



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

IGOR FRANCÊS

HIV: Da possibilidade à aceitação
Terapeuta e paciente frente ao diagnóstico

BELÉM - PA

2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

IGOR FRANCÊS

HIV: Da possibilidade à aceitação
Terapeuta e paciente frente ao diagnóstico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira

Co-Orientadora: Profa. Dra. Junia de Vilhena

BELÉM - PA

2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Francês, Igor

HIV, da possibilidade à aceitação: paciente e terapeuta frente ao diagnóstico / Igor Francês; orientadora, Ana Cleide Guedes Moreira; coorientadora, Junia de Vilhena. – 2011.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2011.

1. AIDS (Doença) - Aspectos psicológicos. 2. AIDS (Doença) - Pacientes. 3. AIDS (Doença) - Tratamento. 4. Desamparo (Psicologia). 5. Morte - Aspectos psicológicos. I. Título.

CDD - 22. ed. 616.9792



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

IGOR FRANCÊS

HIV: Da possibilidade à aceitação
Terapeuta e paciente frente ao diagnóstico

Esta Dissertação foi julgada adequada à obtenção do título de Mestre em Psicologia e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira (UFPA) – Orientadora

Profa. Dra. Junia de Vilhena (PUC-Rio) – Co-Orientadora

Profa. Dra. Maria Inês Bittencourt (PUC-Rio)

Profa. Dra. Maria Helena Zamora (PUC-Rio)

Ao meu filho Lucas

AGRADECIMENTOS

“Era ma vez uma menina que gostava muito de palavras. Estava sempre querendo aprender palavras novas. Prestava atenção toda vez que ouvia uma diferente. Queria reparar como era que usava, para poder repetir depois. Para ela, todas eram interessantes, as pequenas, as medias e as grandes. As palavras, as palavrinhas e os palavrões”.
(Ana Maria Machado, “Palavras, palavrinhas e palavrões”, 2003)

Mesmo não parecendo, essa foi a parte mais difícil desse trabalho. Agradecer não pode, simplesmente, ser uma “regra da educação elementar que se pratica naturalmente”. É um ato de reconhecimento digno de poucos. Quero tentar ser um entre estes. A dificuldade em encontrar palavras que expressem toda a minha gratidão por vocês foi tanta que eu decidi fazer da maneira mais fácil: obrigado!

Obrigado, Pai, pelos dias de sofrimento e de falta, pelas horas perdidas de sono quando a preocupação em não se ter o que comer no dia seguinte deixava-me à beira do precipício; pelas dificuldades diárias em continuar seguindo quando todos os caminhos pareciam sem saída e sem volta; pelas lágrimas nas tardes de desespero, pelas dores e pelos calos. Obrigado por me ter colocado a ponto de abandonar pessoas importantes na minha vida; por me ter exigido escolhas das quais eu poderia ter-me arrependido pelo resto da eternidade; por me ter feito soluçar, quando não havia água e o sol queimava minha pele. E obrigado por ter acreditado que eu poderia vencer isso tudo. Eu ainda não venci, então vou agradecer de antemão os sacrifícios que ainda terei de fazer. Valeu, Deus...

Obrigado, Maria. Tudo o que tenho de bom, mesmo não sendo muita coisa, posso dizer que devo em grande parte a esta mulher. Sei que foi muito difícil sair de sua cidade e se embrenhar em lugares inóspitos como ela fez. Se assim não fosse, não estaria, eu, aqui e agora agradecendo nada. Essa grande mulher é responsável pelo gosto que adquiri pelas letras e artes. Essa mulher que me carregou no colo quando não pude andar, que me

embalou nas noites sem luz e sem vento, que dedicou horas a ouvir meus primeiros escritos, essa mulher... não está aqui hoje para me ouvir falando o quanto a amo e a admiro, e o quanto tenho a agradecer por todas as palavras, palavrinhas e palavrões que aprendi com ela. Ela me foi tirada antes que eu pudesse agradecer. Então, onde quer que estejas, mãe: meu muito obrigado.

Obrigado, seu Celso, pelas histórias que sempre contou e que conquistava todos os meus amigos. Obrigado por não me ter abandonado quando eu, assustado, fugia de casa. Obrigado pela confiança que eu nunca me dei conta. Pelos sonhos compartilhados, pelos projetos que nunca saíram do papel, mas que nos maravilhavam. Mesmo que as palavras, agora, pareçam não coincidir com a verdade, se é que ela existe, meus sentimentos são de gratidão. Pai, aprendi muito nas suas dificuldades; nos anos suportando uma doença silenciosa, que mesmo o levando à morte, nunca conseguiu tirar do seu rosto aquele sorriso para a vida. Obrigado, pai. Onde quer que estejas, ouça meus agradecimentos.

Obrigado, Professora Doutora Ana Cleide Guedes Moreira, por me ter adotado quando o orfanato acadêmico havia me capturado; quando a psicologia parecia não fazer mais sentido, obrigado pelo resgate e por me mostrar um caminho sólido a ser seguido. Obrigado pela *peste*, e pelos momentos de escuta quase analítica das minhas dúvidas acadêmicas. Obrigado pela confiança em me ter como orientando; pelas palavras duras que me acordavam quando meus sonhos me consumiam; e pelas amáveis, quando os meus acertos colocavam-me melhor posicionado em minha jornada. Pouquíssimo disso seria possível, se não fosse pela força que depositou em mim, e pela força com que me ajudou a superar as dificuldades.

Obrigado, minha madrinha, Professora Doutora Junia de Vilhena, por me ter acolhido tão bem e ajudado com as palavras que, por vezes, deixei escapar. Obrigado pela calorosa recepção durante os meses de PROCAD no Rio de Janeiro; pelo apoio, colaboração, carinho, respeito, e acima de tudo, pela confiança. Obrigado.

Obrigado, Professora Doutora Maria Inês Bittencourt – pelas maravilhosas aulas sobre o tempo, a memória e, sobretudo, a vida. A maestria com que conduziu nossas leituras naquelas salas, que nos aqueciam nas tardes de frio, e que me transformaram no *menino da floresta*, nunca será esquecida por mim em minhas memórias mais *felizes*.

Obrigado, Professor Doutor Paulo Roberto Ceccarelli. Sou muito grato pelo modo atencioso com que conduziu minhas formais e informais orientações. Aprendi muito sobre psicanálise nas diversas conferências, seminários, aulas e conversas. Cada palavra de incentivo, crítica, atenção – cada uma delas – serviu para me colocar num caminho onde meus objetivos pareciam mais perto de ser alcançados. Não há palavras para descrever a honra de ter meu trabalho de pesquisa lido por um grande escritor e pesquisador. Meus agradecimentos sinceros.

Obrigado, meus três amigos mosqueteiros. Alex Miranda, obrigado por me ter dado a honra de sua companhia, pela intensidade de sua voz, quando meus ouvidos teimavam em não querer mais escutar; pelos ensinamentos históricos, geográficos, filosóficos, quando nossas conversas regadas a doses de uísque, quase nos colocavam em pé de igualdade. Obrigado mesmo, amigo. Obrigado, Alessandro Bacchini, por me ter deliciado com as músicas ao violão, pelas conversas a rasgar as madrugadas, sem contar as partidas de videogame, ou as tiradas irônicas no melhor estilo *houseano*. Obrigado, meu amigo Ronildo Silva, por me manter acordado nas horas em que o sono teimava em desfazer minhas palavrinhas ou palavões, pelas músicas que embalavam nossas manhãs, nos meses em que moramos no Errejota. Obrigado pela forma descontraída com que me ensinaste a discutir os mais sérios assuntos; pelos novos vocábulos e pela muda contemplação das coisas.

Obrigado, Amanda, Sâmea e Patrícia, minhas colegas de PROCAD que se tornaram grandes amigas, com quem pude compartilhar minhas angústias e inquietações durante meus anos de mestrado, e com quem sei que sempre poderei contar. Agradeço pelas palavras e pelos momentos de silêncio, pois sem os dois eu não suportaria o tempo e a distância. Obrigado, meninas.

Obrigado, minhas amigas do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental: Beth, Cassandra, Helena, Jaque (em memória), Eliane e Jucélia, por todas as contribuições ao meu trabalho e a minha vida. Faltam palavras para descrever minha enorme gratidão. Meu *muito obrigado* vai acompanhado do imenso carinho que tenho por todas vocês.

Obrigado, meu amigo Ney, por ajudar incomensuravelmente na desburocratização da minha vida acadêmica. Agradeço pelos inúmeros cafezinhos e conversas [de simples piadas repetidas, aos mais sérios assuntos]; pela forma descontraída com que resolveu os problemas que diariamente eu levava para dentro da secretaria do PPGP. Obrigado por ter-se feito um grande amigo. Valeu!!!

Obrigado aos meus queridos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará. Maurício Sousa, meus agradecimentos – não apenas pelas orientações metodológicas, mas também pelo carinho a mim dispensado, como aluno e como amigo. Paulo de Tarso, que, assim como escreveu seu xará, ensinou a me desvencilhar das coisas de criança, tendo grande cuidado ao me falar sobre o cuidado. Roseane Freitas, com que pude dividir minhas inquietações, por quem fui muito bem acolhido, entre uma fumaça e outra. Flávia Lemos, pela disposição em me ouvir e por sempre ter respostas capazes de dar conta de minhas necessidades acadêmicas, pelo carinho aconchegante com que me recebeu como aluno. Todos vocês, meus amigos professores, merecem minha enorme gratidão.

Obrigado, Flavinha. Apesar do diminutivo no nome, tenho-te como uma grande mulher. Obrigado pelos inúmeros bons momentos e pela enorme ajuda que me deste como *auxiliar de pesquisa*. Obrigado por ter me aturado e suportado, por ter relevado minhas crises e me ofertado ombro quando precisei chorar. Obrigado pela confiança, pela disposição e pela força – sem elas eu não teria conseguido dar um passo a mais.

Obrigado Ana Valéria, Beatrice, Débora, Fábio, e todos os alunos que compartilharam comigo esse trabalho quando estive no Rio fazendo as disciplinas do PROCAD na PUC.

Obrigado a todos os meus amigos, porque sem vocês minha vida não seria possível.

Espero que todos compreendam que o mais importante não é a quantidade de palavras, palavrinhas ou palavrões – não é o tamanho que lhes dá a devida proporção, mas sua intensidade. Essas que dedico a todos vocês carregam um profundo sentimento de gratidão e carinho.

Obrigado.

*E eu que tanto desejei a morte,
quando ela veio ter comigo,
não ousei fitá-la nos olhos...*

Machado de Assis, Memórias Póstumas de Brás Cubas, 1881

RESUMO

Entramos na quarta década da epidemia da aids, e mesmo com todo o avanço do conhecimento científico acerca do tratamento, que proporcionou uma ampliação da qualidade e do tempo de vida das pessoas portadoras do vírus, ainda estamos imersos em um grave problema de saúde pública. Com a advento da aids, uma nova dimensão simbólica adentrou o campo das práticas sexuais. Tema tabu, ainda na sociedade contemporânea, a sexualidade ainda mantém sua estreita relação com o conteúdo ético-moral de nossa sociedade [judaico-cristã]. Uma nova e abrangente ameaça de morte vinculou-se às práticas sexuais, potencializando, no imaginário social sobre a doença, a equação *aids igual à morte*. Ao prazer de se fazer sexo, somou-se o risco de contaminação e morte em larga escala. Este trabalho pretendeu pensar a (des)fragmentação de um sujeito marcado pelo diagnóstico de aids, ao articular as noções de angústia, desamparo e trauma no interior da obra freudiana, buscando com isso entender o impacto diagnóstico, que mergulha paciente e terapeuta num mar de desconhecidos. Dessa forma, procurou-se analisar a hipótese de que o diagnóstico de HIV/aids, com todo o seu impacto subjetivo, apresenta-se como um evento traumático, ao colocar o paciente em situação de angústia, reatualizando a condição humana de desamparo. Ainda assim, é possível pensar que esse evento catastrófico pode ser ressignificado. Dessa forma discutiu-se a necessidade de ser pensado dispositivo que dê suporte a essa elaboração da cena traumática, usando a análise de um caso clínico. A prática clínico-psicológica no hospital geral serviu-me como base metodológica. Apoiado no referencial psicanalítico, esta foi uma proposta de trabalho fundamentada no estudo de caso, utilizado a partir do método clínico, já que é no curso de um tratamento que se configuram, ao mesmo tempo, a intervenção terapêutica e a pesquisa. Vemos, nesse trabalho, o relato de alguém que mergulhou no mais profundo dos infernos dantescos e, que, encontrando seu *virgílio*, trilhou o próprio caminho e se dirigiu a uma saída.

Palavras-chave: Aids; Angústia; Desamparo; Morte; Trauma.

RÉSUMÉ

Nous sommes entrés dans la quatrième décennie de l'épidémie du SIDA, et même avec tous les progrès des connaissances scientifiques au sujet du traitement, qui a fourni une prorogation de délai et de qualité de vie des personnes atteintes du virus, nous sommes encore confrontés à un problème grave de santé publique. Avec l'avènement du SIDA, une nouvelle dimension symbolique est entrée dans le domaine des pratiques sexuelles. Sujet tabou, même dans la société contemporaine, la sexualité maintient toujours sa relation étroite avec le contenu éthique et morale de notre société [judéo-chrétienne]. Une nouvelle menace de mort générale s'est liée aux pratiques sexuelles, en augmentant l'imaginaire social de la maladie, l'équation du sida égale à la mort. Le risque de contamination et de mort sur une grande échelle s'est ajouté au plaisir d'avoir des relations sexuelles. Cette étude visait à considérer la fragmentation d'un sujet marqué par le diagnostic du sida, en articulant les concepts d'angoisse, de notion de "désaide" et de traumatisme dans le travail de Freud, cherchant à comprendre l'impact de ce diagnostic, qui plonge le patient et le thérapeute dans une mer d'inconnus. Ainsi, nous avons cherché à examiner l'hypothèse que le diagnostic du VIH / SIDA, avec toutes ses conséquences subjectives, se présente comme un événement traumatique, en plaçant le patient dans une situation de détresse, en réactualisant la condition humaine dans la notion de "désaide". Pourtant, on pourrait penser que cette catastrophe peut être recadrée. Donc nous avons discuté de la nécessité de penser au dispositif qui soutient l'élaboration de la scène traumatique, en utilisant l'analyse d'un cas clinique. La pratique de la psychologie-clinique à l'hôpital général m'a servi de base méthodologique. Appuyé sur le référentiel psychanalytique, ce fut une offre d'emploi basée sur l'étude de cas, utilisée à partir de la méthode clinique, vu que c'est au cours du traitement que se configurent, en même temps, l'intervention thérapeutique et la recherche. Nous voyons, dans ce travail, l'histoire de quelqu'un qui plongea dans le brasier, et que, en trouvant son Virgile, a foulé son propre chemin et s'est dirigé vers la sortie.

Mots-clés: SIDA; Angoisse; Désaide; Mort; Traumatisme

ABSTRACT

We entered the fourth decade of the AIDS' epidemic, and even with all the advancement of scientific knowledge about treatment, which provided an extension of time and quality of life of people with the virus, yet we face a serious public health problem. With the advent of AIDS, a new symbolic dimension entered the field of sexual practices. A taboo subject, even in contemporary society, sexuality still maintains its close relationship with the ethical and moral content of our society [Judeo-Christian]. A new and comprehensive death threat was linked to sexual practices, increasing in the social imaginary of the disease, the equation AIDS equal to death. To the pleasure of doing sex, the risk of contamination and death on a large scale were added. This study sought to consider the (de)fragmentation of a subject marked by the AIDS diagnosis, by articulating the concepts of anguish, helplessness and trauma within the Freudian work, seeking to understand the diagnosis' impact, diving the patient and the therapist into a sea of unknowns. That way, we sought to examine the hypothesis that the diagnosis of HIV/AIDS, with all its subjective impact, presents itself as a traumatic event, by placing the patient in a situation of distress, bringing back the human condition of helplessness. Still, one might think that this catastrophic event can be reframed. So we discussed the need to think in a device that supports the elaboration of the traumatic scene, using the analysis of a clinical case. The clinical psychological practice in the general hospital served me as a methodological basis. Supported in the psychoanalytical referential, this was a job offer based on the case study, used from the clinical method, since it is in the course of treatment, that therapeutic intervention and research are configured at the same time. We see in this work, the story of someone who dived in the deepest of Dante's hell, and that by finding his Virgil, trodden his own path and headed to an exit.

Keywords: AIDS; Anxiety; Helplessness; Death; Trauma.

SUMÁRIO

1. Introdução	16
2. “Do céu, através da terra, até o inferno”: <i>Experiência, intervenção e pesquisa.</i>	24
2.1. E eis que fui acometido pela peste	24
2.2. Entre o lobo mau e a vovozinha	27
2.3. O Grande H	29
2.3.1. <i>Um lugar chamado Terceiro Leste</i>	32
2.3.2. <i>A alegoria d’O Terceiro Leste</i>	33
2.4. Arrastando um divã pelas enfermarias	35
2.5. Se o inferno é quente, é lá que, no fim, a Fênix renasce...: <i>O Caso Renato</i>	36
2.5.1. <i>E se instala uma possibilidade</i>	37
2.5.2. <i>Um outro que vem de fora e fala do corpo [...]</i>	39
2.5.3. <i>Em que direção seguir?</i>	40
3. Os cenários da aids	42
3.1. O Imaginário Social da aids	44
3.1.1. <i>A aids torna-se notícia...</i>	46
3.1.2. <i>A aids torna-se epidemia...</i>	49
3.2. Do risco à vulnerabilidade	53
3.3. A aids como Tabu...	57
3.4. Um outro H	60
4. Uma marca de amor e uma sentença de morte	62
4.1. A possibilidade...	62
4.2. O desamparo como condição humana	63
4.3. A angústia como expressão do desamparo	69

4.4. O trauma	76
4.4.1. <i>O trauma na teoria freudiana</i>	77
5. Às voltas com as conclusões	86
5.1. E quando ocorre a aceitação?	87
5.2. Crônica da vida cotidiana da aids: um prólogo de morte anunciada?	88
5.3. A resignificação do diagnóstico	91
REFERÊNCIAS	93

Introdução

Ainda nos dias atuais, falar de aids¹ é muito difícil. Mesmo após mais de três décadas de avanços e descobertas acerca do vírus, que causa tal doença, e das formas de tratamento, temos um grave problema de saúde pública no Brasil, além de um imaginário social que associa aids à morte. Claro, mesmo tendo tratamento, que prolonga a expectativa e a qualidade de vida dos portadores do HIV, a aids ainda não tem cura.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), dos anos de 1980 a 2009 foram notificados 544.846 casos de aids no país – 323.069 no Sudeste, 104.671 no Sul, 64.706 no Nordeste, 31.011 no Centro Oeste e 21.389 no Norte. No Brasil e nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, a incidência da aids tende à estabilização. A região Norte apresenta, segundo as estimativas do Ministério da Saúde, o menor número de casos de HIV/aids no país nos últimos 20 anos, mas a tendência é de crescimento, assim como na região Nordeste. No ano de 2009, os números são os seguintes: Brasil –13.661, Norte – 1.222, Nordeste – 2.268, Sul – 3.291, Sudeste – 5.909, Centro Oeste – 971. No estado do Pará foram notificados no ano de 2009 518 casos, atingindo um total de 9.428 casos notificados desde 1980.

É importante relatar que desde 2007 foram criados 50 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no estado do Pará, o que nos leva a pensar que o aumento no número de casos notificados de HIV/aids, deve-se também a um crescimento da política de testagem e diagnóstico da doença. Vale ressaltar que a incidência de HIV/aids de forma estabilizada, como apresentada pelos dados do Ministério da Saúde, ainda precisa ser retomada no que diz respeito à indicadores de sub-epidemias. Assim, para efeito didático, os números apresentados precisam ser pensados como indicadores e não como conclusão sobre a epidemia da aids. Este trabalho, porém, não se pretende como instrumento de análise desses valores, uma vez não ter por objetivo discutir de forma direta a incidência do vírus. Com isso, acompanho o raciocínio de Szcwarcwald (2000), que indica, a partir dos anos 1990, uma mudança no perfil epidemiológico do HIV/aids, passando a configurar-se como um fenômeno global, dinâmico e multifacetado, constituído por um mosaico de subepidemias.

¹ Optou-se por utilizar o termo aids, grafado com letras minúsculas, entendendo-o como substantivo comum.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mais comumente conhecida por aids, ocasionada após infecção pelo HIV, tem, com efeito, uma conotação trágica. Historicamente associada aos “grupos de risco”, a infecção parecia estar restrita a pequenos grupos. O imaginário social da aids ainda continua muito carregado de preconceitos. Inicialmente falava-se em “grupos de risco”, em que seus supostos integrantes seriam “promíscuos ou doentes”, tornando a aids uma doença do outro. Essa negação influenciou a dimensão que tomou a epidemia, pois ao invés de prevenção o que se fazia era segregação, como se os ditos “grupos de risco” não pudessem ter contato com os ditos grupos “sem risco”. Atualmente, o peso dessas crenças continua a repercutir, embora as informações e a conscientização em relação ao tema estejam mais claras. Sexo e drogas continuam sendo temas tabus na contemporaneidade e, psiquicamente, o peso de carregar um estigma de promíscuo é devastador, pois leva, como afirma Labaki (2003), à confrontação com aspectos inconscientes da sexualidade, como a castração, a proibição, as questões narcísicas que se não forem elaboradas poderão aprisionar o sujeito num sofrimento psíquico intenso.

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV, do inglês Human Immunodeficiency Virus) ataca o sistema imunológico humano, mais especificamente os linfócitos CD4². Dessa forma, a doença que aí se instala torna o corpo vulnerável às demais doenças, chamadas oportunistas, ao fragilizar o sistema de defesa do organismo. Isto é,

As células do sistema imunológico de uma pessoa infectada pelo vírus começam a funcionar com menos eficiência e, com o tempo, a habilidade do organismo em combater doenças comuns diminui, deixando a pessoa sujeita ao aparecimento de vários tipos de doenças e infecções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O pesquisador Luc Montagnier, que descobriu e identificou o HIV, trabalhando a partir de dados experimentais, laboratoriais e clínicos, assegura que, entre as muitas incógnitas que persistem na história dessa doença, pode-se perguntar: “por que doentes dotados de condições imunitárias comparáveis evoluem de maneira diferente e respondem depois de maneira diferente ao tratamento?” (MONTAGNIER, 1995, p. 85).

Trabalhos anteriores (MOREIRA, 1997, 1998, 2001, 2002, 2003) já investigaram a hipótese freudiana a qual sustenta que os afetos estão diretamente relacionados com a

² Tipo específico de linfócito T (responsável pela imunidade celular), intermediário da resposta imunitária que prolifera após o contato com o antígeno para ativar outros tipos de células que agirão de maneira mais direta.

capacidade de resistência às doenças infecciosas. Freud (1905) considerava importante a observação médica de que a propensão a contrair tifo e disenteria é muito mais significativa nos membros de um exército derrotado do que na situação de vitória. Segundo ele, são conhecidas as extraordinárias mudanças na expressão facial, na circulação sanguínea, nas secreções e nos estados de excitação da musculatura voluntária sob a influência, por exemplo, do medo, da cólera, da dor psíquica e do deleite sexual. Porém, são menos conhecidos outros efeitos físicos dos estados afetivos persistentes de natureza penosa ou depressiva tais como desgosto, a preocupação e a tristeza, que abatem a nutrição do corpo como um todo, causando o embranquecimento dos cabelos, fazendo a gordura desaparecer e provocando alterações patológicas nas paredes dos vasos sanguíneos. Inversamente, sob a influência de excitações mais alegres, da “felicidade”, vê-se o corpo inteiro desabrochar e a pessoa recuperar muitos sinais de juventude. É a partir da investigação desta hipótese freudiana que este trabalho se sustenta.

Este trabalho esteve apoiado no referencial psicanalítico, articulado com o que Santos e Vilhena (2000) defendem como redescritção da clínica, referindo-se à criação de outras versões da clínica ao buscar dispositivos capazes de atender situações diferentes do que se percebe em consultórios particulares, já que os atendimentos relatados nesse trabalho ocorreram nas enfermarias do hospital. Esta é uma proposta de trabalho fundamentada no estudo de caso, utilizado a partir do método clínico, já que é no curso de um tratamento que se configuram, ao mesmo tempo, a intervenção terapêutica e a pesquisa. O estudo de caso tem sido o modo de investigação no campo psicanalítico desde sua constituição como área de saber por Freud (1895). Nesse sentido,

“O relato clínico é mesmo o principal recurso da atividade psicopatológica porque é através da narrativa do caso e da situação onde o tratamento ocorre que se pode compreender a natureza e a dinâmica do pathos psíquico e elaborar metapsicologia que bem represente o que se passa na clínica. (BERLINK, 2006, p. vii)”.

Quando se trabalha pela construção de dispositivos analíticos em hospital geral, busca-se criar condições para sustentar a realização de abordagem psicanalítica aos pacientes usuários do SUS (MOREIRA & PAMPLONA, 2006). Nessa perspectiva, sustenta-se o estudo de caso como método de pesquisa associado à narrativa do processo

analítico que conduziu às possíveis formulações metapsicológicas e psicopatológicas resultantes, sob o eixo fundamental da análise da transferência e da interpretação dos sonhos, no contexto do conflito edípico e do complexo de castração. A pesquisa clínica, portanto, desenvolve-se no interior de um tratamento e exige que novas hipóteses sejam formuladas para problemas específicos que surgem à medida que prossegue a investigação.

Ao falar de dispositivos clínicos concordo com Santos e Vilhena (2000) quando afirmam que “o compromisso do psicanalista para com o progresso de campo de saber da Psicanálise volta-se exatamente para aquilo que difere e desafia o método instituído” (SANTOS & VILHENA, 2000, p. 24). Assim, percebe-se a possibilidade da aplicação de novas formas de atendimento se, conhecidas as especificidades do método, for possível apresentar questões que, além de desafiar, permitam novas soluções.

Mesmo admitindo que cada trabalho analítico funcione de modo singular, Freud (1912b) apresenta técnicas referentes ao tratamento, com o objetivo de poupar futuros psicanalistas de esforços desnecessários e resguardá-los contra algumas inadvertências. No entanto, adverte que seus escritos técnicos referem-se a sua experiência, de modo que as técnicas empregadas podem sofrer modificações de acordo com o profissional que as utiliza. É importante destacar que a Psicanálise constitui uma combinação entre método de pesquisa e método de tratamento (FREUD, 1913a), articulando, assim, a experiência clínica ao trabalho de investigação. Ao mesmo tempo em que a teoria fundamenta a prática, esta lança desafios à teoria, de modo que ambas contribuem na sustentação do campo psicanalítico. Essa redefinição da clínica psicanalítica precisa ser pensada levando em consideração noções importantes apresentadas na teoria freudiana.

A partir dos estudos com Charcot, Freud publica em 1895 os *Estudos sobre a histeria*, em que apresenta uma combinação do hipnotismo utilizado por Charcot com o método catártico de Breuer. Ao abandonar o método catártico, Freud elabora a “associação livre”, indicando que o importante não é fazer um paciente recordar o trauma, mas, “quando a hipnose foi abandonada, a tarefa transformou-se em descobrir, a partir das associações livres do paciente, o que ele deixava de recordar” (FREUD, 1914, p. 193).

Deixar que o paciente falasse livremente expôs algo até então escondido: a resistência. E é sobre ela, especialmente, que incide a arte da interpretação, como acrescenta Freud (1914, p. 193), que o analista:

[...] Contenta-se em estudar tudo o que se ache presente, de momento, na superfície da mente do paciente, e emprega a arte da interpretação principalmente para identificar as resistências que lá aparecem, e torná-las conscientes ao paciente. Disto resulta um novo tipo de divisão de trabalho: o médico revela as resistências que são desconhecidas ao paciente; quando estas tiverem sido vencidas, o paciente amiúde relaciona as situações e vinculações esquecidas sem qualquer dificuldade. O objetivo destas técnicas diferentes, naturalmente, permaneceu sendo o mesmo. Descritivamente falando, trata-se de preencher lacunas na memória; dinamicamente, é superar resistências devidas à repressão.

Ao paciente cabe, então, “se deixar levar pelo que diz” (FREUD, 1904, p. 259), narrando ao analista tudo o que lhe vem à cabeça, sem objeções. É nesta narrativa que Freud observa as lacunas na memória, a confusão da ordem cronológica dos acontecimentos, os silêncios, que caracterizam o movimento da resistência, o que se opera contra a recuperação das lembranças perdidas.

Um pacto é feito entre analisando e analista: do primeiro se exige “sinceridade perfeita”, que fale livremente (associação livre); do segundo, que ponha criteriosamente em prática a técnica estudada (FREUD, 1905). Sobre a técnica, Freud (1912b, p. 149-150) relata que “consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ (...) em face de tudo o que se escuta”, (manter uma atenção flutuante).

Mesmo que, no hospital, a demanda pareça estar direcionada à dor física que o paciente relata, é importante ter em conta que o paciente tenha liberdade de começar a falar sobre o que quiser, não se selecionando um ponto da narrativa para escutar, assim como não se deve impor o que se vai falar. Em todo caso, deve-se ter o cuidado de não antecipar interpretações, como salienta Freud (1913b, p. 183):

Mesmo nos estádios posteriores da análise, tem-se de ter cuidado em não fornecer ao paciente a solução de um sintoma ou a tradução de um desejo até que ele esteja tão próximo delas que só tenha de dar mais um passo para conseguir a explicação por si próprio.

Geralmente, o que acontece a um paciente que caminha na direção de recordar o passado esquecido, que lhe acomete atualmente na forma de sintoma, é dizer que não recorda e expressar esse passado por meio da atuação, isto é, a repetição que vem substituir o recordar (FREUD, 1914). A resistência aparece entra em cena, precisando ser revelada

para que o paciente possa superá-la. Momento em que, para Freud (1914, p. 202), o profissional “nada mais tem a fazer senão esperar e deixar as coisas seguirem seu curso, que não pode ser evitado nem apressado”. Dessa forma, é possível contribuir para que o paciente recorde, buscando superar as repetições que produzem esse “esquecimento”, uma vez que dessa forma poderá haver elaboração.

Nessa dinâmica, uma noção fundamental, que permeia todo o trabalho analítico, precisa ser levada em consideração: a transferência – que consiste em atribuir, ao analista, investimentos afetivos originalmente direcionados a figuras importantes da infância (as figuras paterna e materna). Para Freud (1912a), quando a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita, cada nova relação estabelecida será investida de libido parcialmente insatisfeita. Daí decorre que também a figura do analista receberá, de modo inconsciente, esse investimento.

Na situação analítica, a transferência entra em cena quando, tendo o analista rastreado a libido até sua parte inconsciente, o analisando hesita em produzir a associação seguinte. Assim, ela se anuncia por sinais de resistência, já que “a idéia transferencial penetrou na consciência à frente de quaisquer outras associações possíveis, *porque* ela satisfaz a resistência” (FREUD, 1912a, p. 138). Freud considera a transferência, no tratamento analítico, como a arma mais forte da resistência, constituindo mesmo seu efeito e expressão. Desse modo, a transferência funciona como meio de resistência. Freud (1913b) considera que é preciso esperar até que a transferência tenha-se tornado uma resistência. O manejo da transferência é fundamental no tratamento, pois bem conduzido, é ele que vai permitir ao paciente atribuir aos seus sintomas um novo significado transferencial, substituindo sua neurose comum por uma neurose de transferência (FREUD, 1914), pondo em marcha o processo analítico.

Pode-se considerar, aqui, que estas foram as principais noções que nortearam o trabalho clínico desenvolvido durante meu tempo de pesquisa no Hospital Universitário João de Barros Barreto. Tais noções me permitiram proporcionar a escuta, permitir a fala, manejar a transferência, interpretar, esperar quando preciso, garantindo que, como propôs Freud (1904, p. 261), “o objetivo do tratamento jamais será outra coisa a não ser a recuperação clínica do paciente, a restauração da sua capacidade de levar uma vida ativa e a sua capacidade de desfrutar prazer”.

Este trabalho está dividido em quatro capítulos. No primeiro apresento uma contextualização de meu percurso teórico, apontando questões que me permitiram desde meu ingresso no Hospital Universitário João de Barros Barreto, ainda como estagiário de psicologia da Universidade Federal do Pará, no ano de 2005, desenvolver esta dissertação. Na primeira parte deste capítulo, relato minhas experiências e impressões como estagiário, que me possibilitaram enxergar o hospital de maneira diversa a que conhecia não mais como usuário, mas como cuidador. Mas para que essas experiências façam sentido, precisei, num segundo momento apresentar o hospital e sua problemática no que diz respeito, tanto à entrada da psicanálise como instrumento de cuidado da saúde, como os entraves criados por um discurso medicalizante e hospitalocêntrico que ainda prevalece nas instituições de saúde. Nessa parte do trabalho, apresento o que chamei de Grande H – o Hospital Universitário João de Barros Barreto e dentro dele o lugar chamado Terceiro Leste. No final desse capítulo apresento o Caso Renato. Contam-se quatro anos desde meu ingresso no hospital, quando iniciei os atendimentos. Aqui, faço um relato desses atendimentos, apresentando os inúmeros questionamentos que me fiz enquanto escrevia o caso. Foram esses questionamentos que me permitiram traçar o caminho teórico deste trabalho.

O segundo capítulo está voltado a uma apresentação do imaginário social da aids no Brasil, desde as primeiras notícias veiculadas em rede nacional, pelos meios de comunicação, principalmente na década de 1980, quando pouco se sabia sobre a doença. Em um segundo momento, discorro sobre a questão da sexualidade. Dessa forma, procurei suporte para demonstrar a ainda presente equação aids igual à morte. É necessário deixar claro que, além dos aspectos culturais, a aids enquanto tabu expresso socialmente, deixa profundas marcas inscritas no psiquismo. A proposta é pensar a aids não apenas como uma doença, mas em sua relação com a sexualidade.

O terceiro capítulo foi dedicado a um estudo sobre três importantes noções da clínica psicanalítica, que se entrelaçam nesse estudo: desamparo, angústia e trauma. Dos primeiros estudos freudianos sobre esses temas até o desenvolvimento de teorias específicas, como é o caso da angústia e do trauma, fiz recortes no decorrer da obra de Freud com o intuito de delimitar cada um desses temas. Começo apresentando o desamparo, situado como uma noção metapsicológica, no sentido de uma condição

humana. Um segundo momento, dedicado ao estudo da angústia, em que tento apresentá-la como a expressão dessa condição de desamparo. Depois, a questão do trauma, que está diretamente ligada ao impacto causado pelo diagnóstico de aids, vivenciado em sua relação com a sexualidade.

A hipótese, exposta nesse trabalho, é de que o diagnóstico apresenta-se como possibilidade de reinscrição do trauma psíquico, ao colocar o paciente em situação de angústia, reatualizando assim a condição humana de desamparo. Ainda assim, é possível pensar que esse evento catastrófico pode ser ressignificado, já que o desamparo só se supera se houver representação.

2. “Do céu, através da terra, até o inferno”: *Experiência, intervenção e pesquisa.*

Minhas atividades de psicoterapeuta e pesquisador estiveram vinculadas a projetos de pesquisa desenvolvidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto. Desde a graduação em psicologia pela Universidade Federal do Pará, estive envolvido com os trabalhos realizados em torno da temática da aids. Logo, as observações feitas nesse capítulo estão voltadas para esse ambiente de atuação. Farei uma explanação breve sobre minha atuação, no sentido de apresentar pontos que considero importante para o desenvolvimento dessa dissertação de mestrado. Meu objetivo, *a priori*, não é falar da importância da psicologia no ambiente hospitalar, mas não fugirei a essa discussão em um outro momento. Meu relato serve mais para ilustrar um campo de atuação onde se insere a psicologia e a psicanálise, ao mesmo tempo em que tenta apontar o caminho que percorri até chegar a esse estudo.

1.1. E eis que fui acometido pela peste

*“É a primeira vez que entro em um hospital, não como quem demanda cuidado,
mas por poder oferecê-lo...”*

A frase acima foi proferida por mim na primeira aula que tive no Hospital Universitário João de Barros Barreto, no ano de 2005, na disciplina Estágio Supervisionado em Psicologia Social das Organizações, quando perguntado como eu me sentia estando ali. Anos mais tarde, quando participava da seleção para um Programa de Aperfeiçoamento oferecido pelo Hospital, tendo de falar o motivo que me levou a escolher o hospital como área de atuação, respondi que eu nunca tinha escolhido o hospital, mas que ele tinha me escolhido. Parece retórica, mas pensando na forma como se dava a entrada nos estágios ofertados pela faculdade de psicologia da Universidade Federal do Pará, não é discordante dizer que geralmente se escolhiam os estágios mais pelos professores do que pelos locais onde ocorriam. Posso afirmar com isso, que não escolheria estar ali se não fosse por conhecer minha supervisora e os projetos que vinham sendo desenvolvidos.

Iniciei minhas atividades no Hospital Universitário João de Barros Barreto, no ano de 2005, como aluno da disciplina Estágio Supervisionado em Psicologia Social das Organizações, ministrada pela Professora Doutora Ana Cleide Guedes Moreira. É interessante observar a possibilidade de desenvolvimento de um trabalho clínico, em um ambiente hospitalar, dentro de um estágio em psicologia social.

Gostaria de relatar, nesse momento, um pouco das experiências pelas quais passei, que fixaram em mim indagações importantes para a realização desta dissertação de mestrado. A frase acima pode ser um bom exemplo de minhas inquietações. A disposição em ofertar cuidado e a dissonância com promover a cura sempre estiveram muito presentes nesse contexto. Tentarei no decorrer do texto explicar como essas ideias foram tomando corpo até se transformar em projeto de pesquisa.

Ainda no primeiro semestre letivo de estágio, foram registrados casos de raiva humana (hidrofobia) no estado do Pará, tendo sido alguns deles encaminhados ao hospital em questão. Não nego que estava ansioso àquela altura para “atender” um paciente. Com o semestre por terminar, fui solicitado por minha supervisora. *Você quer atender?* – perguntou-me. Eu atenderia um dos casos de raiva humana. *Querer, eu quero*, eu disse, *mas não sei se estou preparado*. Os casos encaminhados ao hospital eram de estágio avançado da infecção, o que me apresentava a morte como um estranho e familiar anúncio.

Saber lidar com a morte anunciada não é trabalho fácil de ser empreendido. O enigma vem acompanhado sempre de um *decifra-me ou te devoro*. Encarar a túnica preta e a foice da figura sem rosto coloca-nos diante de nossa própria finitude. Não há como não me referir à epígrafe desse trabalho. Epígrafe escrita *com a pena da galhota e a tinta da melancolia*³. É assim que Brás Cubas, em suas Memórias Póstumas, diz ter escrito seu livro. Não há como enfrentar o tema da morte sem um tanto de melancolia e outro tanto de humor. O humor, nesse sentido, pode ser pensado como uma saída para a melancolia ao se constituir como defesa para a dor provocada pela ferida narcísica reaberta que compromete a onipotência e a fantasia da imortalidade. Nos dias atuais, a morte deixou de ser uma passagem, uma parte da vida, e passou a ser algo do inominável, algo que não se pode ouvir ou mesmo ver. Ela precisa ser escondida, expurgada, eliminada. Para Freud,

³ Machado de Assis, 1881.

Nós criaturas civilizadas tendemos a ignorar a morte como parte da vida... no fundo ninguém crê na própria morte, nem consegue imaginá-la. Uma convenção implícita faz tratar com reservas a morte do próximo. Enfatizamos sempre o acaso: acidente, infecção, etc., num esforço de subtrair o caráter necessário da morte. Essa desatenção empobrece a vida (FREUD, 1916b, p. 300).

Nesse texto, *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, Freud mostra-nos sua preocupação com a questão da morte com base não apenas na condição biológica do ser humano, mas alicerçada na capacidade humana da destruição pela guerra. Ele escreve sobre o desejo de destruir quem ameaça ou oferece perigo. Não há representação da morte no inconsciente, apesar de que ela, a morte, ronda-nos permanentemente e abate nossos pares e a nós mesmos, inevitavelmente. Assim, apavoramo-nos com a ideia da morte e tendemos a negá-la.

É de se imaginar que esse não foi o início esperado de minha atuação terapêutica. Com o primeiro semestre voltado para as aulas teóricas, o segundo voltar-se-ia para os atendimentos psicológicos, supervisões e discussões de casos. Para além do compromisso acadêmico-curricular, todos os alunos da disciplina estavam convidados a participar de um grupo de estudos de introdução à psicanálise, além de seminários clínicos apresentados em função de um projeto de pesquisa que vinha sendo desenvolvido no Hospital Universitário João de Barros Barreto. Tal projeto intitulado *Tratamento psicológico em hospital geral: contribuições da clínica da melancolia e dos estados depressivos*, tinha por objetivo investigar a ocorrência de sintomatologia melancólica ou depressiva em pacientes portadores de HIV/aids. Esse foi o início de minha aproximação com a temática da aids.

Já havia, ainda no primeiro momento do estágio, realizado visitas às enfermarias, observado a triagem, conhecido as dependências do hospital, conversado com enfermeiros, psicólogos, médicos e outros técnicos, assim como com familiares e pacientes internados. O segundo momento, correspondente ao segundo semestre letivo, seria o de “por à prova” essas experiências. Assim, eu iniciaria outra etapa do meu percurso enquanto “psicólogo em formação”. Indagado em sala de aula se eu estaria, então, preparado para atender meu primeiro paciente, a resposta por mim dada foi: *Preparado não sei se estou, e nem se algum dia o estarei, mas estou disposto*. Não recebendo, aparentemente, qualquer sinal de reprovação pelo que falei e, com um claro temor diante do desconhecido, fui ao atendimento.

2.2. Entre o lobo mau e a vovozinha

A solicitação de atendimento foi feita pela equipe de enfermagem para uma paciente visivelmente fragilizada pela doença, pelo processo de adoecimento, e pelo tempo de internação. Oito meses após sua admissão no hospital, *decorrente* de complicações pulmonares e, estabilizado o quadro clínico, a paciente esteve impossibilitada de receber alta. O motivo: há poucos meses, por causa de uma queda sofrida no banheiro do hospital durante o banho, ela “desenvolvera” uma inflamação em um dos joelhos, que a impossibilitava de andar. Li atentamente o prontuário da paciente, que me apresentou Dona Aparecida⁴, uma mulher de 46 anos de idade, portadora de HIV/aids, com problemas pulmonares (“causados” pelos anos de cigarro – segundo suas próprias palavras, algum tempo depois), já na terceira internação naquele hospital, com significativa piora em relação às anteriores, mas com um quadro “estável” àquela altura.

Para minha surpresa, não foi a *mulher* descrita no prontuário que vi deitada no leito, mas uma *velhinha* de 46 anos, muito abatida fisicamente, com um olhar vazio, que pouco se me dirigia, voz cansada e poucas palavras. Com certa dificuldade, ela me contou a longa história de sua vida, suas “aventuras” fora de Belém; falou-me de seus dois filhos, com certa queixa, pois quando das visitas, não eram bem a companhia que ela esperava. Essa era uma reclamação constante; dizia sentir falta de companhia. Sua filha mais velha já contava 33 anos de idade, mas não podia estar com a mãe o tempo todo por causa do trabalho.

Falou sobre as perdas acumuladas ao longo de sua vida: o pai; o homem que a engravidou quando ela tinha apenas 13 anos; aquele que a deixou com o segundo filho ainda bebê; o namorado que lhe transmitiu aids; um amigo que lhe dera emprego, mas que havia morrido. Dona Aparecida passou mais um mês internada e ela recebeu alta médica. Sensivelmente menos abatida.

Este breve relato serve para esclarecer alguns pontos do meu percurso teórico, que me levaram anos depois a desenvolver este trabalho de mestrado. O primeiro ponto diz respeito à forma como encarei o atendimento. Quando perguntado como havia sido aquele primeiro contato, respondi: “ela parece minha avó...”. Mas, não era. Acredito ser

⁴ Nome fictício

necessário entrar nesse nível de detalhamento para falar de uma coisa bastante cara a este trabalho: a questão da contratransferência, já que esta

constitui-se numa das questões fundamentais e mais problemáticas da clínica e da técnica psicanalítica, pois afeta o analista no cotidiano de sua clínica e o remete à sua análise pessoal, à auto-análise e à supervisão, bem como à escrita do caso clínico, tal é a angústia em face da inquietante estranheza da transferência. A contratransferência oriunda dos restos não analisados do analista, mobilizados pela transferência do paciente, afeta o campo clínico, ou melhor, o tratamento (DIAS e PAMPLONA, 2010).

Dias e Pamplona (2010) discorrem sobre o fenômeno da contratransferência, concebendo-a como dispositivo inerente à situação analítica e adequada ao enquadre no tratamento. Tal enquadre refere-se ao compromisso firmado no estabelecimento da regra fundamental da psicanálise, já que o paciente deve falar tudo aquilo que lhe vem à cabeça, sem censura, orientado pela livre associação, enquanto ao analista cabe manter uma escuta embasada pela atenção flutuante. Para as autoras, a contratransferência diz respeito à posição de disjunção do analista para poder apreciar e interpretar essa dinâmica psicopatológica.

Como argumentam Santos e Vilhena (2000), o vínculo que o paciente estabelece é predominantemente com o seu terapeuta, e a relação entre os dois é regulada, assim, pelo estabelecimento da dinâmica intersubjetiva transferência/contratransferência. Para as autoras, a manutenção desses critérios estabelece condição de fundamental importância para que se possa preservar o campo e a ética psicanalítica, visto que ambos almejam a singularidade do sujeito (SANTOS & VILHENA, 2000, p. 14).

Um segundo ponto refere-se à relação estabelecida com a equipe de saúde. Falarei sobre isso no item 2.3.2. Por enquanto, ficaremos com a argumentação de Vilhena e Amaral, quando afirmam que

a dinâmica hospitalar impõe uma organização institucional tal que o paciente não encontra possibilidades de garantir alguma privacidade na exposição de sua intimidade, uma vez que sobre ele pesam inúmeros olhares – seja dos médicos, dos atendentes ou dos companheiros com os quais compartilha a sala de espera (VILHENA & AMARAL, 2002, p.199).

Além do que já foi dito, é importante destacar que a sala de aulas, onde recebíamos supervisões de estágio, estava situada no terceiro andar do hospital. Neste pavimento,

funciona o setor de doenças infecciosas, a DIP (Divisão de Doenças Infecto-Parasitárias) que é conhecido por Terceiro Leste.

2.3. O Grande H

Sanatório de Belém. Esse foi o primeiro nome do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB). Começou a ser construído em 1938, como parte de um projeto que visava à criação de doze sanatórios espalhados pelas capitais brasileiras, e só foi oficialmente inaugurado em 1957, quase 20 anos depois, pelo, então, presidente Juscelino Kubistcheck e seu ministro da saúde Maurício Medeiros.

O HUIBB foi construído em forma de um grande H. Poderíamos pensar nessa letra como a primeira da palavra *hospital*, o que é correto. Mas, nossas observações precisam extrapolar tal sentido. Esse formato arquitetônico do hospital, que não é um simples desenho de estilo, permite que todas as enfermarias recebam o sol da manhã, ao tempo em que se promove uma maior ventilação do espaço. Criado para receber pacientes de tuberculose, era de grande importância que esses aspectos fossem levados em consideração. Vemos que havia, assim, um movimento indo de encontro à ideia do hospital como simples depósito humano. Vou me apropriar das palavras de Oliveira e Moreira (2006) ao falar que esse hospital

tem sua trajetória imbricada com as doenças infecto-contagiosas, endêmicas e epidêmicas da região: antes mesmo de ser hoje uma instituição de referência para as doenças infectocontagiosas e parasitárias foi sanatório para pacientes de tuberculose (OLIVEIRA & MOREIRA, 2006, p. 55-56).

Esse trecho, que serve para reforçar o histórico do hospital que vimos falando, é complementado pelos autores quando argumentam que, *do ponto de vista da subjetividade, ainda há um medo de contágio permanente* (OLIVEIRA & MOREIRA, 2006, p. 56). E mesmo que se enfoque um período de recrudescimento de doenças que já haviam sido debeladas, esse medo pode ser tomado em seu aspecto metafórico quando se relaciona o hospital com um lugar de sofrimento e de morte.

[...] E não se trata de uma morte qualquer. Trata-se de um processo, cheio de tensões entre os trabalhadores e os pacientes, carregado por representações de sexo, prazer, sangue, sêmen e sofrimentos de toda espécie, fortemente investidos de afetos diferenciados e em conflito (SANTOS & CARVALHO, 1999, p. 165)

Além do medo do risco de se contrair uma doença, a relação direta com pacientes de aids põe o sujeito em contato com suas próprias limitações. É estar frente à morte. A letra H, na língua portuguesa, é aquela de quem foi retirado o direito da fala; ela é calada, amordaçada, emudecida. É dentro do Grande H que se calam as pessoas, que se escondem as doenças. É ali que o mundo dos *pacientes*, – pessoas abandonadas, muitas das vezes, por suas famílias e amigos, sem documentos, sem identidade, sem rosto, – o mundo se resume a uma cama, um leito, a uma enfermaria, a um corredor. Ouvi, certa vez, de um paciente que “é ruim ficar no hospital, a solidão é grande. Bom mesmo é estar em casa com a família”.

Os corredores são vazios, brancos como uma cegueira. Esses conectores de um vazio a outro, esses caminhos percorridos pelos profissionais que se propõem a curar pessoas, escondem histórias, angústias, mistérios e segredos. O hospital ainda é um lugar de exclusão, onde se depositam pessoas que deixaram de ser pessoas para se transformar em doenças, em órgãos doentes, quando não em números. Nos corredores estreitos do hospital, as paredes espremem-se em direção ao tratamento. O papel da psicanálise é, então, ir em busca do sujeito que existe para além da doença orgânica. Apesar de as solicitações de atendimento serem feitas para pacientes que carregam consigo a dor nomeada de um diagnóstico, ora como neoplasias, tuberculoses, ora aids, não se pode esperar que o sintoma dessas doenças seja o obstáculo a ser transposto. Essas paredes não podem impedir que escutemos o paciente. A escuta, essa ferramenta fundamental da psicanálise, deve permitir que o paciente elabore uma situação traumática vivida. Para tal intento, é necessário considerar que existe um sujeito disposto a falar, e que existe possibilidade de manejo transferencial por parte do analista.

O discurso médico, com seus dispositivos terapêuticos, tenta por fim ao sofrimento do paciente, minimizando suas dores, buscando dar cabo de sua doença. Entretanto, muitas vezes, os pacientes se insurgem contra esse modelo, e ao gritarem de dor e continuarem atestando suas doenças, mostram que as marcas da doença estão para além do corpo biológico. Aí, então, é solicitado o serviço *psi*. Lembro-me do caso de uma solicitação feita

pela equipe de enfermagem. Recebi o pedido de atendimento para um paciente “em depressão”. O diagnóstico de neoplasia renal havia levado um dos rins do paciente. Acabara de passar pela cirurgia de retirada do órgão. Quando me dirigi ao primeiro atendimento, o paciente encontrava-se deitado em seu leito, choroso, aparentemente sem forças físicas. Imaginem a responsabilidade imposta: atender um paciente “com depressão” que acabara de perder uma parte do corpo. Não querendo de forma alguma minimizar a dor da perda, lembro ter ouvido desse paciente que seu choro era de tristeza. Afinal, como ele mesmo questiona: “quem fica feliz quando está doente?”. Por isso ele chorava: pela dor pós-cirúrgica e pela dor da perda – do corpo e da liberdade. Estar internado, para muitos pacientes, é algo contra a vontade, representa outra perda, a da intimidade.

No atendimento a pacientes internados em hospital geral, o profissional enfrenta o cheiro da doença, ouve os gritos mais profundos da dor e, muitas das vezes, do desespero humano. O desnudamento do corpo e as fraquezas se apresentam contra a autorização do sujeito. Nesse caso, o assujeitamento do paciente demanda um lugar de acolhimento.

Mergulhados num discurso médico, presos por atos que tratam a saúde delimitando-a a aspectos biomédicos, é conveniente buscar formas de enxergar os pacientes em suas singularidades. Conta-se que Hipócrates, certa vez, fez uma advertência aos colegas para que não visitassem casos de doenças em estágios tardios, pois suas mortes - inevitáveis - poderiam causar danos à reputação dos médicos. Não há certeza sobre a veracidade de tal anedota, principalmente por acreditar que tal discurso não estaria presente hoje entre os profissionais de saúde. O que não se pode deixar de falar, entretanto, é como a aids marca a relação médico-paciente, ao colocar uma barreira sobre a cura proposta pela medicina.

2.3.1. Um lugar chamado Terceiro Leste

Segunda à direita e sempre em frente até o amanhecer...
(BARRIE, 1911)

Poderia dizer que esse é o caminho que se deve percorrer para chegar ao Terceiro Leste, mas não. Há duas maneiras de se chegar lá. Como paciente ou como cuidador. Ambas comportam a necessidade de se encarar a morte de frente. De certa forma, encarar a morte é aceitar o tempo, aceitar que o tempo passa. Mas, a morte não, essa não é aceita. Mesmo depois de o galo cantar três vezes. Mesmo que a morte seja inevitável, somos compelidos a eliminá-la de nossas vidas, uma vez que “no inconsciente cada um de nós está convencido da própria imortalidade” (FREUD, 1915, p. 299). No hospital não pode existir o faz-de-conta. Não? Então, como experimentar o desamparo sem sucumbir? Como ressignificar a mancha deixada pelo diagnóstico de HIV/aids?

O Terceiro Leste em nada difere das outras alas de enfermarias, no que diz respeito à estrutura física e de funcionamento⁵, a não ser por um detalhe: é o lugar da aids no hospital. O caráter alegórico da Divisão de Doenças Infecto-Parasitárias, ou simplesmente Terceiro Leste, era visivelmente notado por quem por lá passava, seja paciente, familiar ou funcionário. Podia-se ver a figura do *ceifeiro* a rondar o corredor, que leva de uma ponta à outra uma das pernas do Grande H.

Percorrendo estas *terras inferiores* em busca de algum *campo Elísio*, não era incomum encontrar figuras estranhas. Além do ceifeiro, podiam-se ver *medusas* a rondar os corredores do hospital – pessoas capazes de petrificar o outro, tirando-lhe qualquer vestígio de sentimento, com um simples olhar. Ou então, alguns *Hércules* espalhados pelas enfermarias, trabalhando como se estivessem pagando por um crime. O tempo, nesse lugar, parecia ser delimitado pela intervenção das *moiras* – fabricando, tecendo e cortando o que seria o fio da vida. Mas, para se sair do *tártaro*, é preciso mergulhar nas águas do esquecimento.

⁵ Constituído de 22 leitos destinados a pacientes portadores de HIV/aids, divididos em duas alas (masculina e feminina) e quatro leitos de isolamento.

2.3.2. A alegoria d'O Terceiro Leste

Meu interesse pela temática da aids, não apenas por desenvolver meu estágio nesse ambiente imerso em preconceito, também foi marcado pela relação com a equipe de saúde. Muitos foram os momentos em que pude perceber como a alegoria do Terceiro Leste permeava, e muito, a cabeça dos que por lá passavam. Dou destaque a uma lamentável e triste cena ocorrida meses depois do primeiro atendimento que realizei, já quase no final do estágio. Ao saber que Dona Aparecida havia sido novamente internada, fui conversar com o enfermeiro responsável por ela. Indagado sobre o estado de saúde, ele me respondeu: *Saúde? O estado dela é de morte. Daqui ela só sai embalada num caixão.* O medo real da morte não me permitiu voltar àquele leito. Soube depois que ela havia falecido. Essa experiência atesta o insuportável da dor da perda.

Como os atendimentos psicológicos eram realizados no próprio leito, subvertendo o chamado *setting clássico*, por vezes, havia interrupções médicas para proceder observações de rotina. Destaco a expressão *rotina*, termo médico muito utilizado em meio institucional, como algo que escapa ao estranho, como forma de padronizar as ações terapêuticas, e que despersonaliza o paciente diante da doença. Os pacientes têm seus corpos manipulados, suas intimidades expostas, seus segredos revelados. São apenas objetos da ciência. Sem querer fazer julgamento de valores em relação à abordagem terapêutica de cada profissional, é importante indicar que à psicologia parece caber o papel marginalizado de dar ouvidos ao sofrimento das pessoas. Sofrimento que, muitas das vezes, extrapola a dor física dos pacientes. Para Vilhena e Amaral (2002),

[...] a prática psicanalítica convoca-nos a valorizar a experiência única de cada sujeito, de cada relação ou processo mas, no dia a dia da instituição parece que os desafios são ainda mais radicais (...). Se a instituição não favorece, completamente, a possibilidade de se resguardar sigilo e segredo para a exposição das experiências íntimas de cada paciente, também o trabalho do psicanalista se vê invadido pela dinâmica das outras práticas e da equipe de sua própria instituição (VILHENA & AMARAL, 2002, p. 201)

Segundo as autoras, essa relação institucional ocorre em um lugar controlado por diferentes agentes, representantes de interesses e códigos altamente diversos. Esses lugares são, muitas vezes, extremamente conflituados, em estado de permanente tensão, já que

neles se sobrepõe malhas heterogêneas de poder e, frequentemente, não constituem uma morada receptiva para o pesquisador. Um *lugar* enquanto território tem como característica a constituição de *pontos nodais em que uma rede altamente complexa de diversos tipos de relações atua como agenciadora de subjetividades* (VILHENA & AMARAL, 2002, p. 200). Assim,

(...) os “lugares” são fundamentais porque são identitários, relacionais e históricos. Os sujeitos ligam-se aos lugares e os reconhecem no curso de sua vida. Há o lugar onde se nasceu, o lugar de onde se vem, o lugar onde se trabalha, o lugar onde se mora. Em síntese, um lugar pode ser simbolizado. É no “lugar”, como uma construção social, que os sujeitos produzem a sua subjetividade (VILHENA & AMARAL, 2002, p. 203).

A doença, o corpo estranho que invade e toma conta do organismo das pessoas, parecia [e não acredito que tenha mudado] receber mais visitas que os próprios pacientes. Isso poderia ser apenas a suposição de um inexperiente estagiário de psicologia, se não fosse demanda frequente dos próprios pacientes. Vale aqui uma observação etimológica da palavra paciente. Dotado da *virtude* paciência, do latim *patientia* (CUNHA, 1982), estaria condenado, o paciente, a suportar o sofrimento sem queixa. Quer dizer:

[...] Nos hospitais, o paciente quase não encontra possibilidade de garantir alguma privacidade na exposição de sua intimidade, já que sua vida é esmiuçada, seu corpo físico examinado, sua conduta observada, sua psiquê analisada, não havendo espaço para o refúgio, o isolamento e o descanso (PINHEIRO & VILHENA, 2007).

Ocupando, a psicanálise, esse lugar da escuta de um sofrimento condenado, vale ressaltar que o percurso teórico deste pesquisador foi a psicanálise. Com certeza, fazer psicanálise no hospital geral, não é tarefa fácil, porém se a entendemos como método clínico de investigação e produção teórica, é fato que ela tem ocupado novos espaços, a partir de um redimensionamento do campo clínico. É fato, também, que não se pode converter um leito hospitalar em divã, mas se pode ocupar esse espaço com uma escuta analítica. Dessa forma, existe uma constante luta para dar voz aos pacientes, e mesmo com todas as dificuldades relatadas, o HUIBB vem oferecendo esse espaço, a partir de esforços empreendidos por profissionais e pesquisadores que se debruçam nessa jornada.

2.4. Arrastando um divã pelas enfermarias

Muito sem tem escrito a respeito da clínica psicanalítica institucionalizada, presente nos vários espaços públicos e particulares que configuram o campo da atenção psicossocial (SANTOS & VILHENA, 2000, p. 13). Desenvolver a prática psicanalítica não significa transpor literalmente o dispositivo analítico para o hospital, já que quando se fala em atendimento psicanalítico a primeira referência é a de um processo que acontece em espaço reservado, constituído por um ambiente acolhedor e sigiloso, necessário ao bom desenvolver do tratamento.

O trabalho no Hospital reveste-se de inúmeras particularidades. Transpor o chamado “*setting* analítico clássico” para um espaço onde ainda prevalece o discurso médico demanda romper entraves institucionais que vão da, não tão simples, falta de leito ao cancelamento de uma cirurgia por questões que nem sempre estão relacionadas ao quadro clínico do paciente. Cheguei a atender uma paciente que precisava passar por biópsia para diagnosticar um possível câncer. A senhora ficou quatro meses internada esperando por tal intervenção que não ocorreu. Ela pediu alta hospitalar. Dois meses depois, voltou para morrer no hospital.

A instituição redimensiona também a questão do tempo o atendimento, estando, então, delimitado por questões “não negociáveis” como transferências, interferências da equipe de saúde, alta hospitalar ou médica. Nos hospitais, o primado da visibilidade faz-se evidente, infiltrando e descortinando cada vez mais intensamente o cenário analítico, expondo-o, fragmentando-o tornando-o público (PEREIRA & VILHENA, 2007). Um atendimento pode ser interrompido a qualquer tempo, caso o paciente precise se ausentar para exames ou outras intervenções médicas ou da enfermagem.

Valentim e Mattos (1999) apresentam o Hospital como um lugar onde o trabalho se dá com o corpo biológico, mesmo que a prática mostre que o sofrimento é atravessado por outra dimensão, tornando a situação que se apresenta a cada paciente bastante singular. Os autores afirmam que, se algo de ordem circunstancial pode acarretar uma interferência nesse corpo biológico, ou que um corpo debilitado pode acarretar uma série de questões sobre o que foi e o que é a própria vida do sujeito, um novo campo de escuta é possível ser

sustentado. A entrada do psicólogo nesse lugar, marcado pelo discurso da ciência médica, somente se sustenta pela aposta de que um corpo enfermo pode e deve ser escutado.

Ora, para aqueles que acreditam que a dor e o sofrimento mortificam, quando calados, a Psicanálise oferece uma chance para que identidade e sentido possam ser criados. Eis que a fala, ao desvelar o recalque, denuncia a opressão, libertando o superego sádico – no plano intrapsíquico -, seja daquela imposta pela lei do arbítrio e do autoritarismo, quando dominam o extra-psíquico” (SANTOS & VILHENA, 2000, p. 11)

Devemos tomar em conta a Psicanálise como processo de subjetivação que envolve a fala, através da qual o sujeito pode expor o mal que lhe aflige, e, “lembrar, repetir e elaborar” dando um testemunho de si mesmo e se libertando de uma lei opressora, desvelando o recalque (SANTOS & VILHENA, 2000). Através da fala, o paciente torna-se sujeito. Dessa forma, a escuta é fundamental, pois só assim se permite a fala. É pela escuta que a fala se constitui e opera o dispositivo psicanalítico da transferência. No trabalho nos hospitais, a fala é para um outro que escuta, a princípio, queixas e desabafos sobre a doença orgânica, como um pedido de ajuda para alívio das dores e dos sintomas. O trabalho psicanalítico promove um deslocamento desse discurso para um plano reflexivo, onde se coloca o paciente no lugar de querer saber o que se diz. Mas, não se trata apenas de deslocar esse discurso, induzindo a fala ou lhe impondo limites. É possível, nas enfermarias do hospital, permitir que o paciente exponha seus conflitos relacionados ao processo de adoecimento e conseqüente internação, que conduzem ao sofrimento psíquico.

2.5. Se o inferno é quente, é lá que, no fim, a Fênix renasce...: O Caso Renato

Nunca fui bom com começos, talvez por esse motivo esse capítulo comece falando do *fim*. Mas, de um fim encerrado em diversas significações, das quais tratarei duas que me incomodam: destino e encerramento. Não de um destino mítico, mas o lugar-fim de uma jornada. Este texto carrega a história de um jovem diagnosticado com HIV/aids, que foi

lançado à fúria das águas infernais sem uma única moeda para entregar ao barqueiro. À procura de apoio *virgiliano*, atravessou os *campos elísios*, em busca de um fim.

Renato⁶ esteve como paciente da *pneumo*⁷, no quarto andar do HUIBB. Ele reclamava de dores no peito, e até então não obtivera resposta sobre seu quadro clínico. Por vezes, ouviu que não tinha nada; que sua saúde estava ‘em perfeitas condições’. Após peregrinação pelo sistema público de saúde, deu entrada naquele setor com suspeita de pneumonia. Ao serem solicitados seus exames, Renato escutou (como ele mesmo disse) da boca de seu médico responsável: “Vou pedir seu exame de HIV, pois acho que você pode estar com aids”. Era uma possibilidade, que trazia consigo a carga simbólica da perda, da morte. Isso reativou uma ferida narcísica.

2.5.1. E se instala uma possibilidade

Quando cheguei ao leito, Renato encontrava-se lendo um livro [não me recordo agora qual era, mas ele parecia bem entretido naquilo]. Fiz as apresentações formais e perguntei como ele se sentia. Foi bastante enfático quando me respondeu: “*Cara, eu não to bem!*”. Descobri a essa altura que o médico falou a Renato sobre a suspeita de que ele pudesse ter aids. Simples assim. Aquilo havia desconstruído a organização e o equilíbrio psíquico do rapaz. Esse primeiro contato com Renato me fez pensar em como seria receber um diagnóstico antes de ele ser definido. Porque foi o que aconteceu. Era como se esperasse por um julgamento, uma sentença. Como seria para um paciente, além de ser paciente, ser suspeito de algo? Que crime teria cometido?

Nesse dia, falamos sobre essa possibilidade instaurada pelo médico. Disse-me que se realmente estivesse com aids [sim, ele nomeou a doença!], isso representaria para ele o fim. Não iria fazer o tratamento. Preferia se isolar em um lugar, uma praia [foi o que disse] e lá ficaria até morrer. Como que acusado de um crime, Renato estaria disposto à clausura e à solidão como *fim* para o seu sofrimento. A verdade é que seu *supereu* entrou em ação culpando-o.

⁶ Nome fictício. Originário do Latim, Renato significa Renascido.

⁷ Ala do hospital reservada aos portadores de doenças pulmonares e correlatas. Renato foi diagnosticado com pneumocistose, além de HIV.

Renato falou, a certa altura, uma coisa que me chamou a atenção. Disse ter morado em outra cidade, onde foi acometido diversas vezes por malária. E sempre iniciava o tratamento, mas nunca o terminava. Disse que quando se sentia bem, abandonava os medicamentos. O mesmo ocorreu com uma úlcera duodenal, que nunca foi tratada. Sobre isso, falei que me chamou atenção, pois, sabendo da possibilidade diagnóstica, Renato parecia falar que não faria nenhum tipo de tratamento. Quando chegamos a falar dessa possibilidade, ele confirmou minha desconfiança. Em suas palavras, “*pra mim vai ser o fim, cara, eu não vou tratar...*”. Se Renato não levava nenhum tratamento até o fim, porque levaria este em que o fim era a morte? Uma indicação para o abandono nos tratamentos pode estar, talvez, no campo da autossuficiência neurótica. “Sentir-se melhor” reforçaria a onipotência narcísica de Renato, levando-o a abandonar os médicos e o tratamento.

Seu discurso, muito bem organizado, apenas se perdeu quando começou a falar da família. Renato mora com as irmãs e a mãe. Sua família é toda evangélica. Mas, e ele, professava alguma religião? Disse ser agnóstico; que não acreditava em muita coisa. Para ele o futuro reservava apenas o fim. “Há 200 milhões de anos (sic), a Terra era dominada pelos dinossauros que simplesmente, num dia de sol [ou chuva, quem sabe?] desapareceram”. Falou que acredita na evolução da humanidade a partir de uma outra civilização, como a egípcia, e que, tal qual os dinossauros, desapareceu. Para ele, esse era o destino. Acabar um dia. Simplesmente. Falou de outras civilizações pra ilustrar sua opinião. Incas, Maias e Astecas. Continuou dizendo que acredita que essa nossa civilização está prestes a terminar. Mas, que o ciclo se renova. Outra irá aparecer. Segundo ele, homens com poderes de levitar e fazer teletransporte. Os carros seriam como nos Jetsons⁸.

Seria essa menção ao “fantástico” uma expressão idealizada da esperança de uma cura milagrosa do qual seria ele beneficiado? Acredito que essa “encenação” foi uma forma que ele encontrou de expressar que não queria morrer – por isso a ideia sobre o destino da vida. Talvez, seu discurso tenha sido retirado de alguma leitura, ou de várias, que tenha feito anteriormente. Afinal, ele sempre estava lendo antes de começarmos os atendimentos. Suponho que, pela possibilidade diagnóstica que lhe foi jogada no peito [lugar onde mais sentia a dor], ele precisou estruturar uma defesa, uma possibilidade de futuro. Mas, uma

⁸ The Jetsons: série de desenhos animados, criados e produzidos para a TV pela Hanna-Barbera, onde as personagens vivem no futuro.

possibilidade no desconhecido, mesmo afirmando que o natural é morrer, é o fim das civilizações, depois vem outra, um renascimento. Com isso, criou uma forma de buscar "conforto"... não no discurso religioso, mas no discurso científico, no [dis]curso de História.

Esse primeiro contato com o diagnóstico, antes mesmo de ele ser confirmado, colocou Renato em estado de desamparo. Ele me colocava aquela possibilidade como o fim. Ao dizer que “*se eu tiver com HIV, cara, é o fim, eu to morto (...) e minha família morre comigo*”, ele estava falando em aceitar a morte naquele diagnóstico. Mas, que culpa tamanha era essa para ser condenado à morte sem recorrer a nenhum tipo de *defesa*? Renato viajou pela História até chegar ao futuro que, para muitos seria desconhecido, para ele não o era [mesmo sendo]. Dessa forma, diante do umbral das terras infernais, ele se pôs a ler, com Dante: “Antes de mim, não foi criado mais nada senão eterno, e eterno eu duro. Deixai toda esperança, ó vós que entraís” (DANTE, A Divina Comédia).

2.5.2. Um outro que vem de fora e fala do corpo [...]

As marcas da aids se inscrevem no corpo, num corpo suscetível ao pecado e ao castigo. Pelo castigo, surge a culpa⁹ do pecado no diagnóstico. É no corpo que é desenvolvida a contenção/libertação das potencialidades criativas da humanidade. E como é experimentado isso no corpo? A aids, além de estar no corpo, vem por uma via ‘ilícita’. É uma ‘coisa’ proibida no corpo. A doença passa a ser vista, então, como castigo, passível de cura por milagre, já que o corpo é visto como instrumento do pecado. Em contrapartida, existe algo no corpo que nos escapa no desejo.

Como se mo perguntasse: “Será que vão ver a aids no meu corpo?”. Renato faz referência à história do cantor Cazusa. Pergunta se é aquela figura que tomará conta de seu corpo. Se seus cabelos cairão, se perderá peso. Renato parece visualizar mais a cena de

⁹ Para Freud (1927), a culpa é inevitável ao ser humano. Ela é vivida como um sentimento que liga o eu e o outro e habita o campo da ética tão cheio de problemas. A imagem do assassinato do pai é o nó do sentimento de culpa e o lugar onde se pode desatá-lo. Se nesse texto temos a fundação da culpa na pré-história, Freud funda em Moisés e o Monoteísmo a culpa na história. A culpa representa o nó psíquico universal ligado ao complexo de Édipo. Para Marta Gerez-Ambertin (1993), desde o nascimento da psicanálise pode-se encontrar a tríade parricídio, culpa e punição, tanto na teoria como na clínica dos primeiros casos de Freud.

rapaz sem corpo, sem forças, sem vida. Onde a aids está circunscrita? Qual o lugar que a aids ocupa? É o corpo que aloja a doença; é o corpo que ela destrói. A sexualidade pode ser aterradora/amedrontadora, pois existe, anterior a ela, algo castrador.

2.5.3. Em que direção seguir?

Entre o primeiro e o segundo atendimentos houve o intervalo de um fim de semana. Na segunda-feira, ao voltar ao leito de Renato, ele foi logo dizendo: *Estou arrasado!!! Não sei o que fazer...* Nessa sessão, muitas perguntas refletiam a angústia do paciente. Perguntas que ainda não poderiam ser respondidas. Do tipo: *Como é que eu vou contar pra minha família? Como o menino lá vai reagir?* Renato diz-se bissexual, tendo um namorado com que se relaciona há cerca de um ano.

Diante do diagnóstico, o paciente pode reagir das mais variadas formas. E todas essas formas devem ser trabalhadas de modo a oferecer ao paciente uma escuta delicada. O resultado do exame de HIV não é recebido como diagnóstico de uma doença, mas como a sentença de uma culpa. Traz consigo o peso do estigma social e as marcas contemporâneas da morte. Enfrentar a aids é enfrentar toda uma sociedade carregada de preconceitos. É colocar o corpo à disposição do julgamento moral/social.

Moreira (2002) ressalta a necessidade de se oferecer uma escuta atenciosa, uma vez que pouco se conhece sobre os efeitos produzidos pelo imaginário “aids igual à morte”. Em suas palavras:

“Essa nova figura do imaginário parece criar uma identidade insuportável para muitos, e tenho, sem dúvida como tantos outros que têm se dedicado à clínica nesta época de aids, observado que há uma fantasia que se configura como a um condenado, alguém a quem a sentença fatal foi proferida” (MOREIRA, 2002, pp. 18-19)

Aceitar a possibilidade da morte era deixar desabrochar, pelo oráculo, a ferida imposta a Narciso. Talvez, essa aceitação da finitude do eu (que vai de encontro à onipotência narcísica) tenha transformado o discurso do paciente. A aterradora visão da morte converteu-se na possibilidade do tratamento.

Renato reclamava-me que havia sido marcada uma avaliação da infectologia, mas que isso ainda não tinha ocorrido. A angústia, agora, voltar-se-ia para um imediato início de tratamento. O que eu supunha um fator importante para o fortalecimento dos mecanismos de enfrentamento do eu perante a doença. Nessa ocasião, Renato falou ter conversado com uma das irmãs por telefone. Repetindo suas palavras: “... *olha, avisa aí em casa que a doença que eu tenho é grave, é séria, mas que tem tratamento, que eu vou poder viver normalmente se fizer o tratamento direito...*”.

3. Os Cenários da aids

Quatro décadas após a confirmação do primeiro caso de HIV/aids registrado no Brasil, mesmo com o crescente avanço tecno-científico no tratamento e na ampliação da qualidade e do tempo de vida das pessoas portadoras do vírus, a aids ainda está configurada como um grave problema de saúde pública. Com a descoberta e identificação do vírus e dos canais de transmissão específicos, uma nova e abrangente ameaça de morte vinculou-se às práticas sexuais. Ao prazer de se fazer sexo, somou-se o risco de contaminação e morte em larga escala. Ou seja, à aids associou-se a morte. Dessa forma, parece ter sido criada uma barreira para a revolução sexual em curso desde os anos de 1960.

Lima e Moreira (2008) ressaltam que o aumento da epidemia do HIV/aids 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, fato este que caracteriza seu reducionismo, relacionando-o com a ineficácia das ações de prevenção. Para as autoras, a reação à aids está para além de uma resposta adequada de medo diante de um perigo.

A catástrofe da aids aponta para a necessidade imediata de limites referentes tanto ao corpo, quanto à consciência. Mas a reação à aids é mais do que uma resposta apropriada de medo a um perigo concreto. Ela também manifesta um desejo positivo, o desejo de limites mais definidos ao comportamento individual (LIMA & MOREIRA, 2008, p. 110).

Assim, é importante pensar o corpo não somente como movimento de massas e sim como um corpo amado e odiado, um corpo erógeno, onde a aversão aos prazeres, na cultura judaico-cristã, transforma-o em prisão da alma e instaura, assim, uma marca. A imagem do corpo é marcada pelo outro. É nesse corpo fragilizado que se instauram as marcas das perdas para o indivíduo. Perda de peso, perda da saúde, perda do corpo, perda da vida. Os estigmas da doença sangram nas mãos, nos pés e na cabeça de quem adoece. Há, por assim dizer, a emergência de uma hemorragia narcísica devido ao impacto do diagnóstico que se sobrepõe àquele que o recebe.

Para Moreira (2002), as angústias geradas pela hospitalização, o afastamento da família e do trabalho, o preconceito social frente à doença (que no caso da aids são

consideravelmente mais intensos) geram conflitos psíquicos e mecanismos de defesa, como os de negação da doença e de recusa do tratamento. A resistência imposta ao tratamento médico e multiprofissional também necessita de uma abordagem psicológica, já que pode conduzir ao agravamento do quadro clínico. Estes movimentos psíquicos podem estar associados à insuficiência do aparelho psíquico para o enfrentamento da intensidade das forças mortíferas em ação e à violência primordial que ameaça sua existência física e, em qualquer caso, também da espécie humana. A insuficiência imunológica psíquica (BERLINK, 2000) pode ocorrer em certos casos em que o sujeito é tomado por um intenso desamparo. Para Levy e Moreira (2008):

[...] o desamparo, a transferência e a hospitalização estão absolutamente interligados, pois acreditamos que mesmo no espaço institucional, em condições diferentes da clínica psicanalítica tradicional dos consultórios, a psicanálise tem possibilitado ir além do alívio dos sintomas, na direção de novos questionamentos clínicos e teóricos [...]. Possibilitar a escuta no hospital nos conduz a um território que vem sendo explorado, na medida em que as formulações teóricas de Freud se sustentam e, surpreendem, na prática da psicanálise nos leitos e ambulatórios de hospitais gerais.

A aids marca o corpo de uma determinada maneira, que o diagnóstico é, muitas vezes, encarado como uma sentença de morte, fazendo com que o paciente carregue consigo a culpa por uma espécie de pecado mortal. Essa marca do corpo reflete, também, questões ligadas ao reconhecimento de impotência ou finitude: é o corpo que adoece e morre; é nesse corpo que se expressa a punição pela culpa associada ao diagnóstico (culpa por ter vivido sua sexualidade). Maculado pela cera quente, Eros faz com que se conheçam as terras infernais ao mesmo tempo em que se divide pelo resgate. Para Freud (1914), o ponto mais vulnerável do sistema narcísico é a condição mortal do eu, a qual desconstitui a fantasia de onipotência e imortalidade.

As representações da aids como “doença do outro” ainda estão ainda presentes nas explicações morais ou religiosas, implicando mecanismos de negação e de projeção do risco para longe de si próprio – direcionando para os homossexuais, prostitutas e travestis, ou para os pecadores, promíscuos, imorais. Na maior parte das vezes, estas representações reforçam a idéia de grupos de risco, tão presente no imaginário social no início da epidemia da aids, ou a idéia de grupos e pessoas mais vulneráveis ao vírus, moralizando seus comportamentos.

O advento de um novo paradigma para se entender a expansão da epidemia, trouxe mudanças conceituais e políticas para o delineamento das estratégias de prevenção e tratamento, mesmo que não se possa negar o caráter extremamente assustador da aids, ainda nos dias de hoje. O imaginário social da aids, ainda é marcado pela associação com a morte, por ser uma doença sem cura.

3.1. O Imaginário Social da aids

Desde o começo da epidemia, a aids esteve associada a grupos que carregaram consigo o peso do estigma social atrelado à doença. Mesmo com o avanço no conhecimento sobre a aids, parece que a via sexual de contágio foi a que mais se fez presente no imaginário social da população brasileira sobre a epidemia. As primeiras notícias atrelavam a aids exclusivamente aos homossexuais. A “praga gay” como foi chamada nos Estados Unidos, e se espalhou pelo mundo, foi responsável pelo aumento do preconceito aos grupos chamados de risco. Em 1982, já se havia adotado o nome Doença dos 5 H, representando os homossexuais, os hemofílicos, os haitianos, os heroínômanos (usuários de drogas injetáveis, principalmente a heroína) e as hookers (nome dado em inglês às profissionais do sexo).

Para Marques (2003), o aparecimento da aids foi sucedido por uma sensação de descontinuidade de um processo que parecia inevitável na sociedade moderna, a erradicação das principais doenças epidêmicas com o aparato tecnológico sanitário, uma vez que o pânico maior foi causado pelo reconhecimento de limitação de uma medicina tida como poderosa nesse sentido (p. 26). A autora argumenta que a aids veio anular a ideia de que as doenças infectocontagiosas havia terminado, já que o mundo tinha visto a erradicação da varíola e das principais doenças desse grupo no mundo desenvolvido.

Essa sensação de descontinuidade, criada a partir da doença estrangeira, possibilitou ao imaginário social da aids a relação direta com a morte em larga escala. O desconhecimento da doença foi ponto de partida para desentendimentos que geraram mais

desentendimentos sobre a nova doença. A aids surge no Brasil num momento histórico de mudanças sociais, um processo conturbado e lento de reestruturação do país.

Com a entrada na redemocratização do país a partir da década de 1980, o Brasil teve conhecimento de uma nova doença que se espalhava pelo mundo e que matava várias pessoas pelos Estados Unidos. Uma doença estrangeira que não ameaçava o país, mas que mantinha os olhos atentos para grupos considerados de risco pela sociedade. Uma doença que trouxe uma nova marca social para o preconceito, ao culpabilizar certas minorias como causa de uma possível expansão da doença misteriosa. A imprensa, que teve grande papel na difusão do imaginário que se criou sobre a aids, saía de uma época de cortes e censuras promovidos pelos governos militares, em que se falar de camisinha e DSTs ainda era perturbador. Ainda assim,

a mídia (...) trouxe a público um problema que em pouco tempo se tornaria um dos grandes desafios à saúde pública brasileira. Ao difundir o aparecimento da aids, a imprensa também divulgou e deu destaque às reações de preconceito, medo e moralismo que ocorreram simultaneamente ao surgimento da infecção na sociedade americana e, mais tarde, em outras partes do mundo (MARQUES, 2003, p. 65).

Para a autora, o papel da imprensa brasileira precisa ser visto sob dois aspectos. O primeiro aspecto diz respeito à influência positiva como meio de informação, e também como alerta para o surgimento da aids no país, despertando, assim, o interesse tanto de profissionais de saúde como de grupos sociais que começaram uma mobilização diante das notícias sobre a doença. Por outro lado, um segundo aspecto, diz respeito ao fato de a mídia ter servido como veículo de criação de metáforas e sentidos sob os quais a história da aids foi erguida no Brasil. As notícias, ao destacar termos como “câncer gay”, ajudaram a criar um comportamento coletivo de preconceito, moralismo, medo e até de indiferença diante da epidemia da aids. Entretanto, como afirma a autora,

o papel da imprensa foi significativo, principalmente no período inicial da epidemia, na rede de pressões que se instalou para cobrar do governo ação efetiva ante o avanço da doença, bem como nas denúncias de omissão, violência e ações preconceituosas, cujos alvos eram os chamados grupos de risco ou pacientes de aids. A imprensa atuou como canal de denúncia, de expressão e de divulgação de ações dos diferentes setores e entidades ligados à aids no Brasil (MARQUES, 2003, p. 106).

Vejam algumas das notícias veiculadas no Brasil nessa época.

3.1.1. A aids torna-se notícia...

No dia 11 de dezembro de 1981 o jornal *O Globo* publicou uma matéria intitulada *Doença misteriosa leva à morte os homossexuais* onde se apresentava uma “nova” doença, até então completamente desconhecida pela medicina. Segundo o jornal, “homossexuais masculinos, em particular os viciados em drogas, *estariam* sujeitos a uma enfermidade misteriosa, que *reduziria* a imunidade natural às infecções e, com frequência, *levaria* à morte”. Percebe-se como a aids esteve vinculada diretamente à homossexualidade masculina, pelo menos foi o que a mídia conseguiu articular em torno da doença naquele momento. Foram vários textos produzidos nesses termos. Mas não é meu objetivo discutir esses textos. Utilizarei apenas para apontar como se construiu o discurso científico sobre a doença e a forma como esse discurso foi encarado socialmente.

No ano seguinte, a revista *Veja* publicou o *Mal particular*. Segundo essa reportagem, o médico brasileiro Elsimar Coutinho afirmava que a nova doença seria causada pelo consumo exagerado de hormônio estrógeno. A declaração de Coutinho foi feita na Revista londrina *The Lancet*. No final da matéria, uma outra explicação para a “praga gay”, como os americanos vinham chamando a nova doença, era o “desgaste do organismo dos homossexuais – minados pela enorme quantidade de infecções a que estariam expostos, em razão da natureza promíscua de sua atividade sexual” (VEJA, 14 de julho de 1982, p. 76).

Em matéria de 6 de abril de 1983, a revista *Isto É* apresenta uma outra relação da aids: a doença do estrangeiro. A matéria intitulada *Tragédia venérea: o mal dos homossexuais americanos* trouxe declarações de que não se tinha notícias de casos da doença no Brasil. Porém, no mesmo ano já se noticiava a ocorrência de casos em São Paulo. Aparece pela primeira vez a sigla AIDS para designar a doença misteriosa.

Em 15 de junho de 1983, a revista *Veja* publica a matéria *O enigma que mata* onde afirma que a aids avança nos Estados Unidos e faz sua primeira vítima no Brasil. Na

reportagem de 4 páginas é anunciada a morte de Markito – Marcos Vinícius Resende Gonçalves, ocasionada pela aids. Ele “estava magro – caíra dos seus 55 quilos normais para 38 –, sentia grande fraqueza, passava por uma crise de diarreia e tinha manchas vermelhas nas pernas”. A aids é apresentada como “surgida nos Estados Unidos em 1979 e diagnosticada em 1981, a doença consiste basicamente numa queda geral de imunidades, que deixa o paciente vulnerável a contrair variadas espécies de infecções. Como verificam os médicos, ela ataca principalmente homossexuais como Markito”.

O costureiro Marcos Vinícius Gonçalves, morreu nos Estados Unidos, quando se submetia ao tratamento da aids. Markito, como era conhecido, era branco, homossexual, com frequentes viagens ao exterior, usuário de drogas. Essa era a cena perfeita para que a aids não fosse associada à heterossexualidade. O imaginário a associava cada vez mais com um *grupo desregulado, promíscuo e imoral*.

A matéria continua afirmando que essa preferência em relação às vítimas fez supor que ela fosse exclusiva dos homossexuais, tanto que entre os americanos a doença ganhou o nome popular de “praga gay”. Porém, mesmo com as causas ainda desconhecidas, sabe-se que a aids ataca também “fora do território gay” e age de maneira devastadora. Verificou-se também casos confirmados de aids entre haitianos, hemofílicos (e receptores de sangue por transfusão) e usuários de drogas injetáveis. Nesse ano, porém, 36 casos confirmados não pertenciam a nenhuma “dessas categorias” e não apresentavam “qualquer outra das características identificadas como “fatores de risco”. Daniel (1991) afirma que a aids foi apresentada como um mistério, algo que transcendia a capacidade tecnológica do mundo moderno e que estabelecia a morte como elemento praticamente definidor (p. 31, nota de rodapé). A aids evidenciou, dessa maneira, a impotência da medicina diante do sentimento de imortalidade, próprio do sistema narcísico.

Um conselho é apresentado pela reportagem que “baseados na estatística, podem ser dados, em todo caso, a quem quer se prevenir contra a doença. Por exemplo: evitar a promiscuidade. Com informações recolhidas em todo o território americano, por meio de uma rede de 100 médicos que recrutou para esse serviço, o Centro de Controle de Doenças de Atlanta chegou à conclusão de que a aids não se caracteriza apenas por preferir os homossexuais, mas, entre eles, ataca principalmente os homossexuais promíscuos, aqueles que trocam frequentemente de parceiros e se permitem outros excessos”.

A aids era vista como uma doença que não representava risco para o *cidadão comum brasileiro*. Era uma doença dos ricos norte-americanos, homossexuais. Mas, o que era de fora acabou por resolver migrar. Atingindo o Brasil, e mesmo não sendo mais a doença estrangeira, a aids continuou sendo a doença do outro, principalmente pela relação que se estabeleceu como doença homossexual.

Uma nova reportagem sobre a aids é publicada na revista *Veja* sob o título “A síndrome do medo” em que afirma que a fatal doença causa alarme e altera radicalmente a vida da comunidade gay. A matéria de 6 de julho de 1983 mostra o contraste provocado pela nova doença, ao comparar o número de participantes da Marcha do Orgulho Gay ocorrida em San Francisco (EUA) - que contou com cerca de 200 mil pessoas - às maiores manifestações ocorridas contra a guerra do Vietnã em 1969 na cidade de Washington (EUA) que reuniu 300 mil pessoas, ou a passeata contra as armas atômicas em Bonn (Alemanha) que levou às ruas 300 mil pessoas, aproximadamente, em 1981.

Ao mesmo tempo em que a nova doença parece ter mobilizado de forma tão maciça os homossexuais, mudanças de comportamento puderam ser notadas no tocante ao contato com os "grupos de risco". A reportagem mostra, por exemplo, a recomendação de que dentistas usassem luvas e máscaras ao atender pacientes dos "grupos de risco". Segundo a reportagem, o mundo estaria em um momento de histeria, já que a doença continuava avançando pelo mundo. No Brasil, já haviam cinco casos confirmados.

Em 2 de maio de 1984, a revista *Veja* apresentou uma reportagem (*A chave da aids*) sobre a identificação do vírus responsável pela misteriosa doença. Nos últimos três anos, a aids já havia feito mais de 1700 vítimas só nos Estados Unidos, mas com as recentes descobertas um sinal de esperança parecia surgir. O americano Robert Gallo, do Instituto Nacional de Saúde de Bethesda, Maryland, e o francês Luc Montagnier, do Instituto Pasteur em Paris, anunciaram ter descoberto o vírus causador da aids. Acreditou-se que com a descoberta, no prazo de dois a três anos, o mundo já teria uma vacina contra o vírus da aids.

Em 14 de agosto de 1985 foi publicada na revista *Veja* a matéria *A multiplicação do mal: a aids se espalha*. “Durante o dia inteiro ele ficou sobre a maca sem que algum lhe prestasse atenção. Magro, olhar perdido num ponto indefinido do teto, as mãos esqueléticas movendo-se de forma lenta, mas desordenada como as de um recém-nascido. Já não podia falar”. Assim a reportagem descreve o sofrimento de um rapaz à espera de um leito. E essa

cena pareceu se repetir pelos hospitais do país, ilustrando de forma trágica a maneira como as autoridades vinham encarando a aids no Brasil. “Trata-se de uma doença preocupante, mas não prioritária”, afirmou o então ministro da Saúde Carlos de Sant’Anna. A doença matou até esse ano 181 pessoas no Brasil, sendo 133 só em São Paulo, e o restante no Rio de Janeiro. Outros 11 estados apresentaram casos não fatais da doença.

3.1.2. A aids torna-se epidemia...

“Irmãos, vocês merecem a desgraça...”
(Camus, 1947)

Em 1985, já havia o reconhecimento que a aids havia se transformado em epidemia no país. Mas, ainda assim, o então Ministro da Saúde Carlos Sant’Anna declarava que a doença não era caso de prioridade.

A aids é preocupante, mas não prioritária para o país. Somos cento e trinta milhões de brasileiros e temos cinco milhões infectados com doença de Chagas, cerca de oito milhões com esquistossomose, mais de quatrocentos mil com malária, duzentos e cinquenta mil com tuberculose e trezentos mil com lepra. Com aids, só temos confirmados quatrocentos casos.

Essa declaração foi feita em entrevista coletiva no ano de 1985, e mostra claramente como as autoridades vinham encarando a epidemia de aids no Brasil. Como se imaginava que a doença era restrita a alguns grupos minoritários da sociedade, não se considerava caso de política pública de saúde o atendimento aos pacientes infectados pelo HIV, mesmo como reconhecimento de que a doença havia ganho o *status* de epidemia no país.

No texto *A terceira epidemia: o exercício da solidariedade* preparado para o projeto *Aids and Discrimination* do Panos Institute de Londres, e editado no livro *Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas*, Hebert Daniel e Richard Parker indicam que, segundo o Dr. Jonathan Mann, da Organização Mundial de Saúde, há pelo menos três fases da epidemia de aids. A primeira seria a epidemia da infecção que penetra despercebida na comunidade.

A segunda seria a epidemia das doenças infecciosas que se instalam em decorrência da imunodeficiência provocada pela aids. A terceira seria a epidemia das “reações sociais, culturais, econômicas e políticas à aids” (p. 13).

Para os autores, a aids foi encarada como um problema secundário, relativamente insignificante em comparação com dilemas sanitários mais complexos, ou estatisticamente mais relevantes. A gravidade da epidemia teria sido minimizada pela visão que considerava a aids uma doença exclusiva de uma minoria social, por um lado como membro de uma “elite” limitada, e por outro, como fundamentalmente, “marginal” dentro da estrutura global da sociedade (p. 14).

As distorções sobre o entendimento da aids provocaram, quase sempre, o aumento do preconceito e das discriminações dando origem ao que pode ser descrito como uma síndrome de culpabilização e acusação (p. 15). Os autores afirmam que, desde suas origens, a aids e sua história têm sido marcadas pelo medo, pelo preconceito e pela injustiça – uma síndrome de culpabilidade e acusação que, em última instância, é tão perigosa quanto a mais conhecida síndrome de imunodeficiência adquirida (p. 25).

Na 5ª Reunião¹⁰ Nacional sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, foram apresentados registros de 415 casos de aids confirmados, além de 201 mortes pela doença. Foi nesse ano que a revista *Veja* apresentou a imagem¹¹ de um rapaz norte-americano deitado em uma maca, segurando o cigarro. Imagem que parece ter tomado o imaginário popular sobre a doença. Desenganado pelos médicos, Robert Doyle foi abandonado pela família e pela namorada. Aos 32 anos, sem ter onde morar, Doyle tinha uma expectativa de vida de apenas seis meses. Sem conseguir se internar em nenhum hospital, ele acabou em um motel, onde recebia um hambúrguer do lado de fora da porta do quarto. Os funcionários se recusavam a entrar. Foi recebido por várias famílias, mas precisava abandoná-las quando sua presença começava a gerar pânico. Até ser recebido por uma pequena família formada por duas crianças e três adultos, um dos quais também portador de aids. Ao ser internado pela última vez, Doyle apenas conseguiu pedir aos médicos para não tentarem ser heróicos: “Não prolonguem meu sofrimento”, disse ele.

¹⁰ Relato dos Trabalhos, Brasília, 10 de agosto de 1985, p. 20

¹¹ Essa foto foi publicada em reportagem de 14 de agosto de 1985.

No imaginário social da aids:

[...] essa imagens dominaram as precoces discussões sobre a epidemia e continuaram a desempenhar um papel central na concepção popular de aids. Como em certas partes da Europa e dos Estados Unidos, a epidemia rapidamente tomou a forma (no que pode ser descrito como imaginário social) de uma espécie de “praga gay” ou “câncer gay” que estaria basicamente limitado ao que já se constituía como um dos mais nitidamente marginalizados segmentos da sociedade brasileira contemporânea. Associada, como foi, por outro lado, com as vidas de alguns indivíduos, relativamente muitos poucos, viajantes e ricos, podia ser facilmente descartada, mesmo pelos responsáveis de saúde pública no mais alto escalão, como uma doença que atingia apenas uma elite limitada que requeria muito pouca atenção da ação governamental e nenhuma alocação significativa de recursos financeiros (DANIEL & PARKER, 1991, p. 17-8)

Na reportagem da revista *Veja* de 14 de agosto de 1985, é apresentado o triunfo da morte, “uma das várias e formidáveis ironias surgidas no bojo da explosão da aids (...): fazer o mundo recuar e recuperar a velha tradição histórica de não apenas se lamentar ou combater a doença – mas também condenar o paciente. Ou, por outra, de fazer com que o paciente não apenas sinta os efeitos da moléstia – mas também o seu estigma”.

A noção de *grupo de risco* fortaleceu a ideia de que perante a doença todos são diferentes, criando no imaginário social a noção de que a ‘nova’ doença era exclusiva para alguns indivíduos ou grupo deles. Um impacto, porém, a essa categorização veio com a confirmação de hemofílicos soropositivos. Em 1985, o número de hemofílicos soropositivos já era significativo. Dessa forma:

O conceito de grupo de risco resultou em forte discriminação contra aqueles enquadrados nesse grupo e numa despreocupação com a prevenção daqueles que, por estarem fora do grupo de risco, eram considerados imunes (NASCIMENTO, 2005, p. 106).

A partir de então, a aids se apresenta como o inimigo comum. É necessária, agora, uma batalha dolorosa e demorada contra as investidas desse “novo” inimigo. Mas ainda não existem armas capazes de detê-los. Em 1987, sai mais uma da série de reportagens sobre a aids. A revista *Isto É* disponibiliza a matéria *No front da aids*, e apresenta os soldados da aids. A metaforização da doença como um *inimigo* e a utilização de armas para enfrentá-la foi um dos aspectos discutidos por Sontag (1977[2007]) no texto *Doença como metáfora*.

Sontag se propõe, em seu texto, analisar “as fantasias sentimentais ou punitivas” relacionadas ao “reino dos doentes”. A tese da autora é de que a doença não deve ser encarada como uma metáfora e que a maneira “mais saudável de estar doente” é resistir a esse pensamento. Mesmo que consideremos essa tese, não podemos deixar de lado o fato de que a doença provoca uma cisão, tal qual uma metáfora, na vida de quem adoece. No caso da aids, na atualidade, assim como foi com a tuberculose e o câncer, existe um imaginário que marca a doença. A aids coloca a sociedade frente às suas próprias limitações. A aids veio vestida com a roupa da morte.

Nesse sentido, Sontag escreve que a “morte é hoje um fato ofensivamente sem sentido, (do mesmo modo que) uma enfermidade é vista em larga medida como sinônimo de morte é vivenciada como algo que se deve esconder” (p. 14). Mas, até que ponto se pode esconder (ou evitar) a morte? A autora continua, afirmando que a “negação da morte não explica a amplitude da mentira e do desejo de não saber a verdade; não toca o pavor mais profundo” (p. 14).

Em outro texto, Sontag argumenta que a doença é “encarada como a invasão de organismos alienígenas, aos quais o organismo reage com suas próprias operações militares, tais como a mobilização de *defesas* imunológicas, e a medicina passa a ser *agressiva*, como na linguagem da maioria das quimioterapias” (SONTAG, 1988[2007], p. 84). A ideia da doença como *o inimigo* leva à atribuição de culpa ao paciente, ainda que este continue sendo encarado como vítima. Esse aspecto é retomado mais à frente quando a autora afirma: “Toda sociedade, ao que parece, precisa identificar uma determinada doença com o próprio mal, uma doença que torne culpadas as suas vítimas” (SONTAG, 1988[2007], p. 89).

Sontag apresenta a ideia da doença como algo estrangeiro, característica da visão comum da peste, vindo invariavelmente de outro lugar. Para a autora, o estranho é igual ao *não-nós*, já que a doença é uma espécie de invasão. Assim, a peste não é nada mais, nada menos que um evento exemplar, uma irrupção da morte que confere à vida sua seriedade, uma vez que as doenças mais temidas, as que não são simplesmente fatais, mas transformam o corpo em algo repulsivo (...), parecem mais suscetíveis a ser promovidas à condição da “peste” (p. 113). Para Sontag, a peste é a principal metáfora na qual a epidemia da aids está inserida. Assim, a peste é vista como a condenação social da própria sociedade,

e tem um duplo sentido: apresenta a doença como castigo e como ameaça. Em suas palavras:

A aids parece ter o poder de alimentar fantasias sinistras a respeito de uma doença que assinala vulnerabilidades individuais tanto quanto sociais. O vírus invade o organismo; a doença (ou, na versão mais recente, o medo da doença) invade toda a sociedade (SONTAG, 1988[2007], p. 128).

Dessa forma, podemos passar a trabalhar a relação da aids com a manifestação da sexualidade, já que, como afirma Sontag (1988[2007]), a aids apresenta todas as formas de sexualidade que não a união monogâmica estável como promíscuas (e portanto perigosas), assim como divergentes. O medo diante da sexualidade aparece como um novo registro, patrocinado pela ciência, do medo no qual todos vivemos: *medo da taça de comunhão na missa, medo da sala de cirurgia, medo do sangue contaminado, seja do sangue de Cristo ou do próximo* (SONTAG, 1988[2007], p. 134).

3.2. Do risco à vulnerabilidade

Ao tratar dos grupos de risco, Querolin Neto (1989) busca as significações do vocábulo *risco* e encontra uma que me chama a atenção, em particular: “perigo ou possibilidade de perigo”. Então, conclui que “grupos de risco são esses que o meio social supõe que possam apresentar algum perigo para os que a ele não pertencem”. E eu completaria: aqueles que geram angústia. Dessa forma:

[...] a noção de risco é uma peça importante para entender as configurações da AIDS, uma vez que a relação entre risco e AIDS está presente desde o início da epidemia, evidenciando-se na tão divulgada (e enganosa) nomenclatura “grupo de risco” (LIMA & MOREIRA, 2008, p. 105).

As autoras argumentam que o próprio desenvolvimento da epidemia da AIDS revelou que não é possível supor a existência de grupos de risco, como se convencionou associar a aids aos grupos minoritários, principalmente os homossexuais, mas existiriam,

sim, práticas de risco, atestando, assim, a insuficiência nos saberes dedicados ao combate à aids (LIMA & MOREIRA, 2008). A noção de risco atestou, pelo discurso científico, a condenação de práticas não aceitas, que estariam ligadas diretamente ao aumento da epidemia, pautando o controle da doença em práticas que tentariam normatizar os comportamentos e o estilo de vida da população, principalmente no que diz respeito às práticas sexuais, sem levar em consideração o aspecto mais subjetivo da sexualidade.

A mudança conceitual, com certeza, importantíssima (não apenas para a prevenção e combate à aids, mas para o modo de encarar o imaginário que se estabeleceu sobre a doença), por pressão das evidências, fez com que a comunidade científica, não de bom grado, e parcela da sociedade civil, passasse a considerar não mais a existência de grupos, mas comportamentos de risco. Assim, a aids estaria posta como *risco* potencial de qualquer pessoa. Dessa forma, a mudança conceitual contrapôs ao conceito de grupos de risco a idéia do:

[...] comportamento de risco – conceito que se propunha a retirar o peso do estigma dos grupos atingidos pela noção inicial, já que universalizava a preocupação com o problema e colocava o indivíduo como sujeito ativo de sua prevenção” (POLISTCHUCK, 2010, p. 19)

Polistchuck (2010), argumenta que inicialmente, a aids começa a ser mencionada nos meios de comunicação brasileiros como uma doença "vinda do exterior", basicamente dos Estados Unidos da América e, em especial, de Nova Iorque. Para Daniel (1991), a aids foi anunciada antes mesmo de sua chegada ao Brasil, sendo que a imprensa, que acompanhou, sobretudo, o noticiário norte-americano sobre a doença, não deixou de colorir as notícias pelo seu exotismo. Alimentando a maioria dos debates públicos, a imprensa brasileira insitiu no lado mais provocante e enigmático da epidemia (DANIEL, 1991, p. 31). Como não havia casos registrados [ainda], era a própria aids que se tornava um 'caso', pela repercussão que tomava. O verdadeiro impacto da epidemia era puramente simbólico, traduzido numa determinada concepção de uma doença bizarra que vinha de terras estrangeiras (DANIEL, 1991, p. 34).

Para Sontag (1988[2007]), o comportamento *perigoso que produz a aids* está relacionado à irresponsabilidade, onde a sexualidade é taxada como divergente. Não podemos esquecer que a autora está falando do [no] final da primeira década em que a aids

ocupou o imaginário social. Percebe-se uma delicada associação de o que ela chamou de comportamentos perigosos com grupos perigosos, ou grupos de risco, como se convencionou chamar. Esses comportamentos perigosos podem ser melhor delineados se levarmos em consideração a transmissão sexual da aids:

Uma doença infecciosa cuja principal forma de transmissão é sexual necessariamente expõe mais ao perigo aqueles que são sexualmente mais ativos – e torna-se fácil encará-la como um castigo dirigido àquela atividade (SONTAG, 1988[2007], p.98).

A leitura desse texto serve para mostrar que esse tipo de relação que se estabelece entre a doença e o mal propagado por um grupo definido serve apenas para reforçar a ideia de que seria fundamental para a sociedade encontrar um culpado (ou grupo deles) que a isentasse em seus aspectos morais. Desde o início da epidemia, a aids foi concebida como o mal de um específico “grupo perigoso de pessoas diferentes” (leia-se, os homossexuais) e que por elas é transmitido. Este grupo estaria sendo punido por seu comportamento perigoso. Sontag avança em seu ensaio afirmando que *a ideia de doença como castigo é a mais antiga explicação da causa das doenças*.

Ainda assim, a marca imposta pela epidemia da aids está presente no imaginário social, colocando o paciente de HIV/aids em um lugar de hostilidade e preconceito. Para Polistchuck (2010), o estigma associado ao HIV é um produto social; e qualquer tipo de estigma exerce a função de reduzir a pessoa em algum sentido. Estigma é conceituado como algo que constitui uma diferença ou desvio, resultando em identidades "danificadas" nestas pessoas, sobre as quais são aplicadas regras e sanções. O estigma e a discriminação associados ao HIV/aids estão mais próximos do estigma sexual. Provavelmente, isso se dá devido à forma mais prevalente de transmissão e, ainda, pelo fato de o início da epidemia, sua descoberta e os primeiros discursos estarem associados à população homossexual masculina e, portanto, às sexualidades não hegemônicas, não normativas e estigmatizadas (POLISTCHUCK, 2010, pp. 17-8).

Para a autora citada acima, o estigma associado à aids apropria-se de estigmas pré-existentes associados a DSTs, homossexualidade, promiscuidade, uso de drogas injetáveis. Assim como a crença de algumas sociedades de que a infecção é por conta da culpa por praticar comportamentos inadequados socialmente. No final da década de 1980 surge a

noção de vulnerabilidade que "considera a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivas, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos" (POLISTCHUCK, 2010, p. 12)

Dessa forma, para a autora, o conceito de vulnerabilidade busca revisar o de responsabilidade, retirando a responsabilidade individual como a única causadora ou determinante de um desfecho ou resultado específico. Essa conceituação permitiria que o sujeito fosse encarado como responsável pela própria mudança, mas não necessariamente o único responsável. Esse conceito considera as várias instâncias sociais como concorrentes na constituição de fenômenos.

A autora argumenta que tal como a epidemia de HIV/aids passou por diversas fases, o discurso sobre a sexualidade também sofreu alterações nesses diferentes contextos. Para ela, a forma como a sexualidade é compreendida hoje em relação à epidemia não é necessariamente a mesma do início da década de 1980. Assim,

podemos falar da existência de uma abordagem da sexualidade que tem como pano de fundo não somente o risco e os comportamentos de risco, mas que pode ser enxergada dentro de um contexto mais complexo, levando em conta a história de cada pessoa, seus valores, suas escolhas, a cultura e a sociedade na qual está inserida. Uma sexualidade não destacada da vida, e não reduzida à via pela qual doenças podem ser transmitidas (POLISTCHUCK, 2010, p. 15)

3.3. A aids como Tabu...

Querolin Neto (1989) introduz seu texto com uma nota, no mínimo curiosa, como ele mesmo afirma, de que a aids veio “lembrar à humanidade que o exercício de existir traz consequências” (p. 11). Para o autor, a aids teria um efeito catalisador que operaria, por vezes, como uma lembrança encobridora. A aids nos faria esquecer coisas importantes que diriam respeito aos tabus. Eis o paradoxo apontado pelo autor nos tempos de aids. Ao mesmo tempo em que a doença vem lembrar as consequências do exercício de existir, ela obriga a esquecer, à medida que funciona como instrumento de “inibição de qualquer anseio legítimo” (p. 12).

O autor chama a atenção para o temor que nossa sociedade tem das consequências inerentes ao estranho; e se pergunta sobre o fato de a humanidade neutralizar esse temor. Para ele, esse temor se justifica como resultado da sociedade industrial que, tendo o lucro por objetivo maior, acaba por diluir o significado do que produz. Assim, vemos o surgimento de um espectro multifacetado da epidemia da aids.

O avanço tecnológico da medicina (criação de novos medicamentos, intervenções e terapêuticas), teria trazido um alívio às “consequências inerentes à sexualidade”, já que embora recalcada, a sociedade busca o prazer e tenta a toda a sorte evitar o desprazer. Doenças como a sífilis e a gonorréia passaram, assim, a serem entendidas como acidentes do percurso sexual, sem consequências maiores, uma vez que a indústria farmacêutica, com suas “pílulas mágicas”, apresentara um modo de lidar com o todo o tipo de infecções. Querolin Neto (1989), conclui, assim, que teria sido, enfim, selado que a sexualidade não tem consequências. No mesmo sentido, temos os argumentos de Sontag quando afirma que:

Os anticoncepcionais e a convicção, promovida pela medicina, de que todas as doenças sexualmente transmissíveis (bem como quase todas as doenças infecciosas) eram facilmente curáveis tornaram possível encarar a sexualidade como uma aventura sem consequências (SONTAG, 1988[2007] p. 134).

Como qualquer outra entidade patogênica/patológica, a aids é também um fenômeno cujos significados são construídos socialmente. Pondo uma barreira à revolução sexual, o vírus da aids maculou o ideal romântico do amor, e colocou a espécie humana mais uma vez diante do pecado primordial. Com a aids o homem experimentou

[...] o poder da estigmatização por trazer estampado em seu corpo as marcas de um modo de vida dedicado ao culto de uma paixão desmedida. Quer se trate de uma Marguerite Goutier ou de um anônimo parceiro da noite, o que está em questão é o desejo exacerbado, o impulso de uma paixão referenciada, não legitimada pelas instâncias sociais dominante (NASCIMENTO, 2005, p. 132).

Poderíamos equacionar o peso do estigma social na aids com a seguinte sentença: *o contato com o outro, estranho, produz a morte*. Mas, é isso que marca realmente a estigmatização do paciente de aids? Não é o que acredita Querolin Neto (1989), argumentando que, havendo cuidados, existe a possibilidade de relacionamento sexual mesmo com portadores do HIV. No final de seu texto, Querolin Neto (1989), ao discorrer sobre o estigma e o tabu, seguindo a perspectiva de Goffman sobre o estigma, apresenta o sujeito estigmatizado como aquele detentor de um sinal; aquele diferente; aquele estranho. Assim, salientando o aspecto universal do tabu (daquilo que ocorre no interdito), o autor aponta a aids como um tabu atual, e a pessoa acometida pela doença como um objeto *tabuizado* “porque entrou em contato, sem as devidas precauções, com um tabu relacionado à sexualidade e/ou ao sangue e, com isto, se tornou também tabu, sagrado e impuro (p. 63).

A moral dominante nunca aceitou de bom grado a homossexualidade. Apesar do surgimento da noção de comportamentos de risco, muitos homossexuais foram e continuam sendo acusados seja por culpa, por coação social, por julgamento moral, ou pela ação conjunta desses fatores. A aids veio acrescentar um obstáculo a mais no que concerne à escolha de um objeto necessária à constituição do sujeito, no sentido freudiano.

A partir da prática clínica, as investigações de Freud acerca das causas e funcionamento das neuroses, levaram-no a perceber que a maior parte dos desejos reprimidos de seus pacientes estava relacionada a conflitos de ordem sexual. Para ele, esses conflitos estariam localizados nos primeiros anos de vida dos indivíduos. Dessa forma, a infância guardaria experiências de caráter traumático que se configurariam como origem de sintomas notados nos adultos. Essas evidências estabeleceram um marco nas descobertas freudianas, localizando a sexualidade no centro da vida psíquica.

A sexualidade é construída a partir da interação entre as possibilidades particulares e a cultura na qual o indivíduo está inserido. Ela seria, então,

o resultado de um longo percurso pulsional que repousa sobre as interações com os outros, isto é, com as pessoas com as quais o sujeito se relaciona. As manifestações da sexualidade adulta revelam, portanto, soluções encontradas pela criança do passado para sobreviver psiquicamente às dores que seriam, de outra forma, intoleráveis (LIMA & MOREIRA, 2008, p. 107).

No texto *A invenção da sexualidade*, Salles e Ceccarelli (2010) argumentam que a sexualidade, tal como é percebida, vivenciada e, principalmente, teorizada nos dias atuais, é fruto da cultura ocidental. Para os autores, “a sexualidade é uma construção, uma invenção, inseparável do discurso e do jogo de poder dentro dos quais ela é constituída e, ao mesmo tempo, se constitui” (SALLES & CECCARELLI, 2010, p. 15). Importante salientar esse aspecto defendido pelos autores, no que diz respeito à normatização moral da sexualidade, como argumento primordial a se pensar a aids como exclusividade de grupos que *distorceriam* a moral dominante. Para Salles e Ceccarelli (2010), mesmo que esses valores ético-morais do Ocidente encontrem raízes na tradição histórica judaico-cristã, tanto o asceticismo em relação aos prazeres quanto o legado pessimista que hostiliza o corpo têm origem, sobretudo, nas considerações médicas que remontam à Antiguidade.

Entre estes, talvez seja a concepção religiosa que marque mais a relação aids-sexualidade. Quando o sexo não é usado como instrumento de reprodução, como afirmam os autores, trará o estigma negativo do prazer, fazendo emergir uma moralidade essencialmente sexual.

No Antigo Testamento a origem do pecado é a desobediência. No Capítulo 3 do Livro Gênesis, intitulado *A Origem do Mal*, Eva deixa-se convencer pela serpente e, tentada a igualar-se a Deus, come o fruto da árvore proibida e adquire discernimento. Como consequência, Adão e Eva “abrem os olhos e percebem que estavam nus” (Gen. 3, 7). Ainda que se possa argumentar que o discernimento, a percepção do outro, da morte, envolva o conhecimento da diferença entre os sexos, o que levou à queda, à perda do paraíso, não foi a sexualidade mas sim a vontade de se igualar a Deus (SALLES & CECCARELLI, 2010, p. 16).

Para os autores, essa concepção¹² entrou no mundo “pelos exigências do corpo que impediam a ascese da alma; o ser humano tornou-se fragilizado e culpabilizado pelo desejo (...) e a visão sexualizada do pecado original fez do homem uma vítima indefesa da mulher inescrupulosa que o seduz (...) ao pecado, que é sempre sexual” (SALLES &

¹² Os autores fazem referência às ideias de Santo Agostinho sobre o pecado original como seu maior legado à moral cristã: o homem é fruto do pecado.

CECCARELLI, 2010, p. 16). Assim, toda vez que a sexualidade trilha caminho diferente de sua finalidade primeira¹³, estamos diante de um pecado *contra naturam*. Quando os autores falam da invenção da sexualidade, apontam-na como passo seguinte na ordem médica, sendo aquilo que marca o indivíduo em sua dimensão mais profunda.

Para Ceccarelli (2002), mesmo que na atualidade exista uma maior liberdade para abordar temas ligados às práticas sexuais, isso não significa que a relação com o sexual tenha se tornado mais simples. Segundo ele, “o grande problema é que se as práticas sexuais hoje estão bem mais "liberadas", a sexualidade continua sendo um eterno problema. Basta ver a ineficácia das campanhas do uso do preservativo e da gravidez na adolescência: "falar de sexo", e isto em qualquer nível que se queira abordar a questão, tem necessariamente que levar em conta a dimensão fantasmática da sexualidade; a informação objetiva pouco altera os aspectos afetivos do problema”.

3.4. Um outro H

Pudemos acompanhar, mesmo que de maneira breve, o desenvolvimento do imaginário social da aids no Brasil, assim como a forma como foram tratados os atores principais envolvidos. Da conceituação de grupos de risco, passando pelas práticas de risco, observamos a entrada da noção de vulnerabilidade, a partir do final da década de 1980. Tal noção incutiu responsabilidades ao envolvidos nas tramas da aids. Dessa forma, proponho-me a encerrar este capítulo expondo a necessidade de se pensar uma prática clínica disposta a dar ouvidos ao sofrimento provocado pelo diagnóstico de HIV/aids, uma vez que acreditamos ser o impacto do comunicado algo da ordem do assustador, capaz de provocar um desequilíbrio psíquico para quem o recebe. Tirando o paciente do lugar de vítima ou culpado, cabe aos profissionais que trabalham no atendimento a pessoas infectadas pelo vírus da aids oferecer suporte para o enfrentamento da doença. O trabalho no hospital,

¹³ Finalidade que a referência animal mostra: união de dois órgãos sexuais diferentes para a preservação da espécie (SALLES & CECCARELLI, 2010, p. 16).

revestindo-se de particularidades, precisa de dispositivos que favoreçam o tratamento para esses pacientes.

Quando apresentei o HUIBB, o Grande H, no capítulo anterior, como o lugar de um sofrimento aprisionado, tendo em sua alegoria os fantasmas que acompanham o imaginário da aids e suas conseqüências, estava disposto a pensar uma forma de quebrar com aquelas paredes cegas e corredores vazios, possibilitando pensar a escuta psicanalítica como ferramenta para a criação de um outro “H”. A letra muda pode ter novas conotações, se tomada por um aspecto próprio à epidemia da aids. O vírus, esse organismo *alienígena*, estranho, carrega em seu nome o fator humano, esse outro “H”. É com essa outra letra, dando-lhe o poder da fala, que se pode apreender algo do humano. Para isso é importante estar disposto a ouvir as *delicadezas do eu* (MOREIRA, 2011), já que, marcado pelo preconceito, o paciente ao receber o diagnóstico de aids precisa se defrontar com sua própria morte.

4. Uma marca de amor e uma sentença de morte

A proposta desse capítulo é tentar articular as noções de angústia, desamparo e trauma no interior da obra freudiana, buscando com isso entender o impacto diagnóstico, que mergulha paciente e terapeuta num mar de desconhecidos. Assim, cabe indagar-se: Como se pode criar um dispositivo, a partir da prática clínica, que possibilite ao paciente uma sustentação frente ao diagnóstico?

4.1. A possibilidade...

“Olha, vou pedir o teu exame de HIV, porque acho que tu estás com aids”.
(Frase dita, segundo Renato, por seu médico)

E assim se instaurou a possibilidade. É diante do diagnóstico, ou mesmo da possibilidade, que o paciente se percebe doente. Para Cristina Lindenmeyer (2006), é o saber médico que apresenta a doença, identificando o paciente em seus aspectos mórbidos, mesmo que não se tenha percebido, ainda, nenhuma sensação corporal que indique tal doença.

O anúncio da doença vai estabelecer um corte entre um estado anterior de confiança em si, em que a capacidade de afrontar o mundo estava segura e um estado de desilusão após a perda da ilusão de que nada poderia acontecer de mortal (LINDENMEYER, 2006, p. 490).

O trabalho de Lindenmeyer discorre sobre o efeito traumático do diagnóstico precoce de câncer, apontando que “esse efeito traumático do anúncio da doença potencialmente mortal provoca uma certa percepção corporal a partir da qual uma ruptura se estabelece, ou é reforçada, entre o sujeito e seu próprio corpo [...] (LINDENMEYER, 2006, p. 485). Se é diante do diagnóstico, ou mesmo da hipótese de um resultado positivo,

que o paciente se percebe doente, seria a comunicação diagnóstica uma possibilidade de reinscrição do trauma?

Segundo a hipótese freudiana da origem psicopatológica da humanidade, ressaltada por Berlinck (2000), o aparelho psíquico é, desde suas origens, um sistema que visa a proteger o ser humano de ataques destrutivos internos e externos. Nesse sentido, este capítulo tem por objetivo uma articulação das noções de desamparo, angústia e trauma, contidas na metapsicologia freudiana, para pensar na hipótese de que no caso de Renato houve uma representação catastrófica para o *eu*, ou seja, seu aparelho psíquico foi seriamente atingido.

4.2. O desamparo como condição humana

Não há na obra freudiana um texto que se dedique especificamente ao tema do desamparo e como afirma Pereira (2008) “seria precipitado supor que [Freud] lhe tenha atribuído o estatuto de um conceito nitidamente definido e determinado” (PEREIRA, 2008, p. 125). Este autor prefere tratar o estatuto do desamparo na obra freudiana como sendo mais da ordem de uma noção, considerando-a não totalmente formalizada, na medida em que “a referência a ele parecia se impor quase que por si só, do cerne de certas questões teórico-clínicas das mais decisivas – tais como a teoria da angústia – que exigiam formulações cada vez mais agudas e mais especificamente metapsicológicas” (p. 126).

Segundo Menezes (2008), desde o *Projeto para uma psicologia científica*, em 1895, a questão do desamparo se impôs no pensamento freudiano, exigindo uma especificidade metapsicológica que não se concretizou. Essa autora argumenta que, no discurso freudiano, não há uma formulação precisa sobre o conceito de desamparo. Dessa forma, “seria prudente considerar o estatuto do desamparo como sendo da ordem de uma *noção* metapsicológica”. Após rigorosa análise semântica, Menezes (2008) concluiu que o vocábulo desamparo é uma boa tradução para a palavra alemã *Hilflosigkeit*, pois “essa falta de sustento, de proteção, implica a necessidade de um outro (...)”.

O desamparo aparece no início da obra freudiana em termos da incapacidade objetiva do recém-nascido em satisfazer as exigências das necessidades vitais. Para Freud (1895), o desamparo apresentava-se enquanto insuficiência de o bebê realizar a ação específica necessária para dar conta das tensões exercidas pelas necessidades de autoconservação, obrigando-o a uma dependência do mundo adulto:

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica, ela se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna [no grito da criança, por exemplo]. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais* (FREUD, 1895, p. 370 – grifos meus).

É importante notar que o “Projeto” é uma tentativa de promover, por Freud, uma psicologia científica, uma ciência natural. Freud trata o desamparo em termos concretos de incapacidade do infante em promover ações específicas que satisfaçam suas necessidades básicas, havendo dependência do outro. Pereira (2008) considera que essa hipótese do “Projeto” apresenta o desamparo como um dado autoevidente, como um estado objetivo de insuficiência psicomotora da criança em face de suas necessidades. Para o autor, considerar o desamparo (*Hilflosigkeit*) freudiano com base apenas num caráter de objetividade biológica restringe o seu alcance metapsicológico. Dessa forma, o aparelho psíquico desenvolver-se-ia de um estado inicial de desamparo para uma condição madura, onde o

[...] desamparo seria totalmente eliminado pelo amadurecimento. Ao considerá-lo exclusivamente sob a ótica de um estado objetivo, pouco resta a dizer do *Hilflosigkeit* enquanto dimensão essencial do funcionamento psíquico. No entanto, isto constitui inegavelmente uma concepção fundamental, progressivamente elaborada na obra de Freud que chega até o ponto de ver na *Hilflosigkeit* a *condição* última de falta de garantias do funcionamento psíquico, que o homem tem de enfrentar quando se livra de todas as ilusões protetoras que cria para si mesmo (PEREIRA, 2008, p. 130 – grifos meus).

Articulado com esse pensamento, Menezes (2008), ao fazer um exame do pensamento freudiano, indica que desde o *Projeto para uma psicologia científica*, 1895, o desamparo aparece como estado objetivo de impotência, de incapacidade psicomotora do bebê em satisfazer suas próprias necessidades vitais. Essa, porém, é apenas uma das perspectivas teóricas, segundo Menezes (2008), da questão da *Hilflosigkeit*. Ao longo do

pensamento freudiano, diz a autora, o desamparo se apresenta cada vez menos originário e cada vez mais como horizonte da própria existência humana e do funcionamento do psiquismo.

Nesse texto de 1895, Freud, apesar de argumentar sobre esse estado objetivo de impotência, ainda dá ênfase neurológica ao aparelho psíquico. Por outro lado, apresenta a ideia do desamparo inicial, um despreparo do organismo aos estímulos externos, que coloca o bebê em condições de dependência dos cuidados do outro. Eis o que Menezes (2008) chama de germen da constituição dos ideais e do *supereu* (MENEZES, 2008, p. 35)

Menezes indica que, a partir de 1905, Freud correlaciona ao desamparo à total dependência da criança em relação à mãe, introduzindo na problemática do desamparo a influência decisiva na fundação e estruturação do psiquismo, voltado a se constituir inteiramente na relação com o outro. Portanto, dizer que o sujeito freudiano se constitui na relação com o outro é dizer que o sujeito é constituído a partir de algo que lhe transcende, que lhe é exterior (MENEZES, 2008, p. 42).

Freud (1913) mostra o prazer que o ser onipotente pode experimentar sobre o ser desamparado, ou seja, a questão do gozo sexual que um adulto experimenta ante um bebê desamparado e que, por isso mesmo, essa questão se torna um tabu (FREUD, 1913, p. 53). Esse texto mostra que, para Freud, o sujeito não é dado a priori, mas constituído na articulação com o outro. Para Menezes (2008, pp. 46-7),

o exame do pensamento freudiano em relação à questão do desamparo leva-nos a uma noção de desamparo caracterizada, por um lado, como uma *situação* ante a violência do outro mais forte e, ao mesmo tempo, como uma *condição* de impotência originária em que se inscrevem os representantes das pulsões.

Em *O estranho*, de 1919, Freud apresenta um “sentimento de desamparo” justaposto ao inquietante, destacando, dessa forma, uma dimensão propriamente afetiva. Nesse texto, Freud associa a sensação de estranheza à sensação de desamparo, mostrando que o que está em jogo é a “compulsão à repetição”:

O fator da repetição da mesma coisa não apelará, talvez, para todos como fonte de uma sensação estranha. Daquilo que tenho observado, esse fenômeno, sujeito a determinadas condições e combinado a determinadas circunstâncias, provoca indubitavelmente uma sensação estranha, que, além do mais, evoca a sensação de desamparo experimentada em alguns estados oníricos (FREUD, 1919, p. 254)

Freud relata sua desventura pelas ruas desertas de uma cidade italiana onde se viam mulheres às janelas; e, mesmo tentando sair daquele lugar por várias vezes, ele retornava ao mesmo ponto, em um movimento de “retorno involuntário da mesma situação”. Segundo ele, outras sensações, diferentes em sua raiz, resultam também nessa sensação de desamparo e estranheza.

Em *O eu e o isso* (1923), Freud estabelece uma reelaboração do aparelho psíquico. Necessidade, essa, dada a partir do desenvolvimento do conceito de narcisismo (1914) e da teorização da pulsão de morte (1920). Nesse texto, Freud conceitua o *eu*, explicando-o como uma organização especial diferenciada a partir do *isso* em contato com a realidade exterior e, ao mesmo tempo, como produto de identificações que levam à formação no interior do indivíduo de um objeto de amor investido pelo *isso*; e como consequência dessa noção de *eu* mais específica, há uma distinção mais clara entre o *eu* e o corpo. Também nesse texto, Freud faz referência ao desamparo como um dos fatores na gênese do *supereu*, (re)afirmando [isso já havia sido referido no Projeto para uma psicologia científica em 1895] a importância do desamparo na constituição dos ideais e do psiquismo.

Em 1926, no texto *Inibição, sintoma e angústia*, Freud sustenta que sentir o amor do outro representa, no inconsciente, uma proteção contra toda e qualquer ameaça. Dessa forma, pressupõe que a perda do objeto de amor [ou a possibilidade de perda do amor do objeto] corresponderia ao maior dos perigos, quando um sentimento de abandono se faria presente como desamparo. Nesse momento, podemos ver uma relação entre o desamparo e a angústia:

Quando a criança houver descoberto pela experiência que um objeto externo perceptível pode por termo à situação perigosa que lembra o nascimento, o conteúdo do perigo que ela teme é deslocado da situação econômica para a condição que determinou essa situação, a saber, a perda de objeto. É a ausência da mãe que agora constitui o perigo, e logo que surge esse perigo a criança dá o sinal de angústia, antes que a temida situação econômica se estabeleça. Essa mudança constitui o primeiro grande passo à frente na providência adotada pela criança para a sua autopreservação, representando ao mesmo tempo uma transição do novo aparecimento automático e involuntário da angústia para a reprodução intencional da angústia como sinal de perigo (FREUD, 1926, p. 136).

Nesse texto, a angústia aparece com um sinal do eu indicando a proximidade a um perigo da natureza pulsional; o eu passa a ser a sede da angústia e, de certa forma, seu produtor. Essa instalação da angústia objetivaria impedir que o afeto se desenvolvesse a tal ponto de transbordar, desestabilizando o conteúdo psíquico. O objetivo do trabalho de elaboração psíquica seria de, ao integrar novos conteúdos ao eu, impedir que a angústia pudesse se tornar incontrolável, o que conduziria ao início da situação traumática, por um excesso excitatório que colocaria o aparelho psíquico em desamparo. Freud faz uma distinção entre situação de perigo e situação traumática, em que a situação de perigo corresponde à ameaça de uma situação traumática (à expectativa e lembrança da situação de desamparo), enquanto que a situação traumática corresponde à efetivação de uma situação de desamparo. Para o adulto, o desamparo é o modelo da situação traumática que gera a angústia.

O enfrentamento do desamparo é fundamental para o desenvolvimento infantil (FREUD, 1926, p. 192) já que, afirma Freud, o estado de infância corresponde ao desamparo motor e psíquico, assim como a maneira pela qual a função materna é exercida será determinante na constituição dos alicerces básicos para o funcionamento psíquico. Assim, em *Inibições, sintoma e angústia* (1926), o desamparo é tomado por Freud como o núcleo da situação de perigo. O perigo da perda do objeto de amor (a mãe que ama e protege o bebê) remete a angústia de castração, que, ao mesmo tempo em que impõe a lei, expõe a falta, permitindo, então, o acesso ao mundo simbólico. Dessa forma, a situação traumática passa a estar em função da castração:

O desamparo constitui o núcleo da situação de perigo sobre o qual se desenrolará o Complexo de Édipo. Assim, os perigos assinalados no Édipo, apontam, primeiramente, para o abandono do sujeito a um estado de total desamparo (MENEZES, 2008, p. 73).

Para Menezes (2008), no texto de Freud de 1926, a noção de desamparo diz respeito à face erótica e sexual do desamparo, a um lugar infantil e à sexualidade traumática vinda da mãe. A angústia é, dessa forma, não somente um sinal para o perigo da castração; ela é uma reação perante uma separação, uma perda, a perda do objeto amado ou do amor do objeto, que é a mãe. O desamparo configura-se, então, nessa perspectiva, como condição

geral no psiquismo. Dessa forma, o desamparo (*Hilflosigkeit*) para Freud refere-se à condição de “ausência de ajuda” como possibilidade efetiva da vida psíquica:

O que Freud mostra detalhadamente em *Inibições, sintoma e angústia* é que *essa condição de desamparo pode se concretizar numa situação traumática*. Lembremos que o evento traumático, para Freud, é uma *situação de desamparo*: “*o desamparo constitui o núcleo da situação de perigo*”, e, como sabemos, o perigo é o do inundamento psíquico. Quando o aparelho psíquico não dá conta do afluxo pulsional, portanto de sua impotência na total subjetivação da pulsão, é que se estabelece a *situação de desamparo*, a *situação traumática* (MENEZES, 2008, p. 79).

Em *O futuro de uma ilusão*, Freud (1927) apresenta o desamparo como algo que acompanha o homem durante toda a sua existência, fundando a “nostalgia do pai e dos deuses”. Mais à frente, no mesmo texto, ele chega a indicar a desagradável suspeita de que o desamparo da raça humana não poderia ser remediado. A civilização surge da necessidade em se reunir para lutar contra os perigos advindos da natureza que ameaça a espécie humana. Não se pode, entretanto, alimentar a ilusão de que a natureza foi vencida; ao contrário, existem elementos que fogem ao controle humano: catástrofes (terremotos, tempestades, enchentes) que enterram ou afogam a vida humana e sua obra; doenças que surgem de ataques de outros organismos, assim como o *penoso enigma da morte* para o qual não existe solução:

É com essas forças que a natureza se ergue contra nós, majestosa, cruel e inexorável; uma vez mais nos traz à mente nossa fraqueza e desamparo, de que pensávamos ter fugido através do trabalho de civilização. Uma das poucas impressões gratificantes e exaltantes que a humanidade pode oferecer, ocorre quando, em face de uma catástrofe elementar, esquece as discordâncias de sua civilização, todas as suas dificuldades e animosidades internas, e se lembra da grande tarefa comum de se preservar contra o poder superior da natureza (FREUD, 1927, p. 25).

Fica explícito no desenvolvimento da obra freudiana que não se pode pensar o desamparo apenas como estado inicial afetivo, e mesmo que a referência ao desamparo objetivo infantil não tenha sido abandonada por Freud, o estatuto do desamparo parece mudar a ponto de que não seja a “impotência psicomotora do bebê a última palavra a ser dita sobre a angústia, mas o protótipo (*Vorbild*) do desamparo fundamental sobre o qual se desenrola tudo o que diz respeito à linguagem e ao processo de simbolização” (PEREIRA,

2008, p. 131). Assim, o autor estabelece em seu trabalho que não se pode esgotar o desamparo na referência ao estado de insuficiência do infante, tampouco a uma condição acidental do funcionamento psíquico. Para ele,

A evolução teórica de Freud ante a questão do desamparo parece ir no sentido de “desacidentizá-lo” em relação ao “evento traumático”, de colocá-lo para além de uma simples regressão a uma fase em que o pequeno ser humano encontrava-se completamente incapaz de sobreviver por seus próprios meios, de encontrá-lo além das figuras aterrorizantes do superego, para conferir-lhe um estatuto de dimensão fundamental da vida psíquica que indica os limites e as condições de possibilidade do próprio processo de simbolização (PEREIRA, 2008, p. 127)

4.3. A angústia como expressão do desamparo

Para Hanns (1996), o termo alemão *Angst* significa literalmente medo, e é traduzido para o português, ora seguindo a tradução inglesa *anxiet* (ansiedade), ora seguindo a tradução francesa *angoisse* (angústia). Pode referir-se a objetos específicos ou inespecíficos, sendo uma reação intensa, evocando algo que se externaliza claramente e desencadeia uma ação. Prefiro usar o termo angústia, nesse trabalho, por referir-se, na língua portuguesa, a algo mais próximo de uma “condição existencial” (HANNNS, 1996, p. 64).

Há em Freud claramente duas teorias da angústia. Uma primeira como transformação “tóxica” da libido não utilizada, que dá lugar, a partir de 1926, com o texto “Inibição, sintoma e angústia”, a uma reação diante do perigo. Os primeiros escritos de Freud apontam a angústia como descarga das excitações sexuais acumuladas. A angústia aparece, assim, como resultado da transformação libidinal acumulada. Para Laplanche (1998), essa primeira teoria, estruturada entre os anos de 1895 e 1900, é uma teoria econômica, onde a

angústia é a energia sexual não-elaborada à qual foi recusada a via de uma certa elaboração, e que se descarrega de maneira mais ou menos anárquica (...) ou ainda, é uma libido, desta vez não mais ‘não-elaborada’, mas desligada de suas representações, especialmente pelo processo do recalque, liberada e que novamente se descarrega sob a forma de angústia (LAPLANCHE, 1998, p. 42).

A angústia aparece na obra freudiana como uma espécie de subproduto indesejável da sexualidade:

Um produto alheio do psíquico, que representa para o observador (Freud), algo que não se deixa representar para o sujeito, isto é, que, justamente por não chegar ao psíquico, não se deixa simbolizar (RAMOS, 2003, p. 19).

Freud escreve sobre a angústia no Manuscrito A (1892) afirmando que a tensão sexual transforma-se em angústia em todos os casos em que, embora se produzindo com força, ela não sofre elaboração psíquica que a transformaria em afeto. No manuscrito E, intitulado *Como se origina a ansiedade*, de 1894, Freud apresenta-se surpreso com o fato de que a angústia nos neuróticos pode ser seguramente relacionada à sua sexualidade. Para ele, é a tensão física, quando não psiquicamente ligada, que se transforma em angústia:

Na neurose de angústia, essa transformação de fato ocorre, o que sugere a ideia de que, nessa neurose, as coisas se desvirtuam da seguinte maneira: a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um afeto sexual não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física não sendo psiquicamente ligada, é transformada em – angústia (FREUD, 1894, p. 273)

Freud conclui esse texto afirmando que existe um desenvolvimento da tensão sexual física, que não é transformada em afeto, pela insuficiência da sexualidade psíquica. Tal insuficiência ocorre ora pela tentativa em suprimir a sexualidade, ora por seu declínio, ora pelo alheamento entre sexualidade física e psíquica. Assim, a tensão sexual transforma-se em angústia.

Em 1895b, *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia*, Freud diferencia neurastenia e neurose de angústia; sendo, esta última, produto da tensão sexual física que não foi psiquicamente ligada. Esta energia livre que não é descarregada ocasiona inúmeras manifestações que se agrupam em torno da angústia. Para Laplanche (1998, p. 18),

Freud retoma a idéia de que a neurastenia é o sinal de um esgotamento da energia sexual, ligada a uma atividade sexual normal. A neurastenia corresponderia a um

fenômeno sexual de desvio, ao passo que a neurose de angústia teria, em última instância, um mecanismo mais quantitativo.

Freud apresenta um caráter econômico do aparelho psíquico. Segundo ele, a angústia é um impulso libidinoso que parte do inconsciente e é inibido pelo pré-consciente (FREUD, 1900, p. 342). Vê-se aqui, o papel do recalque e a angústia como resultante do processo recalado. Freud situa o recalque desempenhando um papel capital na misteriosa transformação da libido em angústia.

Freud (1909) afirma ser o ato do nascimento a fonte e o modelo do afeto de angústia em geral. Essa será a primeira referência ao nascimento como protótipo da angústia, mantendo-se por toda a teoria desde então. Isso será retomado em 1926 com as discussões em relação à teoria de Otto Rank sobre o trauma do nascimento.

No texto *O Inconsciente* (1915), Freud diz que há uma tendência geral do psiquismo a se livrar dos estímulos que chegam até ele:

Se o que estava em questão era o funcionamento de um estímulo externo, obviamente se deveria adotar a fuga como método apropriado; para a *pulsão*, a fuga não tem qualquer valia, pois o *eu* não pode escapar de si próprio (FREUD, 1915, p. 169 – grifos meus).

A noção de recalque traz importantes contribuições para o entendimento da angústia. Na tentativa de se defender de um ataque interno, o eu constitui um mecanismo de defesa que segundo Freud (1915), consiste em afastar determinada coisa do consciente e em mantê-la distante. Para Freud, o recalque incide sobre um representante pulsional que é investido de energia psíquica de uma pulsão. Ou seja, a pulsão não pode tornar-se objeto da consciência, apenas a ideia que o representa. Freud afirma ter pensado até aquele momento a angústia como consequência do recalque, uma vez que é precisamente à medida que uma pulsão se vê recalada que o afeto correspondente se transforma em angústia. Mas, afirma Freud, a angústia não pode, ao mesmo tempo, ser a consequência do recalque e sua causa (FREUD, 1915).

Ainda em 1915b, no texto, *Os destinos da pulsão*, Freud descreve a pulsão “como sendo um conceito situado entre o *mental* e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente” (1915b, p. 142). Esse representante psíquico interno inscreve-se no psiquismo através dos representantes

Vorstellung (representação) e *Affektbetrag* (quota de afeto). Esse último componente da representação psíquica da pulsão é, para Freud, o mais importante no processo do recalque devido às diferentes vicissitudes da pulsão. O recalque separa a representação da libido, recalcando a primeira e encaminhando a segunda para três possibilidades, e uma delas seria a descarga sob a forma de angústia. Recorrendo a Laplanche (1998, p. 116):

A palavra recalque deve ser aqui tomada no seu sentido mais técnico e mais preciso, e não como um sinônimo de defesa em geral, nem como sinônimo de repressão, mas no sentido em que esse mecanismo de defesa apresenta dois lugares diferentes, dois lugares psíquicos tais como estamos acostumados a considerá-los, com Freud, numa tópica e, por conseguinte, em particular, um lugar do inconsciente. O recalque é o recalque do inconsciente, ou seja, é a partir do inconsciente que se deve acompanhar o destino, doravante separado e doravante distinto, da representação e desse misterioso afeto que às vezes vemos liberar-se sob a forma de angústia.

No texto *O recalque*, Freud (1915c), argumentava até aquele momento a angústia como consequência do recalque, uma vez que é precisamente na medida em que uma pulsão se vê recalçada que o afeto correspondente se transforma em angústia.

Nas *Conferências Introdutórias* (1916), Freud indica a *Realangst* – angústia real e a *Neurotische Angst* – angústia neurótica. Para ele, a angústia real prepararia o sujeito para se defender do perigo externo, e estaria ligada à pulsão de autoconservação. A segunda, a angústia neurótica, é definida por Freud em duas formas. Uma como livremente flutuante, característica da neurose de angústia; e outra, psiquicamente ligada, característica das psiconeuroses. Ainda nesse texto, Freud faz uma diferenciação entre angústia, medo e susto. Para ele,

(...) ANGST (angústia) refere-se ao estado e se abstrai do objeto, ao passo que em FURCHT (medo) a atenção encontra-se precisamente concentrada no objeto. A palavra SCHRECK (susto) parece-me, em contrapartida, ter um significado muito especial, ao designar enfaticamente a ação de um perigo para o qual não se estava preparado por um estado prévio de angústia. Pode-se dizer que o homem se defende contra o SCHRECK pela ANGST (FREUD, 1916)

Ramos (2003), ao argumentar sobre esse aspecto, supõe que

[...] a palavra Angst, tal como é usada pelo criador da psicanálise, tem, mais que tudo, a função de apontar o campo semântico do medo, de tal modo que o próprio Strachey salienta que Freud não consegue estabelecer as distinções feitas por ele

mesmo entre Angst (angústia), Furcht (medo) e Schreck (terror) (RAMOS, 2003, p. 13).

Para Laplanche (1998), esse pensamento freudiano, expresso no texto de 1916[1917], marca um ponto entre as duas teorias da angústia, já que se encontra aí a maior parte das distinções que serão desenvolvidas em 1926, como a noção de perigo e a noção do eu. Ainda nessa Conferência, Freud afirma que a angústia está vinculada ao inconsciente, ao afirmar que a transformação em *angústia* – seria melhor dizer, descarga sob a forma de *angústia* – é o destino da libido quando sujeita ao *recalque* (FREUD, 1916[1917], p. 477).

Até aqui, na obra freudiana, o que se tem é uma relação da angústia com a libido, denotando o caráter econômico da teoria da angústia, sendo a própria angústia o resultado da transformação da libido pelo processo do recalque. Ou seja, a libido, sujeita ao recalque, está destinada a ser descarregada sob a forma de angústia. Entretanto, à luz da segunda tópica, a angústia deixa de ser o resultado de um movimento de defesa do eu e passa a ser um sinal que avisa da necessidade de se defender melhor frente à ameaça da ocorrência de uma situação de perigo. Para Teles (2003), os perigos internos têm como denominador comum a separação ou a perda do objeto amado [ou do amor do objeto]. Segundo a autora, essa situação conduz a um acúmulo de desejos incestuosos e, conseqüentemente, levará o sujeito ao desamparo. Então, como último recurso, o eu se utiliza da angústia para se defender desta descarga libidinal, colocando em marcha o processo do recalque.

Em *Além do princípio do prazer* (1920), Freud amplia a diferenciação entre susto, medo e angústia:

‘Susto’, ‘medo’ e ‘*angústia*’ são palavras impropriamente empregadas como expressões sinônimas; são, de fato, capazes de uma distinção clara em sua relação com o perigo. A ‘*angústia*’ descreve um estado particular de esperar o perigo ou preparar-se para ele, ainda que possa ser desconhecido. O ‘medo’ exige um objeto definido de que se tenha temor. ‘Susto’, contudo, é o nome que damos ao estado em que alguém fica, quando entrou em perigo sem estar preparado para ele, dando ênfase ao fator surpresa. (FREUD, 1920, p. 23).

Interessante pensar com Laplanche quando afirma que ANGST (angústia) remete a uma intencionalidade em relação ao perigo. Para ele, a angústia é, sobretudo, expectativa –

seja ela vaga ou, pelo contrário, precisa e preparatória – de um perigo. Mas, o problema é saber que perigo é esse, e se ele é objetável fora da angústia, o que leva a indagar se a angústia é, em última instância, apreensão desse perigo, que é a própria angústia como desenvolvimento (LAPLANCHE, 1998, p. 58).

Assim, a angústia aparece como expressão da libido que, ao retornar ao *eu* devido à impossibilidade de se fixar em objetos, provoca o recalque, uma vez que o psíquico se constitui em sua origem como defesa. Para Rudge (2009, p. 58):

Inicialmente, Freud supunha que a angústia era conseqüência do recalque das pulsões sexuais, uma forma de transformação da energia sexual que não havia sido descarregada por ausência da vida sexual. Na nova teoria da angústia, Freud avança dizendo que a angústia é anterior ao recalque e que é a causa do mesmo. Recalca-se exatamente aquilo que provoca angústia, sejam pensamentos, desejos ou percepções. A angústia não é mais gêmea da sexualidade, mas sim do desamparo.

Em *O eu e o isso* (1923), Freud apresenta três servidões do *eu* e, assim, três espécies de angústia, relativas a três perigos, pois afirma cabalmente que “a *angústia* é a expressão de uma retirada ante o perigo” (FREUD, 1923, p. 56). Essas três servidões estariam postas: 1) com relação ao mundo exterior, 2) perante a libido do *isso* e 3) diante da severidade do *supereu*. Tomando a ideia de que a angústia aparece posta no plano da ameaça (ou do sinal de ameaça) e que o eu trata a ameaça interna como se fosse externa, Freud (1923) afirma, então, que o “*eu* é a genuína sede da *angústia*”. A ênfase, agora, sobre o eu como lugar da angústia reforça a ideia desta como reação ao perigo e, sobretudo, da ação do eu perante o mundo interior, como tendo por molde sua ação diante do exterior (RAMOS, 2003, p. 104).

Diferente do primeiro modelo da angústia, no novo modelo é o caráter defensivo, de preparação mobilizadora de defesas, que é ressaltado. Segundo Freud (1923), não se sabe exatamente o que provoca o medo no *eu*, mas se pode afirmar o que *provoca* angústia na relação do eu com o *supereu*: o medo da consciência, a angústia moral. E o mais importante, a angústia moral não é mais que um derivado da angústia de castração. Sendo o *supereu* o herdeiro do complexo de Édipo, ele o é também da ameaça que lhe dá desenlace. Para Freud (1923, p. 58),

Do ser superior, que se transformou em ideal do eu, sobreveio uma vez a ameaça de castração e essa angústia de castração é, provavelmente, o núcleo em torno do

qual se depositou a consciência moral ulterior; é ela que se prolonga como angústia moral.

Laplanche (1998) afirma que o texto de 1926, *Inibições, sintoma e angústia*, marca a segunda teoria da angústia proposta por Freud. Essa teoria, muito mais complexa, diz Laplanche, estrutura-se em duas noções. A noção do perigo, onde a angústia é colocada na perspectiva da reação ou da preparação para o perigo. E a noção de *eu*, indicado não apenas como o lugar da angústia, mas como podendo ser até a sua causa (pelo menos como sinal). A angústia como sinal deverá ser relacionada com outras experiências angustiantes que ela repete sem deixar de constituir uma espécie de vacinação contra o retorno (LAPLANCHE, 1998).

Nesse texto de 1926, Freud reapresenta o ato do nascimento como protótipo de todos os estados de angústia que aparecerão ao longo da vida. Segundo ele, no homem, o nascimento proporciona uma experiência prototípica de alguma experiência que encerra as condições necessárias para o aumento de excitação e uma descarga, e “ficamos inclinados, portanto, a considerar os estados de *angústia* como uma reprodução do trauma do nascimento (FREUD, 1923, p. 132). Para ele, existe no ato do nascimento “um verdadeiro perigo para a vida. Sabemos o que isso significa objetivamente; mas, num sentido psicológico, nada nos diz absolutamente. [...] O perigo do nascimento não tem ainda qualquer conteúdo psíquico” (FREUD, 1926, p. 158).

Assim, as manifestações de angústia são experimentadas no corpo da criança, associadas a sensações físicas. Há ainda, o fato de o eu não dispor de mecanismos para representar a angústia. Dessa forma, ficando a angústia circunscrita no corpo infantil, ela é vivenciada de forma traumática. Afirma Freud (1926, p. 186):

A angústia sentida ao nascer tornou-se o protótipo de um estado afetivo que teve de sofrer as mesmas vicissitudes que os outros afetos. Ou o estado de angústia se reproduzia automaticamente em situações análogas à situação original e era, assim, uma forma inadequada de reação em vez de apropriada, como o fora na primeira situação de perigo, ou o eu adquiria poder sobre essa emoção, reproduzia-a, por sua própria iniciativa, e a empregava como uma advertência de perigo e como um meio de pôr o mecanismo de prazer-desprazer em movimento (grifos meus).

A essa altura da teoria, Freud relaciona o eu imaturo ao desamparo, relacionando a primeira infância à perda do objeto, a fase fálica ao perigo de castração e o período de

latência ao medo do *supereu* (FREUD, 1926, p. 164). Freud não desprezou a ideia do nascimento como um trauma, mas se viu obrigado a destacar a situação de perigo anterior à angústia. Assim, o nascimento é encarado como protótipo de todas as situações ulteriores de perigo. Mas, pergunta-se Freud, como o nascimento é vivido como esse primeiro momento de angústia se a criança não tem condições de reconhecer a mãe como objeto de investimento e fazer uma representação da angústia de separação? Ele coloca a angústia do nascimento, então, ligada a uma condição de desamparo. Se o desamparo apresenta-se como perigo, posso supor, na análise da obra freudiana, a angústia como expressão do desamparo, sendo o desamparo a angústia sem representação, sem expressão, ou seja, muda, sem palavras.

4.4. O trauma

Na introdução do livro *Trauma*, a psicanalista Ana Maria Rudge nos indica que o trauma psíquico tem, em diversas disciplinas, merecido, uma grande atenção teórica, que pode ser medida da importância e do interesse com que o tema ainda se apresenta hoje. A noção de trauma está expressa desde os primórdios da psicanálise com Freud. Tal noção tem retomado um espaço, segundo a autora, no qual os psicanalistas não mais se debruçavam. Na atualidade, estamos constantemente nos deparando com as consequências catastróficas para o psiquismo, oriundas de desastres naturais, violência, más condições de vida, doenças sem cura, que, para além de afetar a vida particular diretamente, graças à velocidade com que se corre a informação, têm efeitos devastadores na sociedade. “Dessa forma, as questões emergentes na clínica apresentam, incessantemente, as repercussões do sentimento de desamparo oriundo da exposição à violência e à insegurança” (RUDGE, 2009, p.7).

Por outro lado, é necessário se ter claro que a psicanálise trata os sujeitos enquanto singularidade, apoiando em suas histórias particulares e únicas. Dessa forma, é necessário entender que o trauma não é o acontecimento em si, mas a relação que se estabelece com esse evento. Outro detalhe interessante exposto pela autora diz respeito ao vocábulo trauma que, originado do grego *ferida*, mantém-se quase o mesmo em muitos idiomas do Ocidente

– qualidade que geralmente caracteriza os substantivos próprios. Assim [...] “na medicina, designa lesões, no organismo, causadas por fatores externos. Por analogia, no plano da psicopatologia, veio designar os acontecimentos que rompem radicalmente com um estado de coisas do psiquismo, provocando um desarranjo em nossas formas habituais de funcionar e compreender as coisas impondo o árduo trabalho da construção de uma nova ordenação do mundo. Entre os acontecimentos e esses efeitos se insere a tela das memórias e fantasias” (RUDGE, 2009, pp. 8-9).

O trabalho de Ana Maria Rudge descreve os passos iniciais da psicanálise em torno do trauma, percorrendo o impacto que as neuroses de guerra causaram na teoria freudiana. Segundo ela, o trauma, como foi dito, não é o acontecimento em si, mas o modo como esse acontecimento incide sobre o psiquismo de alguém e por ele é processado. Freud (1985) propõe que nas neuroses traumáticas, a causa atuante da doença não é dano físico, mas o afeto de susto: o trauma psíquico (FREUD, 1985, p.41).

4.4.1. O trauma na teoria freudiana

O tema do trauma, e as consequências deste para o psiquismo, esteve presente para Freud, desde os primeiros momentos teóricos que levaram à constituição da psicanálise. Já nos tempos de Salpêtrière, em Paris, nos estudos de Charcot, Freud, tocado pela forma com que aquele repudiava a opinião sobre os sintomas histéricos como simples simulações, entrelaça os temas da histeria e do trauma. Assim, o conceito de trauma esteve, nos princípios da obra freudiana ligado aos conhecimentos sobre a histeria.

Ao estudar casos do que considerou histeria masculina, [Charcot] impressionou-se com o fato de que tais sintomas eram frequentemente desencadeados por traumas como acidentes de trabalho, brigas, acidentes ferroviários, etc. (RUDGE, 2009, p.11)

Rudge (2009) afirma que, para Charcot, entre os possíveis agentes provocadores da histeria, o principal era o trauma, tido como um choque acompanhado de emoções intensas,

tendo um efeito ainda maior em situações de esgotamento, estando o sistema nervoso fragilizado por doenças ou outros fatores (RUDGE, 2009, p. 11).

No texto de 1893 denominado *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência*, Freud apresenta a predominância do fator traumático entre as causas da histeria [o que constitui prova de grande influência das ideias de Charcot sobre Freud]. Nesse trabalho, Freud considera o trauma como equivalente completo da sugestão verbal (FREUD, 1893, p.38). A partir das observações feitas em cooperação com Breuer sobre um número grande de pacientes histéricos, Freud formula que há uma total analogia entre a paralisia e a histeria comum, uma vez que o que produz o resultado na histeria traumática não é o fato mecânico, mas o afeto de terror [ou afeto do susto, como postula Freud em 1895], o trauma psíquico.

Até aqui, o trauma psíquico é entendido como experiência emocional que constitui fator etiológico da histeria. Assim, seria qualquer experiência que pudesse provocar afetos de medo, susto ou vergonha e que o sistema psíquico tivesse dificuldade para resolver por meio do pensamento associativo ou por reação motora. Assim, quando por qualquer motivo não pode haver reação a um trauma, ficando o afeto retido, surge a possibilidade de que o evento em questão permaneça como um trauma psíquico.

A histeria formava-se, então, como resíduo de traumas psíquicos e o caráter particular a cada um desses sintomas era explicado pela relação com a cena traumática. A essa primeira ideia de trauma corresponde, do ponto de vista da clínica, o método catártico, que consistia em remover as consequências das ideias que não sofreram ab-reação, trazendo-as para o plano da consciência moral, sob hipnose superficial, livrando-se do afeto que estava ligado à representação, por assim dizer, *estrangulado* (FREUD, 1893, p.47). Assim:

Os histéricos se curavam de seus sintomas, segundo a primeira teoria de Freud e Breuer, ao recordarem e relatarem sob transe hipnótico espontâneo ou induzido pelo doutor, um evento traumático que ocorrera em suas vidas. Esse método de tratamento, chamado método catártico, originou-se do atendimento, pelo Dr. Breuer, de uma paciente que ficou conhecida como Ana O. (RUDGE, 2009, pp.14-15).

Em 1895c, Freud e Breuer apresentam em *Estudos sobre a histeria* a teoria de que um fato traumático ocorre na vida de um histérico e sua lembrança é dissociada do conjunto

de suas memórias, formando um segundo grupo psíquico. A partir daí, essa ideia dissociada, carregando esse “afeto estrangulado”, passa a agir como um corpo estranho no psiquismo, provocando expressões de emoções anômalas como as que se manifestam no ataque histérico (RUDGE, 2009, p.16). Dessa forma, Freud (1985, p. 42) adverte-nos de que:

Devemos antes presumir que o trauma psíquico – ou, mais precisamente, a lembrança do trauma – age como um corpo estranho que, muito depois de sua entrada, deve continuar a ser considerado como um agente que ainda está em ação.

Ramos (2003) indica que este ‘corpo estranho’ está aí, segundo as concepções freudianas de 1895, pois o trauma não alcançou descarga, seja por não haver condições objetivas, na situação, seja por ter sido recalçado. Entende-se dessa forma, com afirmação de Ramos (2003), a ruptura da barreira, a partir de dentro, em dois sentidos – um referente à própria força da pulsão, e outro que é essa marca, essa ferida semelhante ao pulsional: o recalçado. Laplanche (1998, p. 218) argumenta que o trauma, independente de qual ele seja, é uma feroz irrupção pulsional, vinda do interior e invadindo o *eu*.

Para Freud, a ligação causal evidencia-se igualmente nos ataques histéricos quando é possível deduzir dos enunciados do paciente que, em cada ataque, ele está alucinando o mesmo que provocou o primeiro deles (FREUD, 1895, p.40). Rudge (2009) diz que para Freud, a memória do acontecimento traumático era dissociada, pois provocava angústia, na medida em que entrava em conflito com ideias ou desejos importantes obedecendo, assim, ao propósito de defender o sujeito de um conflito psíquico. Aos poucos, Freud passou a pensar a histeria em função do conflito de forças e da noção de defesa psíquica, o que o levou a substituir o método catártico pelo método da associação livre. Ele abandona as ideias de Breuer sobre o uso do método catártico, passando a entender que as ideias patogênicas estavam em poder do sujeito e prontas para ressurgirem em associações com os fatos conscientes, embora dificultadas pela resistência, sem necessidade da hipnose.

Com isso, o trauma passa a ser configurado em dois tempos. É preciso acontecer um evento vivido de forma submissa e passiva pela criança que sente o impacto, mas nada compreende, e um segundo momento, geralmente na puberdade, similar ao da infância, em que se ressignifica o evento primeiro instalando-se o trauma propriamente dito. Para Freud

(1895c), com grande frequência, é algum fato da infância que estabelece um sintoma mais ou menos grave, que persiste durante os anos subsequentes (FREUD, 1895c, p. 40). Não é mais o evento que age de forma traumática, mas a sua lembrança; quando o sujeito é capaz de compreender o evento, quando essas experiências reorganizam-se e adquirem uma significação traumática por excelência.

A histeria passa a ser entendida dentro da dinâmica do recalque, do conflito de forças, pois se trata de uma representação sexual intolerável que desperta afetos penosos e desprazerosos – o que leva o sujeito a expulsá-los da consciência. A noção de conflito começa a relativizar a potência do acontecimento traumático, pois sem a mediação do conflito, sem a dimensão dinâmica da repressão, não há trauma.

Em *A etiologia da histeria* (1896), Freud afirma que a descoberta mais importante, a partir de uma análise sistematicamente conduzida, é que, qualquer que seja o caso ou o sintoma que se toma como ponto de partida, no fim se chega ao campo da experiência sexual (FREUD, 1896, p. 196). Segundo ele, parece ter-se descoberto uma precondição etiológica dos sintomas histéricos.

Dessa forma, o trauma psíquico estaria na origem da neurose como um trauma sexual precoce: a sedução da criança por um adulto. Na obra de alguns analistas e teóricos importantes, esse trauma reaparece não apenas como trauma conjugal, com seria no caso sexual da criança, mas também como trauma necessário, que comparece na própria estruturação de toda a subjetividade, que é a entrada na ordem da sexualidade (RUDGE, 2009, p. 27).

Para relacionar sexualidade e infância e dar conta da observação que vinha desenvolvendo, Freud introduz a noção de *Nachträglichkeit* – que se costuma traduzir como *a posteriori* ou “só depois” –, da qual se utilizou em todas as etapas de seu empreendimento teórico (RUDGE, 2009, p. 19-20). A autora afirma que, desde 1895,

[...] a noção de *Nachträglichkeit* significava o movimento pelo qual a memória da sedução, que não adquirira valor traumático na hora do acontecimento, se tornava traumática após a puberdade. Portanto, a sedução infantil não teria efeitos imediatos. Só depois, com o advento da sexualidade na puberdade, iria adquirir um sentido sexual e traumático, precipitando a defesa e o recalque. Mas, para que isso ocorresse, seria preciso um fato atual que, estabelecendo relações com a cena inicial, deslanchasse a libido (energia sexual) (RUDGE, 2009, página 20).

Rudge (2009) argumenta sobre uma temporalidade *a posteriori*; a cada momento, o presente se associa ao passado e transforma a sua significação. Para ela, o que Freud antecipa é que não pode haver uma coincidência entre discurso histórico e acontecimento passado, de vez que as ideias, os desejos e os interesses do presente sempre influenciam a reconstrução do passado (RUDGE, 2009, p. 21).

Com a descoberta da sexualidade infantil, Freud passa a teorizar sobre as fantasias como expressão do desejo. Na carta dirigida a Fliess em 21 de setembro de 1897, Freud escreve não acreditar mais em sua *neurótica* [teoria das neuroses], por não poder apontar a perversão como incomensuravelmente mais presente do que a histeria, e pela descoberta de que, no inconsciente, não há indicações da realidade, o que impossibilitaria distinguir entre a verdade e a ficção investida como afeto, deixando aberta a possibilidade de que a fantasia sexual tenha como tema, invariavelmente, os pais. Assim:

Ao dotar as cenas de sedução, construídas em análise, de realidade psíquica, Freud não as caracterizou como meras fantasias; apenas descartou um realismo simplista. No entanto, o trauma da sedução sexual pelo adulto, que ocupou posição fundamental nas neuroses até 1907, quando perdeu algum espaço para a fantasia e a sexualidade infantil, nunca desapareceu (RUDGE, 2009, p. 23).

A partir de 1900, Freud começa a repensar a importância da experiência traumática na constituição da neurose histérica, abandonando o entendimento da cena de sedução e passando a entendê-la como um produto de reconstruções fantasísticas do sujeito. A cena real perde sua força traumatizante, juntamente com a teoria da sedução envolvendo um adulto, tendo em vista a importância dada à fantasia. Nesse sentido, Freud abandona a concepção da etiologia da histeria por uma concepção em que a fantasia substitui o lugar do fato. Para a autora:

O trauma é, pois, o impacto de um acontecimento sobre um psiquismo singular, e o solo constituído pela história passada do sujeito na determinação do significado que esse acontecimento assume para ele não pode ser desconsiderado, seu mundo de fantasia deve ser levado em conta. Entretanto, são as experiências traumáticas recentes, que não se consegue assimilar nem esquecer, que são determinantes na constituição dos sintomas, até mesmo da forma que assumem de um reviver incessante (RUDGE, 2009, p. 43).

Esse período da obra freudiana esteve mais voltado a discutir o desenvolvimento sexual infantil, exposto principalmente nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*

(1905c). Para Freud, a experiência sexual de sedução não seria necessariamente um acontecimento real, mas fantasias encobridoras da atividade sexual infantil:

Essa reflexão foi logo seguida pela descoberta de que essas fantasias destinavam-se a encobrir a atividade autoerótica dos primeiros anos de infância, embelezá-la e elevá-la a um plano mais alto. E agora, de detrás das fantasias, toda a gama da vida sexual da criança vinha à luz (FREUD, 1914, p. 27).

O que se vê expresso é, a partir da entrada da fantasia, o surgimento da sexualidade. O ‘abandono’ da teoria da sedução, possibilitou a Freud, ao desconfiar da inocência infantil, questionar a universalidade da vivência traumática de sedução na etiologia das neuroses. Para ele,

O indivíduo se contacta, além de sua própria experiência primeva naqueles pontos nos quais sua própria experiência foi demasiado rudimentar. Parece-me bem possível que todas as coisas que nos são relatadas hoje em dia, na análise, como fantasia – sedução de crianças, surgimento da excitação sexual por observar o coito dos pais, ameaça de castração (ou, então, a própria castração) – tenham sido, em determinada época, ocorrências reais dos tempos primitivos da família humana, e que as crianças, em suas fantasias, simplesmente preencham os claros da verdade individual com a verdade pré-histórica (FREUD, 1917, p. 433).

É preciso ressaltar que Freud não obteve êxito ao tentar integrar os sintomas da neurose traumática à teoria psicanalítica das neuroses de que dispunha até então. Dessa forma, pode-se perceber, como argumenta Rudge (2009), uma reformulação fundamental na teoria freudiana, a partir de 1920, “envolvendo a formulação do que se convencionou chamar segunda tópica freudiana” (RUDGE, 2009, p. 43).

Em *Além do princípio do prazer*, Freud (1920) descreve o aparelho psíquico em relação aos meios interno e externo, usando como analogia uma vesícula indiferenciada e sensível a estímulos, que poderia ser destruída pela energia proveniente do mundo externo, caso não possuísse um escudo que pudesse filtrar os estímulos, liberando-os com menor intensidade para suas camadas mais internas. Qualquer excitação que pudesse romper essa barreira poderia ser traumática. É importante notar que:

Nesse momento teórico, o trauma encontra um lugar privilegiado, num sentido diferente daquele atribuído a um trauma essencialmente sexual e que estava associado à sedução concreta de um adulto em direção a uma criança. Aponta, por sua vez, para a força da compulsão à repetição, que pode ser encontrada tanto

nas brincadeiras infantis – como, por exemplo, no jogo do *fort-da* descrito por Freud em *Além do princípio de prazer* –, como nos sonhos de angústia (FAVEIRO, 2009, p. 52).

Assim, o trauma passa a ser entendido como consequência do rompimento do escudo defensivo pelo excesso de excitações que põem em risco a dominância do princípio de prazer e a estruturação do aparelho psíquico. O excesso de energia livre invade o órgão anímico sem que o sujeito esteja preparado para se defender. Freud sugere que a angústia não produz neurose traumática, já que nela (na angústia) existiria algo que protegeria o sujeito contra o susto. Assim, o fator susto passa a ser considerado elemento essencial para o surgimento do trauma.

Freud se convenceu mais tarde “com a repetição incessante de experiência traumática e dolorosa nesse tipo de neurose [traumática], seja por meio de lembranças vívidas, alucinações ou sonhos” de que não é sempre que o psiquismo busca satisfação do prazer e conseqüentemente a evitação do desprazer. Admite, então, que há uma compulsão à repetição que manifesta papel importante no psiquismo, sendo anterior ao princípio de prazer. Assim, o trauma inspira a compulsão à repetição, entendida como a repetição do evento traumático em função de tendências anteriores à instalação do princípio de prazer (RUDGE, 2009, página 47).

Em 1924, Otto Rank escreve *Trauma do Nascimento*, onde expõe uma ideia divergente do que estava sendo pensado pelo grupo freudiano. Nessa ideia, apresenta que a angústia de castração é deslanchada a cada experiência de separação e se reporta, fundamentalmente, ao grande trauma que é o nascimento.

É no texto de 1926, quando Freud passa a considerar a angústia como reação a situações de perigo, que apesar de diversas têm em comum o medo da perda do objeto de amor [ou do amor do objeto], tanto pela separação quanto pela castração, que podemos perceber a sustentação da experiência do nascimento como protótipo de todas as angústias. Sendo o *eu* sede da angústia, segundo Freud, esta se define como um estado afetivo. Freud amplia a descrição da angústia, concebendo-a como uma reação a um perigo específico para cada fase da vida, em que:

[...] o perigo de desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o *eu* do indivíduo é imaturo; o perigo da perda de objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo de castração até a

fase fálica; e o medo do seu *supereu* até o período de latência. Não obstante, todas essas situações de perigos e determinantes de *angústia* podem resistir lado a lado e fazer com que o *eu* a elas reaja com *angústia* num período ulterior ao apropriado; ou, além disto, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo (FREUD, 1926, p. 140 – grifos meus).

Assim, podemos traçar uma relação entre a angústia, o trauma e o desamparo, apoiados em Freud quando afirma que

[...] o ser adulto não oferece qualquer proteção absoluta contra um retorno da situação de *angústia* original. Todo indivíduo tem, com toda probabilidade, um limite além do qual seu aparelho mental falha em sua função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas (FREUD, 1926, p.146 – grifo meu).

Ao fazer a distinção entre medo, terror e angústia, Freud coloca a angústia como sendo, por um lado, como uma expectativa de um trauma e, por outro, como uma repetição dele em forma atenuada (FREUD, 1926, p. 161). Entendendo o trauma como um excesso de energia que rompe as barreiras do sistema psíquico, posso apreender, a partir do caso clínico de Renato, que o comunicado diagnóstico reinscreve o trauma psíquico ao gerar angústia e colocar o sujeito em situação de desamparo. O desamparo apresenta-se para a espécie humana como uma condição que pode ser revivida enquanto situação a partir de um evento traumático reinscrito no psiquismo.

Tomando o susto como fundamental para o reaparecimento da cena traumática, este está expresso no comunicado diagnóstico. O impacto diagnóstico, esse horror terrível, com a licença do pleonismo, vivenciado pelo sujeito, contesta a onipotência narcísica, provocando um trauma ao colocar o sujeito diante do tabu da sexualidade. Assim, a barreira à revolução sexual imposta pela epidemia de HIV, leva a pensar que mais uma vez se vê, no caso da aids, as consequências da sexualidade. Não há apenas o desequilíbrio causado pelo impacto que reinscreve o trauma no diagnóstico, como há também um imaginário criado sobre a epidemia da aids, que coloca o sujeito diante de sua própria sexualidade, condenando-o a carregar o estigma da aids.

Moreira (2002) elucida que a aids coloca a pessoa dentro de um imaginário contemporâneo marcado por preconceito e hostilidade, uma vez que os afetos recebidos circunscrevem a equação *aids igual a morte*. O diagnóstico provoca, inclusive no analista, a imersão nesta fúnebre associação, marcando as relações transferenciais por um “luto-

antecipatório” despertado pelas estranhas sensações do inominável. Diante desse diagnóstico, o paciente pode reagir das mais variadas formas. E todas essas formas devem ser trabalhadas de modo a oferecer ao paciente uma escuta delicada. O resultado do HIV/aids não é recebido como diagnóstico de uma doença, mas como a sentença de uma culpa. Traz consigo o peso do estigma social e as marcas contemporâneas da morte. Enfrentar a aids é enfrentar toda uma sociedade carregada de preconceitos. É colocar o corpo à disposição do julgamento moral/social. Poderíamos nos perguntar, então: a aids é uma marca de amor ou uma sentença de morte?

5. Às voltas com as conclusões

Ao final de mais essa etapa na minha vida pessoal, profissional e acadêmica, posso dizer que me sinto, em grande parte, realizado. Digo em grande parte, por acreditar que nunca se realiza por completo, sempre ficando para outros momentos a *possibilidade* de completude. Espero que este trabalho tenha servido para meus leitores tanto quanto me serviu de aprendizado. Relatar minha pouca experiência no campo da psicologia e da psicanálise foi um trabalho árduo, demorado e cansativo. Posso agora enfim descansar para continuar forte em minha jornada. Desde a minha entrada no HUIBB, tenho me dedicado a estudar o tema da aids. Esse tempo de estudo proporcionou-me entrar em contato com meus próprios [pre]conceitos. Ao me permitir caminhar nesse trajeto histórico da aids, viajando por essa construção do imaginário social da epidemia, e ao articular isso com o tempo em que pude oferecer a escuta no hospital para pacientes diagnosticados com aids, tenho claro que ainda há muito caminho a ser percorrido.

Dispondo-me como ator nessa cena da aids no estado do Pará, vivenciando o Serviço de Psicologia do HUIBB, assim como os projetos de pesquisa dos quais participei, sem contar a minha inserção no PPGP, creio que algo tem mudado significativamente nesse cenário. É claro que há algo escamoteado, e que sempre será, pois diz respeito a nossos tabus, que não se apresentam apenas de forma social – eles o são particulares também. Esse algo escondido, que vem por conta da repressão própria de nossa civilização, própria desse contato com o outro, tem muito a dizer sobre o impacto do diagnóstico de HIV/aids. Não sei se já é possível dar uma resposta a minha indagação sobre essa doença: uma marca de amor ou uma sentença de morte? – porque talvez sejam as duas coisas. A aids marca no corpo nossas relações afetivas, e ao apontar para nossas escolhas de objeto de amor, atinge em cheio nosso narcisismo, tanto quanto nos coloca fora da fantasia de onipotência e imortalidade.

A angústia que se abate sobre o paciente que recebe o diagnóstico de aids, parece tão desesperadora que muitas vezes o desejo que acompanha esse sofrimento é o desejo de morte. Assim,

Vale pensar com especial cuidado no fato de que, sendo o eu corporal, na sugestiva formulação freudiana, é preciso uma escuta atenta para as

representações possíveis do conflito entre os desejos de viver e morrer, as fantasias de estar sendo atacado de dentro pelas pressões pulsionais que compelem todo ser humano a permanecer vivo e a retornar ao inorgânico. (...) Há importante perda narcísica diante da representação de ser “portador” de um vírus mortífero: trata-se, em alguns casos, da perda de toda representação identitária (MOREIRA, 1997, p. 31).

Parece não haver saída, já que, como foi apresentado, ainda nos dias de hoje, o imaginário social da doença é recheado de preconceito e exclusão. Diante do diagnóstico (que produz uma, por assim dizer, paralisia narcísica), é necessário um bom manejo das questões contratransferenciais para que terapeuta não se deixe cair na sombra da melancolia silenciosa de que nos fala Moreira (2002). Mas há saídas possíveis. Aceitar a doença é uma missão um tanto complexa e delicada por parte do paciente, que se vê mergulhado no desamparo. Ainda assim, estou inclinado a pensar a aceitação como uma saída.

5.1. E quando ocorre a aceitação?

No último atendimento, já quando marcava a consulta pelo SAE¹⁴, Renato, debruçado sobre o parapeito da janela em frente ao posto de enfermagem do primeiro oeste¹⁵, olhou para o vazio lá fora e disse: *...é, Igor, agora é uma nova vida que começa.* Esse discurso remeteu-me à fênix que renasce das cinzas. Renato estava deixando para trás o fogo das terras infernais, onde reinam os demônios com suas cobras e seus cálices de vinho, para se aventurar no desconhecido:

Ainda que o vírus HIV se faça presente em seus corpos, torna-se cada vez mais freqüentes situações em que o pathos não domina a vida psíquica destes pacientes, sendo comuns casais e famílias que se estruturam sem que “... a sombra do objeto perdido recaia sobre o Eu...”. O discurso de luta pela vida em tempo e qualidade sinaliza a resignificação que a aids adquiriu para alguns, os quais, após um trabalho de luto, conseguem redirecionar a libido para os objetos externos (REI, 2007).

¹⁴ SAE – Serviço ambulatorial especializado, onde existe um grupo de apoio (Grupo de Adesão) ofertado a pacientes de HIV/aids, que se reúne uma vez por semana no próprio hospital.

¹⁵ Primeiro oeste: ala oeste do primeiro andar do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Essa aceitação do diagnóstico representa a possibilidade de enfrentamento da doença e a adesão ao tratamento. Restava agora saber se Renato realmente faria o que disse. Mas, sobre minha dúvida, ele interpôs uma exclamação de despedida: *Nos vemos amanhã no grupo de adesão...*

5.2. *Crônica da vida cotidiana da aids: um prólogo de morte anunciada?*

Uma das questões que surgiram durante a produção deste trabalho foi justamente a concepção de adesão. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o conceito de adesão está diretamente ligado à forma como uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde. Nesse sentido, adesão agrega na própria definição a ideia da autonomia do paciente frente ao tratamento, uma vez que exige um acordo estabelecido a partir das recomendações profissionais. Dessa forma leva-se em consideração a responsabilidade do paciente em relação a sua saúde.

É importante observar que a terapia antirretroviral combinada (ATRV) produziu um enorme impacto na epidemia de HIV/aids (CARACIOLO, 2007, p. 10), dando à aids um caráter crônico, possibilitando a reinserção social e um retorno à vida profissional, representando, porém, um grande desafio aos serviços, profissionais e pacientes. A adesão, assim, não pode ser entendida unicamente como a disposição do paciente em aceitar o tratamento, adequando-se às normas. Esse processo precisa ser pensado como algo dinâmico que demanda participações ativa de todos os envolvidos, principalmente dos pacientes. A questão da insegurança e a estigmatização da doença, relacionados principalmente ao imaginário social da doença, propicia, ainda nos dias de hoje, exclusão e isolamento. Assim, o estabelecimento e vínculo e a qualidade deste com a equipe, e fundamentalmente com o médico, são determinantes no processo de adesão (CARACIOLO, 2007, p. 38). As questões subjetivas precisam ser levadas em consideração. É preciso pensar a possibilidade de que se considerem os aspectos psicossociais antes do início do tratamento com antirretrovirais e que haja um acompanhamento individual após o início.

Pensar a adesão como paradigma médico é colocar o sujeito no nível exclusivo da passividade diante da esmagadora força social. Adesão pode [e deve] ser pensada sob a ótica da escolha do sujeito que não aceita ser esmagado por tais forças, mas que cria, a partir delas, mecanismos de enfrentamento no âmbito do particular. Medeiros e Vilhena (2006) apresentam um sujeito como o *ser* de seu desejo, como aquilo que resiste às demandas culturais. Porém, exatamente por resistir, é também por elas constituído (p. 165). Interessante notar como um vocábulo – *determine*, nome do exame de HIV/aids – pode determinar o novo curso que a vida do sujeito pode tomar a partir do resultado diagnóstico.

Renato parece ter incorporado sua história filogenética do destino da vida, quando disse que tudo acaba para dar lugar a algo novo que precisa começar. Foi esse movimento, proporcionado por sua narrativa *fantástica*, importante nessa ressignificação da situação traumática. Como sugerido, anteriormente, o impacto diagnóstico provoca uma ruptura, em alguns casos, no sistema psíquico, inserindo o sujeito num mar em fúria. A escuta analítica, ao que tudo nos indica, serve de bússola, em meio a esta tempestade. De frente para *Caronte*, podendo oferecer uma moeda pela travessia, há duas possibilidades: deixar-se levar às *terras infernais* e lá permanecer, ou, como um herói grego, usar todas as armas para voltar ao mundo dos vivos.

Aceitando essa segunda possibilidade, há que se dizer – *essa nova vida que começa* marca o fim de um ciclo. O ciclo seguinte, porém, precisa ser tomado por mudanças significativas, que para ser superado necessita de apoio. É notório que o trabalho da psicanálise traz resultados importantes para os pacientes. Através do estudo do caso apresentado, pude supor que o trabalho da psicanálise, no hospital geral, mostra-se como uma importante ferramenta no tratamento de pacientes recém-diagnosticados com HIV/aids. Em *Psicoterapia da histeria*, Freud indicou o poder da fala (pela narrativa do evento traumático), através da livre associação, como efeito satisfatório no alívio da situação de angústia, pelo escoamento do afeto estrangulado, possibilitando a eliminação dos sintomas e a ressignificação da cena traumática. Renato é um bom exemplo de paciente que indica essa possibilidade de elaboração do trauma reinscrito no diagnóstico de HIV/aids. Mesmo que se tenha ainda no imaginário da epidemia a associação *aids igual à morte*, é possível escolher a vida.

Quis justamente apresentar essa possibilidade, a partir do caso apresentado. Se a pulsão de morte aparece na fala do paciente recém-diagnosticado com HIV/aids, através da escuta podemos apreender a pulsão de vida aí presente. Para isso, é preciso romper com as paredes que sufocam o grito por ajuda, que enclausuram o sofrimento. É preciso dar voz ao *Grande H*. Apoiado em Freud, ao argumentar sobre a morte e o sentimento de imortalidade do ser humano, posso considerar que a narrativa, um tanto mitológica, construída por Renato, sobre as origens e os destinos das civilizações, além de conforto, produziu em suas representações um umbral transponível, onde a esperança não precisa ficar de fora. Ao ser apresentado a esse novo mundo, ele mesmo cria sua “nova vida”.

Atualmente a AIDS parece ter-se estabelecido como doença crônica, mesmo que epidêmica em diversas partes do mundo. Para Marques (2003),

Com a “normalização” da doença, principalmente em países desenvolvidos, e passados a surpresa e o choque iniciais, a AIDS passou a ser entendida a partir do prisma do paradigma da doença crônica (...). A descontinuidade, sugerida pelo impacto inicial da enfermidade, revelou-se inadequada nessa fase. A aids passou a ser apresentada como uma doença crônica, possível de ser controlada por políticas apropriadas de saúde e educação (Marques, 2003, p. 30).

Mesmo não objetivando discutir se a aids está ou não configurada como doença crônica, é importante explicitar que não podemos tomá-la em um aspecto simplista. A epidemia da aids é um grave problema de saúde pública, sendo preciso ser pensada sob a ótica de sujeitos ativos no combate ao avanço da doença. Ao tomar a aids como doença crônica, muitas vezes o paciente sente-se sem perspectiva de vida (CARACIOLO, 2007, p. 29). Outro fator que dificulta essa aceitação da doença é a não presença de sintomas, o que pode provocar um sentimento de ausência da aids. Tirar o paciente daquele lugar que viemos falando de culpa e castigo significa dotá-lo de responsabilidades sobre a doença e o tratamento. A aids, enquanto doença epidêmica, precisa ser pensada em sua máxima gravidade, pois como afirma Moreira (1996, p. 30):

[...] um fato clínico, dos mais graves entre os observados, permitirá enveredarmos pelos enigmas que se nos apresentam: em muitos casos, a partir da comunicação ao paciente de um diagnóstico de aids a evolução a óbito se dá em curto espaço de tempo (...).

Ainda há atualidade nessa afirmação, principalmente ao considerarmos o aumento no número de casos registrados a cada ano. Moreira (1996) faz uma associação melancolia/aids, que nos leva a pensar que no diagnóstico de HIV/aids possa incidir a introjeção de objetos mortíferos, visto que a associação *aids=morte* parece criar uma identidade insuportável para muitos, observando-se, assim, uma fantasia que se configura como a de um condenado, alguém a quem a sentença fatal foi proferida (MOREIRA, 1996, p. 32).

Renato, ao falar sobre aquela possibilidade diagnóstica, relatou-me que, no caso de um resultado positivo para o exame de HIV/aids, preferiria isolar-se. Assim, na praia, ninguém haveria para condená-lo. No relato de outros tratamentos que havia abandonado, fica claro o quanto ele atacava o próprio corpo, em um explícito potencial auto-destrutivo, como se nele expressasse uma projeção do traumático. *Eu vou morrer e minha família morre comigo*. Essa frase de Renato parece indicar que no anúncio da doença, a marca do retorno da angústia de separação fica evidente, “culpabilizando” a família (como o fantasma de morte) pela perda da segurança, pela perda de abrigo, por seu desamparo.

5.3. A ressignificação do diagnóstico

Ser desamparado atesta a condição de insocorribilidade do sujeito (LEVY & MOREIRA, 2008, p. 55), já que nada segura a pulsão. Em 1905c, no *Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud situa o tema do amor na condição de complementaridade. Afirma, assim, que o amor ocorre como o caminho “possível” para se alcançar a “felicidade”. Dessa forma, poderíamos pensar essa quebra produzida pelo diagnóstico, que coloca o paciente diante de sua própria experiência sexual, marcada pelos estigmas contemporâneos, como a inscrição de uma marca a dois. Sempre há um outro, na relação amorosa, onde se inscreve o diagnóstico de HIV/aids. Essa possibilidade de desilusão amorosa, mesmo que, como afirma Freud (1927), haja uma incompatibilidade substancial entre amor e civilização, pode ser encarada como um processo de retomada do *sentimento-de-si* que tende a se perder no diagnóstico. O amor pode ser uma das saídas possíveis para

se ressignificar o trauma inscrito pelo diagnóstico. Vemos dias em que, mesmo com inúmeras formas de se falar da doença, ainda se associa aids à promiscuidade, quando não se acaba contraindo o vírus por achar que o amor, na forma mais popular de se dizer, salva. Parece haver um imaginário que coloca a prevenção da aids no lugar da culpa, como se usar camisinha atestasse uma possível infidelidade na relação amorosa. Dessa forma:

[...] é preciso lembrar que, embora muitos sigam crendo nas apostas do amor, não é possível iludir-se: ele não é uma vacina ou uma mágica que protege contra o infernal retrovírus HIV. Entretanto, a perda da capacidade de amar, e amar a si mesmo, tão característica da melancolia, ensina que deixar espaço para o afluxo de vagalhões sombrios dos mares pulsionais, onde amor e morte disputam inexorável no campo do desejo, não é boa tática, o que já pode constituir uma bússola para enfrentar essa luta, desviando de trágico desfecho (MOREIRA, 1996, p. 36).

Ou, como nos apresenta Freud: “... Um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, devemos começar a amar a fim de não adoecermos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência de frustrações, formos incapazes de amar...” (FREUD, 1914, p. 92). Uma das minhas inquietações foi, no decorrer da produção desse trabalho, saber o que levou Renato a elaborar seus desejos de morte e transformá-los em desejos de vida. Considero que a relação transferencial pode possibilitar um recurso defensivo àquele eu fragilizado, pois parecia não haver transferência com o saber médico.

Mesmo que a morte seja inevitável e inegável, somos compelidos a eliminá-la de nossas vidas, uma vez que “... no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade...” (FREUD, 1915, p.299). Na atualidade, usamo-nos principalmente do saber tecnológico para tal intento, como se o avanço da ciência pudesse nos afastar de nossa condição humana. *Aceitar a possibilidade da morte é deixar desabrochar, pelo oráculo, a ferida imposta a Narciso.* Assim, pode-se pensar que só existe luto diante da morte, mas o trabalho de luto se dá diante da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, J. M. M. (1881). *Memórias Póstumas de Brás Cubas*. Porto Alegre: L&M, 2008.
- BARRIE, J. M. (1911). *Peter Pan*. Tradução de Ana Maria Machado. FTD Editora, 1995.
- BERLINCK, M. T. (2000) *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta.
- _____(2006). Editorial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX, 3, vii-viii.
- BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. (2000). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. In: *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 34, n.2.
- DANIEL, H. & PARKER, R. (1991). *Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. São Paulo: Iglu Editora, 1991.
- CARACIOLO, J. M. M. (2007). Adesão aos antirretrovirais. In: *Adesão, da Teoria à Prática: Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo*. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, pp. 10-26.
- CECCARELLI, P. R. (2002). Psicologia Hospitalar: aspectos legais, éticos e políticos. Em *Revista de Psicologia Plural*, FUMEC, Psicologia Hospitalar: Belo Horizonte, 17, p. 71-78.
- _____(2004). Sexualidade e consumo na TV. Em *Psicologia Clínica*, Vol. 12, 2, p. 59-68.
- _____(2009). Laço social: uma ilusão frente o desamparo. Em *Reverso, Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais*, ano XXXI, 58, 33-41.
- CUNHA, A. G. (1982). *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*.
- DANTE ALIGHIERI. *A Divina Comédia: Inferno, Purgatório e Paraíso*. Tradução e notas de Ítalo Eugênio Mauro. Em português e italiano (original). Editora 34, São Paulo, 1999.
- DIAS, H. M. & PAMPLONA, C. R. A. (2010). Tratamento psicológico hospitalar: intensidades afetivas e contratransferência. Disponível em http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/congresso2010/mesas_redondas/MR15-Helena-Maria-Melo-Dias-Cassandra-Regina-de-Amorim-Pamplona.pdf
- FAVEIRO, A. B. (2009). *A noção de trauma em psicanálise*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), PUC-Rio.

FREUD, S. (1888). Histeria In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol.1, 1996.

_____ (1892). Rascunho A. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol.1, 1996.

_____ (1893). Esboço para a comunicação preliminar. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol.1, 1996.

_____ (1893b). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 2, 1996.

_____ (1894). Rascunho E: Como se origina a ansiedade. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 1, 1996.

_____ (1894b). As psiconeuroses de defesa. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol.3, 1996.

_____ (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 1, 1996.

_____ (1895b). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol.3, 1996.

_____ (1895c). Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 2, 1996.

_____ (1896). A etiologia da histeria. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 3, 1996.

_____ (1897). Extratos dos documentos dirigidos à Fliess, Carta 69. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v.1, 1996.

_____ (1900). A interpretação dos sonhos. A psicologia dos processos oníricos. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 4, 1996.

_____ (1904). O método psicanalítico de Freud. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 7, 1996.

_____ (1905). Sobre a psicoterapia. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 7, 1996.

_____ (1905b). Tratamento Psíquico. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 7, 1996.

_____ (1905c). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 7, 1996.

_____ (1909). Observações sobre um caso de neurose obsessiva. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 10, 1996.

_____ (1910). Cinco lições de psicanálise. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 11, 1996.

_____ (1912). A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 12, 1996.

_____ (1912b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 12, 1996.

_____ (1913). Sobre a psicanálise. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Vol. 12, 1996.

_____ (1913b). Sobre o início do tratamento. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 12, 1996.

_____ (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 12, 1996.

_____ (1915). O inconsciente. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 14, 1996.

_____ (1915b). Os destinos da pulsão. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 14, 1996.

_____ (1915c). O recalque. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 14, 1996.

_____ (1915d). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 14, 1996.

_____ (1916). Conferências Introdutórias. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 15, 1996.

_____ (1919). O Estranho. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 17, 1996.

_____ (1920). Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 18, 1996.

_____ (1923). O eu e o isso. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 19, 1996.

_____ (1926). Inibição, sintoma e angústia. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 20, 1996.

_____ (1927). O futuro de uma ilusão. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 21, 1996.

_____ (1927b). Mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 21, 1996.

HANNS, L. A. (1996). *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. São Paulo: Imago.

LABAKI, M. E. P. (1996) *Aids: uma clínica da indagação*. In *Cadernos de Subjetividade do Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, PUC-São Paulo, nº 4*.

_____ (1999). *A situação do desamparo e a aids*. In *Revista Pulsional, ano XII, nº 119, pp. 17-27, São Paulo*.

_____ (2001). *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (2003). *A clínica psicanalítica nas instituições de saúde* (seção Debate). *Percurso, Ano XVI, no. 30, São Paulo, 1o. semestre de 2003*.

LAPLANCHE, J. (1998). *A angústia - Problemáticas I*. São Paulo: Martins Fontes.

LEVY, E. & MOREIRA, A. C. G. (2008). *Desamparo, Transferência e Hospitalização: um estudo sobre o paciente internado em Centro de Tratamento Intensivo*. Em *Psicologia, Instituições, Cultura*. PIMENTEL, A. & MOREIRA, A. C. G. (orgs.) Belém: Amazônia.

_____ (2009). Desamparo, Transferência e Hospitalização em CTI: O Caso Sara. Em *Revista Polêmica*, vol. 8, p. 53-65.

LIMA, M. L. C. & MOREIRA, A. C. G. (2008). Aids e feminização: os contornos da sexualidade. Em *Revista Mar-estar e subjetividade*. Fortaleza, vol. VIII, n° 1, pp. 103-118, março de 2008.

LINDENMEYER SAINT-MARTIN, C. (2006). O paradoxo do diagnóstico precoce de câncer. Em *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX, n° 3, setembro de 2006.

MACHADO, A. M. (2003). Palavras, palavrinhas e palavrões. São Paulo: Quinteto Editorial (Coleção literatura em minha casa / Organizador Luís Camargo).

MARQUES, M. C. C. (2003). A história de uma epidemia moderna: a emergência política da Aids-HIV no Brasil. Editora Rima. 2003.

MCDOUGALL, Joyce. (1991) *Teatros do corpo*. O Psicossoma em Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.

MEDEIROS, S. & VILHENA, J. (2006) A estética e o valor econômico. Em RUDGE, A. M. (org) *Traumias*. São Paulo: Escuta. (Biblioteca de Psicopatologia Fundamental). p. 157-174.

MENEZES, L. S. A. (2008). Desamparo. São Paulo: Casa do Psicólogo (Coleção Clínica Psicanalítica / Dirigida por Flávio Carvalho Ferraz).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009). Site do Ministério da Saúde. Disponível em: www.aids.gov.br

MONTAGNIER, L. (1995) *Vírus e homens. AIDS: seus mecanismos e tratamentos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

MOREIRA, A.C.G. (1997) Melancolia e aids: da urgência de escuta do sintoma. *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo, v.10, n° 93, p.23-36.

_____ (1998) Eros, melancolia e aids. *Revista Correio da APOA*. Porto Alegre, v.1, n°63, p.24-31.

_____ (2001) *Clínica do Social: Tratamento Psicológico de Pacientes do Ambulatório do Hospital Universitário João de Barros Barreto*. Projeto de Pesquisa, Belém: UFPA.

_____ (2002) *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta. Belém: Edufpa.

_____ (2003) *Modo de constituição da subjetividade na clínica da melancolia*. Projeto de pesquisa, Belém: UFPA.

_____ (2011). Delicadezas do eu: fundamentos da vulnerabilidade (prelo). Em *Revista Reverso*. Belo Horizonte: Círculo Psicanalítico de Minas Gerais.

MOREIRA, A. C. G. & PAMPLONA, C. R. A. (2006). Dispositivos Clínicos em Hospital Geral. *Psicologia Clínica*, v.18, p. 13-24.

NASCIMENTO, D. R. (2005). As pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz.

NETO, L. Q. (1989). A face oculta da Aids. Rio de Janeiro: Achaimé.

OLIVEIRA, P. T. R. & MOREIRA, A. C. G. (2006). *Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar*. In: *Revista Pulsional*, ano XIX, n. 185, março de 2006.

PEREIRA, M. E. C. (2008). *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Editora Escuta.

PINHEIRO, N. & VILHENA, J. (2007) "Entre o público e o privado: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar". Em *Arquivos Brasileiros De Psicologia*. Rio de Janeiro, UFRJ. Vol 59, nº 2.

_____ (2007b) De paciente a sujeito: a difícil passagem do público para o privado: Reflexões sobre o atendimento psicanalítico em ambientes hospitalares. Em *Revista Vivências*. RN, UFRN n.30. pp 89-99.

_____ (2008) Nem Público nem privado, muito pelo contrário: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. Em *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*. Vol. 8, nº1. Rio de Janeiro, UERJ. pp 101-109.

POLISTCHUCK, L. (2010) Mudanças na vida sexual após o sorodiagnóstico para o HIV: uma comparação entre homens e mulheres. Dissertação apresentada no Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RAMOS, G. A. (2003). *Angústia e sociedade na obra de Sigmund Freud*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

RUDGE, A. M. (2009). Trauma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

SALLES, A. C. T. & CECCARELLI, P. R. (2010). A invenção da sexualidade. In: *Reverso Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais*, ano XXXII, 60, 15-24.

SANTOS, E. M. & CARVALHO, A. M. T. (1999). Crônica da vida mais contrariada: sofrimento psíquico, HIV/aids e trabalho em saúde. In: *Cadernos de Saúde Coletiva*, Vol. 2, ano 7, p. 147-172.

SANTOS, N. J. S.; TAYNARA, A.; SILVA, S. R.; BUCHALA, C. M. & LAURENTI, R. (2002). A AIDS no estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. In: *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, n 2.

SCWARCOWALD, C. L. (2000) Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (Sup. 1):7-19.

SONTAG, S. (1977). *Doença como metáfora*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

_____ (1988). *A Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TELES, R. S. (2003). *As vicissitudes da teoria da angústia na obra freudiana*. In revista Mal-estar e subjetividade. Fortaleza, v. III, nº 1, p. 60-77/Março de 2003.

VALENTIM, J. H. & MATOS, P. R. (1999). Psicanálise e Hospital Geral: algumas considerações sobre o serviço de psicologia da área cirúrgica do Hospital Universitário Antônio Pedro. Em *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, Vol. XII, nº 120.

VILHENA, J. & AMARAL, M. E. (2002) Em busca de uma certa singularidade. Reflexões acerca da psicanálise infantil em uma instituição. Em *Psychê Revista De Psicanálise*. VI, nº 9. São Paulo, Unimarco. p. 197-211.

VILHENA, J. & SANTOS, A. (2000). Clínica psicanalítica com comunidades. Um desafio contemporâneo. Em *Cadernos Do Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, SPID, nº 32 p. 09-35.