoa se sinta isolada dos círculos comunitários que a conectavam com o mundo, levando à uma experiência de distanciamento tanto físico quanto social. A confiança natural nas habilidades corporais, ao ser alterada, é substituída por um sentimento de desamparo, alarme e desconfiança no próprio corpo (CAREL, 2016).

Carel afirma que a dúvida corporal pode apresentar variações em relação à sua duração e permanência. Em casos graves, como de doenças degenerativas incuráveis, a dúvida corporal é muito diferente se comparada às enfermidades menos graves e mais cotidianas. Em casos como doenças virais, como gripes, é da natureza dessa experiência seu caráter temporário e passageiro relativo ao ciclo viral. Em outros casos, contudo, é possível que o prognóstico relativo ao restabelecimento da normalidade seja incerto, o que resulta em uma especificidade de experiência da dúvida. Há ainda casos em que, embora haja a expectativa da recuperação integral e, por conseguinte, do restabelecimento da certeza corporal, alguns resquícios podem permanecer ameaçando a reincidência e, conseqüentemente, a perda da certeza. Essas são situações em que a certeza não é totalmente recuperada e a experiência é modificada permanentemente como um todo (CAREL, 2016). A dúvida também pode apresentar variações quanto à intensidade, produzindo modificações experienciais momentâneas ou mais profundas, apresentando uma modalidade mais radical de dúvida. Nesse caso, podem haver rupturas profundas na estrutura da experiência a depender das expectativas de recuperação (CAREL, 2013; 2016). Ela também pode apresentar variações quanto à especificidade, isto é, ela pode se manifestar de uma maneira onipresente ou relativa às funcionalidades corporais específicas, como movimentar um membro em determinado sentido e com determinada intensidade de força. É possível que haja especificidades relativas a determinadas ações pontuais, como subir escadas, sem que se experienciem aspectos inter-relacionados, como o equilíbrio, por exemplo. Segundo Carel, há outras características da dúvida corporal que são filosoficamente relevantes na medida em que permitem revelar a estrutura da experiência da corporeidade em sua normalidade, ou seja: tornam explícito o que é tácito quando saudável. A primeira dessas características é seu caráter inesperado. A dúvida pode irromper a qualquer momento, podendo se manifestar de maneira gradual ou de forma abrupta. Esse é um contexto assustador gerado pela precariedade corporal e pela imprevisibilidade da experiência, que a torna de difícil assimilação a um mundo familiar (CAREL, 2013; 2016).

A segunda característica refere-se à invasão do senso de normalidade pela dúvida, resultando em sentimentos de exposição e ameaça. Isso promove um estranhamento que é

experienciado como um tipo de angústia<sup>27</sup>. Neste sentido, Carel explica que a dúvida corporal se diferencia de outras experiências muito similares e argumenta que não se trata de uma simples falha corporal de aquisição e aperfeiçoamento de determinadas habilidades, como aprender a dançar, escalar uma encosta ou, ainda, sucumbir diante de uma fadiga que impossibilite a execução de determinadas tarefas. Nas palavras de Carel,

[...] a dúvida corporal perturba a sensação normal de estar no mundo e substitui a imersão pela suspensão. Em condições normais, pode-se experimentar uma falha corporal que pode ser frustrante e humilhante (se você alguma vez não conseguiu consertar um furo [no pneu] de bicicleta, saberá como é), mas a pessoa permanece imersa na tarefa e no mundo. A dúvida corporal nos tira da imersão e nos põe em suspensão; o mundo familiar é substituído por um estranho (CAREL, 2016, p. 94).

Dessa forma, é possível perceber que a marca da experiência dessa incapacidade é uma suspensão, isto é, embora seja normal que existam barreiras aos projetos pessoais, eventuais falhas e incapacidades dessa natureza não passam de meros contratempos básicos de uma rotina que permeiam a cotidianidade e, em certo sentido, desafiam e impulsionam o desenvolvimento individual, seja físico, psicológico ou intelectual. O tipo de suspensão ao qual Carel se refere é tal que o mundo familiar é substituído por outro, permeado de estranhamento, medo e insegurança e que geralmente é experienciado com angústia e ansiedade. Essa experiência, contudo, é uma experiência corporificada acerca da suspensão das próprias capacidades que são cotidianamente dadas por garantidas.

A terceira característica é a revelação da vulnerabilidade própria. Isso significa que a experiência da dúvida corporal deixa uma marca referente à perda da certeza corporal que, por anos e até mesmo décadas, não havia sido perturbada. Trata-se de um traço característico similar ao trauma, no sentido de derrubada das premissas mais básicas nas quais uma individualidade se sustenta<sup>28</sup>. Neste sentido, Carel afirma:

A enfermidade também pode ser comparada à perda da inocência; é impossível voltar à ingenuidade (e, retrospectivamente, crédulo), ao estado de confiança em que se estava antes. Não há como voltar atrás, uma vez que a dúvida corporal genuína foi experimentada; a orientação básica da pessoa no mundo mudou e a possibilidade de falha corporal catastrófica agora faz parte de seus horizontes experienciais (CAREL, 2016, p. 95).

---

<sup>27</sup> Carel sustenta que a dúvida corporal se diferencia da descrição heideggeriana acerca da angústia e sua ausência de significado, pois a dúvida corporal encontra significado enquanto dúvida corporificada, não podendo-se inclusive dizer que ela é irracional, pois ela pode ser claramente explicada e expressada (CAREL, 2016, p. 94).

<sup>28</sup> Carel se refere ao trabalho de Jay Bernstein (2011) sobre a experiência com vítimas de trauma. São descritas dimensões muito profundas e intratáveis de vulnerabilidade em diversos níveis, não apenas individual como também social, normalmente escondidos da consciência. Essas premissas são a regularidade, a previsibilidade e a benevolência do mundo.

Portando, há algo na natureza da dúvida corporal que indica a impossibilidade de retorno ao estado anterior das coisas. É algo que é modificado e fica registrado no nível da corporeidade e que confere a particularidade da vulnerabilidade que é então revelada.

Uma quarta característica é a experiência da incapacidade. Trata-se de uma modificação da competência e da habilidade concernente ao “eu posso” corporal pela sua perda, cuja manifestação é a experiência de um “eu não posso” no nível da corporeidade. Como consequência, as projeções ilimitadas de projeto no mundo colapsam, fazendo como que todo e qualquer engajamento em atividades seja necessariamente antecedido por um cuidadoso planejamento<sup>29</sup>. A experiência da incapacidade, nesse aspecto, fulmina a possibilidade de espontaneidade e de surpresa, do que era não previsto no envolvimento em atividades extra rotina, já que a enfermidade exige que sempre haja o pensar antes de agir.

Essa característica incapacitante não deve, no entanto, ser confundida com uma incapacidade corporal. Em casos de depressão e pânico, a experiência da incapacidade ocorre sem a presença de qualquer incapacidade física. Da mesma forma, a dúvida corporal pode ser diminuída à medida que determinadas incapacidades sejam adaptadas e ajustadas, podendo inclusive estar completamente ausente em casos de incapacidade congênita. A sensação de incapacidade pode ser consequência de uma disfunção corporal decorrente da perda da mobilidade<sup>30</sup>, mas também pode se fazer presente em caso de transtornos mentais com efeitos incapacitantes, como a depressão, cujos sentimentos de desamparo e inépcia originam sintomas físicos incapacitantes. Neste sentido,

[...] a dúvida corporal afeta o espectro de possibilidades disponíveis para uma pessoa no sentido prático (ser incapaz de realizar uma ação), bem como no sentido existencial (estreitamento percebido das possibilidades) (CAREL, 2016, p. 96).

Portanto, a dúvida corporal é experimentada como hesitação relativa a movimentos e ações, distorção nos sentidos de distância e temporalidade, ansiedade no nível físico, bem como uma variedade de estresse de cunho psicológico. Contudo, não se trata de um estado psicológico

---

<sup>29</sup> Em seu livro *The Cry of Flesh* Havi (2013a), Carel narra um pouco da sua história como portadora de Síndrome Respiratória *Obstrutiva* Crônica e que já esteve com estimativa de vida decretada. Ela conseguiu interromper o processo degenerativo dos seus pulmões após um tratamento pioneiro. Apesar disso, Carel desenvolve seu trabalho considerando a experiência das estruturas sobre as quais fala. A sua condição pulmonar a fez depender do uso de cilindros que lhe possibilitam duas horas de oxigênio. Quando ela se refere a engajamento ilimitado, ela se refere ao fato de ter a experiência de ter de planejar sua rotina considerando as duas horas de duração do oxigênio. Neste sentido, ela perdeu a possibilidade de engajar-se de forma ilimitada como em uma caminhada, por exemplo, pois ela deve sempre estar atenta ao reservatório de oxigênio que carrega consigo.

<sup>30</sup> Sobre uma descrição da perda da mobilidade, ver Toombs (1995).

– ainda que alguns traços desse tipo sejam reconhecidos. A dúvida corporal, tampouco pode ser reduzida a um estado mental ou atitude proposicional. Ela não apenas muda o conteúdo como também prejudica o senso de controle, continuidade e transparência em sua contingência. Também revela a complexidade de nossa confiança corporal tácita quando a torna aparente por ser perturbada. São essas as questões que serão abordadas em seguida.

#### **4.6.1 A experiência da dúvida corporal como um conjunto de perdas**

Há ainda outras formas pelas quais a dúvida corporal transforma a experiência e, conseqüentemente, revela o senso de controle, continuidade e transparência que subjaz os estados de saúde e certeza corporal. Dessa forma, Carel descreve a experiência da enfermidade em termos de perdas que colapsam os sentidos de normalidade e de familiaridade cotidianos. Tais perdas se referem às características (a) da continuidade, (b) da transparência e (c) da confiança corporal.

##### *4.6.1.1 Perda da continuidade*

A experiência é caracterizada por suavidade e continuidade que, no encadeamento das ações e na articulação de movimentos corporais, viabilizam propósitos e objetivos intencionais. A dúvida corporal suspende essa continuidade e a substitui por uma consciência alterada de si mesmo e do ambiente. Como resultado, os hábitos cotidianos passam a necessitar de atenção, os objetivos são perseguidos com dificuldades devido ao fato de o fluxo das ações estar suspenso e as tarefas, por menores que sejam, reivindicam atenção e planejamento. Para Carel, a possibilidade de dúvida é uma marca constante na experiência, caso seja restaurada, revelando-se como um lembrete da contingência e falibilidade da continuidade (CAREL, 2016). Carel entende que a perda da continuidade nas desordens mentais ocorre de maneira diferente. Ela explicita seu posicionamento através da fenomenologia de Heidegger acerca da angústia (*Angst*) que, segundo ela, oferece uma boa base para a compreensão desse quadro em que o senso de propósito é perdido, conduzindo a pessoa a uma inaptidão para agir. Ela argumenta que, com o surgimento do sem fundamento de existir humano, característico da angústia, o significado e o propósito dos entes são removidos, convertendo o que antes aparecia sob o modo da disponibilidade (*Zuhanden*) a aparecer sob o modo da presença (*Vorhanden*). Esse confronto com a ausência de utilidade, segundo Carel, é uma ausência de significado, que promove a separação das estruturas cotidianas herdadas de significado e que são partilhadas pelo impessoal

(*das Man*). Assim, a familiaridade cotidiana com os utensílios entra em colapso à medida que a pessoa não é mais absorvida em contextos de significação.

No caso das doenças somáticas, o papel do impessoal parece apresentar alguma diferença, pois é possível que uma pessoa enferma possa estar imersa nas estruturas de significado e valor herdadas, absorvendo-se completamente em projetos sem, contudo, ter a capacidade de realizá-los, uma vez que estão fora do seu alcance, em que pese sejam ainda almejados. Contudo, considerando a forma pela qual elementos da linguagem também deixam de ser objetos de compartilhamento, já que conceitos como perto e longe, fácil, leve ou pesado mudam sua extensão na enfermidade, a rede de significados e de entendimentos compartilhados também sofre rupturas em relação às preferências, às utilidades e aos usos pragmáticos. Nesse quadro, a dúvida corporal necessariamente conduz a pessoa enferma a renegociar criticamente sua participação no mundo compartilhado das normas públicas. E é nesse sentido, portanto, que Carel entende que a análise de Heidegger sobre a *Angst* serve para interpretar tanto os casos de enfermidades somáticas como os transtornos mentais (CAREL, 2016).

#### 4.6.1.2 *Perda da transparência*

Como já referido anteriormente, a experiência da saúde é caracterizada por uma presença atenuada do corpo, que permanece fora do foco para que a atenção seja direcionada para o engajamento no mundo. Carel sustenta que, nas descrições filosóficas da saúde, esse aspecto é idealizado, comumente tratado como transparente ou como ausente. Entretanto, tal transparência frequentemente é rompida em momentos em que o corpo vem à tona, seja pelo direcionamento intencional da atenção, seja em razão da experiência de uma enfermidade.

A dúvida corporal é uma dessas maneiras pelas quais o corpo aparece de forma negativa, perdendo o caráter atenuado e ganhando o foco da atenção. Essa suspensão é promovida pelo surgimento das habilidades que outrora eram dadas como garantidas e agora emergem no campo da experiência como uma resistência entre corpo e ambiente (CAREL, 2016).

A perda da transparência corporal é experienciada como a necessidade de planejamento constante das atividades que anteriormente dispensavam preocupação. O corpo é encarado e vivido como um problema que impossibilita as mais simples atividades cotidianas, transformando-as em empreitadas muito grandes e extenuantes. Como resultado, o corpo se torna explicitamente tematizado, como um problema em razão do qual o mais simples comportamento se torna agora algo de grande complexidade. Diante desse quadro, é frequente

a alteração da atitude em relação ao mundo, que agora é preenchida de preocupação, angústia e medo. Carel sustenta que essas preocupações alteram o comportamento de uma maneira generalizada, alterando hábitos e resultando em uma experiência corporal mais lenta e hesitante (CAREL, 2016).

Há outra situação que contribui negativamente para essa experiência da perda de transparência do corpo e que está relacionada com o encontro médico. Isso ocorre pelo fato de a ciência médica estar normalmente direcionada às disfunções corporais, aos dados que são recolhidos mediante exames e avaliados quanto ao desvio de padrões de normalidade. Consequentemente, essas ocasiões reforçam a evidência de que algo está errado, de que o corpo é um problema, o que, muitas vezes, dificulta a habilidade da pessoa em experienciar o corpo atenuado outra vez (CAREL, 2016).

Por fim, Carel ressalta um traço melancólico que pode ser observado na perda da transparência corporal: uma nostalgia da experiência do corpo como era anteriormente. Nesse sentido, a experiência é de uma substituição da transparência e espontaneidade pela passividade e opacidade corporal (CAREL, 2016).

#### *4.6.1.3 Perda da confiança corporal*

A perda da confiança corporal revela o caráter contingente e de falibilidade da confiança habitual no próprio corpo. Essa confiança, da mesma forma que a certeza e o modo como é concebida no nível corporal, não deve ser entendida como uma proposição ou um juízo, mas como um sentimento corporal da certeza de que não haverá falha nas ações cotidianas. A perda da confiança é caracterizada pela experiência de vulnerabilidade e hesitação, as quais sinalizam uma ruptura com o senso de pertencimento ao mundo e o desaparecimento do senso de realidade (CAREL, 2016).

Carel chama a atenção para o fato de essa crença ser epistemologicamente frágil. Para justificar essa ideia, a autora recorre ao pensamento de Hume acerca da indução costumeira, pela qual o ser humano assume que as coisas continuarão a se suceder da maneira como até então têm sucedido.

Hume conclui que "sempre que a repetição de qualquer ato ou operação particular produz uma propensão para renovar o mesmo ato ou operação, sem ser impelido por qualquer raciocínio ou processo de entendimento, sempre dizemos que essa propensão é o efeito do costume" (Hume 1975, p. 43). Eu sugiro que tal costume está por trás de nossas crenças tácitas sobre o funcionamento contínuo de nosso corpo e nosso senso de certeza corporal. (CAREL, 2016, p. 101)

Portanto, para Carel, a certeza corporal é como essas crenças tácitas que, para Hume, são epistemologicamente infundadas mas tomadas como certas pela reiteração ordinária e que se sustenta em um costume. O senso de que o corpo continuará funcionando como outrora o assegura como disponível no estabelecimento e na perseguição de objetivos. Nesse sentido, se a ação está amparada por um senso tácito de confiança, ainda que em parte, então a perda da confiança inviabiliza qualquer ação, de tal modo que a dúvida corporal atinge o centro da vida cotidiana (CAREL, 2016).

#### 4.7 CONCLUSÃO

Os temas abordados neste capítulo tiveram por objetivo mostrar como as abordagens fenomenológicas descrevem e interpretam a experiência da enfermidade. É possível perceber que, da perspectiva da experiência vivida, o fenômeno da enfermidade invariavelmente se apresenta como perturbações, alterações, perdas e estranhamentos. É importante ressaltar também que as descrições oferecidas pela fenomenologia acerca da enfermidade se constituem em mais do que uma aposta promissora, visto que se apresenta com um programa de investigação bem desenvolvido, com resultados que ampliam o espaço reivindicado pelas ciências humanas. Não há dúvidas do ganho compreensivo acerca do ser humano e da ciência como um todo, sem o prejuízo de metodologias de pesquisa qualitativa de cunho fenomenológico que já vêm sendo desenvolvidas nas ciências da saúde e que não foram abordadas, pois escapavam ao escopo do presente trabalho.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema do presente trabalho tem o propósito de apresentar a fenomenologia da enfermidade a partir do contexto das teorias da saúde e da doença. Partindo do resgate sucinto do conceito de saúde na tradição hipocrática e, posteriormente, apresentando as teorias bioestatística e holística, é possível perceber que a ciência sofreu grandes transformações que contribuíram para o surgimento da medicina moderna. O trabalho não tem como finalidade aprofundar esse contexto, a fim de privilegiar as abordagens fenomenológicas da enfermidade. Ademais, a reconstrução histórica do surgimento da medicina moderna já consistiria em um trabalho em si. De qualquer forma, é importante atentar que a concepção hipocrática da saúde como balanço dos humores, passando pelo surgimento da anatomia e dos estudos patológicos, compreende um cenário que é impulsionado pelo desenvolvimento tecnológico e suas consequências nas ciências como a biologia. Assim, estudos empíricos da anatomia humana e da etiologia das doenças e estudos das patologias servem de base para teorias como a bioestatística. Essa teoria estabelece, através de estudos empíricos, o desenho funcional típico de uma espécie, pela descrição orgânica de seus sistemas de órgãos e funções até a definição de uma população de indivíduos. Dessa população, uma parcela é selecionada e destes são extraídos dados quantitativos. Submetidos a análises estatísticas, estes dados permitem estabelecer um critério de normalidade, constituindo-se em um ideal empírico. Conforme visto, essa teoria de matriz biológica e evolutiva considera a saúde como ausência de doença. O funcionamento considerado inadequado, no que diz respeito à contribuição funcional de cada órgão e função do organismo com os objetivos finais referentes à normalidade estatística, é considerado, então, patológico. A teoria holística, por outro lado, ao considerar o indivíduo pelas suas habilidades de agir no ambiente de modo a perseguir determinados fins, mostra uma outra perspectiva acerca da saúde. Nela, não se trata da saúde do organismo, mas da pessoa e suas relações externas, levando em conta aspectos psicológicos, sociais e sua interação com demais sujeitos e instituições. A teoria holística de Nordenfelt propõe uma perspectiva valorativa sobre a saúde, tanto no que tange às circunstâncias padrão como no critério bem-estar e de felicidade mínima para delineamento entre saúde e doença.

A fenomenologia da enfermidade se situa entre as teorias holísticas da saúde, mas apresenta como distinção o seu direcionamento para a experiência em primeira pessoa. Dessa perspectiva vivida, as abordagens fenomenológicas mostram como a enfermidade pode produzir transformações no nível da experiência em razão da perturbação no da sua estruturação. Nesse sentido, a fenomenologia da enfermidade produz impacto na medida em



que se mostra como uma via epistêmica capaz de oferecer um aporte conceitual e metodológico para a investigação da experiência em primeira pessoa. Isso porque ela permite a descrição e a interpretação da experiência da enfermidade, preservando a neutralidade investigativa e permitindo uma coerência elucidativa de fenômenos subjetivos, tornando-os acessíveis.

Sendo assim, considerando a abordagem fenomenológica direcionada aos aspectos vividos da corporeidade, foi possível visualizar como a enfermidade perturba a relação entre corpo vivido e corpo objetual e como isso pode ser entendido enquanto perda da unidade do corpo orgânico. As transformações pela perturbação das estruturas do paradigma do corpo vivido permitem descrição detalhada em diversos níveis experienciais da corporificação que, por fim, resultam na tematização do corpo objetual como presença estranha e alienígena. O mesmo ocorre com a concepção acerca do aparecimento disfuncional do corpo, entendendo-o como oposição do corpo ao *self*, o que mais uma vez indica a perda da sua unidade orgânica refletida no âmbito da experiência. As descrições da enfermidade como perda têm o objetivo de elucidar a experiência decorrente das perturbações da estrutura vivida da experiência. Elas não podem ser reduzidas a meros estados psicológicos. Os rompimentos que resultam na perda da totalidade, do controle, da certeza, da liberdade de agir e do mundo familiar são descrições de experiências que, certamente, contêm estados emocionais e psicológicos, mas com os quais não se confundem.

Isso fica mais evidente em relação à segunda abordagem que enfatiza o caráter existencial da enfermidade. Ela privilegia o papel estruturante que a afetividade desempenha na experiência e, nesse sentido, a disposição afetiva do estranhamento revela a experiência da enfermidade conferindo ao mundo um aspecto hostil e indeterminado. Uma vez mais, isso não se trata de estados psicológicos e emocionais, muito menos da experiência de um mero dia ruim e conturbado. A abertura de mundo articulada pela tonalidade do inóspito e que resulta no encontrar-se não familiarizado no mundo possui o alcance de colapsar a capacidade de transcendência, tornando-a defeituosa. Isso também afeta o modo de relação com os utensílios e os projetos do ser lançado no mundo. A disposição afetiva do estranhamento, enfim, agrega à experiência da enfermidade o traço existencial explicitado como modo de encontrar-se no mundo fora de casa, desterrado.

A terceira e última abordagem que concebe a experiência da enfermidade através do núcleo experiencial do sentimento da dúvida corporal também reflete a relação da pessoa enferma com o mundo de maneira abrangente e bastante detalhada. A experiência da dúvida corporal mostrou que podem haver variações quanto à sua intensidade, à sua abrangência – no que tange ao corpo em suas partes ou em sua totalidade – e ao alcance das funções corporais

prejudicadas . Neste último aspecto, a dúvida corporal expõe as funções corporais em sua indisponibilidade e como não mais garantidas. Enfim, esta abordagem apresenta uma rebuscada série de descrições que demonstram a experiência da enfermidade em sua complexidade. As perdas da continuidade da experiência, da transparência corporal e da confiança corporal demarcam na experiência um núcleo bem específico de descrições acerca de temas relativos à intersubjetividade e demonstra a possibilidade da investigação de maneira contundente da enfermidade pela fenomenologia. Isso não apenas em sentido da descrição e interpretação da experiência da enfermidade, mas também da experiência normal como um todo. Tampouco se restringe à mera descrição, mas contempla a identificação de estruturas essenciais relativas à condição de possibilidade da experiência que venham a ser cada vez mais elucidadas.

Isso tudo reflete o traço contributivo da fenomenologia para a filosofia de um modo geral e para as ciências da saúde. A posição defendida por Carel, de que a enfermidade pode fornecer um ponto de vista privilegiado para a reflexão filosófica na medida em que traz à tona o que, em estado normal, permanece oculto, é um exemplo dessa contribuição. É possível verificar também a importância da investigação da experiência vivida para as ciências da saúde, pois a elucidação da vivência da pessoa enferma permite pensar estratégias que viabilizem uma melhor abordagem de casos específicos, tanto no sentido de melhora comunicativa e compartilhamento de mundos entre profissional da saúde e paciente como no acolhimento e acomodamento institucional de pacientes, tanto em enfermidades somáticas quanto mentais.

O presente trabalho apresenta limitações ao não trazer estudo de casos, deixando de elucidar mais o fenômeno da enfermidade assim como as metodologias de pesquisa fenomenológica mais adequadas. Também não apresenta as objeções que são feitas à fenomenologia da enfermidade em seus diferentes aspectos.

Desta feita, são perspectivas possíveis de desenvolvimento desta pesquisa a investigação dos métodos de pesquisa qualitativa de matriz fenomenológica, como os de Max Van Manen, Jonathan Smith e Amadeo Giorgi, acerca da sua adequação e das possibilidades para a condução de estudos relativos às abordagens apresentadas. Há, ainda, o campo das entrevistas microfenomenológicas que, indubitavelmente, merece atenção e que podem oferecer contribuições significativas para a fenomenologia da enfermidade e sua aplicação no campo das ciências da saúde. Outra perspectiva se refere à análise das possíveis contribuições da fenomenologia com as ciências cognitivas, as quais vêm sendo desenvolvidas pelo que ficou designado de fenomenologia naturalizada, bem como as abordagens não reducionistas da cognição, conhecidas com 4EA (*embodied, embedded, enactive, extended, affective*) para as abordagens da fenomenologia da enfermidade ora apresentadas.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. DE; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 879–889, 2002.
- BOORSE, C. On the Distinction between Disease and Illness. **Philosophy & Public Affairs**. v. 5, n. 1, p. 49–68, 1975.
- BOORSE, C. Health as a Theoretical Concept. **Philosophy of Science**, v. 44, n. 4, p. 542–573, 1977.
- BOORSE, C. Rebuttal on health. In: HUMBER, J. M.; ALMEDER, R. F. (Orgs.). **What is a disease?** Atlanta, Gerogia: Biomedical Ethical Reviews, 1997.
- BOORSE, C. A second rebuttal on health. **Journal of Medicine and Philosophy (United Kingdom)**, v. 39, n. 6, p. 683–724, 2014.
- CAREL, H. Bodily Doubt. **Journal of Consciousness Studies**, v. 20, n. 7-8, p. 178-197, 2013.
- CAREL, H. **Illness, the cry of the flesh**. 2. Revised ed. New York, USA: Routledge, 2013a.
- CAREL, H. **Phenomenology of Illness**. New York: Oxford University Press, 2016.
- GAUDENZI, P. Normal e Patológico no naturalismo e no normativismo em saúde: a controvérsia entre Boorse e Nordenfelt. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 747–767, 2016.
- LEDER, D. **The Absent Body**. Chicado: University of Chicago Press, 1990.
- MERLAEU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- NORDENFELT, L. **On the Nature of Health: an action-theoretic approach**. 2. Revised and Enlarged Edition. Springer, 1995.
- NORDENFELT, L. The Opposition Between Naturalistic and Holistic Theories of Health and Disease. In: CAREL, H.; COOPER, R. (Orgs.). **Health, Illness and Disease: Philosophical Essays**. Abingdon: Routledge, 2013.
- RATCLIFFE, M. **Feelings of Being**. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- RATCLIFFE, M. Existential feelings. In: SZANTO, T.; LANDWEER, H. (Org). **The Routledge Handbook of Phenomenology of Emotion**. Abingdon: Routledge, p. 250–261. 2020.
- SOUZA, A. T. DE. **Curso de História da Medicina**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.
- STÜKELBERGER, A. Hipócrates e o pensamento hipocrático - observação, ciência e teoria.

In: GRAESER, A.; ERLER, M. (Orgs.). **Filósofos da Antiguidade**. São Leopoldo: Editora Unisnos, 2005.

SVENAEUS, F. **The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Illness** – Steps towards a philosophy of Medical Practice. [s.l]: Springer, 2000.

SVENAEUS, F. Naturalistic and Phenomenological Theories of Health: Distinctions and Connections. **Royal Institute of Philosophy Supplement**, v. 72, p. 221–238, 2013.

SVENAEUS, F. **Phenomenological bioethics**: Medical technologies, human suffering, and the meaning of being alive. Abingdon: Routledge, 2018.

SVENAEUS, F. A Defense of the Phenomenological Account of Health and Illness. **Journal of Medicine and Philosophy**. v. 44, n. 4, p. 459-478, 2019.

TOOMBS, S. K. Illness and the paradigm of lived body. **Theoretical Medicine**. v. 9, n. 2, p. 201-226, 1988.

TOOMBS, S. K. The temporality of illness: Four levels of experience. **Theoretical Medicine**. v. 11, n. 3, p. 227-241, 1990.

TOOMBS, S. K. **The Meaning of Illness**: a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. [s.l]: Springer, 1992.

TOOMBS, S. K. The Lived Experience of Disability. **Human Studies**, v. 10, n. 2, p. 172–189, 1995.

ZANER, R. M. **The Problem of Embodiment**: some contributions to a phenomenology of the body. 2. ed. Netherlands: Martinus Nijhoff. The Hague. 1971.

ZANER, R. M. **The Context of Self**: a phenomenological inquiry using medicine as a clue. Ohio: Ohio University Press, 1981.