

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Vívian Anijar Fragoso Rei

Vulnerabilidade: um estudo psicopatológico

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO
2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Vívian Anijar Fragoso Rei

Vulnerabilidade: um estudo psicopatológico

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação do Professor Doutor Manoel Tosta Berlinck.

SÃO PAULO
2011

BANCA EXAMINADORA

Aos meus pais, que me ensinaram os primeiros passos;

Ao Bruno, companheiro de caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, que, ao acreditar no meu projeto, recebeu-me com hospitalidade no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP;

Ao CNPq que financiou esta pesquisa;

À Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira pela confiança, orientação e amizade. Agradeço pelas ricas contribuições determinantes para a realização desta dissertação;

Aos colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP pelos valiosos comentários;

À Profa. Dra. Edna Kahhale pelas sugestões efetuadas no Exame de Qualificação;

Ao Bruno que, com amor, paciência e companheirismo dividiu todos os momentos de angústia e felicidade que tive ao longo deste percurso. Esta conquista é nossa. Amo você!

Aos meus pais, Fragoso e Vânia, por apoiarem a minha escolha e me incentivarem neste caminho em direção ao crescimento.

Aos meus irmãos, José e Verna, por me ajudarem a enfrentar momentos difíceis nesta trajetória;

À minha família, pela formação ética que serviu de alicerce para todas as minhas conquistas;

À família Fragoso “paulista”, que, sempre carinhosa, acolheu-me longe de casa;

Aos colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise da UFPA, pelas ricas discussões acerca do sofrimento psíquico nos hospitais gerais;

Aos colegas do Hospital Universitário João de Barros Barreto, às “meninas do barro” e à Elizabeth Samuel Levy, que, mesmo em um lugar inóspito como os hospitais, compartilhamos experiências com boas doses de humor;

Aos amigos Liane, Ana Paula, Rafael, Bruna, Guto, Mel, Alexandre, Patty, Cris, Suzana, Débora, Anne, Ramaiana e Flávia que fizeram desta estadia em São Paulo muito mais agradável;

Aos amigos de Belém, que, mesmo distantes, estiveram presente com incentivo e conversas acolhedoras;

Aos colegas do REVIVER, que ofertaram em São Paulo, um espaço onde pude exercer a atividade clínica;

Aos meus pacientes, em especial Sara, com os quais pude aprender sobre a clínica psicopatológica.

RESUMO

REI, Vívian Anijar Fragoso. **Vulnerabilidade: um estudo psicopatológico.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

A partir de atendimentos realizados aos portadores do vírus da aids em um hospital geral, algumas questões surgiram e fomentaram o interesse para a realização da presente dissertação, a qual teve o intuito de analisar a dinâmica da vulnerabilidade psíquica na posição clínica e no paciente. Inserido no campo da Psicopatologia Fundamental e utilizando do método clínico, o presente estudo ofereceu uma reflexão sobre o *pathos* constituinte do humano, ressaltando o que há de peculiar em cada caso. Para tal feito, primeiramente, a hospitalidade, ou seja, a capacidade de receber aquele que está em deslocamento, foi abordada sob o enfoque clínico, sendo esta, nesta perspectiva, configurada como um dos pilares que fundamenta a posição clínica. Todavia, relevou-se, também, que nesta disponibilidade em receber o conteúdo *páthico* vindo do paciente está presente a vulnerabilidade que acompanha a posição clínica. Diante da importância em sustentar tal posicionamento e do estabelecimento dos limites à hospitalidade, recorreu-se à noção de dietética desenvolvida na Grécia antiga, a qual propunha a *justa medida* ao uso dos prazeres. A arte de viver proposta pela dietética serve de reflexão para se pensar o regime necessário para se estabelecer as leis da hospitalidade na clínica psicopatológica. Sobre a vulnerabilidade do paciente, foi narrado o percurso de Sara, uma jovem que, no momento da hospitalização, recebeu o diagnóstico positivo para HIV e manifestou uma insuficiência de recursos defensivos diante do adoecimento. A partir da noção de Insuficiência Imunológica Psíquica articulada ao material clínico, o presente estudo identificou alguns fatores predisponentes desta manifestação psicopatológica e apontou algumas estratégias criativas, as quais possibilitam a defesa diante do ataque virulento interno e externo.

Palavras-chave: Psicopatologia Fundamental; Vulnerabilidade; Hospitalidade; Método Clínico; Insuficiência Imunológica Psíquica.

ABSTRACT

REI, Vívian Anijar Fragoso. **Vulnerability: a psychopathological study.** Master's Dissertation (Master in Clinical Psychology). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

The interest in developing the present dissertation came from questions that arose when attending to AIDS patients in a general hospital. Our main goal was to analyze the dynamics of the psychic vulnerability in the clinical position and in the patient. Inserted in the field of Fundamental Psychopathology, this research made use of the clinical method to offer a careful thought about the human *pathos*, highlighting what was peculiar to each case. To achieve such result, hospitality, the capacity to receive those who are in dislocation, was dealt with from the clinical perspective, which considers hospitality itself one of the cornerstone of the clinical position. On the other hand, it was revealed that in this availability to receive the *páthico* content that comes from the patient lies the vulnerability that accompanies the clinical position. In view of how important it is to support this belief and establish limits to the notion of hospitality, the concept of dietetics, developed in Ancient Greek, was elected, which suggests the *fair measure* to the use of all pleasures. The art of living proposed by the dietetics can be of great help to think about the regime that is needed to set the laws of hospitality in the psychopathological clinic. When it comes to the patient vulnerability, the journey of young Sara was narrated. In the moment she was hospitalized, Sara received the HIV diagnosis and presented insufficient defensive resources to face the disease. Based on the concept of Psychic Immunological Insufficiency and its articulation with the clinical material, the present study identified some predisposition to this psychopathological manifestation and pointed out some creative strategies that enable defense against the virulent internal and external attack.

Key-words: Fundamental Psychopathology; Vulnerability; Hospitality; Clinical Method; Psychic Immunological Insufficiency.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 O PONTO DE PARTIDA	19
1.2 O CAMPO DA PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL.....	24
1.3 O PACIENTE: UM SER AFETADO PELO <i>PATHOS</i>	28
1.4 A CLÍNICA DA AIDS	29
1.5 OBJETIVO E DELINEAMENTO DA DISSERTAÇÃO.....	33
CAPÍTULO I: O MÉTODO CLÍNICO NO HOSPITAL GERAL	
2 O MÉTODO CLÍNICO PARA ALÉM DOS CONSULTÓRIOS.....	35
CAPÍTULO II: O CASO SARA	
3 A PRIMEIRA INTERNAÇÃO: SARA E A INSUFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA PSÍQUICA.....	41
3.1 A SEGUNDA INTERNAÇÃO: UMA DEFESA POSSÍVEL	48
CAPÍTULO III: A TERAPÊUTICA E A HOSPITALIDADE NA CLÍNICA PSICOPATOLÓGICA	
4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TERAPÉIA: REFLEXÕES SOBRE O AMOR E A CURA.....	53
4.1 SOBRE A HOSPITALIDADE.....	56
CAPÍTULO IV: A VULNERABILIDADE NA POSIÇÃO CLÍNICA	
5 OS CONFLITOS DE INTERESSE NA CLÍNICA PSICOPATOLÓGICA.....	63
5.1 A POSIÇÃO CLÍNICA	65
5.2 A POSIÇÃO CLÍNICA: UM LUGAR POSSÍVEL PARA O ESTRANGEIRO.....	68
5.3 ... SÓ SE FOR DE CAMISINHA.....	70
5.4 A DIETÉTICA E AS LEIS DA HOSPITALIDADE	72

CAPÍTULO V: A VULNERABILIDADE NO HUMANO

6 A VULNERABILIDADE NA SAÚDE PÚBLICA: A EMERGÊNCIA DE UM CONCEITO	79
6.1 A INSUFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA PSÍQUICA	83
6.2 “EU NUNCA PENSEI QUE ISSO PODERIA ACONTECER COMIGO”	87
6.3 SOBRE AS DEFESAS PSÍQUICAS	89
6.4 MOVIMENTAÇÃO E CRIATIVIDADE.....	91
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS	101

1. INTRODUÇÃO

1.1 O PONTO DE PARTIDA

Esta dissertação de mestrado surgiu a partir da prática clínica no hospital geral, atuando nas enfermarias de um hospital universitário, referência no atendimento aos portadores do HIV-aids¹ na região norte do Brasil.

Enquanto um local caracterizado pela presença simultânea da dor física e psíquica, a demanda por atendimento se torna iminente, denotando a urgência do sofrimento que ecoa nos corredores hospitalares.

Moretto (2001) ressalta que há uma especificidade da demanda em um hospital, uma vez que, diferentemente do consultório particular em que o paciente² procura o atendimento, no hospital a oferta é do clínico. Para tanto, Moura (2000) destaca a importância em oferecer a escuta para uma demanda inespecífica. Desta forma, “...onde há oferta pode surgir demanda, e se surge à demanda é porque existe, em algum lugar, a possibilidade dela ser escutada” (MORETTO, 2001, p.109). Deste modo, o clínico, em qualquer ambiente que se encontre, deve estar apto para ocupar um lugar de disponibilidade de escuta.

Do mesmo modo, diante da relevância desta disponibilidade clínica em receber, escutar o sofrimento, neste estudo foi levantado questionamentos acerca do trabalho clínico e da recepção ofertada por este. Para tanto, foi abordado o enfoque clínico da hospitalidade, sendo esta compreendida como um dispositivo necessário ao labor clínico, o qual pode ser operado para além do contexto hospitalar.

¹ Seguindo as recomendações da Coordenação nacional de DST e Aids, neste estudo o termo aids será grafado em caixa baixa. Esta orientação se dá pelo processo já iniciado de dicionarização do termo no Brasil, onde AIDS deixará de ser uma sigla e será grafada como um substantivo comum.

² A escolha pelo uso da denominação “paciente” está explicitada, posteriormente, na presente introdução.

Paralelamente, a inquietação oriunda das situações vivenciadas nos atendimentos clínicos realizados nos hospitais também suscitou reflexões acerca da morte e da vulnerabilidade presente do adoecimento. Tais circunstâncias são comumente observadas e vivenciadas no contexto hospitalar e, por isso, apontam para a importância de estudos que enfoquem o sofrimento psíquico presentes nos hospitais.

As situações relatadas neste estudo ocorreram no Hospital Universitário João de Barros Barreto nos setores de Doenças Infecto Parasitárias (DIP) e Pneumologia, ambientes caracterizados por serem referência ao tratamento de pacientes portadores do vírus HIV e tuberculose. Em decorrência de um histórico de asilo para tratamento da tuberculose e pelo próprio estigma que as doenças citadas agregam, há certo mito em relação a este hospital, imaginário mítico que se faz presente nas falas dos pacientes e da equipe de saúde.

Ao deparar com pacientes gravemente enfermos, é comum a emergência de sentimentos contratransferenciais. Especialmente nos casos atendidos, o medo de contaminação pelo vírus HIV e a vistoria diária nos livros de ocorrência são expoentes de tais afetos, os quais sinalizam a dificuldade em suportar a proximidade com a morte que se expressava na deterioração física e psíquica de muitos pacientes.

Levy (2008) usa “contratransferência visceral” para se referir ao sentimento de impacto da exposição da doença orgânica do paciente refletida no próprio corpo do clínico no hospital e que se manifesta nos enjoos, embrulhos no estômago, lembranças de odores, feridas e sangue. Tais manifestações apontam para a fragilidade da condição humana finita, a qual é confrontada diariamente pelo profissional de saúde no exercício de sua profissão.

Para ilustrar o temor destes profissionais diante das doenças contagiosas, descreve-se uma cena observada, onde uma enfermeira, depois de manipular uma agulha de um paciente portador do vírus da aids, por descuido, furou-se com este material. Após este fato, a

enfermeira se dirigiu ao posto de enfermagem e chorou bastante enquanto narrava o ocorrido. Alguns outros profissionais tentavam consolá-la, informando que a contaminação pelo HIV poderia ser remediada se ela tivesse um acompanhamento medicamentoso.

Tais questões alertam para a advertência feita por Freud no texto “Reflexões para os tempos de guerra e morte”. Neste, o autor afirma que “se queres suportar a vida, preparar-te para a morte” e, apesar de ser um texto de 1915 e contemporâneo a este período turbulento na Europa, muitas destas reflexões suscitadas por Freud nos servem na atualidade e nas mais diversas situações (FREUD, 1915, p.309).

Já nessa frase é possível identificar a questão da vida e da morte. Apesar de aparentemente opostas, ambas apresentam-se intimamente vinculadas. Ao entrar no hospital, vida e morte se fazem presentes cotidianamente e, constantemente, levam o profissional da saúde a se questionar sobre essa problemática.

Enquanto um espaço inóspito, onde os sofrimentos físicos e psíquicos comparecem simultaneamente, a angústia é frequente e comparece tanto no paciente quanto naqueles que se inclinam aos cuidados deste.

Apesar de a morte ser algo inevitável e inegável, na realidade, o ser humano tem a tendência em eliminá-la da sua vida, uma vez que, inconscientemente, todo ser humano tenta negar a sua condição mortal (FREUD, 1915). O confronto com a morte de pessoas próximas implica o humano sua condição mortal, lançando-o no vazio provocado pelo “negativo” da morte.

Em decorrência do vínculo estabelecido pelo enlace transferencial, a morte de pacientes também afetam os profissionais da saúde, posto que, juntamente com aquele que faleceu, jazem esperanças, desejos e prazeres. A sensação de vazio torna-se frequente,

repercutindo psiquicamente em angústia, desamparo e na inquietante estranheza diante do inominável.

Ante a deterioração física e psíquica, antes mesmo de a morte ser um fato consumado, a temática da transitoriedade provoca a antecipação de luto pelas coisas belas da vida (FREUD, 1916). Nos hospitais, os pacientes que apresentam alguma deformidade causada pelo adoecimento muitas vezes são evitados pela equipe de saúde, pois o padecimento do corpo remete à finitude que todo ser humano está submetido.

Segundo Carneiro (2000), diante de um adoecimento inesperado, instala-se a estranheza, isto faz com que, de imediato, o sujeito qualifique a doença como estrangeira, na tentativa de se distanciar do mal que esta carrega em si.

A sensação de estranhamento em relação à morte e aos cadáveres é citada por Freud (1919a) no texto “Das Unheimliche”. Nesta obra, o autor trabalha com a noção de estranho, que causa inquietação justamente pela sua familiaridade. A inquietante estranheza que emerge por causa de determinadas situações remete a algo outrora recalcado que retorna à consciência como assustador. Logo, o que nos é estranho é, antes de tudo, familiar.

Apesar de a condição mortal do humano ser mostrada como uma certeza, a obscuridade da morte sinaliza a sua impossibilidade de compreensão. Freud (1919a, p.259) ressalta, ainda, que não há ideia da própria mortalidade no inconsciente. Logo, “...o primitivo medo da morte é ainda tão intenso dentro de nós e está sempre pronto a vir à superfície por qualquer provocação...”.

No hospital, a estranheza inquieta e se faz presente pelo medo da morte ou crença no sobrenatural. De certo, a morte assombra e se funde ao imaginário popular, fazendo-se presente nos corredores dos hospitais por meio de histórias sobrenaturais e expressões constantemente utilizadas, tais como “o cheiro da morte”, “a melhora da morte”.

A presença da morte no cotidiano dos hospitais ressalta o quanto é importante que os profissionais da saúde elaborem suas próprias mortes, que se fazem presentes nas perdas cotidianas e, quando confrontadas com uma situação real, retornam e provocam no sujeito o vazio da angústia e do desamparo.

Assim como mencionado por Freud (1919a), o estranho habita em nós e inúmeras situações podem fazer emergir das “profundezas do inconsciente” tal sentimento. Logo, este não pode ser evitado, tão pouco ignorado, principalmente por aqueles que, em sua profissão, lidam diariamente com a emergência do *unheimlich*.

Dessa forma, o inevitável confronto com a morte provoca a emergência de afetos, que, muitas vezes inconscientes, envolvem também os profissionais da saúde no sofrimento evocado pela morte. Mais especificamente no caso do vírus HIV – por seu status de doença incurável e contagiosa –, o contato com os pacientes portadores de tal enfermidade leva o profissional da saúde a pensar em suas próprias questões psíquicas, uma vez que “...a Aids - as representações e afetos a elas associados - tem o poder de afetar não apenas os corpos, mas também as mentes, os prazeres, os gestos amorosos, os laços familiares, as relações entre os diversos sexos...” (MOREIRA, 2002, p.10).

A intenção deste estudo não é classificar a aids como uma entidade psicopatológica. Entretanto, há de se considerar as particularidades desta doença, isto é, por ser uma manifestação provocada por um vírus que destrói as células de defesa do organismo e, consequentemente, expõe a fragilidade deste, destaca-se a vulnerabilidade que acomete os pacientes infectados.

1.2 O CAMPO DA PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

Segundo Berlinck (2000), psicopatologia tem na sua origem etimológica a palavra grega “*pathos*”, da qual derivam as palavras sofrimento, paixão e passividade. Refere-se, também, ao excesso e à desmesura que configura o humano como paciente. Assim, o *pathos* está no cerne da humanidade, uma vez que é pela via deste que o humano se constitui e é ele que rege as ações humanas. Tal como nas tragédias gregas, o sujeito do *pathos* é trágico e marcado pelo excesso e desmesura.

Desse modo, *pathos* está nos fundamentos da humanidade e, por isso, não pode ser ignorado, tão pouco excluído. Portanto, é possível tirar proveito dele, transformando-o em experiência, isto é, transformar o adoecimento em algo compreendido e passível de ser interpretado.

Nesse estudo foram trabalhadas duas terminologias amplamente utilizadas nas instituições hospitalares: a hospitalidade e a vulnerabilidade.

Nessa trajetória institucional muito se falava daquilo que no campo da saúde pública recebe o nome de vulnerabilidade, sendo este conceito usado, primordialmente, para se referir à fragilidade social que acomete os portadores do vírus da aids. Apesar da relevância desta perspectiva social, por intermédio da escuta clínica dos pacientes soropositivos, foi possível identificar outro enfoque da vulnerabilidade, baseado na impossibilidade psíquica de se defender diante do ataque virulento interno e externo.

A clínica no hospital geral se configura como um espaço de escuta do *pathos*, da fala singular que cada um traz sobre o sofrimento que o acomete. Deste modo, ofertar um escuta clínica nos hospitais é possibilitar a emergência da singularidade a qual, na saúde pública, muitas vezes, é silenciada por gráficos, números, estatísticas e descrições comportamentais.

Foi diante deste contexto que iniciei o meu percurso no hospital geral, participando do projeto de pesquisa “Tratamento Psicológico em Hospital Geral: contribuições da clínica da melancolia e dos estados depressivos”, coordenada pela Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira.

Esse projeto, executado por pesquisadores do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental da Universidade Federal do Pará (UFPA), tinha como objetivo investigar os afetos depressivos em sua relação com a aids. Para tanto, eram realizados atendimentos psicológicos, em que foi possível iniciar o trabalho clínico junto aos pacientes portadores do vírus HIV, internados no hospital.

O laboratório acima citado segue os preceitos propostos no campo da Psicopatologia Fundamental, desenvolvida na Universidade Paris VII com o objetivo de se distinguir da Psicopatologia Geral, que busca o enquadramento e a medicalização do sofrimento humano. Pierre Férida, ao propor a Psicopatologia Fundamental, visava resgatar o sentido da psicopatologia, palavra que deriva de três raízes etimológicas: psico (*psiquê*), que faz referência ao mundo psíquico, “alma humana”, pato (*pathos*), palavra grega que diz respeito à paixão, ao sofrimento e ao excesso; e logia (*logos*), que se refere ao discurso. Desta forma, Psicopatologia significa dar “lógica” a um discurso referente ao *pathos* psíquico, ou seja, ao sofrimento que está no cerne do humano (BERLINCK, 2000).

Assim, nas palavras de Berlinck (2000, p.21):

‘Psicopatologia’ literalmente quer dizer: um sofrimento, uma paixão, uma passividade que porta em si mesmo a possibilidade de um ensinamento interno que não ocorre a não ser pela presença de um médico (pois a razão é insuficiente para proporcionar experiência).

Constata-se, portanto, a importância da clínica, sendo o espaço onde *pathos* pode ser transformar em psicopatologia, ou seja, um discurso particular sobre o sofrimento, as paixões e os excessos.

A proposta desenvolvida pela Psicopatologia Fundamental não reduz as inúmeras formas que o psicopatológico pode vir a assumir ao sintoma, uma vez que aborda as crises psíquicas de forma subjetiva e específica.

A proposta desenvolvida pela Psicopatologia Fundamental se sustenta na clínica e se caracteriza como um projeto de natureza intercientífica, a qual dá a possibilidade de abertura para um saber diversificado, transformador e nascente ao resgatar a importância das paixões e do sofrimento para a clínica psicopatológica. Desta forma, destaca-se a preocupação em ocupar uma posição clínica capaz de garantir esta interlocução (FÉDIDA, 1998).

Assim, a posição ocupada pelo clínico (pesquisador) visa encontrar em si mesmo imagens metafóricas que representem cada fragmento de caso clínico, logo, o pesquisador encontra-se implicado e afetado pela pesquisa (MAGTAZ, 2008).

A clínica, derivada da palavra grega *kliniké*, refere-se ao ato de inclinar-se para escutar o sofrimento, as paixões e os excessos do humano, abordando o caso na sua especificidade. Assim, clinicar significa escutar um sujeito que porta uma voz única a respeito do seu *pathos*. A posição do clínico deve permitir, a partir dos encontros interdisciplinares, o enriquecimento da pesquisa e o avanço da prática clínica. Para tanto, faz-se necessário reconhecer os limites da operatividade deste campo (BERLINCK, 2000).

Portanto, a Psicopatologia Fundamental não tem a pretensão de ser uma nova disciplina e sim de ser um campo composto por múltiplas posições que se reconhecem e dialogam com outros discursos presentes no campo psicopatológico.

A premissa da Psicopatologia Fundamental é priorizar a singularidade do *pathos*, a disposição de inclinar-se sobre as questões do sujeito e pensar a pluralidade da psicopatologia e a transdisciplinaridade da clínica. Desta forma, a Psicopatologia Fundamental é um campo que prioriza o resgate do saber clínico e, consequentemente, possibilita o enriquecimento da *práxis* clínica. Logo, escutar o sujeito viabiliza a criação de uma posição própria para lidar com a questão *pathica* de cada sujeito.

Seguindo o modelo proposto por Fédida, o Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck cria em 1995 o Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como grupo permanente de pesquisa que integra o Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. Baseado nos preceitos da Psicopatologia Fundamental, o presente estudo está inserido neste renomado laboratório.

Nesse sentido, o Laboratório de Psicopatologia Fundamental é um grupo de pesquisa criado para que os adeptos desta perspectiva pudessem narrar suas vivências clínicas e compartilhar experiências. Etimologicamente, laboratório significa lugar de trabalho – *Labor*, trabalho; *tório*, lugar (BERLINCK, MAGTAZ, TEIXEIRA, 2008).

Por intermédio da construção de narrativas que registram suas práticas e estimulam reflexões a respeito dela, o laboratório se constitui como um lugar onde se discutem as vivências a fim de transformá-las em experiência, construindo, assim, um saber socialmente compartilhado. O Laboratório de Psicopatologia Fundamental se constitui como um local de construções de narrativas que registram a prática clínica e onde se discute sobre o labor clínico.

Dentro desta perspectiva, a pesquisa nasce da atividade clínica e é um prolongamento desta, uma vez que a prática clínica é em si mesma um processo de investigação, em que o

saber obtido pela via da transferência é possibilitado pela escuta em uma condição singular. Desta maneira, o método clínico é inerente à proposta da Psicopatologia Fundamental.

Situado no âmbito da Psicopatologia Fundamental, a proposta deste estudo está focada na realidade psíquica, mais especificamente no sofrimento que se manifesta nos pacientes. Portanto, esta proposição está fundamentada na escuta do *pathos* psíquico, e tem como pontos de partida questionamentos suscitados nos atendimentos clínicos.

1.3 O PACIENTE: UM SER AFETADO PELO *PATHOS*

A utilização da denominação “paciente” é cara à Psicopatologia Fundamental, uma vez que se refere à condição *páthica* do humano. O uso desta terminologia também está relacionado ao padecimento causado por mudanças e movimentações frutos de intervenções alheias ao querer do paciente.

Segundo Lebrun (2009), as paixões são tendências ou modificações de tendências que são acompanhadas de prazer e desprazer. Assim como as paixões, a palavra passividade possui a mesma raiz etimológica: *pathos*. A aproximação entre paixão e passividade aponta para a posição de paciente diante do sofrimento.

...é próprio do agente encerrar em si mesmo um poder de mover ou mudar, do qual a ação é atualizada (...) Diz-se paciente, ao contrário, àquele que tem a causa de sua modificação em outra coisa que não ele mesmo. A potência que caracteriza o paciente não é um poder-operar, mas um poder tornar-se, isto é, a suscetibilidade que fará com que nele ocorra uma forma nova. A potência passiva está então em receber a forma... (LEBRUN, 2009, p.12).

Diante disso, o paciente é, por natureza, um ser passível de movimento, na medida em que pode ser movido. É a indeterminação da matéria, associada à intervenção de um agente, que move o ser em busca de uma nova determinação. Deste modo, a paixão é provocada pela presença indelével de outro que evoca uma reação, uma movimentação. No

pathos está implícita a mobilidade suscitada pela imperfeição ontológica e, por isso, é considerada uma condição da existência humana.

Lebrun (2009) afirma que as paixões compõem o humano e, por isso, devemos contar com elas e até aprender a tirar proveito delas. O autor recorre à retórica aristotélica como modo de análise das paixões que permite ao orador evocá-las ou apaziguá-las nos ouvintes.

Este jogo dos impulsos emotivos presentes no discurso se configura como um dos objetivos do orador, o qual “...não consiste apenas em convencer através de argumentos. É necessário também que ele toque a mola dos afetos, e utilize os movimentos da alma que prolongam certas emoções” (LEBRUN, 2009, p.14).

De acordo com o descrito acima por Lebrun, pode-se correlacionar com o objetivo da clínica, que consiste em, ao suscitar a fala carregada de afeto, evocar a movimentação do paciente. Deste modo, ao considerar a pessoa atendida como um ser passível de movimentação, ela não perde sua condição de paciente ao longo do processo terapêutico, mesmo quando este se desloca para um discurso comprehensivo e carregado de sentido sobre o seu sofrimento.

1.4 A CLÍNICA DA AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sida/aids) é uma doença provocada por um vírus chamado HIV (Human Immunodeficiency Virus) que se instala nas células de defesa humana (linfócitos) e, aos poucos, causa alterações no sistema imunológico, predispondo o corpo a desenvolver inúmeras patologias, denominadas de doenças oportunistas (NICOLETTI, 1992).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a aids foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1982 em sete pacientes homo e bissexuais, caracterizando tais grupos como os principais atingidos por esta doença³.

No que diz respeito ao prognóstico do tratamento, Santos et.al (2002) destacam que, em decorrência dos avanços biotecnológicos e das políticas públicas que favorecem o uso dos antirretrovirais, a partir de 1996 a mortalidade de portadores do vírus HIV vem apresentando acentuada queda.

Entretanto, em decorrência do aumento progressivo da infecção, da crescente transmissão vertical e do elevado número de óbitos, a epidemia do HIV-aids vem se constituindo um grave problema de saúde pública, exigindo a conjunção de esforços do Estado brasileiro, seus gestores, profissionais da saúde, comunidade científica e cidadãos comuns em torno de investimentos materiais e humanos significativos visando desenvolver medidas de caráter preventivo e curativo.

Apesar dos esforços governamentais em promover políticas públicas na prevenção e tratamento da aids, esta estranha doença resiste na condição de desconhecida, fato que a faz ser constantemente tomada como “doença do outro”. Baseada na imortalidade imaginária do ideal, o ego utiliza de medidas defensivas a fim de afastar aquilo que ameaça a integridade física e psíquica do sujeito (LEBREGO, 2008).

Tomando como base pesquisas relatadas em publicações, artigos e livros e o aumento epidemiológico da aids, destaca-se a importância em escutar esses pacientes, possibilitando, assim, dar voz ao sofrimento. Esta urgência se revela em duas vertentes: possibilitar a esses

³ No início da epidemia do HIV a denominação utilizada “grupo de risco” visava definir as pessoas que se encontravam mais expostas ao vírus da aids. De tais grupos, faziam parte os homossexuais, as prostitutas e usuários de drogas. Entretanto, tal expressão, além de propiciar o preconceito às pessoas que faziam parte destes grupos, causava, no resto da população, o falso distanciamento em relação à aids, fato este que culminou no avanço da epidemia principalmente em mulheres casadas e idosas. A denominação “práticas de risco” retrata melhor os riscos de infecção, dos quais ninguém está excluído.

sujeitos, por meio da fala, a transformação de *pathos* em *logos* e a compreensão da dinâmica psíquica nesses pacientes.

Adotando a perspectiva psicanalítica, Lima e Moreira (2008) ressaltam que o aumento da epidemia do HIV deve ser pensado sob a ótica dos sujeitos e não das massas, analisando as dinâmicas singulares que perpassam pela questão sexual. Atualmente, as políticas governamentais são pautadas no controle, onde a sexualidade é tratada de modo impessoal, o que caracteriza o quanto tal questão é enigmática.

Ao formular algumas contribuições sobre a psicologia do amor, Freud (1918[1917]) citou o tabu que circunscreve a sexualidade. Apesar de atualmente vivermos a chamada “liberdade” das práticas sexuais, o recalque opera e afasta a questão sexual do humano no inconsciente (LIMA; MOREIRA, 2008).

Ancorados na escuta clínica, alguns autores (MOREIRA, 2002; LABAKI, 2001) desenvolveram estudos sobre a aids e manifestações psicopatológicas, associação que proporciona uma compreensão do singular expresso em cada caso.

Desse modo, quando diagnosticados com uma doença grave, foi possível observar em alguns pacientes uma postura letárgica, caracterizada por sentimentos de apatia, tristeza e sensação de impotência e desesperança diante da nova condição de afetação pelo adoecimento.

Com o aparelho psíquico insuficientemente preparado para lidar com essa nova realidade é comum alguns pacientes apresentarem uma inanição semelhante ao da morte. Este estado é fruto da debilidade provocada pelo vírus e pela falta de recursos psíquicos para lidar com os males da enfermidade.

Dentro desse contexto, a noção desenvolvida por Berlinck (2000) de Insuficiência Imunológica Psíquica, caracterizada como uma manifestação do psiquismo que deixa vulnerável o corpo humano ao ataque virulento interno e externo foi utilizada em alguns estudos que lançavam um olhar psicopatológico à clínica da aids (MOREIRA, 2002; LABAKI, 2001).

No estudo acerca da “clínica da melancolia”, Moreira (2002, p.21) defende a tese de que a aids, associada à melancolia, leva os pacientes à morte mais rapidamente. A constatação de que, em alguns casos, fatores de ordem psicopatológica agravavam o quadro clínico, sinalizou “...a urgência da escuta da associação melancolia/Aids...”, sendo esta imprescindível para a ampliação da compreensão do paciente em relação ao próprio adoecimento e para a mobilização de recursos defensivos que possibilitam o enfrentamento da aids.

Do mesmo modo, Labaki (2001) utilizou da atuação no contexto hospitalar junto aos pacientes soropositivos para o HIV para pensar os aspectos clínicos e psicopatológicos presentes no sofrimento diante da morte.

Corroborando com essa perspectiva, a Psicopatologia Fundamental propõe a escuta do *pathos* que constitui o humano, que, por meio da presença do outro, será possível transformar o sofrimento em ensinamento. Nesses termos, *pathos* está na origem do sujeito, constituindo modos de subjetivação e, por isso, na clínica psicanalítica, precisa ser escutado.

Todavia, para se pensar em uma abordagem que privilegia o subjetivo, faz-se necessário abordar a clínica e os pilares que sustentam esta posição não somente nos consultórios particulares, mas também nos diversos contextos onde é possível se inclinar para escutar o sofrimento humano.

Nesse sentido, a hospitalidade, nomenclatura amplamente utilizada no contexto hospitalar para se referir à oferta material de acolhida, foi abordada sob o enfoque clínico,

sendo compreendida como um pilar que sustenta a posição clínica, nos diversos espaços onde é possível se debruçar para escutar o sofrimento com a finalidade de transformá-lo em ensinamento.

O enfoque clínico da hospitalidade revela, também, a vulnerabilidade presente na dificuldade de sustentação da posição clínica, uma vez que esta se fundamenta na recepção dos afetos presentes na fala dos pacientes. Com isso, as leis da hospitalidade – isto é, um limite dado à recepção – também foram pensadas como necessárias tanto para proteger o clínico do excesso vindo do paciente, como para possibilitar a sustentação da posição clínica.

A compreensão do que alguns pacientes manifestavam como uma insuficiência defensiva diante do ataque virulento também se revelou como um tema relevante para a compreensão da vulnerabilidade e das defesas psíquicas.

Para tanto, a vulnerabilidade na clínica psicopatológica foi abordada tanto no que se refere à dificuldade de sustentação da posição clínica como na insuficiência de recursos defensivos do paciente para lidar com o sofrimento.

1.5 OBJETIVO E DELINEAMENTO DA DISSERTAÇÃO

Diante da relevância em se pensar os pilares que sustentam a posição clínica e da abordagem psicopatológica da vulnerabilidade, o presente estudo almejou o seguinte objetivo: analisar a dinâmica da vulnerabilidade psíquica no paciente e na posição clínica.

Para atingir o objetivo descrito acima, a presente dissertação foi dividida em cinco capítulos, que contemplam reflexões suscitadas por observações oriundas das situações clínicas e sustentadas por proposições teóricas formuladas por diversos autores.

Por se tratar de uma pesquisa que se sustenta em reflexões acerca da clínica psicopatológica, no primeiro capítulo foi delineado o método clínico, compreendido como um método de investigação onde teoria e prática dialogam constantemente e, para além dos consultórios particulares.

No segundo capítulo foi narrada a trajetória de Sara, uma jovem de trinta anos internada no hospital e diagnosticada como portadora do vírus da aids. A escolha desta narrativa clínica visou responder aos objetivos propostos por este estudo.

Nessa conjuntura, a hospitalidade, conceito importado das políticas públicas de saúde, recebe no terceiro capítulo desta dissertação um enfoque diferenciado, sendo este a dimensão clínica. Deste modo, na situação clínica, a hospitalidade configura-se como uma predisposição importante, onde o clínico, ao receber aquele que se move em direção à compreensão do seu sofrimento, possibilita a transformação deste em ensinamento.

Todavia, o clínico deve reconhecer o excesso de afetação, que, muitas vezes, o faz cair da sua posição. Para sustentar a posição clínica e evitar a vulnerabilidade daquele que se dedica à escuta do *pathos* psíquico, a dietética foi abordada no capítulo quatro como um recurso com finalidade de ajudar a formulação das leis que regulamentam a hospitalidade, isto é, os limites que devem ser operados na situação clínica.

O quinto e último capítulo foi dedicado ao estudo da vulnerabilidade psíquica, compreendida como a insuficiência de recursos defensivos manifestados por alguns pacientes para lidar com o sofrimento. Apoiados em ilustrações clínicas, foram descritos alguns fatores predisponentes da Insuficiência Imunológica Psíquica e, do mesmo modo, algumas estratégias psíquicas que mobilizam recursos que possibilitam o fortalecimento das defesas psíquicas.

CAPÍTULO I: O MÉTODO CLÍNICO NO HOSPITAL GERAL

2 O MÉTODO CLÍNICO PARA ALÉM DOS CONSULTÓRIOS

A pesquisa em psicanálise faz parte da atividade clínica do psicanalista, ou melhor, a clínica psicanalítica é, também, uma intensa atividade de pesquisa em que se engajam paciente e psicanalista... (BERLINCK, 2000, p.313).

Desde os seus primórdios, a psicanálise se estabeleceu como um tratamento psíquico e um método investigativo do funcionamento psíquico humano. Safra (1993) destaca que, por meio do diálogo contínuo com o material clínico foi possível elaborar e sistematizar a teoria psicanalítica.

A proposta deste estudo se fundamenta em um método de investigação em que teoria e clínica dialogam constantemente, possibilitando, com isso, a articulação teórica diante do material clínico. A fim de sustentar teoricamente esta dissertação, foram utilizados como matriz teórica a obra de Freud e algumas proposições formuladas pela Psicopatologia Fundamental.

Os relatos clínicos foram utilizados na tentativa de responder ao problema levantado no início da pesquisa. Como já explicitado, o interesse por este estudo parte de uma situação clínica, em que se interpenetram aspectos subjetivos da dupla clínico e paciente.

O processo analítico ocorre por intermédio do encontro entre analista e analisando, onde a fala e a escuta flutuante favorecem a transferência, a associação livre e a repetição. Essas são proposições epistemológicas que fundamentam a prática e a pesquisa clínica em psicanálise.

Segundo Berlinck (2000, p. 316) o primeiro pilar que sustenta a pesquisa em psicanálise é a transferência, a qual direciona o lugar do psicanalista, sendo este caracterizado pelo suposto saber a respeito de um enigma. Ao mesmo tempo que o enigma constitui o espaço analítico, ele também sustenta a pesquisa psicanalítica.

Para Meyer (1993), o método psicanalítico opera na transferência, uma vez que esta é a ferramenta a qual possibilita o acesso ao material inconsciente. Apesar de ser um método de investigação validado pelo avanço da teoria e da clínica psicanalítica, muitas são as contestações instigadas pelas ciências positivistas. A primeira delas diz respeito à exatidão do material clínico, uma vez que a coleta dos dados é efetuada durante as sessões. Safra (1993) ressalta que o relato é um recorte da sessão, não sendo totalmente preciso. Diante disto, o autor destaca que é preciso levar em conta a participação do clínico na construção do caso clínico.

Para Safra (1993), em psicanálise não existe um saber generalista, ou seja, capaz de ser aplicado a todos os indivíduos. Logo, o analista deve estar com a atenção flutuante, capaz de perceber o original e novo apresentado por cada paciente. Para o autor, é justamente a originalidade de cada atendimento que promove a renovação da teoria e clínica psicanalítica. A análise “...trata-se de um processo entre um analista e um paciente, ambos com características singulares...” (SAFRA, 1993, p.127). Desta forma, na psicanálise, o objeto de estudo se encontra implicado com a vida psíquica do investigador, sendo imprescindível a análise pessoal do pesquisador-psicanalista.

Outro ponto extremamente importante para a pesquisa teórico-clínica em psicanálise é o sigilo, o qual se caracteriza pela manutenção da privacidade do paciente. Para tanto, faz-se necessário a omissão de dados que favorecem a identificação do paciente (SAFRA, 1993). Desde Freud, tal preocupação ética se fez presente, sendo os nomes dos pacientes substituídos

por pseudônimos ou simplesmente omitidos durante os relatos. Segundo os ensinamentos freudianos, serão utilizados, no presente estudo, nomes fictícios para se referir aos pacientes e serão relatados os fragmentos das sessões os quais interessam ao objetivo da investigação.

Uma vez que o método é o caminho construído para chegar a um objetivo, a construção do relato clínico se torna o motor da teoria. Logo, o conhecimento construído na clínica recorre à experiência dela derivada para a produção de um saber que considera as peculiaridades de cada caso. Vale ressaltar que, ao construir um relato clínico, o pesquisador deve atentar-se, também, para a experiência despertada em si, uma vez que, na clínica, o saber é construído conjuntamente pelos personagens que o compõe.

O relato clínico foi extraído de atendimentos realizados em um hospital universitário localizado em Belém-PA, o qual é referência nacional em atendimento à pacientes portadores de HIV-aids. Apesar de não ser o *setting* tradicional, a instituição hospitalar pode ser um *lócus* de investigação clínica desde que sejam mantidos os critérios teórico-metodológicos que regem a *práxis* da psicanálise. Desta forma, faz-se necessário caracterizar o campo psicanalítico, que é circunscrito pelo objeto, ou seja, o inconsciente, pelo método interpretativo e pela técnica da associação livre e atenção flutuante, as quais devem possibilitar a emersão das manifestações no inconsciente.

Atualmente, Pinheiro (2006) ressalta que a psicanálise vem se desenvolvendo teórica e tecnicamente, fato este que possibilitou um redimensionamento do campo clínico. Diante disto, a referida autora destaca que, para além dos consultórios, a psicanálise conquistou e operou em novos espaços, reconfigurando, com isso, a noção de clínica psicanalítica.

A entrada do psicanalista no hospital é uma realidade que vem se construindo ao longo dos últimos anos. A escuta analítica amplia tal possibilidade, pois, por meio da transferência, viabiliza-se ao paciente simbolizar seus afetos e se questionar sobre sua

existência, uma vez que, por intermédio do manejo transferencial e da repetição, o sujeito pode recordar e elaborar algumas representações recaladas (PINHEIRO, 2002).

Figueiredo (1997) aponta que a psicanálise conseguiu se difundir pela expansão da área de influência. A fim de analisar a difusão deste saber, a referida autora ressalta que dois aspectos são de fundamental importância para que a psicanálise pudesse romper a exclusividade dos consultórios particulares, sendo estes: a demanda do atendimento e os dispositivos clínicos de tratamento.

A demanda é caracterizada pelo desejo de saber sobre si, mesmo que em um primeiro momento este esteja fundamentado na dissolução de um determinado sintoma. Moretto (2001) ressalta que há uma especificidade da demanda em um hospital, uma vez que, diferentemente do consultório particular em que o analisando procura o atendimento, no hospital a oferta é do analista.

No que diz respeito aos dispositivos clínicos, Moreira e Di Paolo (2006) dizem que são estratégias de intervenção as quais operam no sentido de viabilizar a prática psicanalítica em outros lugares para além dos consultórios particulares, onde há a reinvenção da teoria e clínica psicanalítica sem descharacterizá-la.

Figueiredo (1997) aponta alguns dispositivos clínicos que podem ser mantidos em outros *settings*, sendo estes: a técnica psicanalítica por intermédio do favorecimento da livre associação e da manutenção da atenção flutuante; a utilização da transferência como vínculo entre paciente e psicanalista que propicia o acesso ao material inconsciente; e o último dispositivo consiste na disponibilidade em suportar o próprio sofrimento e deixar emergir o discurso do outro.

Desta forma, ressalta-se a importância da atitude analítica, a qual se sustenta na oferta da escuta do *pathos* do paciente, visto que esta opera como um dispositivo/pilar para a clínica e a pesquisa psicanalítica.

Ao dar voz à paixão, o clínico possibilita ao paciente a transformação do *pathos* em *logos*, ofertando a possibilidade de atribuir sentido ao sofrimento. O presente estudo, inserido no campo da Psicopatologia Fundamental, oferece uma reflexão sobre o *pathos* constituinte do humano, ressaltando o que há de peculiar em cada caso.

CAPÍTULO II: O CASO SARA

3 A PRIMEIRA INTERNAÇÃO: SARA E A INSUFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA PSÍQUICA

Havia três meses que iniciara minhas atividades no hospital geral e encontrava-me impactada com o horror que se faz presente na rotina hospitalar. Além do confronto diário com a morte, mutilações, feridas expostas e a debilidade do corpo acometido pelo adoecimento, em se tratando de um hospital público, alguns agravantes se faziam presentes como: a estrutura física inadequada destes locais, o estado avançado de adoecimento dos pacientes quando procuravam os serviços de saúde e a falta de esclarecimento de boa parte da população sobre cuidados pessoais e até mesmo sobre a doença.

No hospital, as demandas eram levantadas pelos profissionais de saúde, familiares ou pelos psicólogos que realizavam periodicamente visitas aos leitos. Especificamente nestes atendimentos que comporão esta narrativa, o encaminhamento foi realizado por uma residente a qual indicou acompanhamento psicológico à paciente que acabara de receber o diagnóstico positivo de HIV. Por ser um hospital de referência estadual no tratamento da aids, era comum a indicação da equipe para que o paciente fosse acompanhado por um psicólogo.

Ao perguntar à médica se havia mais alguma informação sobre o caso, esta informou-me que a paciente estava acompanhada pelo marido e que este, após realizar o exame, tinha apresentado sorologia negativa para HIV. Tanto a paciente como o esposo estavam cientes de ambos os diagnósticos e solicitaram que ninguém, especialmente familiares, soubesse dos resultados.

Após receber este encaminhamento, direcionei-me à sala de prontuários com o objetivo de ter um contato com o adoecimento e com a escrita da equipe sobre o caso.

Todavia, além disso, a vistoria nos prontuários sinalizava a minha defesa adiante da doença e todo horror que esta causava por suas diversas faces e manifestações.

Nas folhas do prontuário estava a primeira descrição que tive de Sara: casada, mãe de três filhos, desempregada e com trinta anos de idade. Residente em uma cidade do interior, Sara foi encaminhada para o hospital localizado na capital depois de levantada a suspeita de infecção pelo vírus HIV. Durante um ano a paciente apresentava progressiva perda de peso, diarreia crônica e cefaleia, procurando o serviço público somente após emagrecer 30 quilos.

No hospital onde ocorreram os atendimentos existiam algumas enfermarias destinadas exclusivamente para os portadores do vírus da aids. Ao adentrar uma delas, encontrei Sara. O número e o nome junto ao leito me direcionaram à paciente que estava sentada neste. Apesar de muito magra, Sara apresentava alguns cuidados com sua aparência que não eram comuns nas demais pacientes internadas. Com as unhas e lábios pintados e o cabelo limpo e penteado, Sara se destacava quanto ao cuidado que destinava a si.

Junto à paciente estava um homem que segurava sua mão. Mais tarde soube que se tratara de Antônio, esposo de Sara, que a acompanhara durante a internação.

Ao direcionar-me à paciente perguntei o seu nome e ela me confirmou ser Sara. Em seguida me apresentei e falei que pertencia ao serviço de psicologia do hospital e que estaria lá para escutá-la e acompanhá-la neste momento de internação. Pedi ao acompanhante que se retirasse para que eu pudesse iniciar o atendimento.

Informei-a sobre o sigilo e, antes que eu terminasse de falar, a paciente me interrompeu dizendo: “Minha vida é um livro aberto. Não tenho segredo com ninguém”. Mesmo diante desta fala, ratifiquei meu posicionamento de que tudo o que fosse vivenciado naquele espaço permaneceria em sigilo.

Perguntei à paciente se ela saberia dizer o motivo da internação no hospital e ela destacou os sintomas de diarreia e dor de cabeça, atribuindo-os ao “verme no intestino”. Falou que essas crises se iniciaram há um ano, desde o nascimento da filha mais nova. Relatou que se sentiu muito mal na última gravidez com crises de enjoo e vômitos.

Pedi para Sara me contar sobre aquele momento e ela me perguntou se eu gostaria de conhecer seus filhos. Imediatamente após esta fala, a paciente pegou uma foto que estava na mesa da cabeceira e me mostrou. Aquela retratava um período no qual a paciente era “forte e bonita” junto aos três filhos em uma praça da cidade em que morava. Sara, então, apontou para cada um dos filhos e disse seus nomes.

A atitude de mostrar fotos de um momento anterior ao adoecimento era comum nos atendimentos realizados no hospital. No caso de Sara, acredito que este ato sinalizava uma demanda. Paralelamente a esta solicitação, a paciente também abria uma porta para sua intimidade.

Além de falar dos filhos, Sara fez referência à sua relação conjugal. Disse que conheceu o esposo quando trabalhava como garçonete em um bar. Os dois se conheceram, começaram a namorar e, quando foi morar com o marido, ela abandonou o serviço para “construir” a sua família.

Deste modo, Sara decidira não trabalhar mais, pois só assim poderia cuidar da casa, do marido e dos filhos. Neste período de “construção do lar”, ela começou a frequentar cultos evangélicos e descrevia-se como uma pessoa fervorosamente “crente na palavra de Deus”.

Nesse primeiro momento, Sara apresentava uma fala impregnada por conteúdos religiosos. Durante o atendimento a paciente segurava fortemente uma bíblia surrada e a imprensava contra o seu peito. Quando se referia ao adoecimento ela falava: “As doenças são punições de Deus para os nossos pecados. Eu não posso aceitar a doença; Jesus não quer que

as pessoas aceitem as doenças e, por isso, eu não aceito. A doença é coisa do Diabo, mas eu sei que Deus vai me sarar”.

Ao ouvi-la, pude perceber o quanto era difícil para Sara aceitar o seu adoecimento e sua nova condição de portadora de uma doença que não tem cura. Ela parecia estar imersa em uma angústia enorme, onde a religião, ao mesmo tempo que lhe dava esperança de cura, apontava para seu sentimento de culpa.

Diante da escuta de Sara, questionei-me: como conviver com o incurável? Quais recursos psíquicos são possíveis para lidar com uma doença associada à morte e ao preconceito, uma vez que a transmissão do vírus HIV se dá, também, pela via sexual? Que cura buscava Sara? Essas questões me sugiram logo no primeiro atendimento e elas ainda são norteadoras para a escrita deste caso clínico.

Neste primeiro atendimento, Sara também comentou que estava agendada uma endoscopia e que tinha medo de realizar este exame, pois nunca o havia feito. Primeiro, perguntei a ela como imaginava ser este exame e a paciente respondeu que não sabia dizer como era nem qual o objetivo de fazê-lo. Foi então que, em tom de sugestão, informei-a de que poderia pedir esclarecimento sobre qualquer procedimento o qual seria submetida.

Essa intervenção tinha o intuito de convocar a paciente a participar do seu processo de reabilitação. Ao perguntar sobre exames, procedimento e até mesmo sobre a doença, Sara poderia tornar esta estranha situação um pouco menos excessiva e, com isso, dar um novo sentido à doença que agora fazia parte de si. O silêncio poderia não ser a única alternativa para lidar com esta nova realidade.

Sara concordou e, então, eu finalizei o atendimento falando que retornaria na manhã seguinte.

Assim, ao encontrar-me novamente com Sara, encontrei-a deitada no leito com os olhos fechados. Junto à cama estava o acompanhante que me disse: “Ela não dormiu bem esta noite, pois estava preocupada com o exame que vai realizar à tarde. Só agora consegui dormir”.

Sabendo da dificuldade que alguns pacientes têm para dormir, decidi não interromper o sono de Sara e pedi para Antônio que informasse da minha presença naquele momento e que meu retorno aconteceria na manhã seguinte.

No dia seguinte, antes de realizar os atendimentos, ao verificar o prontuário, constatei um registro da psicóloga que trabalhava no período da tarde. Diante disto, contei a profissional e pedi maiores informações sobre o ocorrido. Ela informou-me que, no dia anterior, logo após a realização do exame de endoscopia, Sara tivera uma briga com o marido e, inclusive, ameaçara se matar. Por ser uma situação de intercorrência, a profissional que estava de plantão no serviço foi chamado às pressas para “conter” o tumulto que a paciente ocasionou.

Quando cheguei à enfermaria Sara estava chorando deitada no leito. Em pé e próximo à paciente estava Antônio que tocava delicadamente seus cabelos. Perguntei a ela se gostaria de conversar e esta respondeu afirmativamente e, então, pedi que o acompanhante se retirasse da enfermaria.

Quando perguntei como estava, Sara relatou a briga ocorrida na tarde anterior e iniciou uma reclamação sobre a conduta do marido. Ela apresentava inúmeras queixas relacionadas a Antônio, como falta de companheirismo, falta de atenção e traição. Nas palavras de Sara: “Eu sei que ele anda se encontrando com uma acompanhante que está em outra enfermaria. Ele não fica o tempo todo comigo. Sempre que pode ele dá uma escapulida. Na verdade, sempre foi assim. Meu filho quando ia à feira com ele me falava: ‘Mãe, eu vi o

papai beijando uma mulher lá no mercado'. Vê se tem cabimento? Aqui ele nem conversa comigo. Passa a maior parte do tempo calado. Desta maneira preferia que ele nem estivesse aqui”.

Ao mesmo tempo que apresentava suas queixas em relação ao marido, Sara também lamentava por ter abandonado o trabalho e restringido sua vida unicamente aos cuidados da família.

Perguntei à paciente se, durante a briga, ela havia comunicado estas insatisfações ao marido e ela me falou que não. Foi então que Sara me pediu que eu estivesse presente enquanto conversasse com o marido, pois tinha muita dificuldade de falar de seus sentimentos a ele. Falei que eu poderia estar presente, mas como testemunha neste primeiro momento.

Desta maneira, pedi para que o marido entrasse na enfermaria e, imediatamente, a mulher iniciou a exposição de suas queixas. Falava do quanto era insatisfeita e de que gostaria de tê-lo mais presente. Falou que abandonou trabalho e os planos de estudo para ficar com ele e do quanto gostaria de retomar estas atividades quando voltasse para casa. Sara expressava-se exaltadamente e chorava bastante. Antônio escutava calado e com uma feição tranquila no rosto. Após a exposição da paciente, o acompanhante falou: “Você não está vendo que eu estou aqui do seu lado? Eu sempre estarei. Claro que eu cuido de você e continuarei cuidando inclusive quando voltarmos para casa. Se você está reclamando dos seus estudos, eu a apoio”.

Após um longo diálogo em que ambos puderam redefinir novas diretrizes para o relacionamento, os dois deram um forte e longo abraço. Assim, concluí o atendimento pontuando a importância deste momento, pois estavam diante de uma nova realidade e muito precisaria ser conversado e revisto.

No dia posterior ao atendimento, festejava-se no hospital a Páscoa. Era a sexta-feira que antecede o período pascal. Ao deslocar-me para realizar o atendimento de Sara, encontrei-

a sentada em uma cadeira na porta da enfermaria. Ela apresentava uma considerável melhora clínica e falava na possibilidade de alta para aquele final de semana. A paciente esperava ansiosa pelo momento em que estaria novamente com os filhos.

Sara relatou entusiasmada que esperava a comemoração da Páscoa, data significativa, a qual representava “a morte e ressurreição de Jesus”. Nas suas palavras: “Assim como Jesus ressuscitou, eu também vou ressuscitar. Eu sei que ele vai providenciar a minha cura. A doença já me matou, mas eu vou ressuscitar no terceiro dia”.

Utilizando-se de um discurso religioso, Sara falava do seu desejo de sair do mundo dos mortos e retornar à vida.

Este foi o primeiro momento em que a paciente conseguiu falar da aids, mesmo que este discurso estivesse ainda sustentado como uma possibilidade. Relatou ter feito o exame que diagnostica o HIV, entretanto encontrava-se esperançosa de um resultado negativo.

Nesse atendimento, preocupei-me em retomar algumas questões que se fizeram presentes nos atendimentos anteriores. Eu sentia, assim como Sara, que esta receberia alta em breve. Sara exalava vida!

Chegara a hora dos festejos e eu encerrei o atendimento. Despedi-me de Sara, mas, tomada por uma curiosidade, observei-a durante a comemoração. Ela sorria e seus olhos, por vezes, enchiam-se de lágrimas. Ela parecia estar confortável naquele ambiente festivo e religioso. Apesar de todo o entusiasmo, questionava-me: até quando Sara conseguiria sustentar o seu silêncio tão velado?

Na segunda-feira, ao retomar minhas atividades no hospital, procurei por Sara e encontrei registro sobre ela no livro de ocorrência. Neste constava a seguinte nota: “paciente teve alta no sábado, às 15h”. Então, ela conseguira se recuperar e voltara para casa.

3.1 A SEGUNDA INTERNAÇÃO: UMA DEFESA POSSÍVEL

Aproximadamente um mês após esses atendimentos, durante uma visita aos leitos, encontrei Sara na mesma enfermaria que estivera na internação anterior. Ela apresentava-se notadamente abatida e com um olhar distante. Por entre as grades da janela, observa a natureza que circunscrevia o prédio do hospital.

Foi então que me aproximei com o intuito de escutar o que Sara tinha para dizer nesta segunda internação. A paciente estava novamente no hospital e a doença mostrava mais uma vez sua face. A aids estava viva em seu corpo.

Sara apresentava uma fala pausada e permanecia um longo período calada e chorando. Este era um momento de recolhimento e penso que este era necessário para ela atravessar o sofrimento implicado na confirmação de uma doença incurável, assim como a aids.

Os atendimentos eram permeados pelo silêncio e me propus a escutar, inclusive, sua falta de palavras.

Nesta segunda internação Sara ficou no hospital aproximadamente um mês, tempo necessário não só para que seu corpo se restabelecesse como para que ela pudesse reordenar sua economia psíquica. Novas ligações eram necessárias; novos arranjos e elos que conectariam Sara à vida. Era preciso encontrar palavras, dar *logos* ao seu sofrimento, ao *pathos* que se expressava intensamente em seu corpo.

Nas primeira e segunda semana, eu a atendi três vezes e em alguns dos atendimentos ela permaneceu em silêncio durante todo o tempo em que estive presente. Quando se manifestava, levantava questionamentos que remetiam à tentativa de construção de um

discurso capaz de enredar todo este conteúdo *páthico*. A paciente queria construir um saber capaz de narrar o seu adoecimento. Para tanto, perguntava-se: “Como será que eu peguei esta doença? Deve ter sido do meu ex-marido, o pai da minha primeira filha. Por que tudo isso está acontecendo comigo? Como eu me contaminei?” Questionava-se, também, como seria sua vida quando saísse do hospital.

Nesses atendimentos iniciais, a paciente falava de suas dores e de seu estado clínico geral. Reclamava de cefaleia, diarreia e insônia. Lembro-me de que, em um dos atendimentos, após uma fala na qual retratava suas dores e dificuldade de dormir, Sara conseguiu adormecer.

Na segunda internação o marido estivera presente e demonstrava preocupação com a saúde da paciente. Sempre que eu chegava à enfermaria ele estava ao seu lado e, ao perceber a minha presença, imediatamente se retirava e nos deixava a sós para os atendimentos. Sara não reclamava mais de Antônio e falava, inclusive, que estava “surpresa e feliz por tê-lo perto e demonstrando tanta atenção”.

Por vezes, Sara demonstrava o interesse em voltar para casa. Apesar de expressar certo estranhamento diante desta nova situação, visto que se questionava como seria sua vida quando retornasse à cidade de domicílio, ela dizia sentir muita saudade dos filhos. Aos poucos, Sara retomou sonhos outrora abandonados e reformulou seus desejos, conseguindo definir novos objetivos para a sua vida.

Estes questionamentos referentes ao convívio com a doença possibilitaram a Sara ampliar seus horizontes e constatar que poderia sim viver, mesmo sendo portadora de uma doença associada, muitas vezes, à morte e ao preconceito. Em um dos últimos atendimentos, Sara me falou animada de uma conversa que teve com a médica. Falou que fez inúmeras perguntas sobre as possibilidades de transmissão, quais cuidados ela precisaria ter e constatou que, estar com aids, não a impossibilitava de viver sua sexualidade. A possibilidade de

continuar “sendo mulher” e de amar despertou na paciente o seu desejo em estar viva. Nas suas palavras: “Pensei que nunca mais poderia ter intimidade com meu marido. Ao saber disso, me redescobri mulher e entendi que esta doença não vai me matar”.

Depois dessas duas semanas iniciais eu adoeci. Fiquei uma semana ausente do hospital e, por isso, não a atendi. Como de costume solicitei a uma colega psicóloga que comunicasse a minha ausência, sinalizando que retomaria os atendimentos quando retornasse às atividades no hospital.

No atendimento realizado logo depois deste período de ausência, Sara me cumprimentou perguntando: “Você está melhor? Eu orei pela sua saúde; e pela minha também. Todos podemos um dia ficar doente, né?” Após esta fala a paciente ficou em silêncio e direcionou seu olhar para a janela. Estava sentada na cadeira de acompanhante e seus cabelos, ainda molhados, revelavam que acabara de tomar banho.

Com uma feição serena, Sara falou: “O doutor disse que eu vou receber alta até o final da semana. Estou com muita saudade dos meus filhos e quero levá-los para conhecer a minha mãe. Faz muito tempo que eu não a vejo. Desde que casei eu me distanciei da minha família e, agora, quero me aproximar deles. Quero reencontrar a minha mãe”.

Perguntei o motivo de estar tanto tempo distante da mãe e Sara falou: “Nem sei dizer ao certo. Saí de casa para trabalhar e nunca mais voltei. Não quero perder o contato com pessoas tão especiais e, por isso, vou reencontrá-la. Na verdade, quero retomar muitas coisas, inclusive voltar a estudar e trabalhar. Sinto que comecei a viver novamente e agora posso fazer com que muitas coisas sejam diferentes”.

Este foi meu último contato com esta paciente

Durante muito tempo pensei nestes atendimentos, pois, juntamente com Sara, pude ver várias manifestações do humano diante de uma realidade avassaladora e impactante que é o diagnóstico de uma doença incurável, tal como a aids. Em decorrência, também, do tempo de internação, não era tão comum acompanhar esse deslizar de significados para o adoecimento.

CAPÍTULO III: A TERAPÊUTICA E A HOSPITALIDADE NA CLÍNICA

PSICOPATOLÓGICA

4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TERAPEIA: REFLEXÕES SOBRE O AMOR E A CURA

Freud, em uma carta enviada à Jung, afirma que a terapêutica psicanalítica é, essencialmente, uma cura pelo amor. A fundamentação que sustenta tal afirmativa pode ser encontrada na análise freudiana da obra “Gradiva”, de Wilhelm Jensen. Dentre os vários aspectos analisados desta obra, destaco a compreensão que Freud (1907[1906]) faz da cura e das possíveis ações terapêuticas da psicanálise.

A obra “Gradiva” de Jensen narra a trajetória de Norbert Harnold, um jovem arqueólogo que, tomado por uma obsessão pelos estudos, só encontrava interesse em coisas que pertenciam ao mundo da pesquisa arqueológica. Logo, repudiava qualquer manifestação de um amor entre jovens casais e não identificava menor interesse por mulheres de carne e osso⁴.

Norbert, atraído por uma escultura da Roma antiga, a qual representava uma jovem caminhando, inicia uma série de delírios os quais se fundamentam no ressurgimento daquela mulher esculpida no mármore nos tempos atuais. O encantamento do jovem pesquisador pela escultura e pelo posicionamento dos seus pés que sugere um movimento de caminhar é tamanho que este a nomeia de Gradiva, a qual significa “a jovem que avança”.

⁴ No texto, Freud diz que apenas mulheres de bronze e mármore eram capazes de chamar a atenção do jovem pesquisador.

O arqueólogo viaja à Pompeia e lá encontra Zoe, uma amiga de infância que, não sendo reconhecida por Norbert como tal, é entendida por este como a personificação de Gradiva.

Zoe, mesmo inserida na cena delirante, aproxima-se de Harnold e traz à tona lembranças do amor infantil. Ao resgatar tais lembranças, o jovem arqueólogo recupera o interesse pela vida erótica, a qual esteve há muito tempo encoberta pela atenção que direcionava às pesquisas acadêmicas.

Freud (1907[1906]), ao analisar este conto, identifica a íntima relação entre o desaparecimento do delírio e o ressurgimento da ânsia de amar. Para o referido autor, Zoe atua em conformidade com o método terapêutico da psicanálise, que “consiste (...) em lhes fazer chegar à consciência (...) o inconsciente cuja repressão provocou a enfermidade...” (FREUD, 1907[1906], p.81).

Entretanto, Freud ressalta que não é suficiente tornar consciente o que outrora foi reprimido, sendo fundamental para tal modificação o “despertar dos sentimentos”. Nesse sentido, Freud (1907[1906]) afirma que “...O processo de cura é realizado numa reincidência no amor (...). Todo tratamento psicanalítico é uma tentativa de libertar o amor reprimido que na conciliação de um sintoma encontrara escoamento insuficiente...”.

A cura pelo amor é examinada por Fédida (1988) quando afirma que as doenças, em seus desdobramentos, apresentam-se como paixões amorosas. Neste sentido, o médico – aquele que exerce a *terapeia* – cuida de *eros* doente.

Deste modo, o princípio que opera na *terapeia* é o restabelecimento do equilíbrio do corpo, onde este pode ser liberado do excesso de amor e reencontrar a *harmônica*. O amor do médico é o amor justo, isto é, um amor que, ao solicitar a narrativa do paciente sobre o seu adoecimento, possibilita o equilíbrio da parte doente de *eros*.

A imagem, a qual representa esta função do terapeuta, é a de alguém que introduz um dreno, o qual viabiliza, pela palavra, o escoamento do excesso de *eros*. Assim, quando o clínico sugere ao paciente que fale sobre o que o acomete, há a possibilidade de construção e compreensão, por parte deste, de uma narrativa que porta em si um ensinamento.

Para Fédida (1988), o texto “Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen” é um exemplo de tratamento psicanalítico bem-sucedido, onde o amor revelado por Zoe possibilita o desaparecimento dos delírios e resgata o interesse de Norbert pelas relações entre as pessoas. Neste sentido, Zoe, ao introduzir a justa proporção de amor, liberta o arqueólogo do delírio e propicia a ligação entre este a vida.

A relação entre o amor e a vida é encontrada inclusive no nome de Zoe, o qual significa vida. Deste modo, somente aquela que porta a vida, que no caso de Zoe está presente inclusive em seu nome, é possível libertar Norbert do excesso de amor.

Fédida (1988, p.29) alerta que “...Uma paixão não pode ensinar nada, pelo contrário, conduz à morte se não for ouvida por aquele que está fora, por aquele que é estrangeiro, por aquele que pode cuidar dela.”

Apesar de ser o clínico aquele que se ocupa dos fenômenos do amor, Freud (1907[1906]) adverte para o distanciamento necessário entre o médico e o paciente, pois, diferentemente de Zoe, ao término do tratamento o clínico deve retomar a posição de estranho. Na verdade, ao longo do tratamento, tal condição de estrangeiro nunca deve ser abandonado, posto ser esta a condição para a construção de um saber sobre o sofrimento.

Neste sentido, o clínico deve, tal como alguém que recebe alguém em sua casa, exercer a hospitalidade.

4.1 SOBRE A HOSPITALIDADE

No hospital geral muito se fala da hospitalidade. Esta nomenclatura, amplamente utilizada no ramo do turismo e da hotelaria é comumente adotada no contexto hospitalar como oferta de uma estrutura que favoreça o bem-estar e proporcione o conforto dos usuários do hospital.

Deste modo, Camargo (2003) aponta que a hospitalidade resgata a origem e a natureza da assistência nos hospitais. Esta dimensão assistencialista se configura como a administração de serviços, os quais agregam valores oferecidos aos usuários do hospital, sendo estes recebidos em tais instituições como hóspedes.

Neste sentido, a hospitalidade visa tornar o ambiente hospitalar mais familiar, onde há o acolhimento e o resgate de características individuais e singulares do paciente. Oriunda da administração, a hospitalidade é introduzida nos hospitais por políticas de gestão de pessoa, que oferecem o treinamento e o desenvolvimento do clima hospitaleiro, isto é, condições que favoreçam a hospitalidade (FRANCO; PRADO, 2006).

Nessa perspectiva, a hospitalidade funciona como uma estratégia que tem o objetivo de auxiliar no processo de reabilitação dos pacientes e suavizar o sofrimento presente no ambiente hospitalar. Deste modo, acredita-se que, ao introduzir um atendimento que leve em consideração a acomodação, a alimentação, a higiene e a limpeza do ambiente associada a uma postura acolhedora da equipe, seja possível restabelecer a saúde do enfermo.

Tais formulações amplamente utilizadas pelas políticas de saúde pública não eliminam a hostilidade inerente a um ambiente em que há a presença simultânea da morte e do sofrimento.

Este questionamento aponta para outra dimensão da hospitalidade, sendo esta sustentada nos pilares da clínica psicopatológica. Assim, pretende-se introduzir neste estudo a dimensão clínica da hospitalidade. Para tanto, o ponto de partida adotado é a definição do radical *hospit*, do qual se originam as seguintes palavras: hospital, hospitalidade e hostilidade.

Segundo o dicionário Houaiss e Villar (2001) a palavra *hospit* apresenta a seguinte definição:

... aquele que recebe o estrangeiro (*hostis*); aquele que é recebido, cog. prov. deste último – ver *HOST* –; ocorre em voc. já formados no próprio lat., como *hospício* e *hospital*, e que são das orig. do vern., já em outros de várias épocas: *hospitaleiro*, *hospitalidade*, *hospitalar*, *hospitalizado* e *hospitalizar*; ocorre ainda em f. prefixada, como *inóspito*, *inospitalero* e *inospitalidade* (...) (HOUAISS; VILLAR, 2001, p.1553).

A duplicidade presente no radical *hospit* aponta para o paradoxo presente no tema da hospitalidade. Perez (2007) ressalta que o termo hospitalidade se refere ao ato de acolher, receber alguém que não está inserido no contexto familiar. Para a recepção do outro é necessário uma disponibilidade para receber. Dessa forma, a hospitalidade é, antes de tudo, estar disponível para receber.

A hospitalidade está relacionada ao ato de receber e acolher aquele que está em deslocamento. Este fato aponta para a presença inapelável do estrangeiro, daquele que, vindo de fora, introduz algo novo ao ambiente familiar. Esta novidade, por ser estrangeira, carrega em si um conteúdo *páthico*. Estabelece-se, com isso, a proximidade entre o que vem de fora e o estabelecido. Logo, a hospitalidade alinha o estranho ao familiar.

Na obra de Derrida, o conceito de hospitalidade se inscreve na temática da alteridade, onde está implicada a capacidade de se deixar ser afetado pelo outro. Entretanto, para receber é necessário uma abertura de si diante do outro, preconizada por uma abertura sobre si mesmo (SACEANU, 2005).

Para Derrida (2003), a capacidade de oferecer hospitalidade é própria do humano e esta é ofertada não somente para o semelhante e familiar, mas, também, para aquele que, estranho às normas e costumes, apresenta-se como estrangeiro.

Ao ser convidado para falar da hospitalidade, Derrida (2003) aponta que esta é uma questão *de* estrangeiro, vinda *do* estrangeiro. Para tanto, o autor recorre ao diálogo platônico onde o estrangeiro se apresenta como aquele que, sendo externo, consegue levantar questionamentos sobre o existente.

Derrida (2003) também ressalta que o estrangeiro é aquele que possui uma linguagem diferenciada. Por isso, este é, antes de tudo, estranho à língua do lugar onde recebe a hospedagem. Essa dificuldade de comunicação impõe ao hóspede a aquisição de uma nova linguagem para que seu apelo à hospitalidade possa ser acolhido.

A gentileza da hospitalidade inicia com uma inquição, sendo configurada por questionamentos relativos às origens do estrangeiro. O acolhimento deste é mediado pelo reconhecimento de suas origens, onde se busca a familiaridade ao que, em um primeiro momento, apresenta-se como inquietante.

Para Derrida (2003, p.27) “a questão da hospitalidade é, assim, a questão da questão, mas também é a questão do sujeito e do nome como hipótese da geração”. A hospitalidade é caracterizada pela oferta de hospedagem, de uma acolhida ao outro. Entretanto, é preciso delimitar esta recepção, caso contrário, aquele que acolhe se torna vulnerável ao estranho.

Ao traçar um paralelo com a situação clínica, a hospitalidade se configura como uma disposição imprescindível para o labor clínico, visto que este é caracterizado por uma disponibilidade em receber. Neste sentido, a posição clínica diante do *pathos* se aproxima do ato de receber, uma vez que o clínico se posiciona como um receptáculo dos afetos vindo do paciente.

Baseada na elaboração de Platão, a qual formula um mito para a criação do humano, Berlinck (2008) evoca a noção de *khôra* para se referir ao órgão do afeto que funciona como um receptáculo ou porta-marcas que assegura no humano a sua capacidade de ser afetado por forças externas.

Nessa perspectiva, o corpo precede a existência humana e não possui uma forma definida, manifestando-se como uma superfície de órgãos que é afetada por forças que vêm de fora e de longe. Esse mito platônico, expressa o que em várias manifestações da Antiguidade é possível constatar: durante muito tempo o humano é ninguém, ou seja, um corpo que possui a capacidade de ser. A ideia de que o humano é único e independente em relação aos outros e ao ambiente é fruto de uma complexa formulação originada no que é chamado de espírito, alma ou psiquismo. Essa noção de indivíduo é formulada por Charles Darwin, o qual descreve a natureza como composta por unidades discretas e singulares que constituem a individualidade de cada ser (Berlinck, 2008).

Para Platão, *khôra*, o receptáculo, o porta-marcas, entretanto, não é só condição fundamental do humano. É, também, condição para que o afeto se transforme em ideia, representação ou pensamento. O receptáculo recebe marcas que não criam marcas. A força que afeta o receptáculo é denominada *pathos* (BERLINCK, 2008, p.5).

Na situação clínica o conceito de *khôra* é resgatado para ilustrar a posição do clínico diante do paciente (FÉDIDA, 1996; BERLINCK, 2008). Os autores apontam que o clínico se posiciona como um receptáculo, um porta-marcas que é passível de ser atingido pelo *pathos* do paciente. Nessa visão, a transferência é compreendida como fundamentalmente *páthica*, uma vez que os afetos emergidos na situação transferencial afetam o clínico.

Portanto, a condição da posição clínica é de *ninguém*, isto é, ao se inclinar para escutar o sofrimento, o clínico desloca-se da sua posição de alguém, ocupando o lugar de *neutro*.

A posição clínica é discutida por Fédida (1996) no livro “O sítio do estrangeiro”, onde o autor afirma que a situação psicanalítica é, por excelência, o sítio do estrangeiro. Assim, o clínico, ao ocupar a posição de estrangeiro, encarna a presença de *ninguém*⁵. Nas palavras de Fédida (1996, p.21): “Ausência do pai – assim designa-se o sítio da linguagem como *sítio do estrangeiro*. E o estrangeiro, encarnado numa presença, será a presença de *ninguém*”.

Ao ser *ninguém*, o clínico torna-se o portador de um receptáculo que, já marcado por traços mnemônicos, possibilita a transformação do *pathos* em representações, palavras e ideia. Assim, o psicanalista ocupa um sítio – *epos* – onde ocorrem narrativas sobre a origem e os destinos do humano.

Evocando as reflexões de Derrida (2003), correlaciona-se a situação clínica como a questão de estrangeiro, um sítio no qual há a emergência de conteúdos vindos do estrangeiro. Ao passo que o clínico encarna a presença de *ninguém*, ele também se configura como um receptáculo – *khôra* – dos afetos do paciente, propiciando, com isso, que o *pathos* possa ser transformado em *logos*.

Ao instaurar o sítio do estrangeiro, Fédida (1996) aponta que o clínico, constantemente, se espanta com a estranheza da transferência, visto que esta implica a reencarnação de personagens do passado na pessoa do analista. Berlinck (2008) enfatiza que a transferência é essencialmente *páthica* e afeta o clínico, isto é, *ninguém*. Caso este admita ser

⁵ Do original em francês *personne*.

alguém na situação clínica, ele reage em ato na transferência, destituindo-se do lugar de receptáculo.

A partir de tais reflexões, a hospitalidade é aqui compreendida como a disponibilidade do clínico em se posicionar como um receptáculo que, ao ser atingido pelos afetos que vêm do paciente, possibilita a este a transformação do conteúdo *páthico* em ideia, representações e pensamentos. Nesta perspectiva, a hospitalidade se configura como um dos pilares que sustentam a clínica em seus múltiplos enquadres.

CAPÍTULO IV: A VULNERABILIDADE NA POSIÇÃO CLÍNICA

... terapéia significa algo peculiar: desde que nos preocupemos do ser humano, tudo o que se passa entre ele e nós, nos mínimos detalhes, reveste uma significação de fragilidade... (FÉDIDA, 1988, p.30).

5 OS CONFLITOS DE INTERESSE NA CLÍNICA PSICOPATOLÓGICA

A morte, os gritos, as escaras e os odores de excrementos e secreções exalam dos corpos adoecidos e se fazem presentes na rotina dos hospitais, caracterizando estes ambientes pela inospitalidade. Assim, no ambiente hospitalar também se fazem presentes inúmeras contraposições, inúmeras forças que representam interesses diversos. A presença simultânea dessas forças caracteriza os conflitos de interesse.

Recentemente, Berlinck (2009) pontuou a presença dos conflitos de interesse na clínica psicopatológica, uma vez que estas forças conflitivas sempre estão presentes na relação clínico-paciente.

Nas palavras de Berlinck (2009, p.634) a clínica psicopatológica “...é aquela que leva a sério o significado da palavra *psicopatologia*, ou seja, discurso (*logos*) sobre o *pathos* psíquico. *Pathos* é a palavra grega que em sua complexidade semântica, aponta para a ‘paixão’, ‘passividade’ e, por extensão, os afetos que constituem o paciente”.

O autor também aponta que a presença de tais conflitos é inevitável, pois uma clínica que tem como objetivo a escuta das representações dos afetos lida, constantemente, com o excesso vindo do outro. Assim, o paciente, afetado pelo *pathos*, apresenta-se ao clínico como um corpo perigoso que deseja, fala, fica doente e morre. A periculosidade que posiciona o corpo do outro como paciente também afeta o clínico, sendo necessário este se proteger diante

da delicada situação. Entretanto, apesar da funcionalidade desta proteção, muitas vezes ela serve para desviar a atenção do clínico, afastando o interesse dele pelo paciente.

Se estendermos essas proposições sobre os conflitos de interesse aos ambientes hospitalares, constataremos que a periculosidade presente no paciente está não somente na sua debilidade física – do corpo acometido pelo adoecimento –, mas também pelo *pathos* psíquico, o qual afeta o paciente, os familiares deste, o clínico e toda a equipe de saúde. No hospital geral, a ameaça vinda do corpo perigoso se intensifica pelo risco de contaminação, que atinge todo e qualquer profissional atuante neste contexto.

Em Belém, cidade onde este estudo se iniciou, os casos de aids atendidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde) são encaminhados para o hospital de referência estadual no tratamento do HIV. Também para esta instituição hospitalar são encaminhados os pacientes acometidos por outras doenças transmissíveis pelo ar, como a tuberculose e a meningite.

Diante desta conjuntura, além do uso do jaleco – vestimenta utilizada para evitar a contaminação da roupa e para distinguir os membros da equipe dos usuários do serviço de saúde – os profissionais que trabalham nas enfermarias usam máscaras, utilizadas mediante toda proximidade com o paciente. Além da finalidade de filtração do ar e, portanto, de defesa do clínico diante do risco de contaminação, o uso das máscaras marcam, também, o distanciamento em relação ao paciente, tentando evitar, simbolicamente e imaginariamente, a penetração do *pathos* vindo deste.

Lembro-me que, ao iniciar minha atuação profissional no hospital, uma das minhas primeiras preocupações foi tomar inúmeras vacinas. Além da proteção do corpo, refletindo melhor sobre isso, identifico que as vacinas expressavam bem mais que um cuidado em relação à saúde. Simbolizavam o medo de me deixar penetrar pelo sofrimento físico e psíquico que se apresentavam, simultaneamente, nos corpos e nas palavras dos pacientes.

Mas, será possível uma clínica sem penetração? Como é possível não se afetar pelos afetos vindos dos pacientes?

Esse fato levanta um questionamento relacionado às defesas utilizadas pelo clínico, uma vez que “...essas proteções proporcionam uma certa tranqüilidade, mas também servem para desviar a atenção do clínico...” (BERLINCK, 2009, p.634). Deste modo, diante da presença inevitável dos conflitos de interesse, o clínico deve reconhecer o conjunto de forças presentes em sua atividade clínica, principalmente as que modificam, desviam e impedem a sustentação da posição clínica.

5.1 A POSIÇÃO CLÍNICA

Para iniciar uma discussão sobre a posição clínica, fundamentaremos a noção de posição discutida por Berlinck (2000) no texto “O que é Psicopatologia Fundamental”. Neste texto, o referido autor efetua uma breve distinção entre a concepção de posição utilizada na Grécia e na Roma antiga.

No Império Romano, caracterizado pelas guerras e, consequente, expansão territorial, utiliza-se o vocabulário “posição” a partir de um referencial militar, relacionado ao local onde o exército e seus recursos se distribuem no campo de batalha. Assim, ao ocupar um território, conquistava-se uma posição e expandia-se o Império Romano.

Diferentemente desta concepção militar e colonizadora utilizada na Roma antiga, a civilização grega utilizava a noção de posição também partindo de um referencial territorial, entretanto enfocava a questão relacional, a postura do corpo, a voz e a capacidade discursiva assumida na *polis*.

...As posições, em Atenas, referem-se à postura do corpo, à maneira, à pose como os moradores da polis – cidadãos e escravos, autóctones e estrangeiros – se relacionam numa trama discursiva que se realiza, por excelência, na ágora, ou seja, no espaço da retórica (BERLINCK, 2000, p.12).

Assim, a posição ocupada por cada indivíduo na *polis* era adquirida em um processo de aprendizagem, que enfocava o ensinamento de uma postura e um modo discursivo peculiar a cada classe.

Dentre as posições descritas por Berlinck (2000) será destacada a que se expressava no teatro do tempo de Péricles. Neste período, muitos teatros foram edificados de tal modo que, para os espectadores pudessem apreciar o espetáculo, precisavam dobrar o dorso – inclinar-se – para ver e ouvir melhor o que estava sendo encenado no palco. Essa posição inclinada e sentada favorecia a manutenção focada da atenção no plano central.

No tempo de Péricles, ao trazer aos olhos e ouvidos da plateia uma história, o teatro deveria provocar experiência e não simplesmente o desencadeamento de fortes emoções, isto é, a *catharsis*. Deste modo, as tragédias encenadas neste período histórico deveriam garantir um distanciamento temporal e espacial em relação aos espectadores. Distância esta necessária para que ocorresse a experiência, isto é, “...o enriquecimento advindo dos pensamentos suscitados no público pela representação” (BERLINCK, 2000, p.17).

Diante disso, Queiroz (2002) ressalta que as tragédias eram encenadas no palco de modo que a vivência do *pathos* pudesse produzir experiência. Assim, a população grega podia tirar proveito do sofrimento humano, isto é, quando a população entrava em contato com um discurso *mito-poiético epopeico* sobre o sofrimento, este poderia ser representado e enriquecer o pensamento.

Berlinck (2000) ressalta que a posição clínica assumida pela Psicopatologia Fundamental tem origem na Grécia antiga, no teatro do tempo de Péricles, onde o espectador

inclina-se para escutar um relato único sobre o sofrimento, as paixões e os excessos. Tanto no teatro como na clínica, a proximidade com o *pathos*, apesar de fazer parte da condição humana, pode ser arriscada e, por isso, aquele precisa ser dosado.

...*Pathos* não pode ensinar nada, ao contrário, conduz à morte se não for ouvido por aquele que está fora, por aquele que, na condição de espectador no teatro grego do tempo de Péricles, se inclina sobre o paciente e escuta essa voz única se dispondo a ter, assim, junto com o paciente, uma experiência que pertence aos dois (BERLINCK, 2000, p.21).

Para complementar essa discussão sobre os fundamentos da clínica, Berlinck (2000) destaca que na Grécia antiga existiam dois tipos de médicos: o primeiro deles era destinado aos escravos e aos estrangeiros, que eram medicados em silêncio, pois não eram considerados cidadãos e não falavam a mesma língua do médico. Já o outro tipo de medicina era destinado aos cidadãos. Estes, a partir da fala, podiam construir uma narrativa sobre sua doença. Ao falar, atribuíam sentido ao *pathos*, conseguindo, juntamente com o médico, estruturar uma narrativa sobre si. Neste sentido, a posição clínica assumida pela Psicopatologia Fundamental se aproxima da exercida pelos médicos dos cidadãos na Grécia Antiga.

Assim, se recorremos à origem da palavra clínica, será constatado que *Kliniké* estava relacionado à posição de inclinação do corpo do médico para escutar o *pathos* do paciente. Tal posicionamento, imprescindível para a prática clínica, revela, além de uma disposição, um ponto de vulnerabilidade na sustentação da posição clínica.

Visto deste modo é possível identificar a natureza vulnerável da posição clínica, uma vez que, se o clínico, para escutar algo que carrega um excesso, precisa se inclinar, tal inclinação revela o quanto a posição clínica é instável e suscetível aos afetos do paciente. Há uma afetação também do clínico, que, ao inclinar-se, modifica seu eixo de equilíbrio, tornando-se mais suscetível à queda de sua posição.

Fédida (1988) retoma a tradição platônica e diz que o médico, ao assumir a posição de clínico, cuida de *eros* doente, pois as doenças físicas se apresentam, em sua evolução, como paixões amorosas. Assim, o cuidado exercido pelo médico sobre *eros* doente é denominado *terapeia*⁶.

O cuidado exercido sobre *eros* doente aponta para a posição do clínico diante das paixões. Neste sentido, para que o *pathos* se torne uma psicopatologia, isto é, “...um sofrimento que porta em si mesmo a possibilidade de um ensinamento interno...” (FÉDIDA, 1988, p.29), é imprescindível a presença do outro, no lugar de estrangeiro, que possa escutá-lo.

Diante do exposto, o lugar de estrangeiro, estranho, configura-se como a posição clínica por excelência, posto que, somente assim é possível escutar o paciente e ajudá-lo na construção de um *logos* para o seu sofrimento.

5.2 A POSIÇÃO CLÍNICA: UM LUGAR POSSÍVEL PARA O ESTRANGEIRO

Koltai (1998) ressalta que, em psicanálise, a noção de “estrangeiro” está relacionada ao retorno do recalcado e ao estranho familiar que habita em cada ser humano. Ao pensar no estrangeiro, retoma-se o conceito de “inquietante”, o qual, como a própria nomenclatura sugere, incomoda, pois aquilo que é aparentemente tão estranho revela uma sinistra familiaridade.

Isso que pode ser inquietante Freud (1919a) estudou no texto “*Das Unheimliche*⁷” e preocupou-se em buscar o significado desta palavra em várias línguas. Assim, o autor inicia

⁶ O tema da *terapeia* é também abordado no capítulo III desta dissertação

⁷ Neste texto será utilizada a nomenclatura “o inquietante” para se referir ao texto e conceito “*Das Unheimliche*”, termo aquele utilizado na tradução da obra de Freud (1919a) feita por Paulo Cesar de Souza. Nesta, o tradutor chama a atenção do leitor para a insuficiência de tradução deste conceito, apontando a pluralidade de versões

uma tentativa de significação, buscando os vários sentidos atribuídos à *heimlich* na língua alemã.

Dentre as várias possibilidades de significação, Freud (1919a) conclui que *heimlich* pode ostentar um significado coincidente a *unheimlich*, seu oposto. Tal associação possibilita a reflexão sobre a presença simultânea de opositos – o duplo – em uma unidade, onde “...heimlich é uma palavra que desenvolve o seu significado na direção da ambiguidade, até afinal coincidir com o seu oposto. Unheimlich é, de algum modo, uma espécie de heimlich” (FREUD, 1919a, p.340).

A posição ocupada pelo clínico é também marcada pela coexistência de opositos. Assim como o clínico ocupa o lugar de estrangeiro, o conteúdo *páthico* do paciente faz com que aquele se sinta estranhamente familiarizado com o sofrimento deste. A inclinação garante a proximidade, todavia, para que esta não exponha o clínico a uma situação vulnerável, é preciso que seja garantido certo distanciamento.

Isso ocorre, como bem pontua Berlinck (2002), porque o psicoterapeuta, ao se defrontar com o mal-estar vivido e narrado pelo paciente pode reconhecer aí, nesta relação íntima, a sua natureza *páthica*. Quando isso acontece, o clínico tropeça na sua posição de estrangeiro, tornando-se vulnerável ao *pathos* do paciente.

Segundo Figueiredo (2008), está incluso na técnica psicanalítica uma conjugação delicada entre implicação e reserva, onde o analista se faz presente e vivo na “discreta invisibilidade”. Esta seria a presença reservada que sustenta a posição do analista, onde paciência e discrição possibilitam o desenvolvimento do processo terapêutico sem o direcionamento forçado pelos interesses do clínico. Nesta perspectiva, a posição clínica está

adotadas por outras traduções nacionais e estrangeiras. Assim, “*Das Unheimliche*” também já foi traduzido por “*o estranho*”, “*lo siniestro*”, “*lo ominoso*”, “*il perturbante*”, “*l'inquiétante étrangeté*” e “*the uncanny*”.

fundamentada na “...capacidade de *insistir, suportar e sustentar um processo de cura* ao longo de seu percurso e das turbulências deste percurso...” (FIGUEIREDO, 2008, P.23).

Para Figueiredo (2008, p.25), o clínico se faz presente na reserva de si diante do paciente, pois possibilita que “...se crie e se ofereça um espaço, um tempo e um suporte (o que inclui um limite) para as ‘emergências’ psíquicas...”.

Tal posição reservada do clínico possibilita a atenção flutuante, sendo concebida como um modo de escuta, na qual está implicada a presença, e certa dose de ausência, do analista. Este é o estado chamado por Figueiredo (2008) de “desatenção atenciosa”, onde elaborações, ligações e desligamentos podem acontecer mediante a oferta de um espaço, de um tempo e de recursos os quais viabilizam o trânsito intrapsíquico.

Nesse sentido, só é possível transitar, se houver garantia de que o conteúdo *páthico* pode ser recebido pelo outro. Todavia, nesta recepção deve estar implicada a reserva, isto é, os limites da hospitalidade, no sentido que vimos anteriormente.

5.3 ... SÓ SE FOR DE CAMISINHA

Na instituição hospitalar onde este estudo foi realizado, por se tratar de um hospital referência no tratamento do HIV, eram comuns várias atividades com a finalidade de prevenção e tratamento dos pacientes infectados. O hospital recebia vários incentivos governamentais que resultavam em grupos de apoio aos pacientes portadores do vírus da aids e na promoção de atividades que tinham como objetivo evitar o avanço da epidemia. Em muitas destas campanhas, o público-alvo eram pessoas que, em sua atividade profissional, estavam expostas às práticas sexuais de risco.

Certo ano, por ocasião do dia mundial de luta contra a aids – comemorado todo dia primeiro de dezembro –, organizou-se um grupo de debate com várias prostitutas, com a finalidade de combater as práticas sexuais sem preservativo e, consequentemente, o avanço da epidemia do HIV.

Nesse grupo discutiam-se inúmeras práticas sexuais e quais as estratégias de proteção que as mulheres precisavam utilizar para se proteger não somente da aids, mas também de outras doenças sexualmente transmissíveis.

Após um logo discurso dos técnicos, abriu-se um espaço para o debate do tema. Neste momento, uma das garotas ressaltou que, dentre as práticas sexuais a mais bem remunerada era o sexo sem preservativo. Elas falaram que o valor pago era duas ou até três vezes maior quando comparado às demais práticas efetuadas “com segurança”. Diante desta realidade, os técnicos da saúde se preocuparam e se apressaram em formular um discurso o qual defendia que “nenhum dinheiro é capaz de comprar a saúde”.

Após uma discussão intensa e acalorada por uma fundamentação política, uma das prostitutas se manifestou, dizendo: “Eu não recuso um cliente que faz este tipo de proposta, porque a grana é bem maior e eu preciso dela. Quando alguém me propõe transar sem camisinha, antes eu passo no banheiro e coloco a camisinha feminina. Assim, tanto eu como meu cliente saímos satisfeitos”.

Ao escutar este depoimento pensei na solução encontrada por essa mulher para se defender dos riscos presentes em sua atividade profissional e do quanto esta saída poderia trazer questionamentos e reflexões relevantes para as demais situações e práticas de risco as quais deixam o humano vulnerável.

Desse relato destaca-se o seguinte ponto: a importância da proteção, a qual se configura primeiramente no reconhecimento da situação de risco e, posteriormente, na

tentativa de garantir, mesmo que disfarçadamente, estratégias de defesa as quais ofereçam a proteção.

Há de se ressaltar, também, que a solução encontrada pela prostituta se sustenta no campo das paixões, onde o engano revela a fantasia de invulnerabilidade, isto é, de um eu onipotente que, ao enganar, consegue se proteger de todo os riscos presentes nas práticas sexuais dela⁸.

5.4 A DIETÉTICA E AS LEIS DA HOSPITALIDADE

Para discutir sobre as medidas de proteção utilizadas pelo clínico, serão retomadas as proposições acerca da hospitalidade discutida no capítulo anterior. Deste modo, para exercer a hospitalidade é preciso estabelecer um limite, caso contrário, aquele que hospeda corre o risco de ser tomado por aquele que é hospedado. Assim, torna-se necessário estabelecer ao hóspede as leis da hospitalidade.

Derrida (2003), filósofo francês que tem se dedicado ao estudo desse tema, salienta que não há hospitalidade incondicional, sendo o ato de hospedar – receber – sempre mediado por regras as quais marcam as fronteiras entre o hospedado e o hospedador.

Segundo Michaud (2011), nenhum deslocamento, nenhuma parada é possível sem a garantia da hospitalidade, de uma morada – *ethos* – que garanta a segurança daquele que está em trânsito. Logo, a ética é hospitalidade e, por isso, nesta devem estar contidas as leis que regulamentam a relação entre o hóspede e o hospedador.

⁸ O tema do sentimento de onipotência ligado à vulnerabilidade está discutido no capítulo V.

A lei é um princípio organizador que permite a hospitalidade sem vulnerabilidade. Na situação clínica, tais limites precisam ser fundamentados e explicitamente falados no início do tratamento.

Berlinck (2011), ao efetuar uma análise do filme “O discurso do rei”, destaca a relação terapêutica estabelecida entre o terapeuta Lionel Logue e o rei George VI. O autor ressalta a cena onde o rei, utilizando do seu poder, tenta subverter as regras terapêuticas estabelecidas pelo clínico. Este, sabiamente, alerta que, para se estabelecer uma terapêutica, isto é, um caminho em direção à cura, faz-se necessário submeter-se às leis postuladas no “castelo terapêutico”⁹.

Vale ressaltar que, mesmo em ambientes institucionais, como os hospitais gerais, as leis precisam ser formuladas e sustentadas na relação clínico-paciente, sendo estas estabelecidas para além das normas institucionalizadas.

O clínico Sigmund Freud, ao ter como método terapêutico da psicanálise a associação livre, também não se recusa em estabelecer uma regra que fundamente a direção do tratamento. A recomendação freudiana é de que a regra fundamental deve sempre nortear a terapia e ser imediatamente recordada pelo clínico quando há a recusa do paciente em se submeter a ela.

Deste modo, quando afirma que a única regra da psicanálise consiste em “falar tudo o que lhe vier à mente”, Freud estabelece uma metodologia e impõem um limite à hospitalidade, dizendo que a recepção no espaço terapêutico ocorrerá caso o paciente se submeta à regra anteriormente postulada.

⁹ Esta expressão é um trocadilho à seguinte frase dita por Lionel ao Rei George VI: “meu castelo, minhas leis”. Nesta há a postulação de uma lei, a qual deve ser seguida, sem exceção, por todos que desejam se submeter à terapia.

Também funciona como limite à hospitalidade o estabelecimento de um “contrato terapêutico”, o qual deve ser firmado na primeira sessão. Este compreende, dentre outras coisas, o estabelecimento de um valor, do horário e do tempo de duração da sessão. Estes limites podem ser compreendidos pela ótica da dietética.

Foucault (1984), ao descrever a história do uso dos prazeres, cita a reflexão moral dos gregos sobre práticas como alimentação, relações sexuais, exercícios físicos, enfim, as diversas atividades prazerosas ao homem. Na Grécia antiga, era vivenciada a preocupação com o regime de tais prazeres, em que a dietética era tema de discussão e reflexão entre os médicos e filósofos gregos, visando a regulamentação de tais práticas, as quais deveriam possibilitar a saúde do corpo e da “alma”.

Desse modo, a prática médica na Antiguidade está fundamentada na preocupação essencial com o regime, pois seria a dieta diferenciada a responsável pela separação da humanidade dos demais animais (FOUCAULT, 1984).

Freud (1927a) aponta que a diferença entre o homem e os outros animais evidencia-se pela civilização, a qual engloba tanto o conhecimento e controle da natureza com o objetivo de satisfazer as necessidades humanas, como a regulamentação das relações entre os homens e o controle dos prazeres. Estas podem ser consideradas as duas tendências da civilização, havendo a coexistência de ambas.

Adotando uma visão psicanalítica, o controle sobre os prazeres é o que fundamenta a civilização, sendo o protótipo da socialização o regime dos prazeres. Segundo Foucault (1984, p. 97), há a preocupação não somente com o bem-estar físico, mas também com os preceitos morais encontrados na dietética. O regime é “...uma espécie de manual para reagir às situações diversas nas quais é possível encontrar-se; um tratado para ajustar o comportamento de acordo com as circunstâncias”.

A dietética propõe uma espécie de *justa medida* que possibilita ao ser humano atender suas aspirações nas diversas situações que se encontre. Neste sentido, o estudo da dietética é compreendido como uma sistemática que visa atender a existência humana em diversas esferas (CARNEIRO, 2000).

Está contido na dietética um traço ético que possibilita ao humano pensar a forma como conduz a sua existência, dito de outro modo, se na arte de viver a pessoa está regimentando limites aos prazeres. O regime, assim, refere-se à *justa medida* do uso dos prazeres, sendo esta estabelecida mediante a adequação dos anseios do homem à realidade socialmente compartilhada. Nas palavras de Carneiro (2000, p.28): "...existe uma dieta implícita em qualquer contexto cultural em que o homem reflita sobre a vida, a morte, o prazer, a dor, a saúde e a enfermidade".

Na medicina hipocrática, a dietética era voltada à regulamentação de práticas que impunham limites aos prazeres e regravam os modos de viver, com o objetivo de adequá-los ao convívio em sociedade. Assim, as recomendações médicas visavam o estabelecimento de uma existência sem excessos e, de algum modo, davam os limites da liberdade.

Estava implicado na dietética o princípio da profilaxia, isto é, a prevenção dos excessos que poderiam levar ao adoecimento. Constatase, com isso, não um enfoque curativo, mas o caráter preventivo presente na dietética, cujo objetivo constava em reencontrar a harmonia e o equilíbrio do corpo.

Ajai Singh (2010), ao efetuar uma leitura da medicina moderna, afirma que ela está voltada ao alívio dos sintomas, onde os cuidados médicos direcionam-se à redução da dor e adiamento da morte. Isso sinaliza a prevalência de *tanatos* na abordagem médica atual, onde a morte é encarada como um fim inevitável.

A medicina, quando direcionada para o estudo da longevidade e do bem-estar, resgata objetivos curativos e preventivos e se configura como a “...mais gloriosa manifestação de um Eros que previne/cura doenças e promove bem-estar em sua melhor forma possível. Isso seria um Eros efetivo e forte” (SINGH, 2010, p.269).

A partir dessas reflexões, a dietética está em conformidade com o paradigma médico proposto por Singh, o qual regulamenta práticas que visam a longevidade e o bem-estar.

Da mesma forma, na situação clínica a dietética é necessária para o estabelecimento de limites que evitam a vulnerabilidade do clínico ao ocupar esta posição.

A dietética é postulada por Freud (1919b, p. 285) quando adverte que “...o tratamento analítico deve, tanto quanto possível, ser conduzido na privação, na abstinência”. Nesta perspectiva, a abstinência está relacionada à dinâmica do adoecimento e da recuperação, isto é, ao longo do tratamento psicanalítico, o clínico deve se privar da tentação de ter como objetivo terapêutico a simples eliminação dos sintomas, pois estes, na dinâmica psíquica, são utilizados como satisfações substitutivas às frustrações.

Portanto, Freud (1919b) afirma que durante todo o tratamento o clínico deve manifestar energeticamente oposição a qualquer satisfação substitutiva prematura do paciente. Para tanto, precisa estar atento, inclusive, para a utilização dessas satisfações na relação transferencial, as quais distraem o verdadeiro objetivo da terapia psicanalítica, a saber: tornar consciente o reprimido e desvelar a resistência que visa retardar o ritmo da terapia rumo à cura.

Para Freud (1919b), a privação também deve ser mantida no sentido do clínico se abster de seus ideais e perspectivas para fins de tratamento, pois o propósito terapêutico da psicanálise não consiste em modelar o paciente à imagem e semelhança do clínico.

Utilizando das reflexões acerca da dietética na situação clínica, conclui-se que é possível minimizar a vulnerabilidade inerente a esta posição por intermédio de limites à hospitalidade e da manutenção da abstinência por parte do clínico. Segundo tais preceitos, será possível conduzir o tratamento em direção à construção de um saber capaz de transformar o *pathos* em experiência.

Para que haja a hospitalidade, o clínico deve reconhecer as diferenças – os interesses conflitivos – que se presentificam na situação clínica e recorrer às medidas defensivas que asseguram a proteção do clínico e a sustentação da posição clínica. Se a problemática é de segurança e de sustentação, deve-se recorrer, sempre que houver necessidade, aos pilares que fundamentam a formação clínica, sendo estes a supervisão, a análise pessoal e os estudos teóricos.

O cuidado do outro implica, necessariamente, cuidado de si, pois, ao receber o paciente, o clínico deve ofertar a hospitalidade, e não se tornar vulnerável aos afetos destes.

Sustentar a posição clínica implica suportar a angústia proveniente do mal-estar produzido pelas diferenças, pois, somente assim conseguirá criar e oferecer, tal como apontado por Figueiredo (2008), espaço, tempo e recursos para viabilizar as ligações e desligamentos psíquicos necessários para que o paciente possa produzir um saber acerca do seu sofrimento.

CAPÍTULO V: A VULNERABILIDADE DO PACIENTE

6 A VULNERABILIDADE NA SAÚDE PÚBLICA: A EMERGÊNCIA DE UM CONCEITO

A temática da vulnerabilidade é amplamente abordada na atualidade nas ciências sociais, onde se avaliam as diversas situações e os fatores que oferecem ameaça à integridade humana. Dentre eles, estudos sobre o HIV-aids recebem incentivos de pesquisas e são alvo dos esforços governamentais a fim de diminuir o avanço da epidemia.

Sánchez e Bertolozzi (2007) apontam para a importância de estudar o conceito de vulnerabilidade, uma vez que este é compreendido como um dos principais norteadores das práticas de saúde que integram projetos de intervenção no plano dos indivíduos, dos programas sociais e das políticas de saúde.

O conceito de vulnerabilidade emerge conjuntamente com outros discursos relativos à saúde pública, dentre eles a noção de “promoção da saúde” (AYRES, 2004). Na formulação do conceito de vulnerabilidade está associada a noção de responsabilidade, considerando as várias instâncias sociais que cooperam para a ocorrência de um determinado fenômeno. Assim, a análise e suas medidas decorrentes consideram não somente os aspectos individuais, mas, principalmente, os múltiplos fatores sociais implicados.

No caso do HIV, o conceito de vulnerabilidade emerge no momento em que há uma explosão epidemiológica em outros segmentos sociais, aumentando os casos em um perfil populacional diferente do anteriormente compreendido como atingido pela aids (KALICHMAN, 1993).

Na área da saúde, Sánchez e Bertolozzi (2007) afirmam que o conceito de vulnerabilidade é introduzido no começo da década de 1980, juntamente com o surgimento do HIV, sendo utilizado para interpretar o avanço desta doença, reconceitualizando a tendência individualizante presente no início da epidemia.

Em um primeiro momento da epidemia, o HIV era compreendido como uma doença que atingia determinados grupos sociais, constituídos por homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de drogas injetáveis, fato este que colaborou para a construção da noção de “grupo de risco” (AYRES et al, 1999).

Desse modo, Polistchuck (2010) aponta que os primeiros alvos e estratégias de prevenção estavam ligados ao isolamento dos indivíduos que compunham esses grupos, sendo as estratégias preventivas fundadas na abstinência e exclusão. Todavia, ao passo que o número de casos de aids aumentava em segmentos sociais compostos por pessoas que não faziam parte dos chamados “grupos de risco” – isto é, heterossexuais, mulheres e idosos –, alerta-se para a importância de estratégias que enfoquem os comportamentos em detrimento dos grupos.

A modificação do perfil dos portadores do vírus da aids propicia a substituição da terminologia “grupo de risco” por “comportamento de risco”. Tal mudança, além de favorecer a não estigmatização dos indivíduos que faziam parte dos chamados “grupos de risco”, possibilita também a amplitude de estratégias de prevenção, estendendo-as a todos os setores da sociedade.

Na atualidade, ocorreram muitas mudanças tanto na epidemiologia quanto no prognóstico do tratamento. A partir de década de 1990, o perfil epidemiológico do HIV modificou-se bastante, configurando-se, segundo Brito, Castilho e Szwarcwald (2000) como um fenômeno global, dinâmico e multifacetado, o qual é constituído por um mosaico de

subepidemias. O perfil epidemiológico da aids é marcado pela crescente heterossexualização, feminilização, interiorização e pauperização.

Com o avanço da epidemia atingindo cada vez mais a população pobre, mulheres, negros e jovens, Polistchuck (2010) aponta que a aids começa a ser compreendida como uma doença que atinge, principalmente, indivíduos que se encontram em uma situação mais vulnerável na sociedade.

Wisner (1998 apud SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007) ressalta que na vulnerabilidade a capacidade de luta e recuperação são faces de uma íntima relação entre ambas, onde o nível socioeconômico, a ocupação e os valores culturais estão relacionados ao aumento ou diminuição da vulnerabilidade.

Neste sentido, o autor destaca um ponto importante no estudo da vulnerabilidade: a relação inversamente proporcional entre esta e a capacidade defensiva, ou seja, o aumento de uma reflete na diminuição da outra. Conclui-se, portanto, que, para pesquisar a vulnerabilidade, é preciso investigar as estratégias defensivas implicadas na sua diminuição.

No livro “A aids no mundo”, Mann et al (1993) formulam a correlação entre vulnerabilidade e HIV. Apesar de esta obra considerar o comportamento individual como determinante para a vulnerabilidade à infecção, os autores também relevam a importância de fatores sociais e contextuais que podem favorecer, ou não, o avanço da epidemia.

Nesse sentido, a concepção de vulnerabilidade relacionada à aids nasce associada à formulação de um discurso vinculado à epidemia e à prevenção, em que aspectos coletivos e contextuais estão inclusos. Neste sentido, Polistchuck (2010, p.22) afirma: “O conceito de vulnerabilidade busca revisar o conceito de responsabilidade, retirando a responsabilidade individual como única causadora ou determinante de um desfecho ou resultado específico”.

Ayres et al (1991), ao analisar o conceito de vulnerabilidade proposto no livro “Aids no mundo”, apontam que no Brasil o modelo de vulnerabilidade é constituído por três eixos interdependentes, sendo eles: a vulnerabilidade individual, a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática.

O componente individual da vulnerabilidade vincula-se ao grau de qualidade de informações que o indivíduo tem sobre o tema em questão e das possibilidades de assimilação de tais informações a ponto de serem incorporadas ao seu cotidiano.

O eixo social da vulnerabilidade enfoca os aspectos presentes na sociedade, tais como a possibilidade de obtenção de informação, o acesso aos meios de comunicação, os direitos políticos, a escolarização e a disponibilidade dos recursos materiais.

O terceiro componente, o aspecto programático, refere-se à vulnerabilidade dos programas nacionais, regionais e locais de prevenção, combate e cuidados relacionados ao HIV.

Para Sánchez e Bertolozzi (2007), ao avaliar estes três aspectos, os autores acima citados buscaram a compreensão dos comportamentos individuais, do contexto social e dos programas relacionados à doença, que favorecem a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

O significado do termo vulnerabilidade, neste caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que, ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007, p.321).

Complementando essa noção de interface entre individual e coletivo, Ayres et al (1999) propõem que seja incorporado à interpretação da vulnerabilidade o contexto, o *lócus*. Dessa maneira, avaliam-se aspectos contextuais que podem suscitar a infecção e o

adoecimento, bem como a disponibilidade de todas as ordens de recursos que podem favorecer a proteção da população contra as enfermidades.

Desde o início da epidemia na década de 1980, a aids foi alvo de políticas públicas as quais visavam conter o avanço epidemiológico e, para aqueles já infectados, garantir melhores condições de vida.

Apesar da relevância dessas políticas, a abordagem estritamente social da vulnerabilidade não é suficiente para abranger a complexidade expressa em casos onde se constata a insuficiência de mecanismos defensivos capazes de se contrapor ao ataque virulento. Nestes casos, identifica-se a ausência de resistência que vai além dos condicionantes sociais, uma manifestação *páthica* que desprotege o psiquismo de qualquer recurso de defesa.

6.1 A INSUFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA PSÍQUICA

As discussões acerca da Insuficiência Imunológica Psíquica nasceram a partir de trabalhos que visavam compreender um âmbito da vulnerabilidade que não se restringe às massas. Por isso, situado no campo da Psicopatologia Fundamental, o presente estudo utilizará da noção de Insuficiência Imunológica Psíquica com a finalidade de compreender melhor a vulnerabilidade psíquica.

A terminologia Insuficiência Imunológica Psíquica foi criada por Berlinck (2000) em um texto intitulado pelo termo em questão. O autor inicia este artigo relatando o genocídio efetuado pelos espanhóis aos índios que habitavam o México no século XVI. Nesse relato, é possível constatar que a virulência do ataque espanhol não foi suficiente para explicar a

dizimação da população indígena, sendo identificado nestes uma incapacidade de proteção, a qual refletia em uma postura resignada em relação ao próprio extermínio.

Para Berlinck (2000), a população nativa mexicana sofria de Insuficiência Imunológica Psíquica, a qual é caracterizada pela incapacidade de se proteger do ataque virulento, interno e externo.

Ao longo da história da humanidade, inúmeros são os relatos de populações dizimadas e que se entregaram ao extermínio sem oferecer uma resistência suficientemente eficaz para conter o ataque sofrido. Segundo Berlinck (2000, p.181), “Essa incapacidade de se proteger contra o ataque virulento habita o imaginário ocidental, que possui numerosas e repetidas manifestações da insuficiência imunológica psíquica”.

O psiquismo se constitui como parte do sistema imunológico humano, isto é, as manifestações psicopatológicas são vias de constituição do sujeito e oferecem recursos defensivos, que buscam garantir a sobrevivência.

Em conformidade com essa perspectiva, a psicanálise fundamenta que a constituição do aparelho psíquico é efetuada como uma resposta à violência primordial, a qual ameaça a existência dos indivíduos e da espécie. Segundo Berlinck (2000) o desamparo originário se deve à insuficiência defensiva deste, sendo o aparelho psíquico constituído por meio de sucessivas formas criativas de proteção. Pode-se dizer, portanto, que o humano é um ser vulnerável por natureza e que saídas criativas possibilitam a vida mesmo em situações adversas.

O desamparo originário refere-se à imaturidade motora e psíquica inerente ao bebê humano no momento do seu nascimento. Neste sentido, o recém-nascido encontra-se incapacitado de satisfazer suas necessidades vitais sem a ajuda de outro capaz de cuidá-lo. Esse estado de desamparo marca a constituição psíquica do humano (FREUD, 1926 [1925]).

Todavia, quando Berlinck (2000) descreve a Insuficiência Imunológica Psíquica como manifestação da subjetividade humana, não está se referindo ao desamparo constitutivo de todo ser humano. Nas palavras de Berlinck (2000, p.182): "...a esse desamparo adicional que, como uma paixão, expõe o sujeito ao extermínio é que estou denominando de Insuficiência Imunológica Psíquica".

Deste modo, Berlinck (2000) efetua uma análise sociopsíquica com o objetivo de compreender por que alguns povos se entregaram ao extermínio enquanto outros resistiram bravamente, e aponta algumas hipóteses que possibilitam tal compreensão. São enumerados, portanto, alguns fatores predisponentes da Insuficiência Imunológica Psíquica que serão examinados a seguir.

O primeiro fator destacado pelo autor é a **imobilidade**. A formulação desta é oriunda de observações referente à forma de organização social presente na maioria dos povos que sofreram o genocídio. Assim, nas relações sociais comunitárias encontradas nestes povos há a ausência de individualismo, onde as pessoas, desde o seu nascimento, são fadadas a ocupar posições previamente fixadas. Constata-se, portanto, uma imobilidade social, de modo que os deslocamentos dos membros da comunidade não ocorrem segundo preceitos pessoais (BERLINCK, 2000).

Com isso, a mobilidade psíquica oferece a plasticidade que permite, pela criatividade, se posicionar de maneira inovadora no mundo. Se, por algum modo, diante do ataque virulento não houver possibilidade de movimentação, o sujeito ficará vulnerável, logo, sofrerá de Insuficiência Imunológica. Assim, a resistência ocorre quando há possibilidade de mudança para outras posições.

Berlinck (2000) aponta como segundo fator de vulnerabilidade a **falta de autonomia**. Ou seja, quando o agente do ataque é concebido como impossível de ser

combatido há a imobilização de estratégias autônomas. Deste modo, as defesas são esvaziadas culminando na Insuficiência Imunológica Psíquica. A falta de autonomia compreende a destruição de todas as defesas, pois a vítima do ataque se vê vulnerável diante daquele que ataca.

Outro fator apontado como predisponente da Insuficiência Imunológica Psíquica é a **identificação**, seja esta compreendida tanto na esfera territorial, como em aspectos que dizem respeito à identidade. Neste sentido, diante do ataque virulento, uma das regras básicas do combate é cogitar a possibilidade de mudança, que abrange, dentre outras coisas, o deslocamento territorial, a modificação de fisionomias e de valores morais.

Nos hospitais, é comum escutar queixas referentes às perdas que os pacientes tiveram ao longo do adoecimento. Nos primeiros atendimentos, Sara mostrava fotos que retratavam um momento anterior, onde seu corpo não revelava os sinais da aids. Na medida em que Sara começa a delinear projetos que incluem a sua nova condição de portadora do vírus HIV, a paciente desloca-se de uma fala queixosa, para um discurso que transforma o sofrimento em experiência.

Do mesmo modo, enquanto a paciente se encontrava identificada com os ideais religiosos, ela ficava impossibilitada de adotar uma atitude autônoma. Sara encarava seu adoecimento como punição divina e isso inviabilizava a criação de estratégias psíquicas capazes de diminuir, ou até mesmo de superar a Insuficiência Imunológica Psíquica. Afinal, na percepção da paciente, o sofrimento desta estava determinado por causas impossíveis de ser combatidas, ou seja, por uma vontade muito superior a sua, a da divindade. A paciente sentia-se culpada por estar doente, portanto, entendia que o sofrimento vivenciado naquele momento era uma punição divina merecida.

Além dos fatores expostos por Berlinck (2000), será introduzida neste estudo a **vulnerabilidade ocasionada pela perda do sentimento de onipotência** como quarto fator predisponente da Insuficiência Imunológica Psíquica.

6.2 “EU NUNCA PENSEI QUE ISSO PODERIA ACONTECER COMIGO”

Nos atendimentos realizados aos pacientes recentemente diagnosticados como portadores do HIV era comum escutar falas que descreviam o sentimento de onipotência diante do adoecimento. Muitos dos pacientes atendidos relatavam a crença de que a aids era concebida como uma enfermidade muito distante da sua realidade e, por isso, não tomaram nenhuma medida preventiva para evitar a infecção.

Quando verbalizavam falas que giravam em torno da seguinte ideia: “Eu nunca pensei que isso poderia acontecer comigo”, os pacientes encontravam-se tomados pelo sentimento de desilusão com a constatação da finitude e fragilidade inerente ao humano.

Desse modo, avalia-se que, por não se reconhecerem como seres capazes de ser afetados pelo adoecimento, ao se confrontarem não só com o diagnóstico da aids, mas também com a manifestação desta em seus corpos, os pacientes apresentavam uma Insuficiência Imunológica a qual não se restringia ao ataque provocado pelo vírus HIV.

Em uma perspectiva freudiana, o sentimento de onipotência é produto do narcisismo primário, que denuncia a crença infantil da própria imortalidade. Nas palavras de Freud (1913, p.188): “...Toda uma gama de estruturas mentais pode ser então compreendida como tentativas de negar tudo o que pudesse perturbar esse sentimento de onipotência e impedir assim que a vida emocional fosse afetada pela realidade...”.

Em conformidade com o raciocínio acima exposto, Sara também manifestou um discurso no qual retratava o desconhecimento de que seu corpo é passível de afetação pelo *pathos*. Quando a paciente afirma não saber como se infectou, descreve o sentimento de onipotência desconstituído no reconhecimento da própria vulnerabilidade.

Freud (1914), ao falar do investimento narcísico dos pais no bebê, afirma que o ponto mais vulnerável do sistema narcísico é a imortalidade do Eu. Para Freud (1915, p.299), o humano se esforça para eliminar o pensamento sobre a morte, pois “...no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade”.

Em outro texto, Freud (1908[1907]) afirma que o sentimento heroico expresso pela frase “nada pode me acontecer”, revela um sinal de invulnerabilidade, o qual está presente no sentimento de onipotência.

As observações clínicas atestam que o sentimento de onipotência, isso é, de um eu imortal, desprotege o paciente e o deixa vulnerável quando submetido às situações extremamente impactantes. Afinal, para que organizar estratégias defensivas se o eu é onipotente?

Bettelheim (1985), ao analisar as estratégias de sobrevivência dos prisioneiros dos campos de concentração, observou que o grupo que se apresentava mais vulnerável eram os judeus de classe média e alta, justamente aqueles que nunca imaginavam passar por situações tais como as vivenciadas nos campos nazistas.

Diferentemente, na observação de Bettelheim, o grupo que parecia ser mais resistente era o composto por presos políticos. Deste grupo destacam-se tanto a importância dos ideais políticos, como o fato de já terem cogitado, ou até mesmo vivenciado, situações de aprisionamento anteriormente.

Nos hospitais, alguns pacientes encontravam na luta pelos direitos das pessoas portadoras do HIV um ideal, o qual só poderia ser defendido mediante o reconhecimento da presença da aids em seus corpos. Paralelamente, ao trabalharem por uma causa que era o retrato da própria realidade, os pacientes abandonavam uma postura passiva e começavam a operar pelo princípio da iniciativa.

Tais reflexões apontam para as diferenças individuais e grupais, ou seja, de ideais de eu comuns a alguns indivíduos que se manifestam nas situações extremas, pois muitos prisioneiros dos campos conseguiram organizar estratégias de sobrevivência, do mesmo modo que nem todas as pessoas infectadas pelo vírus da aids estão fadadas à morte.

6.3 SOBRE AS DEFESAS PSÍQUICAS

Berlinck (2000) ao propor a noção de Insuficiência Imunológica Psíquica propõe três recursos úteis para a proteção do corpo contra ataques virulentos e para o aumento da resistência diante da Insuficiência Imunológica Psíquica, sendo: 1) o reconhecimento de que o ataque pode ocorrer a partir de forças internas; 2) a vigência do princípio da iniciativa, onde a passividade cede lugar à atividade; 3) e a necessidade de criatividade imaginativa e da improvisação diante do que ataca.

Tais recursos também podem ser vistos na obra “O coração informado”, onde Bruno Bettelheim (1985) oferece o relato e as reflexões sobre os campos de concentração na Alemanha da primeira metade do século XX. Tais reflexões são fruto de observações não somente das outras pessoas que foram submetidas ao regime dos campos nazistas, mas também de um movimento introspectivo que visou compreender os próprios recursos psíquicos que permitiram a sobrevivência, mesmo em situações extremas.

Para melhor abordar os recursos defensivos acima citados, tanto o reconhecimento de que o ataque pode ocorrer a partir de forças internas bem como o princípio da iniciativa serão trabalhados conjuntamente.

A constatação de que o ataque virulento pode ser ocasionado por forças internas ocorre mediante o reconhecimento de que o humano é um ser de natureza *páthica*, onde o psiquismo é constituído na tentativa de se defender da paixão, do excesso e da desmesura.

Segundo Freud (1930[1929]), o sofrimento psíquico encontra no poder superior da natureza bem como na fragilidade dos corpos humanos, uma de suas principais fontes. Para o autor, hesitar diante de tal reconhecimento é fugir do inevitável, ao passo que confrontá-lo, oferece um instrumento importante em prol da atividade. Em suas palavras:

Ele nos força a reconhecer essas fontes de sofrimento e a nos submeter ao inevitável. Nunca dominaremos completamente a natureza, e o nosso organismo corporal, ele mesmo parte dessa natureza, permanecerá sempre como uma estrutura passageira, com limitada capacidade de adaptação e realização. Esse reconhecimento não possui um efeito paralisador. Pelo contrário, aponta a direção para a nossa atividade. Se não podemos afastar todo sofrimento, podemos afastar um pouco dele e mitigar outro tanto (FREUD, 1930[1929], p.93).

Ao se reconhecer como um ser submetido ao *pathos*, o paciente consegue não ignorar seu sofrimento e, portanto, torna-se possível se afastar deste ou reduzi-lo a tal ponto que a paixão se transforme em experiência.

Para Berlinck (2000, p.8), “O psiquismo, produto do *pathos*, é parte intrínseca do sistema imunológico do humano e tem por finalidade proteger cada membro da espécie, assim como toda ela, de ataques virulentos externos bem como dos ataques internos”.

Juntamente ao exposto acima, a movimentação e a criatividade se configuram como estratégias importantes a favor do aumento de resistências diante da Insuficiência Imunológica Psíquica.

6.4 MOVIMENTAÇÃO E CRIATIVIDADE

Bettelheim (1985) oferece um relato da sua própria passagem nos campos de concentração que pode ser extensivo a inúmeras situações extremas, as quais impõem ao indivíduo a necessidade de mudanças para sobreviver diante da nova situação. O autor descreve o que vivenciou nos campos como “experiência de aprendizado” e justifica o uso desta expressão pelas profundas impressões emocionais registradas em uma situação de privação extrema, onde a vida é ameaçada constantemente.

Diante da observação no campo de concentração, Bettelheim (1985) ressalta a influência do ambiente em comportamentos e na personalidade. Todavia, observa que diante das novas condições sociais adversas, o mesmo contexto social poderia demonstrar tanto uma tendência desintegradora, como qualidades positivas, sendo ambas nunca antes demonstradas.

Com isso, o referido autor destaca que não é possível atribuir exclusivamente aos fatores sociais e ambientais a garantia de uma saúde psíquica, estando esta ligada aos recursos psíquicos individualmente utilizados para lidar com as situações extremas:

...se pessoas diferentes reagem de forma diferente; se as inibições de alguns se conservam enquanto as de outros desaparecem; se as inibições de alguns até fortalecem suas defesas contra o comportamento anti-social, isso se deve a suas diferentes biografias ou constituições da personalidade (BETTELHEIM, 1985, p.19).

Algumas defesas psíquicas eram necessárias para que, diante de uma situação extrema, o eu não entre em colapso e possa se deslocar para um modo de existência possível de viver, mesmo diante de uma nova e adversa realidade. São pessoas que aguentaram situações de sofrimento intenso, entretanto não se desintegraram. Deste modo, as situações extremas, tais como as vivenciadas em um campo de concentração, empregam uma força tamanha que exige um deslocamento psíquico necessário para sobreviver à nova situação.

Neste deslocamento está implicado o abandono de uma posição passiva e a aquisição de uma postura ativa no mundo.

Diante da vivência de situações extremas o objetivo não consiste em tentar recuperar a forma original, mas avaliar quais os recursos que este corpo, o qual sofreu uma tensão, utilizou para se reposicionar psiquicamente e reconstituir a *harmônica*. Neste sentido, a deformidade e o deslocamento sofrido não são indesejáveis, visto que se configuram como algo necessário à sobrevivência em uma nova realidade. Todavia, tais modificações podem não ser suficientes para garantir a sobrevivência diante da situação apresentada e, como isso, inabilitar a existência do corpo para a nova posição assumida.

A *harmônica* é entendida neste estudo não como a ausência de conflito, mas como sons destoantes que, ao se associarem, podem criar uma sonoridade harmoniosa. Segundo Fédida (1988, p.28): “O desejo que anima o cuidado médico, como na ginástica e na música, é de reencontrar a harmônica, o som harmônico ou seja, sonoridades que não são consoantes mas de cuja associação cria-se a harmônica”.

Neste contexto, a harmonia se refere, tal como no som e no ritmo, ao equilíbrio, onde o excesso é drenado. Na Psicopatologia Fundamental, o trabalho do clínico não visa anular o *pathos*, mas ajudar na construção de um saber – *logos* – sobre o sofrimento, que porta em si a possibilidade de ensinamento.

Bettelheim (1985, p.104) destaca o sentimento comumente expressado pelos prisioneiros dos campos nazistas, o qual revela essa necessidade da mudança. A fala girava em torno da seguinte ideia: “O principal problema é ficar vivo e não mudar”.

Sobre isso, o autor (1985, p.104) afirma que “...Infelizmente, permanecer vivo e inalterado era muito difícil pois toda tentativa de assegurar a sobrevivência implicava

mudanças internas, ao passo que tentativas de evitar a mudança traziam riscos à sobrevivência”.

Na perspectiva freudiana, os escritores criativos, ao redigirem suas obras, realizam um trabalho psíquico que visa a liberação do excesso tensional presente no psiquismo (FREUD, 1908[1907]). Deste modo, a criatividade pode ser entendida como um recurso psíquico que, tal como o brincar das crianças, é investido de grande quantidade de afeto e visa amenizar as tensões psíquicas.

Do mesmo modo, o aparelho psíquico, ao passar por uma situação de sofrimento muito grande, se desloca em busca de outra posição. O novo posicionamento faz parte do próprio movimento psíquico em busca de uma harmonia, pois, não seria eficaz – quem sabe até mesmo possível – vivenciar tamanho sofrimento sem passar por modificações significativas.

Nos hospitais, a vivência de uma doença orgânica incurável e que deprime o sistema imunológico, tal como a aids, destaca, em alguns casos, a intensidade do sofrimento presente desde o momento do diagnóstico, bem como a angústia que acompanha o paciente ao longo de sua vida.

No contexto hospitalar foi possível observar inúmeras reações expressas pelos pacientes que eram internados com HIV. Em alguns casos, a Insuficiência Imunológica refletia suas marcas não somente nos corpos, mas também no psiquismo dos pacientes, isto é, demonstravam uma incapacidade de se defender dos excessos provocados pelo adoecimento e pela internação.

Em outros casos, a doença não apresentava tão intensamente seus efeitos devastadores e direcionava o paciente à ocupação de uma nova posição. Assim, foi possível observar estratégias de defesa, que implicavam, necessariamente, uma mudança de

posicionamento, relacionada, por exemplo, à elaboração da nova condição de portador de uma doença tal como a aids e o delineamento de projetos para a vida.

No caso anteriormente relatado, Sara, após uma série de reflexões sobre o seu adoecimento, elaborou uma narrativa que construiu um saber acerca da sua história e do seu sofrimento. Deste modo, ao se questionar sobre as circunstâncias em que se infectou e ao buscar esclarecimento sobre as possibilidades de continuar vivendo sua sexualidade, resgata o interesse pela vida e não se entrega ao gozo que poderia levá-la à morte.

A criatividade é evidenciada na construção de projetos, que deveriam ser executados quando saísse do hospital. O desejo de resgatar a relação com a mãe e o planejamento de continuar os estudos, também funcionaram como estratégias defensivas, que possibilitariam viver, e não simplesmente sobreviver com a aids.

Em outros casos, a militância em prol da luta pelos direitos das pessoas portadoras do HIV, como já exposto anteriormente, também pode se configurar como saída criativa diante da Insuficiência Imunológica Psíquica.

Outra saída criativa pode ser evidenciada no humor. Para Freud (1927b), o humor é uma atitude que evita o sofrimento e, por isso, possui a grandeza própria deste trabalho intelectual:

Essa grandeza reside claramente no triunfo do narcisismo, na afirmação vitoriosa da invulnerabilidade do ego. O ego se recusa a ser afligido pelas provocações. Insiste em que não pode ser afetado pelos traumas do mundo externo (...). O humor não é resignado, mas rebelde. Significa não apenas o triunfo do ego, mas também o do princípio do prazer, que pode aqui afirmar-se contra a残酷za das circunstâncias reais (FREUD, 1927b, p.166).

Nesse sentido, a deformidade sofrida é a marca do estado de tensão anterior e, agora, compõem a história do corpo e faz parte da nova posição ocupada por este. Deste modo, seria impossível exigir que este recuperasse a forma encontrada originalmente.

Diante do exposto, pode-se concluir, portanto, que é criando condições que viabilizem a movimentação psíquica e ensaiando estratégias criativas que o aparelho psíquico pode sair de um estado de passividade, onde há o excesso de paixão, e trilhar por caminhos sob a regência de *eros*.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pelo presente estudo nasceu de reflexões suscitadas a partir de atendimentos realizados no contexto hospitalar. O hospital em questão era referência no tratamento de portadores do HIV e, por isso, foi possível pensar aspectos clínicos e psicopatológicos que se apresentavam nos atendimentos realizados às pessoas em situação na qual a vida estava em constante ameaça.

A clínica da aids traz em si essa peculiaridade, pois, por ser uma doença que destrói as células de defesa do corpo e que até o presente momento não tem cura, os portadores do HIV, desde o momento do diagnóstico, lidam constantemente com a ameaça provocada pelo ataque virulento, que pode ser interno e externo.

Freud (1915) adverte que o dever fundamental de todo ser humano é se manter vivo, o que ocorre mediante a preparação psíquica diante de situações em que há confronto com a morte. Nos portadores do vírus da aids, o confronto com a morte é inevitável e se faz presente intensamente no cotidiano desses pacientes.

Segundo Carneiro (2000, p.11) "...o que mais rechaça no enfermo da AIDS é nada menos do que a constatação de que no seu próprio sistema imunológico aparecem brechas que nenhum saber pode preencher". Todavia, apesar do enigma que essas brechas revelam, muito ainda precisa ser produzido sobre a vulnerabilidade do sistema imunológico humano.

Vale ressaltar que a Insuficiência Imunológica que deixa o corpo vulnerável a tais ataques, muitas vezes, não é somente percebida como resultado da ação do vírus HIV nas células, mas também como uma insuficiência das defesas psíquicas para lidar com a nova situação que se apresenta.

Partindo da concepção de que o aparelho psíquico é parte do sistema imunológico, optou-se por enfocar a vulnerabilidade psíquica apresentada por alguns pacientes que manifestavam uma insuficiência de recursos para se defender do ataque virulento interno e externo.

Neste contexto, surgiram algumas questões que visavam analisar a dinâmica da vulnerabilidade presente na posição clínica e manifestada por alguns pacientes diante do ataque virulento. Baseado no método clínico, neste estudo foi narrado o percurso de Sara, que, juntamente com a teoria psicanalítica freudiana e da psicopatologia fundamental, ofereceram importantes contribuições para pensar a Insuficiência Imunológica Psíquica enquanto manifestação psicopatológica.

Diante disso, a análise efetuada neste estudo não se restringe aos pacientes portadores do vírus HIV nem à clínica exercida nos hospitais gerais, podendo ser ampliada às diversas situações em que há disponibilidade de inclinação para a escuta do *pathos* psíquico.

No ano de conclusão desta dissertação foi lançada no Brasil uma importante obra que versa sobre a hospitalidade. Nela, Alan Montandon (2011) aborda inúmeros assuntos que apresentavam como eixo comum o tema da hospitalidade. A publicação deste livro aponta para a relevância desta temática e as inúmeras questões que podem emergir a partir desta no campo político, social, filosófico, dentre outros.

Nessa dissertação optou-se por uma abordagem clínica, onde a hospitalidade foi compreendida como o ato de receber o paciente que porta um sofrimento. Diante da perspectiva lançada à hospitalidade, é possível concluir que ela é um dos pilares que sustentam a posição clínica.

Entretanto, ofertar a hospitalidade não é uma tarefa fácil, pois implica uma disponibilidade para receber o conteúdo *páthico*. Por isso, o clínico – aquele que se inclina –

deve estar atento para a vulnerabilidade que margeia a posição clínica. Para tanto, faz-se necessário demarcar limites que possibilitem a proteção do clínico ao excesso vindo do paciente e a sustentação da posição clínica.

Na Antiguidade clássica, a dietética era postulada como leis, que regulamentavam as relações entre os homens, e introduzia a *justa medida* ao uso dos prazeres. A arte de viver proposta pela dietética serve de reflexão para pensar no regime necessário para estabelecer as leis da hospitalidade na clínica psicopatológica. Neste sentido, a dietética comparece como um recurso que deve estar presente na situação clínica.

Para pensar sobre a insuficiência dos recursos defensivos psíquicos, recorreu-se à noção de Insuficiência Imunológica Psíquica desenvolvida por Berlinck (2000). Em algumas situações, o aparelho psíquico não oferece recursos capazes de defender o corpo da ameaça e do ataque sofrido por forças internas e externas. Essa insuficiência defensiva não oferece uma resistência suficientemente eficaz para evitar a devastação provocada pelo agente do ataque e, em muitos casos, o desfecho se dá em uma rendição passiva.

A partir de observações clínicas, o presente estudo enumerou alguns fatores que poderiam predispor a Insuficiência Imunológica Psíquica: a imobilidade, a falta de autonomia, a identificação e a vulnerabilidade ocasionada pela perda do sentimento de onipotência.

Diante desses fatores, é possível identificar a correlação presente entre o narcisismo e a manifestação da vulnerabilidade no humano. A análise detalhada desta relação pode ser objeto de futuras investigações, na medida em que ofereceriam uma compreensão que relevasse aspectos tópicos e econômicos da vulnerabilidade psíquica.

Do mesmo modo, foram apontados no presente estudo alguns recursos criativos que possibilitariam a movimentação psíquica necessária para o aumento das defesas e a saída deste estado vulnerável. Sara, por exemplo, fala sobre seu adoecimento, reconhece que o

ataque pode vir de forças internas, assume o princípio da iniciativa e, com criatividade, delineia projetos que incluíam sua nova condição de portadora do vírus da aids.

No caso da aids, as reflexões acerca da hospitalidade e da vulnerabilidade possibilitam um trabalho junto aos pacientes para, ao ofertar uma escuta capaz de receber a fala carregada de afeto, o paciente se permita sair da passividade e inicie um deslocamento à atividade.

A clínica é um lugar de passagem e trânsito, e não de acomodação. Neste sentido, o clínico deve suscitar, tanto quanto possível, a circulação da fala do paciente, de modo que possa estabelecer ligações que conduzam à atribuição de sentido.

Assim, o clínico deve ofertar a hospitalidade com o objetivo de viabilizar uma fala possível de transformar o sofrimento em ensinamento. O paciente pode reconhecer em si estratégias que possibilitem a defesa diante do ataque virulento interno e externo.

As ligações munem o aparelho psíquico de novas possibilidades, da criatividade necessária para se deslocar com segurança rumo à psicopatologia, isto é, a um discurso que porta em si um ensinamento.

Conclui-se, portanto, que a clínica é um local de trânsito, que recebe com hospitalidade o paciente que porta um sofrimento. É na garantia de ser recebido no estrangeiro que é possível iniciar um deslocamento. A oferta deste sítio¹⁰ – lugar – permite ao paciente transitar de uma postura passível e vulnerável rumo à atividade e à criatividade.

¹⁰ Referência ao termo “sítio do estrangeiro” utilizado por Fédida (1996) para definir a situação analítica.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M; FRANÇA JÚNIOR, I; CALAZANS, G. J; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS, PP.49-72. In BARBOSA, R. M; PARKER, R. G. **Sexualidades pelo avesso:** direitos, identidade e poder. IMS/UERJ-editora 34, Rio de Janeiro-São Paulo., 1999.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação.** vol.8, n.14. Botucatu. Sept/Feb. p73-92., 2004.
- BERLINCK, M. T. **Psicopatologia Fundamental.** São Paulo: Escuta, 2000.
- _____. Logos. In: QUEIROZ, E. F; SILVA, A. R. R. (orgs.). **Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.** São Paulo: Escuta, 2002.
- _____. Editorial: Ser Ninguém. **Pulsional- Revista de Psicanálise.** São Paulo, v. 21, n.3, p.5-8, 2008.
- _____. Editorial: Método clínico e conflitos de interesse. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.** São Paulo, v.12, n.4, dezembro 2009.
- _____. **Seminários do Laboratório de Psicopatologia Fundamental.** São Paulo, 31 de mar. de 2011. Notas de aula.
- BERLINCK, M. T; MAGTAZ, A. C; TEIXEIRA, M.. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.** São Paulo, v.11, n.1, mar/ 2008.
- BETTELHEIM, B. **O coração informado.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A; SZWARCWALD, C. L. . AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** vol.34. n. 2, mar-abr., 2000.

CAMARGO, L. O. L. **Os domínios da hospitalidade: cenários e oportunidades.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

CARNEIRO, H. F. **AIDS: a nova desrazão da humanidade.** São Paulo: Escuta, 2000.

DERRIDA, J. **Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar Da Hospitalidade.** São Paulo: Escuta, 2003.

FÉDIDA, P. **Clínica Psicanalítica: estudos.** São Paulo: Escuta, 1988.

_____ **O sitio do estrangeiro.** São Paulo: Escuta, 1996.

_____ De uma psicopatologia geral a uma psicopatologia fundamental. Nota sobre a noção de paradigma. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.** São Paulo, v.1, n.3, set/ 1998.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas Confusões e atendimentos imperfeitos:** a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, L. C. Presença, implicação e reserva. In: FIGUEIREDO, L. C; COELHO JUNIOR, N. **Ética e técnica em psicanálise.** São Paulo: Escuta, 2008.

FRANCO, P. dos S; PRADO, J. A hospitalidade e a cordialidade: reflexões sobre o Brasil. **Revista Global Tourism.** v. 2, n. 2, p. 1-20, 2006.

FREUD, S. (1907[1906]) Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IX.

_____ (1908[1907]) Escritores criativos e devaneios. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IX.

_____(1913) O interesse científico da psicanálise. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIII.

_____(1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.

_____(1915) Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.

_____(1916) Sobre a transitoriedade. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.

_____(1918[1917]) O tabu da virgindade (contribuições à psicologia do amor III). **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XI.

_____(1919a) O Inquietante. In: **História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920).** São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____(1919b) Caminhos da terapia psicanalítica. In. **História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920).** São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____(1926[1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XX

_____(1927a) O futuro de uma ilusão. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI.

_____(1927b) O humor. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI.

_____ (1930[1929]). Mal-estar na civilização. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2;** o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KALICHMAN, A. O. **Vigilância epidemiológica da AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas.** Tese de doutorado. Instituto de medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

KOLTAI, C. Introdução. In: KOLTAI, C.(org.). **O Estrangeiro.** São Paulo: Escuta: FAPESP, 1998.

LABAKI, M. E. P. **Morte.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

LEBREGO, A. M. **Estudo psicanalítico sobre a feminização da epidemia do HIV-aids com usuários do Hospital Universitário João de Barros Barreto.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

LEBRUN, G. O conceito de paixão. In: NOVAES, A. (org.) **Os sentidos da paixão.** São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

LEVY, E. S. **Desamparo, Transferência e Hospitalização em Centro de Terapia Intensiva.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

LIMA, M. L. C.; MOREIRA, A. C. G. Aids e feminilização: os contornos da sexualidade. In: **Revista mal-estar e subjetividade.** v.8, n.1, Fortaleza. Mar. 2008.

MAGTAZ, A. C. **Distúrbios da oralidade na melancolia.** Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

MANN, J. M; TARANTOLA, D; NETTER, T. W. **A Aids no mundo.** Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.

MEYER, L. O método psicanalítico. In: SILVA, M. E. L (org.). **Investigação e psicanálise.** Campinas: Papirus, 1993.

MICHAUD, G. Um pensamento do incondicional. In: MONTANDON, A. (org.) **O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e na cultura.** São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Infecção pelo HIV. Disponível em: www.aids.gov.br/assitencia/manualdst/item12.htm. Acesso em: 18 jun. 2007.

MONTANDON, A. (org.) **O livro da hospitalidade:** acolhida do estrangeiro na história e na cultura. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2011.

MOREIRA, A. C. G. **Clínica da melancolia.** São Paulo: Escuta/ EDUFPA, 2002.

MOREIRA, A. C. G; DI PAOLO, A. F. O dispositivo clínico no hospital geral: é possível uma Psicanálise no Sistema Único de Saúde. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental,** 2006. Disponível em: www.psicopatologafundamental.com.br. Acesso em: 06 dez. 2007.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MOURA, M. D. de. **Psicanálise e Hospital.** São Paulo: Revinter. 2000.

NICOLETTI, E. A. Aids no contexto hospitalar. In: CAMON, V. A. A. **O doente, a psicologia e o hospital.** São Paulo: Pioneira, 1992.

PEREZ, D. O. Os significados dos conceitos de Hospitalidade em Kant e a problemática do estrangeiro. **Konvergencias, Filosofia y Culturas en Diálogo** v. 15, n. 4, p.23-34, 2007.

PINHEIRO, N. N. B. “Enlaces Transferenciais”: reflexões sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. In: **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 22, n.2. Brasília. Jun.2002.

PINHEIRO, N. N. B. Visibilidade, transitoriedade, e complexidade: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. **Reverso**. ano 28, n.53, Set. 2006.

POLISTCHUCK, L. **Mudanças na vida sexual após o sorodiagnóstico para o HIV: uma comparação entre homens e mulheres**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

QUEIROZ, E. F. A pesquisa em Psicopathologia Fundamental: um discurso transdisciplinar. In: QUEIROZ, E. F.; SILVA, A. R. R. (orgs.). **Pesquisa em Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2002.

SACEANU, P. **A inquietante estranheza na contemporaneidade**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

SAFRA, G. O uso do material clínico na pesquisa psicanalítica. In: SILVA, M. E. L. (org.). **Investigação e psicanálise**. Campinas: Papirus, 1993.

SÁNCHEZ, A. I. M; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12. n.2. Rio de Janeiro Mar./Abri. 2007.

SANTOS, N. J. S; TAYARA, A; SILVA, S. R; BUCHALLA, C. M; LAURENTI, R. A aids no estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 5, n. 2, 2002.

SINGH, A. Medicina moderna: rumo à prevenção, à cura. Ao bem estar e à longevidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v.13, n.2, junho de 2010.