

# A Filosofia no Consultório<sup>1</sup>

Monica Aiub\*

Há situações na vida que nos desestabilizam, que nos provocam de modo tal que parecem “retirar nosso chão”. Não sabemos mais quem somos, como agir, o que fazer. Nesses momentos, sentimo-nos como se nossa autonomia, nossa capacidade de decisão e escolha nos fosse retirada. Alguns, nesses momentos, desesperam-se; outros buscam respostas prontas, nem sempre adequadas à sua situação.

Em situações como essas e outras, algumas vezes precisamos de ajuda. Mas que tipo de ajuda? Talvez um amigo que nos ouvisse, sem nos interromper para mostrar que suas feridas são maiores que as nossas; um amigo capaz de acolher e ouvir, sem de imediato dizer que estamos errados, que a vida não é assim, que sonhamos demais, que pensamos demais, que escolhemos demais, que trabalhamos demais, que somos demasiadamente tortos, rudes, loucos, insanos, insensatos, insensíveis; que falta-nos vontade, razão, sensibilidade, exatidão, loucura também; que estamos errados, que somos egoístas, que o caminho certo é outro... Julgamentos e observações que recebemos, mas que ao invés de nos ajudarem, nos provocam mais sofrimento.

Pessoas em situações como essas têm procurado ajuda nos consultórios de Filosofia Clínica. Essas pessoas buscam re-encontrar sua autonomia, organizar suas idéias para que possam pensar, avaliar as situações por si mesmas e, a partir disso, orientar suas decisões, escolhas, ações e posicionamentos. Procuram no filósofo clínico esse ouvinte atento, com abertura suficiente para não julgar, com disposição para provocar o pensar sem aconselhar, sem apresentar respostas prontas. Alguém com quem se possa pensar junto.

Num primeiro momento, pode parecer contraditório pensar em filosofia e clínica, juntas numa única atividade. Se considerarmos a filosofia exclusivamente como um sistema, certamente concordaremos que ela pouco pode auxiliar as pessoas em suas questões cotidianas, afinal, como a *Idéia* platônica ou o *Cogito* cartesiano poderiam ser terapêuticos? Além disso, em toda a longa história da filosofia há sistemas que, quando contrapostos, mostram-se contraditórios. Como escolher um sistema que seja adequado a uma pessoa? Não se trata de escolher entre os diferentes sistemas filosóficos, um que possa oferecer soluções, respostas à pessoa. A filosofia não oferece soluções ou respostas prontas.

## Por que filosofia?

Ao propormos a filosofia clínica como uma terapia, consideramos a filosofia muito mais como uma atitude, uma postura diante da vida. As questões surgem do cotidiano e vamos enfrentá-las utilizando todo o instrumental metodológico construído nos mais de 25 séculos

---

<sup>1</sup> Artigo publicado na Revista Filosofia, Ciência & Vida. Ano 1, nº

\* Filósofa Clínica. Mestre em Filosofia (UFSCAR). Professora de filosofia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, fundou e dirige o Instituto Interseção – Instituto de Filosofia Clínica de São Paulo, é presidente da ANFIC – Associação Nacional de Filósofos Clínicos. Autora de livros e artigos sobre filosofia e filosofia clínica. E-mail: [monica\\_aiub@uol.com.br](mailto:monica_aiub@uol.com.br). Telefone: (11) 3337-0631. [www.institutointersecao.com](http://www.institutointersecao.com)

de sua existência. Das lógicas à metafísica; da epistemologia à filosofia política; da ética à estética; dos Pré-Socráticos aos contemporâneos...

Se procurarmos o verbete Filosofia nos dicionários especializados, encontraremos diferentes definições, cada qual construída a partir das necessidades de seu tempo, e com elementos presentes numa determinada cultura. Conhecer profundamente as diferentes definições de filosofia, repeti-las e citá-las não nos tornam filósofos. É preciso que se exercite a filosofia em atitude, recriando-a a partir de nosso próprio tempo, de nossa cultura, de nossa realidade.

Em comum às várias definições de filosofia há um elemento: a filosofia como busca de um saber em benefício do ser humano. A relação entre filosofia e vida é, desde as origens, imprescindível. O olhar próprio da filosofia exige que se questione o que parece óbvio, que se pense em possibilidades, que se recorte, articule e sobreponha os elementos, construindo conceitos a partir de nosso plano de realidade<sup>2</sup>. Por isso, a idéia de colocar a reflexão filosófica a serviço da atividade de ajuda-ao-outro não é novidade.

Na Antiguidade, a concepção de universo como *cosmos*, como ordenação, permitia que se buscasse uma ordem universal à qual o indivíduo se harmonizaria, promovendo assim, a saúde – que era sinônimo de equilíbrio integral entre mente, corpo, sociedade e natureza. A doença era sinal de um desequilíbrio que necessitava ser restaurado. A função do filósofo era buscar o conhecimento e, com ele, restaurar o equilíbrio. Conhecer para cuidar.

No século XX, passadas as Revoluções Científicas ocorridas na Modernidade, propostas as teorias da relatividade e do *quantum*, questionados os princípios da lógica-clássica passando a considerar-se a contradição, a complexidade, os vários planos de realidade, o terceiro incluído, não é mais possível pensar no universo como *cosmos*, sendo mais apropriado concebê-lo como *caos*. Contudo, o conceito de saúde como equilíbrio, presente na Antiguidade e substituído na Modernidade pelo conceito de “ausência de doença”, é resgatado, buscando-se novamente a saúde como equilíbrio. A OMS (Organização Mundial da Saúde) define como saúde o “completo bem-estar bio-psico-social”.

Na Antiguidade esse equilíbrio era pautado pela ordem do cosmos, e hoje, como nos equilibrar diante de um universo caótico? É preciso construir esse equilíbrio considerando as constantes relações entre as estruturas internas do sujeito e o mundo circundante, que geram um incessante movimento tanto no sujeito quanto em seu entorno. Desta forma, apesar dos conceitos de universo, de sociedade, de ser humano serem distintos, a atitude e o papel da filosofia mantêm-se os mesmos: conhecer para cuidar. Contudo, uma vez que não possuímos uma ordem cósmica ou divina que nos sirva como padrão, como pensar este equilíbrio?

Se afirmarmos que o parâmetro para encontrarmos nosso equilíbrio está na subjetividade, corremos o risco de construirmos uma sociedade excessivamente egoísta, egocêntrica, onde há um sujeito que detém o saber e o impõe aos demais. Ou onde há vários sujeitos que possuem o saber, cada qual a seu modo, e destroem-se uns aos outros em guerras cujo único

---

<sup>2</sup> Ver DELEUZE, G.; GUATTARI, F. O que é Filosofia? Rio de Janeiro: Ed. 34, 2001.

objetivo é a auto-afirmação. Mas se conseguimos pensar que o parâmetro está num sujeito inserido no mundo, em relação com outros sujeitos; se conseguimos observar as constantes relações entre a estrutura interna desses sujeitos e seu entorno e estabelecemos como parâmetro ético a aceitação da legitimidade do outro – ainda que inteiramente diferente do eu, torna-se possível pensar na construção de um equilíbrio com flexibilidade, com mobilidade suficiente para lidar com a diversidade e com a singularidade. É esta postura de abertura ao diálogo, de respeito à legitimidade do outro em sua singularidade, de construção constante de modos de ser saudáveis – porque equilibrados e em movimento, que caracteriza a atitude filosófica presente na filosofia clínica.

### **Por que clínica?**

A palavra clínica é oriunda da medicina. A medicina, desde a Antiguidade, divide-se entre a investigação das doenças – medicina como ciência, tendo como foco de atenção a pesquisa laboratorial; e medicina clínica – medicina como arte, tendo suas atenções voltadas para o paciente, para a pessoa. Do grego *Klinikos*, *Kline*, clínica corresponde ao leito do enfermo. A clínica médica, desde a Antiguidade, caracteriza-se por observar o leito do paciente, ou seja, o ser humano a receber cuidados. Os textos da escola hipocrática destacam a importância do médico conhecer o contexto desse paciente: as águas, os ventos da região; os hábitos da sociedade e do indivíduo, tendo como objetivo restaurar o equilíbrio perdido. Para tal, era fundamental conhecer os elementos internos ou externos ao paciente, prováveis causadores deste desequilíbrio. Para a escola hipocrática, da mesma forma que para a concepção socrático-platônica, um ambiente desequilibrado ou uma sociedade desequilibrada gerariam desequilíbrios na mente e no corpo de seus cidadãos.

Considerando a clínica como uma terapêutica que possui como centro a pessoa e não a doença; considerando a filosofia como uma atitude de construção de conceitos a partir de um problema de uma realidade singular, a filosofia clínica coloca-se como uma terapêutica centrada na pessoa e no respeito à sua singularidade, dispondo-se a pensar sobre o problema apresentado pela pessoa, a partir do plano de realidade singular daquela pessoa.

### **Como surgiu?**

Essa idéia nada mais é do que um resgate do papel terapêutico que a filosofia já possuía em suas origens. Na década de 80, o movimento denominado filosofia prática inicia esse resgate, com vistas à construção de uma atividade de ajuda-ao-outro. Seu ponto de partida é um questionamento: se a psiquiatria e a psicologia utilizam a filosofia em seus métodos, por que um filósofo não poderia utilizar a metodologia própria da filosofia para ajudar as pessoas em suas questões cotidianas? O filósofo assume a função de cuidador, investido do conhecimento produzido em toda a história da filosofia.

No Brasil, o filósofo gaúcho Lúcio Packter, inspirado no trabalho da filosofia prática, propôs a filosofia clínica: um instrumental específico, próprio, adequado à realidade brasileira, e diferente dos trabalhos em filosofia prática. Packter recorta e seleciona do conhecimento filosófico, a metodologia necessária para desenvolver a atividade de ajuda-ao-outro, organizando-a de maneira flexível, de modo que não construiu uma teoria

adequada a diversas pessoas, mas um instrumental de pesquisa que permite a construção do trabalho para cada pessoa em especial.

### **Características**

Entre as atividades de ajuda-ao-outro, a Filosofia Clínica destaca-se por não trabalhar com teorias prévias, tipologias ou conceitos de normalidade. Aquele que procura ajuda é a medida, e como medida, é quem determina de que maneira poderá ser auxiliado. *Pensar junto com o outro* é o trabalho do filósofo clínico, norteado pelo respeito à legitimidade do modo de ser deste outro.

O que busca ajuda é chamado *partilhante* porque é aquele que partilha, que toma parte em, que participa ativamente de todo o processo clínico, compartilhando sua vida e suas questões com o filósofo clínico. Por sua vez, o filósofo clínico acolherá o partilhante e suas questões e partilhará com ele o conhecimento produzido pela filosofia, auxiliando-o a refletir sobre suas questões e dificuldades, a levantar e estudar possibilidades, a definir, construir e percorrer caminhos. Não se trata de teorizar sobre o sofrimento alheio, mas de auxiliar o outro a lidar com suas questões, diante das circunstâncias e possibilidades existentes.

Não se trata de um mero aconselhamento pautado em referenciais filosóficos, colocando em risco a vida das pessoas. Há uma série de procedimentos clínicos, estruturados de modo a permitir a identificação de sinais e sintomas que indiquem a necessidade de um trabalho interdisciplinar, pois apesar de ser a *mãe* das ciências, a filosofia admite os limites e as especificidades de cada área do conhecimento e, por isso, o filósofo clínico não se habilita a trabalhar todo e qualquer problema. Há problemas de ordem orgânica, química, que precisam ser tratados com medicamentos. Há situações em que o instrumental da Filosofia Clínica não possui elementos adequados para o trabalho. Conferidas essas possibilidades, o filósofo clínico encaminha – mesmo que por precaução, para mera exclusão de possibilidades, ou ainda para um trabalho interdisciplinar – o partilhante para um profissional competente naquela área de atuação.

### **Como funciona?**

Quando um partilhante procura um filósofo clínico, em geral o faz porque algo o incomoda, ou seja, há uma questão a ser trabalhada. Em conversa inicial sobre essa questão, filósofo clínico e partilhante estabelecem o primeiro momento da clínica: a interseção, a qualidade da relação entre ambos. Após a conversa, o partilhante preenche uma ficha clínica com dados pessoais, termo de esclarecimento e consentimento para o trabalho clínico. Caso trate-se de um partilhante que se encontre em acompanhamento psiquiátrico ou neurológico, o filósofo clínico informará sobre a necessidade de um trabalho interdisciplinar e entrará em contato com o médico responsável para estabelecer a interdisciplinaridade.

Partindo do princípio que nos construímos a partir da história de nossas vivências, o próximo passo consiste em colher o histórico do partilhante, contado por ele mesmo, cronologicamente e em detalhes. Esse histórico servirá de fonte para a obtenção de dados

sobre os três eixos fundamentais: Exames Categoriais<sup>3</sup>, Estrutura de Pensamento<sup>4</sup> e Submodos<sup>5</sup>.

Enquanto o partilhante conta sua história, o filósofo clínico limita-se a interferências mínimas, apenas para permitir a Interseção, pedindo continuidade, levando a pessoa a retomar o curso de sua história em caso desta perder-se. Cabe ao filósofo clínico controlar sua curiosidade, suspender seus pré-juízos, a fim de evitar distorções, interpretações equivocadas, mal entendidos. Por esse motivo, a postura é de escuta atenta, contextualizando o histórico do partilhante, lendo-o a partir do instrumental filosófico-clínico.

Se o partilhante tiver dificuldade em contar um período de sua história, pode-se deixá-lo para depois, afinal, nos primeiros momentos da clínica, o filósofo clínico é um estranho para o qual o partilhante deve contar dados que muitas vezes são difíceis de expor, pode faltar confiança, pode ter medo de ser julgado, pode sofrer com as lembranças. O filósofo clínico compreende essas e outras dificuldades, por isso permitirá flexibilidade para que o partilhante conte sua história, entendendo que ele poderá, inicialmente, omitir dados, distorcê-los, mentir, inventar, entre outras coisas. Ainda assim, os dados inventados, distorcidos, o são a partir de referenciais do partilhante. Sua Estrutura de Pensamento desvenda-se ainda que o histórico contenha distorções. Além disso, na medida em que a Interseção se estabelece e que os outros procedimentos clínicos são efetivados, novos dados surgem, outros são corrigidos.

Há casos em que a dificuldade consiste em falar. A pessoa não consegue contar a história. Nesses casos, o filósofo clínico pesquisará se o partilhante possui outros dados de Semiose – veículos de expressão como fotos, textos, poemas, pintura, música, desenhos, gestos, expressões faciais, posturas corporais, enfim, instrumentos que auxiliem nesse processo. Esses instrumentos podem ser utilizados não apenas em casos de dificuldades, mas sempre

---

<sup>3</sup> Dados sobre o universo no qual o partilhante está inserido: Assunto, Circunstância, Lugar, Tempo e Relação.

<sup>4</sup> Modo de ser como o partilhante está estruturado, sempre em relação aos Exames Categoriais e Submodos. São trinta tópicos a serem observados: 1. Como o Mundo Parece; 2. O Que Acha de Si Mesmo; 3. Sensorial e Abstrato; 4. Emoções; 5. Pré-Juízos; 6. Termos Agendados no Intelecto; 7. Termos: Universal, Particular e Singular; 8. Termos: Unívoco e Equívoco; 9. Discurso: Completo e Incompleto; 10. Estruturação de Raciocínio; 11. Busca; 12. Paixões Dominantes; 13. Comportamento e Função; 14. Espacialidade: Inversão, Recíproca de Inversão, Deslocamento Curto e Deslocamento Longo; 15. Semiose; 16. Significado; 17. Armadilha Conceitual; 18. Axiologia; 19. Tópico de Singularidade Existencial; 20. Epistemologia; 21. Expressividade; 22. Papel Existencial; 23. Ação; 24. Hipótese; 25. Experimentação; 26. Princípios de Verdade; 27. Análise da Estrutura; 28. Interseções entre Estruturas de Pensamento; 29. Matemática Simbólica; 30. Autogenia.

<sup>5</sup> Formas de ação do partilhante e procedimentos clínicos subordinados aos outros eixos: 1. Em Direção ao Termo Singular; 2. Em Direção ao Termo Universal; 3. Em Direção às Sensações; 4. Em Direção às Idéias Complexas; 5. Esquema Resolutivo; 6. Em Direção ao Desfecho; 7. Inversão; 8. Recíproca de Inversão; 9. Divisão; 10. Argumentação Derivada; 11. Atalho; 12. Busca; 13. Deslocamento Curto; 14. Deslocamento Longo; 15. Adição; 16. Roteirizar; 17. Percepcionar; 18. Esteticidade; 19. Esteticidade Seletiva; 20. Tradução; 21. Informação Dirigida; 22. Vice-Conceito; 23. Intuição; 24. Retroação; 25. Intencionalidade Dirigida; 26. Axiologia; 27. Autogenia; 28. Epistemologia; 29. Reconstrução; 30. Análise Indireta; 31. Expressividade; 32. Princípios de Verdade.

que existirem e puderem propiciar acesso a dados não oferecidos pela fala. Esses dados serão contextualizados na história do partilhante e significados por ele.

No procedimento seguinte, Divisão, são feitas correções e aquisição de mais dados, pois ao contar a história, o partilhante poderá optar por uma linha de raciocínio, deixando de lado muitos outros elementos vividos. O procedimento divisório é repetido inúmeras vezes, até que não surjam novos dados.

Terminada a Divisão é o momento dos Enraizamentos. Trata-se de um processo epistemológico para pesquisar o conteúdo de termos, estabelecer relações, testar hipóteses clínicas. Nesse momento são feitas perguntas específicas sobre dados colhidos no histórico do partilhante. Até esse momento o filósofo clínico somente acompanhou a história, mantendo o partilhante no curso dela; dividiu-a em períodos determinados pelos dados colhidos no histórico e pediu que recontasse cada período. Neste momento, todas as dúvidas relativas ao histórico, questões ou termos que não estejam claros e que possuam pertinência clínica, ou seja, estejam vinculados às questões do partilhante, poderão ser esclarecidos.

Enquanto encaminha esses procedimentos, o filósofo clínico observará os três eixos fundamentais, atualizando os dados a cada consulta. Com dados suficientes para compreender o universo do partilhante: seu modo de ser – considerando que esse modo de ser está em constante movimento e, portanto, precisa de constante atualização; suas maneiras de responder às situações; localizado o Assunto Último, isto é, a questão a ser trabalhada, de fato, em clínica, o filósofo clínico preparará um Planejamento Clínico, analisando possíveis maneiras de auxiliar o partilhante. Esse planejamento inclui a leitura do todo da Estrutura de Pensamento: se há choques intra ou inter tópicos, quais são os tópicos determinantes, os permeáveis, os flexíveis, os estruturais; quais as possibilidades para trabalhar os choques; que modificações são possíveis e necessárias ao partilhante e quais as suas conseqüências. Juntamente a um conhecimento acerca dos contextos e das possibilidades concretas existentes nesses contextos.

O conhecimento da linguagem usual desse partilhante também é imprescindível, visto que partimos da premissa de Wittgenstein (1975) que a linguagem é um jogo e o significado das palavras está em seu uso. O filósofo clínico, durante a colheita de dados, pesquisa o jogo de linguagem do partilhante, e utiliza, para os procedimentos clínicos, esse mesmo jogo, para que as palavras tenham um significado unívoco, para que os objetivos clínicos não se percam numa linguagem incompreensível ao partilhante.

Considerando a possibilidade de novos dados surgirem na vida do partilhante durante os procedimentos clínicos, faz-se necessária, a cada consulta, uma atualização, pois eventos, fatos ocorridos entre uma consulta e outra, podem modificar dados extremamente significativos, invalidando o uso de alguns Submodos, ou ainda, modificando significados de questões ou relações. Assim, os primeiros momentos da consulta são destinados a essa atualização, onde o filósofo clínico pergunta sobre a semana, sobre como estão as coisas.

Uma vez organizado o Planejamento Clínico, o passo seguinte é a aplicação de Submodos. Esses procedimentos, totalmente subordinados aos Exames Categoriais, Estrutura de

Pensamento e Submodos Informais, são aplicados e é acompanhado o resultado. Há casos em que o resultado é imediato, mas essa não é a regra. Em geral, faz-se necessário o acompanhamento por um período, variável de acordo com a complexidade das questões e as possibilidades clínicas do partilhante, até que a pessoa alcance o bem-estar subjetivo.

Entende-se aqui *bem-estar subjetivo* por bem-estar para o partilhante. Se ele sentir-se bem com os resultados da clínica, o objetivo foi atingido. Parte-se então, para o término do processo, que assim como todo o seu decorrer, dependerá do partilhante. Isso também será encaminhado de acordo com os dados pesquisados.

Os procedimentos aqui descritos são flexíveis, adaptáveis às necessidades de cada partilhante. Não existem, em Filosofia Clínica, procedimentos clínicos pré-determinados, aplicáveis a quaisquer casos, ou a determinados tipos. Apesar de termos uma lista com 32 Submodos, esses são mesclados, formando muitos outros. Não se trata de um processo de construção de tipos: para perfis “x”, Submodos “y”. Os procedimentos são exclusivos para cada partilhante, criados para cada caso em especial. Cada partilhante é um novo caso, um novo universo, que necessitará de novos procedimentos, criados para atender às suas necessidades.

Diante da exposição desse instrumental o leitor deve estar se perguntando: onde está a filosofia em tudo isso?

Em primeiro lugar na postura do filósofo clínico, que se dispõe a pensar junto com o partilhante, que usa o conhecimento em benefício do humano, que se posiciona como um constante pesquisador, em busca incessante de ampliação de seu conhecimento sobre as questões da vida, utilizando-o para o cuidado do outro.

Em segundo, toda metodologia utilizada na Filosofia Clínica é construída a partir de métodos filosóficos: Histórico, quando considera que o partilhante se constrói a partir de sua história e toma-a como ponto de partida para os exames iniciais; Fenomenológico, assumindo a postura de suspensão de juízos, considerando os dados literalmente, conforme são descritos pelo partilhante, atendo-se a Agendamentos Mínimos nos momentos iniciais da clínica; Empírico, quando considera a necessidade do conhecimento do universo circunstancial do partilhante para levantar hipóteses realizáveis na realidade existente, quando valoriza dados sensoriais como fonte do conhecimento; Lógico e Analítico, ao dedicar-se ao estudo e pesquisa dos significados e das estruturas da linguagem do partilhante, analisando-a não apenas sob o aspecto lógico formal, como também acerca das possíveis análises estruturais, sintáticas e semânticas; Epistemológico, pesquisando a gênese das questões, dos processos de construção de conhecimento atuais e possíveis, disponíveis ao partilhante.

Mas como é possível unir metodologias tão distantes como, por exemplo, Fenomenologia e Filosofia Analítica? É feito um recorte epistemológico que tem como critério fundamental as necessidades clínicas, tal recorte apresenta possíveis poros para o estabelecimento de interseções, aproximando diferentes metodologias.

Além disso, cada Categoria, Tópico da Estrutura de Pensamento e Submodo têm sua fundamentação em um filósofo ou escola filosófica. Não se trata de priorizar uma escola filosófica em detrimento da outra, mas de possibilitar a interseção entre elas, selecionando o que for necessário ao partilhante. Não são as preferências do filósofo clínico que contam para a construção do trabalho, mas as necessidades do partilhante. Assim, não há filósofos clínicos com orientação kantiana, existencialista, aristotélica, platônica, humeana, schopenhaueriana, nietzscheniana, etc. Há um instrumental construído com a contribuição de inúmeros pensadores. O que desse instrumental será utilizado em cada caso, depende do que for encontrado na pesquisa com o partilhante, que será o responsável pelo direcionamento da clínica.

Por sua constituição, por ter como objetivo principal o *bem-estar subjetivo* do partilhante, sem desconsiderar que ele está inserido em um universo concreto, coexistindo com outros e, portanto, é responsável por suas escolhas e ações, assim como por suas conseqüências no todo desse universo; por não partir de um conceito de normalidade pré-determinado, de um padrão pré-estabelecido, por fundamentar-se, principalmente, no respeito ao outro, a Filosofia Clínica é uma atividade essencialmente Ética.

Considerando a Ética como uma atividade reflexiva e não normativa, que não supõe regras fixas e sim flexíveis, adequadas a cada situação em especial, que compreende o todo dos elementos envolvidos na situação, a aproximação entre Filosofia Clínica e Ética dá-se porque ambas necessitam dessa flexibilidade, dessa compreensão do todo e da inter-relação entre os elementos que o compõe, porque ambas são essencialmente reflexivas e, principalmente, porque é exigida do filósofo clínico a atitude ética diante do partilhante<sup>6</sup>.

Em hipótese alguma o filósofo clínico pode direcionar as ações do partilhante fundamentado em valores ou escolhas pessoais. É inaceitável que desenvolva uma relação de dependência, tornando-se um orientador constante do partilhante, permitindo a atrofia de sua autonomia. Que se necessite de ajuda em situações difíceis é compreensível, mas que se mantenha a ajuda por toda a vida, inaceitável.

### **Qual a formação do filósofo clínico?**

Para atuar como filósofo clínico é necessário ter cursado Graduação em Filosofia e Especialização em Filosofia Clínica. No curso de Especialização em Filosofia Clínica é estudado o instrumental filosófico-clínico, a semiologia psiquiátrica – a fim de identificar casos em que se faz necessário o encaminhamento ao médico. É parte da formação a clínica didática – ser atendido por um filósofo clínica passando por todas as fases dos procedimentos clínicos – e o estágio supervisionado – atendimento com supervisão.

#### **Para saber mais:**

[www.filosofiaclinica.com.br](http://www.filosofiaclinica.com.br) – site do Instituto Packter, nele está disponível o texto de Lúcio Packter, Filosofia Clínica: propedêutica. Há também a biblioteca virtual, com vários artigos e trabalhos de filósofos clínicos.

---

<sup>6</sup> Conforme Código de Ética do Filósofo Clínico, disponível em <http://www.filosofiaclinica.com.br>, acesso em 15 nov. 04.



Revista Internacional de Filosofia Clínica – Informação Dirigida (informações sobre aquisição no site do Instituto Packter).

Livros:

AIUB, M. Para Entender Filosofia Clínica: o apaixonante exercício do filosofar. Rio de Janeiro: WAK, 2004.

\_\_\_\_\_. Filosofia Clínica e Educação: a atuação do filósofo no cotidiano escolar. Rio de Janeiro: WAK, 2005

PACKTER, L. Filosofia Clínica: propedêutica. Porto Alegre: AGE, 1997.

\_\_\_\_\_. Ana e o Dr. Finkelstein: um caso tratado com filosofia clínica. Rio de Janeiro: WAK, 2006.