Psicologia: Uma ciência alienada de seu valor?

Clarice Pimentel Paulon[1]

Resumo: O ensaio visa discutir a diferença existente entre a prática científica de fundamentação positivista e a prática do trabalho da psicóloga, separando as questões éticas relacionadas a cada uma dessas áreas. A ciência que baseia os pressupostos éticos do trabalho psicoterapêutico é, muitas vezes, distinta do paradigma hegemônico de ciência e há práticas éticas que podem, de acordo com tal paradigma, serem consideradas não científicas. O ensaio toca, portanto nas diferenças entre ética e ciência e aponta para os equívocos que podemos realizar ao relacionar, diretamente, ética e ciência.

Palavras-chave: Ética, Psicologia, Ciência

É sabido, a partir de nossa atuação profissional como psicólogas, seja na área da saúde, educação ou assistência, que toda e qualquer prática realizada deve ser bem fundamentada epistemologicamente, baseada em estudos que articulem a teoria com seus modos de atuação em diferentes campos e contextos. Essa é uma das diretrizes do nosso Código de Ética Profissional.

Entretanto, sabemos também que há uma diferença no que concerne a ética na produção de um saber científico e na atuação profissional. Ciência e ética (entendida como cuidado e princípio de humanização) nem sempre encontram-se relacionados e podemos dizer que muito do 'suposto' avanço do saber científico baseia-se em pesquisas que seriam hoje consideradas antiéticas e não-humanitárias, calcadas em valores morais que violentam o que defendemos

[1] Psicanalista, doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da USP, pós doutoranda em Psicologia pelo IPUSP, membro do LATESFIP-SP e LATEFIP-Cerrado e professora e supervisora da residência multiprofissional em saúde da prefeitura de São Paulo. Contato: claricepp@gmail.com

atualmente dentro dos Direitos Humanos[2].

A proposta desse ensaio, é, então, refletir sobre os modos de se fazer ciência atualmente e ao longo de parte da história ocidental, contrapondo-a aos princípios éticos exigidos na atuação profissional da psicologia, mas que podem também, ser estendidos, aos demais campos de atuação com seres humanos.

Adianto que, se em algum momento, nós, que atuamos com pessoas, tivermos que escolher entre ética e ciência – já que, por nossa sorte (ou azar) estes campos estão dissociados – há práticas cientificas que carecem da ética e há práticas consideradas éticas, no entanto, não científicas – devemos tentar nos abster da ciência (algo difícil na contemporaneidade, já que ela é vista como uma das únicas possíveis verdades no campo do trabalho) e permanecer com a ética. Espero que, ao final desse ensaio, eu possa ter desenvolvido argumentos razoáveis para isso.

Vamos começar então, com a ciência. A ciência, nós sabemos, muito avançou sem a ética. Como exemplo temos os experimentos nos campos nazistas, que geraram algumas descobertas interessantes sobre anatomia e fisiologia, no campo da medicina. No campo psi temos também diversos desses exemplos: Watson, behaviorista, para testar a teoria sobre a associação entre estímulos usou crianças, sinos e coelhos brancos – associando o barulho do sino com o aparecimento do coelho, fez com que a criança associasse o aparecimento do coelho ao susto, sem mais passar pelo sino. E inclusive, realizou uma generalização em relação ao estímulo 'branco': barbas de papai noel e diversos outros objetos com cor e forma de 'coelho branco' geravam susto. Ciência? Sim. Ética? Não.

Outro famoso exemplo na nossa área psi é o experimento Milgram

---

[2] Como não lembrar aqui de Hannah Arendt e do tribunal de Nuremberg, ocasião que a fez fundar o conceito de 'banalidade do mal' e também como não lembrar que o referido tribunal contribuiu para o avanço das políticas humanitárias e da construção e reforçamento das pautas de direitos humanos...e como também não lembrar dos diversos experimentos nazistas nos campos de concentração que trouxeram algumas novas descobertas científicas calcadas na violência e na opressão da vida humana: é essa contradição que viso explorar aqui.

(MILGRAM, S., 1964), na psicologia social, que consistia em averiguar até onde o indivíduo é capaz de seguir regras, sabendo que poderia, ao seguí-las, estar ferindo alguém. Tudo para verificar até onde vamos, como 'peças da engrenagem do estado'. Esse teste, com um ator em uma cabine, que fingia receber choques se respondesse errado ao participante da pesquisa, e que, na medida em que errava as respostas, o participante tinha que aumenta a intensidade do choque, comprovou que nós, seres humanos, somos capazes de ir muito longe na demanda alheia, principalmente quando esta vem de alguém que tem algum poder sobre nós: no caso, o pesquisador. Um termo de consentimento era assinado, bem como um valor em dinheiro era pago para a realização da pesquisa: autoridade por 'dupla contratação'. Muitos dos participantes, cônscios do que faziam, ainda assim 'aplicavam' choques de alta frequência no ator, não sem culpa, mas, aplicavam. Novamente. Ciência? Sim. Ética: não.

Por demasiadas vezes, muitas das áreas da nossa psicologia, de fulcro mais associado a área das humanidades, viram paródias do exercício científico, são apontadas como *'aquilo que não se deve fazer'* no âmbito das ciências, por, justamente, "forçarem- se" dentro de uma área a qual, a meu ver, não pertencem.

Até hoje observamos a complicada relação entre ciência e ética. Vemos, por exemplo, as nossas comissões de ética em pesquisa e ética em pesquisa com seres humanos nas universidades. O foco dessas comissões é o de averiguar se o projeto de pesquisa e seus métodos não são prejudiciais aos sujeitos de pesquisa, ou seja: criam-se algumas bases e, sobre elas, regras que buscam evitar e amenizar algum sofrimento ou dano causado. A preocupação dos comitês de ética em pesquisa está nessa evitação e não em uma proposta de ética pautada no cuidado de si ou na assistência, na modalidade terapêutica da psicologia. São éticas diferentes.

Vejamos o exemplo da psicanálise, em seu afastamento do paradigma científico (BAIRRÃO, 2000)[3]. Esta, recebeu duras críticas de epistemólogos da

[3] BAIRRÃO, J. M. F. H. O que será um psicanalista? In. *Clínica e Sociedade*. vol. 09, nº 02 pp. 07-22, 2000.

ciência como Popper (1980) e Wittigenstein (1971), já que são, basicamente, o contra-exemplo do fazer científico. Bairrão (2000) ao refletir sobre o estatuto da psicanálise, e utilizando-se destes autores, aponta que, segundo eles, a psicanálise não passaria de uma retórica pseudo- científica.

Esta seria baseada em "[...] enunciados que não se baseiam no empírico e sim na descrição linguística da experiência, narrativas que não podem ser contrastadas com fatos, hipóteses sempre confirmadas, mesmo que os dados as contrariem [...]" (BAIRRÃO, 2000, p. 12).

A partir do supracitado, vemos que o fundo científico, pelo menos o mais hegemônico deles, não contém a psicanálise e, imagino eu, não contenha diversas outras áreas da psicologia. Nós poderíamos pensar de outro modo, separar as ciências naturais das 'ciências da mente', por exemplo (BAIRRÃO, 2000) e afirmar que estas últimas agem de modo distinto das primeiras e que há uma diversidade de métodos para o fazer científico.

Mas, pensemos: nesse sentido, nós não estaríamos esvaziando o termo 'ciência', inserindo nele todas as práticas possíveis? Não estaríamos nós, utilizando-se desse termo para uma valorização puramente ideológica do mesmo (BAIRRÃO, 2000), sem realmente pensar se nossas modalidades de fundamentação cabem nesse termo tão restrito quanto a escritura de alguns paradigmas[4]?

E se algumas psicologias estivessem melhor inscritas no campo da ética (no sentido filosófico deste termo)?

Lendo o caderno do ministério da saúde sobre as Práticas Integrativas Complementares em saúde no Brasil[5], vejo um novo campo no âmbito da saúde pública, pautado nessa possibilidade de abertura às diferentes visões sobre o processo de saúde- doença. Nós, que trabalhamos nessa área, sabemos de uma

---

[4] Um bom livro que possa interessar também a essa discussão seria "A ciência e as ciências" (Granger, G. Ed. UNESP, 2000)

[5] Um dado importante em relação ao Caderno é que o termo psi: psicologia/ psicológica aparece apenas três vezes e sempre associado à uma noção de totalidade na saúde (bio-psico-social, bem estar total, etc.)

certa soberania da inscrição do saber em saúde na esfera das ciências biomédicas, e sabemos dessa inscrição, até mesmo pela nomeação que se dá às outras práticas, não biomédicas: *complementares*. Há indícios de significação na forma como nomeamos nosso fazer e nossas teorias.

Sabemos, por exemplo, que em matemática, um ângulo complementar é aquele que, somando-se ao anterior, gera 180º. Soma-se para chegar a um todo a partir das suas partes. Questiono-me se, no âmbito dos sujeitos, é possível chegar a esse todo e, inclusive, se esse todo existe. Não é em uma das nossas teorias, a Gestalt, que compreendemos que o todo não é igual a soma das partes? Como seria possível então, uma pratica em saúde humana, ser algo complementar?

No entanto, o caderno das práticas integrativas e complementares também traz indícios de uma nova leitura em saúde, ao propor, mesmo que em nota de rodapé, que as práticas complementares e integrativas são "abordagens com teorias próprias do processo saúde – doença, diagnóstico e terapêutica", ou seja, versam sobre teorias e práxis que tem uma concepção distinta de saúde bem como apontam, para soluções e encaminhamentos diferentes. Essa perspectiva é fundamental ao se tratar, no quesito políticas públicas de saúde, de lidar com humanos, ou seja, devemos nos atentar aos efeitos de subjetivação que são inerentes ao *acontecimento*[6] em saúde e que tolhem qualquer possibilidade de 'garantia' de uma concepção de bem-estar totalizante, do sujeito.

Para compreender, portanto, essas práticas vou inicialmente focar nessa concepção de 'diferentes abordagens sobre o processo de saúde-doença' a fim de tentar visualizar de que se trata este sintagma. Para tanto, irei utilizar um autor que vejo pouco utilizado em nosso campo, a não ser quando se trata de saúde mental:

---

[6] O termo acontecimento aqui, corresponde à uma noção da análise do discurso de linha pechêutiana, e traz em seu cerne a ideia de transformação através da utilização semântica de frases e expressões em contextos diferentes e de seu processo de significação. Um exemplo disso é a utilização da música publicitária "Vem pra rua" (Rappa, 2014) da Copa nos vídeos das manifestações populares de 2013 em São Paulo.

Georges Canguilhem (2002)[7] e sua noção de 'formas de vida', relida por Vladimir Safatle[8] em um artigo recém publicado na revista Latino Americana de Filosofia e História da Ciência, da USP (2015).

Canguilhem (2002), ao desenvolver a noção de formas de vida, aponta para um aspecto social da vida, denominado normatividade vital. Essa normatividade pressupõe uma certa relação de flexibilidade entre o organismo e o meio ambiente: se o organismo é capaz de adequar-se a ele, ou seja, se o organismo é capaz de transformações a partir da percepção de mudanças externas, então ele é considerado um organismo saudável.

O autor aponta para essas transformações principalmente relacionadas ao tempo e à experiência que o próprio corpo, e seu dono, adquirem conforme vivem. A perspectiva canguilheana nos mostra, portanto, que o corpo muda e, com isso, sua vivência. Se, no entanto, pararmos para refletir, essa não é a perspectiva mais comum, em saúde.

Inicialmente, temos uma ideia de que, ao termos uma gripe, ou um resfriado, por exemplo, a cura seria voltar ao estado anterior, estado em que o corpo se encontrava saudável. No entanto, sabemos que a volta a este estado anterior, até mesmo em uma gripe, é impossível: nosso corpo tem memória, inclusive nossas células. Nos curamos da gripe, mas, não voltamos ao estado anterior. A gripe que tivermos daqui um tempo, não será a mesma gripe que passou.

Da mesma forma que nosso corpo adquire experiências em sua relação orgânica, por assim dizer, para então "criarmos corpo", a nossa subjetividade é também, efeito de uma porção de experiências distintas, que tem, a princípio, um viés transformativo. Ter saúde, para Canguilhem, então, é transformar-se.

Vemos que essa perspectiva é totalmente diferente das atuais. Ter saúde, para elas, é manter-se igual. É ser o mesmo. É não sentir as marcas do tempo.

---

[7] CANGUILHEN, G. *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2002.
[8] SAFATLE, V. Uma certa latitude: Georges Canguilhem – vida e política. In. *Revista Latino Americana de Filosofia e História da Ciência*. Vol. 13, nº 02, abril-junho 2015.

Atualmente, nos preocupamos com a manutenção de uma saúde alienada ao nosso processo de produção capitalista. Temos que ter saúde para continuar produzindo da mesma forma, sempre. O problema é que essa perspectiva aparta o sujeito de suas experiências, ele deve manter-se igual, mesmo que tenha passado por elas: envelhecimento, gravidez, situações inerentes à vida como a morte de pessoas queridas[9], etc.

Observamos então que o processo de saúde-doença atual é, majoritariamente, pautado em uma possibilidade de manutenção do mesmo. De retorno à um momento em que aquela experiência de 'adoecimento' ou de vivência, simplesmente, ainda não aconteceu, ou seja, há uma anulação da relação do sujeito com o tempo. Essa perspectiva é muito próxima da nossa visão cientifica de mundo. Para estudarmos cientificamente algo temos que objetificá-lo: tornar objeto, estático, ou, ao menos, com contornos bem delimitados. Mas, como objetificar um sujeito que, para ser saudável, necessita continuamente tornar-se outro? Continuemos.

Safatle (2015) então, aponta que na contemporaneidade, as formas de vida são constituídas por um entrelaçamento de três aspectos principais: *a linguagem, o trabalho e o desejo*, sendo que cada um deles contem certa potência transformativa sobre à forma de vida, como um todo. A forma como entrelaçamos estes três aspectos é a forma como articulamos e vivenciamos nossas experiências de modo singular, mais alienados ou menos, aos modos de produção.

Por exemplo, o desejo e a linguagem podem estar alienados à uma forma de trabalho vivenciada pelo sujeito. No entanto, ambos possuem pontos de separação dessa vivência específica e, deste modo, podem gerar uma experiência transformativa. Do mesmo modo, podem ocorrer outras relações de submissão dentre estes três registros, no entanto, sempre sendo possível, acontecimentos transformativos. É nesse sentido também, que as modalidades de sofrimento

[9] Hoje, inclusive, há diretrizes inscritas no DSM-V e no CID-10 sobre a quantidade de tempo para a elaboração do luto de entes queridos: 4 semanas. Se passou dessa quantia, diz o manual, podemos começar a investigar se trata-se de depressão ou algum outro quadro patológico mais grave.

psíquico passarão por esta tríade e que, na perspectiva de Safatle (2015), devem passar por uma reformulação nessas três esferas, para que seja possível uma mudança efetiva nas condições de existência do sujeito.

Essa perspectiva traz novas possibilidades de razão diagnóstica, mais abrangentes quanto a capacidade transformativa do sujeito. Atentemo-nos, inicialmente, para a distinção entre razão diagnóstica e diagnóstico, apontado por Dunker (2015):

> Seria preciso chamar "diagnóstica" essa expansão dos atos, raciocínios e estratégias de inserção política, clínica e social do diagnóstico e sua consequente "força de lei", capaz de gerar coações, interdições, tratamentos e que tais. Ou seja, uma diagnóstica (no feminino) é um discurso local acrescido de efeitos, alianças e injunções que ultrapassam o campo específico da autoridade e influência. Assim sendo, o ato diagnóstico ocorre no interior de um sistema de possibilidades predefinidas envolvendo um sistema de signos, uma prática de autoridade e uma gramática das formas de sofrimento que são agrupadas em uma unidade regular. A diagnóstica é a condição de possibilidade dos sistemas diagnósticos. (p. 20)

Ou seja, juntamente com Dunker (2015), vemos que uma diagnóstica é uma prática discursiva que apresenta efeitos no campo subjetivo, traçando uma gramática das modalidades de sofrimento: há sofrimentos mais reconhecidos que outros e, portanto, mais tratados que outros, a depender da diagnóstica estabelecida no campo das políticas públicas em saúde.

Essa diferenciação em relação ao sofrimento no campo da saúde se dá, muitas vezes, pelas modalidades determinativas de realizar o ato diagnóstico – compreendendo este como qualquer ato que marque o sujeito a partir de um *lócus* de determinação em relação ao seu sofrimento. Quando situamos o ato diagnóstico dentro de uma diagnóstica biomédica, ou seja, de razão positivista e delimitada, marcamos este sofrimento com um excesso de determinação que limita a capacidade transformativa do sujeito.

Vemos, por exemplo, que o que muitas vezes ocorre com o sujeito quando

tomado por um ato diagnóstico psiquiátrico, é identificar-se excessivamente a este e nomear-se exclusivamente por ele: “sou depressivo/deprimido; sou borderline” etc., restringindo suas modalidades de sofrimento a este tipo de determinação, e não mais reconhecendo em si outras possibilidades de experiência, o que, muitas vezes, inviabiliza o processo de cura, ou seja, de descarte dessa nomeação por outra, distinta[10].

Entramos aqui em um paradoxo: ao mesmo tempo que o ato diagnóstico é necessário para encaminhamento e tratamento na rede de saúde pública, ele, muitas vezes, inviabiliza qualquer possibilidade de cura (vista aqui no sentido de ação transformativa que gera uma mudança) por objetificar o sujeito em uma posição restrita à outras circulações subjetivas.

Qual seria então, nossa saída? Não mais diagnosticar? Evitar qualquer tipo de nomeação que possa ser excessivamente determinativa? Se fosse este, o caso, como então poderíamos propor a direção do tratamento? Tentemos outra via.

Nós, psicólogas, sabemos o peso das palavras. Sabemos, como nos afirma, Jurandyr Freire Costa (1989) que “as palavras, a cultura, não são meros pedaços de papel”, que podem ser rasgados e dissolvidos, eles carregam história, carregam significações que devem ser investigadas, para, então, ser possível realizar uma dissolução do sofrimento. Deixa-lo, talvez, menos sofrível ou possibilitar ao sujeito que varie suas formas de sofrimento e as articule melhor com formas de prazer.

Vejo que as possibilidades de articulação estariam então, relacionadas à mudança de perspectiva sobre como concebemos a discursividade da nossa razão diagnóstica. A discursividade na área da saúde, muitas vezes é carregada com as perspectivas da ciência biomédica, pautada na relação entre a necessidade e as possibilidades de tratamento[11], ou seja, excessivamente determinada e excludente

---

[10] Impossível não mencionar aqui, em forma de parênteses, como isso se aplica, por exemplo, às nossas políticas públicas de álcool e outras drogas. Os CAPS-ad, por não trabalharem com a condição de abstinência para o tratamento, devolvem ao sujeito, muitas vezes, essa capacidade de renomear-se de outro modo, distintamente de outras modalidades de tratamento nas quais o sujeito é visto pela polarização “alcoolista – ex-alcoolista”.

[11] Utilizo-me aqui das categorias lógicas de Aristóteles, para compreender as relações de determinação e indeterminação: necessário, possível, impossível e contingente. Lacan às reposicionou opondo: necessário e possível, impossível e contingente (LACAN, 2011).

de outras relações do sujeito, com o impossível e o contingente, por exemplo, que abarcam as modalidades de indeterminação subjetiva, frente ao sofrimento.

À indeterminação, ao não ser considerada dentro da discursividade diagnóstica, objetifica o sujeito, identificando-o excessivamente e impedindo a ocorrência de mudanças. O excesso de sentido, em nosso trabalho diagnóstico, ao meu ver, está associado a uma tentativa de construção de saber sobre a subjetividade que, em sua relação com a ciência, hegemônica, busca garantir saídas ao invés de pensar estratégias que possam, razoavelmente, apontar para algumas possibilidades de construção de soluções singulares, ou seja, pautadas na lógica do sujeito.

A saúde pública, em certo sentido, tem se dado conta dessa questão. A estratégia de saúde da família foi um início. A educação permanente, quando utilizada para realização de discussões entre profissionais dos diversos tipos de 'atenção' à saúde também. A abertura para a discussão de outras abordagens sobre o processo saúde-doença também nos evidencia o quão importante é manter a indeterminação em aberto, para a criação de novas práticas em saúde.

Quando, na escritura de uma prática em saúde, se coloca como fundamental a presença de uma "escuta acolhedora" apontando para a humanização, entende-se que essa política está preocupada não só com os aspectos "técnicos" da saúde, mas também, com os efeitos subjetivos[12] decorrentes de suas práticas. Uma preocupação com tais efeitos é uma preocupação ética e não científica.

A ética é pautada em uma práxis de cuidado, uma práxis relacionada à percepção de limitações metodológicas das práticas em saúde, para que seja possível visualizar o sujeito em sua singularidade e, para que seja possível escutá-lo para além de sua demanda. Quantas vezes nós nos deparamos, por exemplo, com demandas de exames dos mais diversos em saúde, quando, na

---

[12] Para um desenvolvimento maior sobre essa questão sugiro o texto de MORETTO, M. L.; PRISZKULNIK L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. Rio de Janeiro: *Tempo Psicanalítico*, vol. 46.2, pp.287-298, 2014

verdade, a necessidade está em uma escuta para além desse pedido?

Tentando ser mais clara: o exercício da cidadania está em demandar livremente ao profissional de saúde o que o usuário supõe necessário a ela ou estaria em uma possibilidade de ser escutado e, assim, remanejado conforme suas "reais" necessidades em saúde? Os médicos cubanos, em certa medida, têm nos ajudado a refletir sobre essa questão.

O cerne então, da nossa discussão seria pensar em um método para o exercício dessa ética para que possamos balizar nossa prática. Uma ética do cuidado não estaria preocupada apenas com o que seria ou não prejudicial, banindo algumas práticas pela via da recusa, como fazem os nossos comitês de ética nas universidades. Uma ética do cuidado é uma ética propositiva, mas que possibilita também, a partir dela, que tenhamos uma escuta indeterminada, no sentido de nunca fechar uma interpretação diagnóstica, por mais que ela seja norteadora da nossa condução do tratamento.

O que proponho a partir dessa discussão, é, portanto, que consideremos como prática ética em psicologia toda aquela que mantenha a existência do sujeito como necessária para sua *práxis*, o que significa deixar um espaço para a indeterminação da experiência. Nem toda a experiência subjetiva é uma experiência psicológica, e não precisa ser. Experiências subjetivas no campo da religião, das artes, de outras práticas complementares, são também experiências subjetivas, no entanto, não são psicológicas.

Fechar o sentido pelo sujeito é uma prática científica. No entanto, objetificá-lo é uma prática ética?

Referências Bibliográficas:

ARENDT, H. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras,

2004.

BAIRRÃO, J. F. M. H. O que será um psicanalista? In. *Clínica e Sociedade*, vol. 09, nº 02, pp. 7-22, 2000.

CANGUILHEN, G. *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002

COSTA, J. F. *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanlítico, grupos e psicoterapias.* Rio de Janeiro: Campus Editora, 1989.

DUNKER, C. I. L. *Mal estar, sofrimento e sintoma: sobre uma psicopatologia do Brasil entre muros.* São Paulo: BoitempoEditorial, 2015.

GRANGER, G. *A ciência e as ciências*. São Paulo: Ed. UNESP, 2000.

LACAN, J*. O seminário livro 20: Mais ainda*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 2011.

MORETTO, M. L.; PRISZKULNIK L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. Rio de Janeiro: *Tempo Psicanalítico*, vol. 46.2, pp.287-298, 2014

MILGRAM, S. *Obedience to authority*. New York: Haper and Row, 1974.

SAFATLE, V. Uma certa latitude: Geroges Canguilhem, biopolítica e vida como errância*. Scientiae Studia*, 13(2), pp. 335-367, 2015.

POPPER, K. *Conjecturas e refutações (O progresso do conhecimento científico).* Brasília: Editora UnB, 1980

WITTGENSTEIN, L. *Investigações Filosóficas*. São Paulo: Nova Cultural, 1971.