

O USO METAFÓRICO DO DIAGNÓSTICO COMO RECURSO RELACIONAL: ENTRE ESCUTA, CUIDADO E POLÍTICAS DE PERTENCIMENTO

¹Roberto Ricardi Costard

1 Universidade São Judas Tadeu - USJT. E-mail: beto_costard@hotmail.com

RESUMO

Este artigo propõe uma reflexão crítica sobre o uso do diagnóstico na prática clínica e institucional, compreendendo-o não como verdade objetiva, mas como linguagem relacional e construção simbólica que pode abrir ou fechar possibilidades de escuta, cuidado e pertencimento. Longe de ser apenas uma ferramenta técnica, o diagnóstico opera como discurso que comunica normas, regula acessos e molda identidades. A partir de uma abordagem teórico-reflexiva, o texto articula contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa, da antropologia da saúde e de perspectivas críticas sobre normatividade, estigma e cultura institucional, como as de Carl Rogers, Eugene Gendlin, Mary Jane Spink, Georges Canguilhem e François Laplantine.

A tendência atualizante, conceito central da Abordagem Centrada na Pessoa, é mobilizada como chave para repensar o papel do diagnóstico como linguagem de reconhecimento — e não como captura da identidade. Também se discute como determinadas formas de escuta seletiva, atravessadas por normas culturais e institucionais, podem transformar o diagnóstico em ferramenta de exclusão, reforçando desigualdades históricas e adoecimentos. Por outro lado, quando co-construído com sensibilidade, escuta ética e implicação relacional, o diagnóstico pode se tornar um recurso de reconhecimento, vínculo, garantia de direitos e pertencimento social.

Palavras-chave: Diagnóstico; Escuta; Abordagem Centrada na Pessoa; Tendência Atualizante; Normatividade; Pertencimento; Cuidado; Políticas Públicas.

THE METAPHORICAL USE OF DIAGNOSIS AS A RELATIONAL RESOURCE: BETWEEN LISTENING, CARE AND BELONGING POLICIES

ABSTRACT

This article proposes a critical reflection on the use of diagnosis in clinical and institutional practice, understanding it not as an objective truth, but as a relational language and symbolic construction that can open or close possibilities for listening, care and belonging. Far from being just a technical tool, diagnosis operates as a discourse that communicates norms, regulates access and shapes identities. Based on a theoretical-reflexive approach, the text articulates contributions from the Person-Centered Approach, the anthropology of health and critical perspectives on normativity, stigma and institutional culture, such as those of Carl Rogers, Eugene Gendlin, Mary Jane Spink, Georges Canguilhem and François Laplantine.

The actualizing tendency, a central concept of the Person-Centered Approach, is mobilized as a key to rethinking the role of diagnosis as a language of recognition — and not as a means of capturing identity. It also discusses how certain forms of selective listening, permeated by cultural and institutional norms, can transform diagnosis into a tool of exclusion, reinforcing historical inequalities and illnesses. On the other hand, when co-

constructed with sensitivity, ethical listening and relational implication, the diagnosis can become a resource for recognition, bonding, guaranteeing rights and social belonging.

Keywords: Diagnosis; Listening; Person-Centered Approach; Actualizing Tendency; Normativity; Belonging; Care; Public Policies.

INTRODUÇÃO

Este artigo propõe uma reflexão sobre o diagnóstico como linguagem e como prática que produz efeitos — subjetivos, relacionais e sociais. Quando operado como classificação rígida, ele tende a reduzir a complexidade da experiência humana, podendo bloquear movimentos espontâneos de crescimento e dificultar a escuta da pessoa em sua integralidade. No entanto, quando pensado como metáfora relacional, construída com sensibilidade e ética, o diagnóstico pode se tornar um recurso potente de reconhecimento, escuta e pertencimento.

O diagnóstico, tal como circula em espaços clínicos, escolares, familiares e midiáticos, não é apenas um instrumento técnico: é também uma linguagem que comunica valores, define lugares sociais e organiza expectativas. Em contextos institucionais, é frequentemente usado como critério de elegibilidade para acessos — sejam eles tratamentos, benefícios, adaptações ou mesmo escuta. Em contextos afetivos, pode produzir alívio ou angústia, dependendo da forma como é apresentado. E no plano simbólico, carrega consigo histórias culturais sobre o que é ser “normal”, “capaz”, “autônomo”, “inteligente”, “ajustado”.

A proposta deste trabalho nasce da escuta dessas tensões: entre o diagnóstico que reconhece e o que rotula, entre o que abre caminhos e o que cristaliza identidades. São tensões que atravessam tanto a clínica quanto os discursos sociais mais amplos sobre saúde mental, inclusão, produtividade e diferença. Nesse sentido, interessa-me refletir sobre como o diagnóstico, quando orientado por lógicas normativas e escutas seletivas, pode adoecer — apagando a singularidade da pessoa e reforçando desigualdades históricas. Diagnosticar, nesse caso, é menos escutar e mais enquadrar.

Na contramão dessa lógica, proponho aqui uma abordagem que valorize o diagnóstico como construção situada, relacional e sensível ao contexto. Uma construção que se apoie na escuta genuína e na implicação ética, inspirada nos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), formulada por Carl Rogers. Essa perspectiva compreende o cuidado como um campo relacional, sustentado por empatia, autenticidade e consideração positiva incondicional — elementos também aprofundados por Eugene Gendlin em sua proposta de Focusing como um modo de escuta ética da experiência vivida —, no qual a tendência atualizante de cada pessoa pode emergir e se reorganizar.

A reflexão aqui desenvolvida ancora-se, também, em autores como Humberto Maturana e Francisco Varela [1], Georges Canguilhem [2], François Laplantine [3,4], Erving Goffman [5] e Mary Jane Spink [6], cujas contribuições ajudam a compreender o diagnóstico em sua dimensão histórica, simbólica, institucional e política. De Maturana e Varela, retoma-se especialmente a noção de que a linguagem não é um instrumento de representação neutra, mas um fenômeno relacional, constituído na interação entre os seres vivos — ideia que reforça a necessidade de considerar o diagnóstico como construção situada. Já Spink propõe compreender as práticas discursivas como formas de ação e produção de sentidos que influenciam diretamente as possibilidades de cuidado, escuta e reconhecimento. Junto a essas perspectivas, busca-se entender como os modos de nomear o sofrimento humano afetam a maneira como nos relacionamos com as pessoas que atendemos — e como essas nomeações participam da produção ou do bloqueio do pertencimento.

Mais do que uma crítica ao diagnóstico em si, este texto propõe uma escuta ética sobre seu uso. Trata-se de buscar formas de linguagem que respeitem a complexidade do sofrimento humano, promovam encontros mais autênticos e favoreçam a construção de políticas de pertencimento — aquelas que não apenas reconhecem diferenças, mas garantem condições para que elas possam existir com dignidade.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este artigo configura-se como um ensaio teórico-reflexivo, fundamentado na articulação entre a Psicologia Humanista — com ênfase na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) — e referenciais críticos das ciências humanas e sociais. Parte-se da compreensão de que os discursos sobre o diagnóstico não são neutros, mas constituem práticas relacionais situadas, com efeitos concretos sobre as possibilidades de escuta, cuidado e pertencimento.

A reflexão foi construída a partir de uma revisão bibliográfica seletiva, guiada por afinidades ético-conceituais com autores como Carl Rogers, Eugene Gendlin, Georges Canguilhem, François Laplantine, Erving Goffman, Mary Jane Spink, Humberto Maturana e Francisco Varela. Esses autores contribuem para a compreensão do diagnóstico não como uma verdade objetiva, mas como linguagem — historicamente construída, culturalmente mediada e politicamente implicada.

Mais do que descrever ou aplicar uma metodologia empírica tradicional, este percurso se orienta pela construção de um olhar implicado, capaz de tensionar normatividades e propor uma escuta clínica mais sensível e comprometida com o reconhecimento ético das singularidades. A escrita, assim, se constitui como gesto político e epistemológico, no qual o

cuidado emerge como prática relacional, enraizada na consideração positiva incondicional, na empatia e na congruência como fundamentos do encontro.

ESCUTAR: O DIAGNÓSTICO COMO LINGUAGEM

Na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), escutar não é apenas ouvir sons ou registrar falas — é uma postura de presença e disponibilidade genuína. Escutar é acolher a experiência do outro sem julgamentos prévios, sem tentar ajustar o que é dito a categorias prontas ou a expectativas normativas. Para Carl Rogers, a escuta é um dos pilares da relação terapêutica, pois ela cria o espaço seguro necessário para que o *self* possa emergir de forma autêntica. Quando escuto verdadeiramente alguém, estou me colocando ao lado dessa pessoa em sua jornada, e não à frente dela com um diagnóstico pronto [6,7].

Compreender o diagnóstico como linguagem é reconhecer que ele não é apenas uma ferramenta técnica, mas um gesto relacional. Todo ato de nomear carrega valores, afetos e implicações que ultrapassam a descrição objetiva de um estado ou condição. Ao diagnosticar, estabelecemos uma forma de nos relacionar com a experiência da pessoa. Essa linguagem pode aproximar ou afastar, abrir ou fechar, reconhecer ou excluir. Por isso, o diagnóstico precisa ser pensado como uma forma de escuta — não apenas um código técnico, mas uma expressão que co-construímos com o outro a partir do vínculo.

A partir da perspectiva de Humberto Maturana e Francisco Varela, compreendo que a linguagem não é representação objetiva da realidade, mas uma ação relacional que cria mundos possíveis entre os que convivem [1]. O diagnóstico, nesse sentido, não apenas descreve algo: ele atua sobre aquilo que descreve, moldando percepções, relações e possibilidades. Diagnosticar é, portanto, também um ato criativo — que deve ser guiado pela responsabilidade ética e pelo cuidado com o impacto que essa linguagem pode produzir.

No entanto, é preciso reconhecer que muitas vezes a escuta se torna seletiva, filtrada por vieses institucionais, culturais ou profissionais. Escutas moldadas por normas de produtividade, desempenho, gênero, classe, raça, deficiência ou padrão de linguagem tendem a capturar apenas fragmentos da experiência — justamente aqueles que confirmam um saber já estabelecido. Nesse cenário, o diagnóstico deixa de ser uma linguagem aberta e torna-se uma forma de encaixe forçado, em que o sofrimento é ajustado a modelos e protocolos, e não o contrário.

Essa escuta seletiva não é necessariamente intencional, mas é estruturada por sistemas de poder que operam mesmo nas melhores intenções. Uma escola que escuta apenas comportamentos desviantes e não as condições de vida de um aluno; um CAPS que escuta apenas o risco e não o contexto de vulnerabilidade; uma instituição de saúde que

escuta apenas o sintoma e não a biografia. Em todos esses casos, a escuta já vem marcada por uma lógica de exclusão que silencia outras possibilidades de compreender o sofrimento.

Na contramão disso, a escuta segundo a ACP convida à presença integral. Não busca ajustar a fala da pessoa a uma linguagem técnica, mas se dispõe a habitar a linguagem da pessoa, mesmo que ela seja fragmentada, silenciosa ou não verbal. Essa escuta é relacional e não hierárquica. Ela suspende os filtros automáticos e permite que a experiência se revele em sua complexidade, sem a pressa de ser traduzida.

Segundo Rogers, para que um processo terapêutico de mudança ocorra, algumas condições precisam estar presentes na relação. Essas incluem: o cliente estar em um estado de incongruência e emocionalmente perturbado; o terapeuta estar em contato psicológico com o cliente; o terapeuta estar congruente e ciente de seus próprios sentimentos; oferecer consideração positiva incondicional e compreender empaticamente o cliente, comunicando essa compreensão de forma eficaz. Quando essas condições são oferecidas com autenticidade, tornam-se férteis para a reorganização do *self* e para a atualização das experiências internas, muitas vezes fragmentadas ou não nomeadas [6].

Nesse contexto, a compreensão empática — ou seja, a capacidade do terapeuta de entrar no quadro de referência do cliente e comunicar essa experiência a ele — é um dos aspectos mais transformadores da linguagem relacional. Rogers afirma que, quando o cliente percebe que o terapeuta compreende genuinamente sua experiência, mesmo que ele próprio ainda não tenha palavras para isso, um novo espaço simbólico se abre. O diagnóstico, quando inserido nesse tipo de escuta, pode deixar de ser um enquadramento externo e se tornar uma linguagem provisória e co-construída, que apoia a nomeação da experiência, e não sua redução.

Diagnosticar, nesse horizonte, não é aplicar um rótulo, mas sustentar uma linguagem que faça sentido no contexto de um encontro. É mais do que classificar: é escutar. É menos sobre definir o que o outro tem, e mais sobre compreender com o outro o que está sendo vivido. Assim, o diagnóstico se torna gesto de reconhecimento — um modo de sustentar a existência do outro como legítima, mesmo quando ela escapa das normas.

Essa compreensão dialoga com a própria postura clínica da Abordagem Centrada na Pessoa, especialmente quando Rogers propõe uma escuta que não busca respostas prontas, mas acompanha o processo da outra pessoa em sua singularidade. Em ressonância, Eugene Gendlin propõe que o terapeuta não se fixe em interpretações, mas apoie a continuidade do processo experiencial por meio de uma escuta aberta, que favoreça microcompreensões — “microdiagnósticos” que emergem no próprio movimento relacional, ao invés de serem aplicados de fora [8].

Por isso, proponho que o diagnóstico, quando necessário, seja resultado de um processo de escuta partilhada, e não de uma análise unilateral. Que ele possa funcionar

como linguagem provisória, aberta à revisão, sensível ao tempo da pessoa. E que seja sempre acompanhado de uma pergunta fundamental: essa linguagem aproxima ou afasta? Amplia ou reduz? Escuta ou silencia?

DIAGNÓSTICO E CONTEXTO: CULTURA, TEMPO E POLÍTICAS DE PERTENCIMENTO

As categorias diagnósticas não são verdades fixas sobre a natureza humana, mas construções históricas e culturais que refletem valores, crenças e interesses de uma determinada época. A emergência de certas classificações está vinculada a processos sociais amplos: ora à medicalização da infância e das emoções, ora à lógica da produtividade e da autonomia, ora às demandas de controle institucional. Assim, diagnosticar é também participar da produção simbólica de um tempo — é nomear segundo os critérios do presente, e não apenas descrever algo atemporal e universal.

Georges Canguilhem nos convida a compreender que as noções de “normal” e “patológico” não estão enraizadas na natureza, mas são moldadas por valores históricos e políticos [2]. O que é considerado saudável em um período pode ser classificado como desvio em outro. E, da mesma forma, aquilo que hoje diagnosticamos como transtorno pode expressar, em outros contextos, modos legítimos de existir. O diagnóstico, nesse sentido, carrega uma carga normativa: ele não apenas descreve, mas regula — quem pertence, quem precisa ser ajustado, quem será escutado.

François Laplantine, ao criticar a rigidez das categorias dicotômicas no pensamento ocidental, amplia essa discussão ao mostrar como o sofrimento é sempre atravessado por dimensões simbólicas, sociais e culturais [3,4]. A separação entre normal e anormal, razão e emoção, mente e corpo — presente em muitos manuais diagnósticos — tende a capturar apenas parte da experiência, apagando nuances e complexidades que resistem à nomeação simplista.

Quando o diagnóstico se ancora nessas lógicas de normalização, ele corre o risco de adoecer. Adoece a escuta, ao limitar a linguagem da pessoa ao que é reconhecido institucionalmente como sintoma. Adoece o vínculo, ao transformar a relação em um processo avaliativo e hierárquico. Adoece a própria pessoa, ao reduzir sua existência a um rótulo que passa a determinar suas possibilidades de ser, de conviver e de imaginar outros caminhos. A normatividade, nesse sentido, não opera apenas como critério técnico, mas como força simbólica que define o que é aceitável sentir, desejar, expressar — e o que deve ser silenciado ou corrigido.

É por isso que diagnosticar exige uma escuta crítica também às normas que sustentam o próprio ato de diagnosticar. Afinal, não é raro que o sofrimento seja mais um efeito do contexto do que um traço da pessoa. Ambientes de opressão, exclusão, violência

ou abandono institucional adoecem — e muitas vezes é esse adoecimento que chega aos consultórios como queixa individual. Como propõe Spink [13], o sofrimento psíquico pode expressar os efeitos da desigualdade social e da precarização das redes de cuidado, mais do que uma patologia individual. Quando o diagnóstico ignora essa dimensão contextual e política, ele colabora para perpetuar a invisibilidade das estruturas que geram sofrimento.

Nesse cenário, é preciso perguntar: a quem servem os diagnósticos? Que experiências eles legitimam — e quais deixam de fora? As categorias clínicas não são neutras: elas moldam políticas públicas, organizam ofertas de cuidado, produzem lugares sociais. E por isso precisam ser analisadas também sob o prisma das políticas de pertencimento.

Falo aqui de políticas de pertencimento como práticas — explícitas ou implícitas — que regulam quem é visto como sujeito pleno de direitos, quem é escutado em sua legitimidade, quem tem sua existência reconhecida como digna de cuidado. O diagnóstico, ao oferecer visibilidade institucional a certas formas de sofrimento, pode operar como ferramenta de pertencimento: ele pode ser o que permite que a pessoa acesse recursos, seja compreendida em sua diferença e não precise “performar normalidade” para existir. Mas o diagnóstico também pode ser, paradoxalmente, o que fixa, rotula e exclui — especialmente quando construído de forma descontextualizada.

Nesse ponto, as reflexões de Erving Goffman sobre o estigma tornam-se especialmente úteis. O diagnóstico pode ser tanto uma abertura quanto um risco: pode oferecer linguagem para organizar uma experiência, mas também pode se tornar uma identidade deteriorada que ofusca todas as outras dimensões da pessoa [5]. Quando a sociedade define alguém unicamente a partir de um diagnóstico, ela não está escutando: está enquadrando.

Por isso, diagnosticar exige consciência dos efeitos contextuais e institucionais dessa prática. Exige escuta situada, sensibilidade para a cultura do outro e cuidado com os marcadores sociais que atravessam a experiência: classe, raça, gênero, deficiência, neurodivergência, entre outros. Exige também responsabilidade ética: saber que nomear é, muitas vezes, distribuir lugares de pertencimento — e que isso deve ser feito com cautela, implicação e compromisso com a justiça.

QUANDO O DIAGNÓSTICO É ALIANÇA: POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITO AO CUIDADO

Diante de tantas críticas possíveis ao uso dos diagnósticos, seria tentador imaginar que o melhor caminho seria simplesmente abandoná-los. No entanto, compreendo que essa atitude corre o risco de desconsiderar uma dimensão essencial: o diagnóstico, apesar de

todos os seus limites, pode ser uma ferramenta importante na luta por reconhecimento, por acesso a direitos e na formulação de políticas públicas. Por isso, penso que o problema não está no diagnóstico em si, mas no modo como ele é manejado e nas intenções que orientam seu uso.

Há contextos nos quais o diagnóstico é a única forma possível de garantir atendimento especializado, inclusão escolar, adaptação curricular, acesso a benefícios legais, apoio psicossocial ou mesmo proteção contra negligências institucionais. Sem ele, muitas existências permanecem invisíveis — ou, pior, invalidadas. O diagnóstico, nesse sentido, atua como um mediador entre a experiência subjetiva e os direitos sociais: é por meio dele que o sofrimento de alguém ganha inteligibilidade pública e passa a ser reconhecido como legítimo, merecedor de cuidado.

Além disso, é com base em diagnósticos que se constroem estatísticas, diretrizes técnicas, legislações e estratégias de cuidado intersetorial. Ele não apenas nomeia experiências individuais, mas organiza coletividades, justifica investimentos e fundamenta políticas públicas. Ignorá-lo ou rejeitá-lo por completo seria também negligenciar sua função como instrumento de cidadania — especialmente em contextos marcados por desigualdade.

A potência do diagnóstico se revela também quando ele se transforma em ponte entre diferentes políticas e territórios de cuidado. Em serviços como os CAPS, as escolas públicas, os CRAS e unidades do SUS, o diagnóstico muitas vezes é a linguagem comum que permite a articulação entre profissionais e a coordenação de ações. Quando bem manejado, ele funciona como um recurso que organiza o cuidado de forma mais ampla, respeitando os atravessamentos sociais, as vulnerabilidades locais e os vínculos comunitários. Nessas instâncias, o diagnóstico pode funcionar como dispositivo de escuta coletiva, que conecta o sofrimento individual às redes públicas de acolhimento e intervenção.

Mas, para que isso aconteça, o diagnóstico precisa ser construído com a pessoa, e não apenas sobre ela. Precisa ser sustentado por uma relação de confiança e por uma escuta sensível. Quando imposto sem diálogo, ele se torna sentença; quando elaborado com cuidado, ele pode se tornar linguagem de apoio: um ponto de partida para reorganizações subjetivas e acesso a políticas de pertencimento.

É nesse ponto que retorno à crítica de Carl Rogers ao diagnóstico em sua época. Seu posicionamento se dava em um contexto clínico em que o diagnóstico era muitas vezes utilizado como instrumento de rotulação e hierarquia, mais a serviço das instituições do que da pessoa em sofrimento. Rogers defendia que a escuta genuína, o vínculo e a confiança na tendência atualizante de cada ser humano deveriam ocupar o centro da prática terapêutica. Ainda que o cenário tenha se transformado, acredito que ele manteria seu senso crítico quanto ao risco de o diagnóstico bloquear essa tendência — especialmente quando

apresentado de forma impositiva. Mas também creio que ele reconheceria o valor do diagnóstico como recurso relacional e político, quando este favorece a autonomia, o crescimento e o direito de existir [6].

Essa concepção é aprofundada por Rogers e colaboradores ao proporem a ACP como uma postura ética com potencial de transformação social e institucional [11]. Assim, compreendo que não estamos falando aqui de um diagnóstico em sua forma essencial, mas sim de um modelo de diagnóstico relacional, orientado por escuta e colaboração. Seria inadequado separar diagnóstico e uso, como se existisse um ato diagnóstico puro e isento de implicações éticas e políticas. Todo diagnóstico é, desde sempre, também um modo de usar a linguagem e de situar o outro no mundo. Por isso, quando o diagnóstico é oferecido como linguagem construída com o outro — e não sobre o outro —, ele deixa de ser um instrumento de controle para se tornar um dispositivo de cuidado ampliado. E é nesse sentido que ele pode operar como aliança: entre a pessoa e sua experiência, entre os serviços e os direitos, entre a escuta e o pertencimento.

O CUIDADO COMO METÁFORA ÉTICA

Na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), cuidar não é intervir sobre alguém, mas criar um espaço onde essa pessoa possa se reconhecer e se transformar a partir de sua própria experiência. Cuidar, nesse horizonte, é estar presente de forma autêntica, empática e incondicionalmente acolhedora — valores que sustentam o que Carl Rogers propôs como uma relação terapêutica facilitadora. Essa centralidade da pessoa como sujeito ético da relação é reforçada também na obra em coautoria com Rachel Rosenberg, ao destacar que a escuta é um caminho para a afirmação da existência e do valor de cada indivíduo [10].

Essa compreensão nos leva a ver o cuidado como algo que transcende a técnica: ele é uma forma de presença que reconhece o outro como legítimo. É uma disposição relacional que permite que o sujeito se perceba, se reorganize e se afirme com mais liberdade. É nessa linha que compreendo o cuidado como uma metáfora ética: um modo de estar com o outro que acolhe sua diferença sem precisar neutralizá-la, e que sustenta o tempo e o ritmo de seus próprios movimentos de crescimento.

A centralidade da tendência atualizante na ACP reforça essa concepção. Para Rogers, todo ser humano carrega dentro de si um impulso vital em direção ao crescimento, à construção de sentido e à realização do seu potencial [6]. Essa força não elimina os conflitos, mas permite reorganizá-los a partir de um espaço relacional confiável. Cabe ao terapeuta não dirigir esse processo, mas criar um ambiente em que a pessoa se sinta segura para seguir seu próprio caminho — mesmo que esse caminho não se ajuste às expectativas externas.

Essa formulação, embora profundamente original, foi inspirada por ideias da biologia holística, especialmente pela obra de Kurt Goldstein, cuja compreensão do organismo humano como sistema autorregulado influenciou diretamente o pensamento de Rogers. A partir dessa base, somada à sua escuta clínica e sensibilidade ética, Rogers desenvolveu a noção de tendência atualizante como força inerente ao ser humano — presente sempre que as condições externas favorecem sua expressão [6,8,11].

A congruência, nesse cenário, é mais do que transparência emocional: é o solo sobre o qual se constrói a confiança. Quando o terapeuta está em contato com seus próprios sentimentos e age de maneira autêntica, ele comunica à pessoa atendida que ali existe um espaço seguro — não apenas de escuta, mas de presença real. Para Rogers, essa postura do terapeuta é uma das condições facilitadoras fundamentais para a mudança, pois rompe com a lógica da avaliação e cria o campo necessário para o surgimento de novas formas de ser [6,7,10].

A incongruência, por sua vez, aparece como uma condição humana legítima — não como falha ou déficit. Ela descreve o estado em que há um desalinhamento entre a experiência vivida e a autoimagem internalizada, muitas vezes moldada por normas sociais rígidas ou por padrões idealizados de aceitação. Em muitos casos, a incongruência surge da distância entre a experiência vivida e o chamado *self* ideal — ou seja, a imagem internalizada de quem a pessoa acredita que deveria ser para ser aceita, reconhecida ou amada. Esse *self* ideal, muitas vezes moldado por normas sociais excludentes, pode se tornar uma fonte de sofrimento crônico. No entanto, a incongruência também pode advir de outras fontes, como bloqueios ao acesso à própria experiência, vivências traumáticas ou fragmentadas, ou ainda de conflitos internos que não se resumem à comparação com um ideal, mas à dificuldade de integrar aspectos de si mesmo. O cuidado, nesse sentido, não busca ajustar a pessoa a um modelo de identidade, mas ajudá-la a se reconectar com sua experiência autêntica. Escutar com empatia é também escutar esses conflitos — sejam eles com o *self* ideal ou com outras camadas do vivido —, e oferecer um espaço onde o *self* possa se reorganizar com mais liberdade e menos submissão às exigências impostas.

Quando o diagnóstico é oferecido de maneira empática e livre de julgamentos, ele pode ajudar a pessoa a reconhecer que não está falhando por não corresponder ao seu *self* ideal — mas que esse ideal, muitas vezes, é fruto de exigências externas incompatíveis com sua experiência real. Nesse contexto, o diagnóstico não é uma sentença, mas uma oportunidade de nomear conflitos internos e reorganizar o *self* com mais gentileza. Pode ser um convite à libertação das normas que adoecem, e ao cultivo de uma forma de ser mais próxima do vivido do que do esperado.

Essa visão é reforçada pelas formulações do próprio Rogers sobre o ser humano como organismo autorregulado, que tende à totalidade e à integração mesmo em meio ao

sofrimento. A partir de sua escuta clínica e da observação dos processos de mudança, Rogers identifica que, quando há ambiente de segurança, escuta e respeito, a tendência atualizante pode reorganizar experiências fragmentadas e restaurar sentidos pessoais [6,8,11]. O cuidado, nesse sentido, é o campo relacional que favorece esse movimento vital.

Entre os elementos centrais da relação terapêutica, a compreensão empática talvez seja um dos mais transformadores. Trata-se de um esforço ativo e sensível para habitar o mundo do outro como se fosse seu — mas sem perder a ancoragem em si. Rogers afirma que o terapeuta precisa ter uma compreensão empática do cliente e de seu quadro de referência interno, e comunicar essa compreensão ao cliente [6]. Essa comunicação simbólica de “eu te vejo” é o que transforma a escuta em presença, e a presença em possibilidade de reorganização. O diagnóstico, neste horizonte, pode participar dessa linguagem — desde que sirva à experiência da pessoa, e não ao enquadramento externo.

Essa escuta empática é sustentada por um valor ainda mais fundamental: a consideração positiva incondicional. Para Rogers, considerar alguém sem julgamento, mesmo em seus momentos de conflito ou dor, é uma das formas mais profundas de cuidado. Essa atitude comunica à pessoa que ela não precisa ser diferente para ser digna de afeto e respeito. Em *Liberdade para aprender*, Rogers afirma que, quando alguém se encontra em um ambiente onde é aceito, valorizado e livre para ser, “irá se desenvolver de formas criativas e construtivas” [8]. Essa liberdade é a base do crescimento — e é nesse espaço que o diagnóstico, se necessário, pode ser compreendido não como sentença, mas como convite.

Cuidar, nesse horizonte, é também implicar-se. Implicar-se na construção de vínculos que sustentem processos de crescimento. Implicar-se na crítica às normatividades que excluem. Implicar-se na construção de políticas de pertencimento que reconheçam a diversidade da experiência humana. Por isso, mais do que técnica, o cuidado é gesto ético e político — e precisa estar sempre atento ao modo como nossas linguagens, inclusive os diagnósticos, sustentam ou negam a possibilidade de alguém se sentir em casa no mundo.

REFLEXÕES FINAIS

Ao longo deste texto, propus uma escuta ampliada sobre o diagnóstico — não como rótulo ou sentença, mas como linguagem que pode sustentar ou interditar vínculos, escutas e pertencimentos. Refleti sobre os riscos de um diagnóstico que opera como instrumento de controle e sobre as possibilidades que emergem quando ele é compreendido como gesto relacional, simbólico e ético. Em vez de capturar a identidade da pessoa, o diagnóstico pode

contribuir para sua expressão, sua reorganização e sua dignidade — desde que sustentado por uma escuta genuína e um cuidado ético.

A partir da perspectiva de Maturana e Varela, entendi a linguagem como forma de ação que constrói realidades compartilhadas [3]. Com Canguilhem e Laplantine, reconheci que as categorias diagnósticas não são neutras: elas refletem normas sociais, interesses históricos e construções culturais [1,2]. Com Goffman, compreendi os efeitos do estigma quando o diagnóstico é utilizado como marcador excludente [4]. E com Rogers, reforcei o valor da escuta, da tendência atualizante e do cuidado como expressão da confiança radical na potência do ser humano [6–11].

Esses referenciais me ajudaram a sustentar que escutar, diagnosticar e cuidar não são ações separadas. São dimensões interligadas de um mesmo processo: o encontro. Um encontro que, quando sustentado com presença, empatia e autenticidade, pode favorecer não apenas o alívio do sofrimento, mas também a ampliação do pertencimento, da autonomia e da liberdade de ser.

Mas esse encontro se torna impossível quando a escuta está submetida às lógicas de normalização. Quando diagnosticamos para corrigir, para ajustar, para silenciar o que escapa à norma, perdemos a oportunidade de aprender com a diferença. O diagnóstico, então, adocece: não apenas o outro, mas também o vínculo e a possibilidade de cuidado. A linguagem que poderia sustentar se torna linguagem que separa. E o que poderia ser aliança torna-se obstáculo.

Por outro lado, quando o diagnóstico é manejado com cuidado e abertura, ele pode nomear experiências que, por muito tempo, não puderam ser ditas. Pode organizar o sofrimento, dar-lhe sentido e legitimidade. Pode permitir que uma pessoa compreenda que o que sente não é fracasso, desvio ou inadequação — mas um modo legítimo de estar no mundo. Pode conectar a subjetividade à cidadania, ao direito de existir com dignidade.

Essas reflexões não pretendem oferecer verdades definitivas. São convites. Convites à escuta ética, à crítica das normatividades, à construção de políticas de pertencimento e à atualização constante do cuidado. Que possamos diagnosticar não para ajustar, mas para compreender. Cuidar não para corrigir, mas para sustentar. Escutar não para classificar, mas para reconhecer. E que, entre a escuta e o cuidado, o diagnóstico possa ser mais ponte do que muro, mais gesto de encontro do que instrumento de controle.

REFERÊNCIAS

1. Maturana HR, Varela FJ. *A árvore do conhecimento: As bases biológicas da compreensão humana*. 9. ed. São Paulo: Palas Athena; 2011.

2. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2024.
3. Laplantine F. *Antropologia da doença*. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.
4. Laplantine F. *Aprender Etnopsiquiatria*. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
5. Goffman, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2022.
6. Rogers CR. *Tornar-se pessoa*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
7. Rogers CR. *Um jeito de ser*. São Paulo: E.P.U., 2014.
8. Rogers CR. *Liberdade para aprender*. 2. ed. Belo Horizonte: Interlivros; 1973.
9. Rogers CR, Stevens B. *De pessoa para pessoa: O problema de ser humano, uma nova tendência na psicologia*. São Paulo: Pioneira; 1977.
10. Rogers CR, Rosenberg RL. *A pessoa como centro*. São Paulo: E.P.U.; 2012.
11. Rogers CR, Wood JK, O'Hara MM, Fonseca AHL. *Em busca de vida: Da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa*. 2ª ed. São Paulo: Summus; 1983.
12. Gendlin ET. *Psicoterapia orientada à Focalização*. São Paulo: Paulus; 2024.
13. Spink MJP. *Psicologia Social e Saúde*. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.