



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

AMANDA CRISTINA SERRÃO PINHEIRO

**A PESQUISA EM PSICANÁLISE NO HOSPITAL**

**Corpos marcados pelo HIV/aids**

Belém - PA  
2013



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

AMANDA CRISTINA SERRÃO PINHEIRO

## **A PESQUISA EM PSICANÁLISE NO HOSPITAL**

### **Corpos marcados pelo HIV/aids**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Mauricio Rodrigues de Souza

Área de Concentração – Psicanálise: teoria e clínica

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Pinheiro, Amanda Cristina Serrão, 1979-

---

A pesquisa em psicanálise no hospital: corpos marcados  
pelo HIV/AIDS / Amanda Cristina Serrão Pinheiro. - 2013.

Orientador: Mauricio Rodrigues de Souza.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal  
do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências  
Humanas, Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia, Belém, 2013.

1. Psicanálise Pesquisa. 2. Doentes hospitalizados.
  3. AIDS (Doença) Aspectos psicológicos. 4. Imagem corporal. I. Título.
- CDD 22. ed. 150.1952
-

Amanda Cristina Serrão Pinheiro

A pesquisa em psicanálise no hospital: corpos marcados pelo HIV/aids.

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração – Psicanálise: teoria e clínica

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Mauricio Rodrigues de Souza - Orientador  
Universidade Federal do Pará (UFPA)

---

Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira - Membro interno  
Universidade Federal do Pará (UFPA)

---

Profa. Helena Maria de Melo Dias - Membro externo  
Universidade Estadual do Pará (UEPA)

---

Profa. Dra. Roseane Freitas Nicolau - Suplente  
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Belém - PA  
2013

*Com todo amor, ao companheiro de todas as horas, Jack.*

## AGRADECIMENTOS

A Ana Cleide Guedes Moreira, pela participação na banca de qualificação, assim como na defesa da dissertação de mestrado, pela sustentação dos direitos da pessoa com aids, pelo amor à psicanálise, pelos ensinamentos durante o estágio em docência e pela disponibilidade em todos os momentos necessários neste percurso.

A Helena Dias, pela participação na banca de qualificação, assim como na defesa do mestrado, pela acolhida no projeto de pesquisa que possibilitou discussões e desdobramentos na pesquisa da pessoa com aids.

A Filomena, pela escuta sensível, fundamental durante todo o processo.

A Camile pelo apoio, cuidado e atenção desde o primeiro dia no HUIBB, acolhendo minhas dúvidas e acreditando em meu trabalho.

Aos colegas que honram seu trabalho no hospital, exercendo-o com profissionalismo e investindo no cuidado de si e do outro.

Aos queridos Alan e Arlene, verdadeiros presentes que ganhei durante o mestrado. Dividimos momentos alegres, angustiantes, tristes e felizes, como os verdadeiros amigos fazem. Vocês são brilhantes. Nossos encontros são especiais e carregados de alegria e descontração. Aprendi e aprendo muito como vocês.

Às queridas amigas Van, Sandrinha e Nat, pelos momentos alegres, descontraídos e também muito produtivos de nossos encontros sociais e psicanalíticos. Pelo grupo de estudos Toda Quarta, pela amizade sincera, pelo afeto e por todo carinho e compreensão com relação às minhas faltas durante a escrita da dissertação.

Aos meus familiares, obrigada pelo apoio e compreensão diante de minha ausência nos encontros familiares para que o mestrado me fosse possível.

Ao meu querido Jack, pela ausência durante as longas horas dedicadas à pesquisa, pela paciência nos momentos difíceis, pela força diante das dificuldades, pelo cuidado, pelo incentivo aos meus projetos e pelo amor que vivemos.

Aos pacientes soropositivos atendidos: que a luta diária não traga motivos para desistência. Muito obrigada por dividirem comigo suas inquietações.

*Quanto à beleza da natureza, ela sempre volta depois que é destruída pelo inverno, e esse retorno bem pode ser considerado eterno, em relação ao nosso tempo de vida. Vemos desaparecer a beleza do rosto e do corpo humano no curso de nossa vida, mas essa brevidade lhes acrescenta mais um encanto.*

*(Sigmund Freud, 1916)*



## RESUMO

A aids é uma enfermidade que teve grande impacto na humanidade em decorrência de suas consequências devastadoras. O vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é o agente etiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA ou AIDS – acquired immunodeficiency syndrome). A infecção pelo HIV é, atualmente, delineada pela contagem do número de células CD4+, pela quantidade de partículas virais no sangue (carga viral) e pelos sintomas clínicos. A aids, assim como outros fenômenos, fere a norma de uma sociedade narcisista, que valoriza apenas aquilo que é “saudável”. As pessoas que pertencem a estes grupos são, com frequência, percebidas como relapsas por não terem tomado os devidos cuidados, ou por se comportarem à margem da norma em vigor. Com isso, ferem os olhares de quem idealiza uma sociedade formada por corpos belos, saudáveis e incólumes à morte, ao fracasso ou ao “desajuste”. Uma doença incurável que surgiu ligada ao comportamento humano, carrega estigmas sociais e seus portadores sofrem duplamente: com os efeitos no corpo e em seu narcisismo. No caso da soropositividade, observa-se um narcisismo ferido. Diante disto, faz-se necessário explicar que, no psiquismo, o eu é equivalente ao corpo, ou seja: alterações no corpo são vivenciadas como alterações no eu. Para analisar a questão, utiliza-se aqui a pesquisa em psicanálise, que pode ser realizada de diferentes formas, e que tem entre seus tipos possíveis a pesquisa com o método psicanalítico, além da pesquisa teórica. A pesquisa realizada a partir de situações clínicas tem por objetivo analisar as questões corporais que afetam as pessoas com aids, iniciando pelas marcas físicas e culminando com as marcas psíquicas. A vulnerabilidade, o inquietante, o mal-estar e o narcisismo são conceitos debatidos a partir de sintomas no corpo da pessoa com aids, em uma pesquisa que teve duração de dois anos. Foram realizados atendimentos aos portadores do vírus HIV em situação de ambulatório ou hospitalização, cujas situações clínicas – apresentadas como *flashes* de atendimentos – serviram para fazer a ponte entre a teoria e a prática, confirmando a teoria freudiana de que as fontes de angústia do homem estão entre a caducidade do corpo, a certeza da morte e o contato com o mundo externo. O psicanalista em sua escuta no contexto hospitalar pode contribuir para o tratamento da pessoa com aids, realizando assim o desejo de Freud de que a psicanálise se estendesse a uma grande parte da população. Deste modo, a experiência obtida a partir desta pesquisa revela a grande necessidade de escutar e tratar a pessoa com aids para que o impacto da doença não impeça que a vida continue apesar dos dissabores trazidos pela doença.

Palavras-chave: Aids. Corpo. Pesquisa. Psicanálise. Hospital.

## ABSTRACT

AIDS is a disease that had great impact on humanity because of its devastating consequences. The human immunodeficiency virus (HIV) is the etiological agent of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). HIV infection is currently delineated by counting the number of CD4 + cells, the amount of viral particles in the blood (viral load) and the clinical symptoms. AIDS as well as other phenomena, hurts the rules of a narcissistic society that values only what is "healthy". People who belong to these groups are often perceived as lax by not taking proper care, or behave on the sidelines of the current provision. Thus, hurt the eyes of someone idealizes a society formed by beautiful bodies, healthy and unharmed to death, to the failure or "misfit". An incurable disease that appeared linked to human behavior, carries social stigma and its sufferers suffer doubly: the effects on the body and his narcissism. In the case of seropositivity observed an injured narcissism. Given this, it is necessary to explain that, in the psyche, the "I" is equivalent to the body, namely: changes in the body are experienced as changes in me. To examine this issue, here is used the research in psychoanalysis, which can be accomplished in different ways, and that has among its possible types the research with the psychoanalytic method, in addition to theoretical research. The research from clinical situations is to analyze bodily issues that affect people with AIDS, starting with the physical marks and culminating with the psychic scars. The vulnerability, the unsettling, the malaise and narcissism are concepts discussed from symptoms in the body of the person with AIDS, in a research that lasted two years. To HIV positive patients were seen in outpatient status or hospitalization, whose clinical situations - presented as flashes of care - served to bridge the gap between theory and practice, confirming Freud's theory of the sources of distress are the man between the expiry of the body, the certainty of death and contact with the outside world. The psychoanalyst in the listening in the hospital setting can contribute to the treatment of people with AIDS, thus fulfilling the desire of Freud that psychoanalysis should extend to a large part of the population. Thus, the experience gained from this research reveals the great need to listen and treat people with AIDS so that the impact of the disease does not prevent that life continues despite the troubles brought on by the disease.

Keywords: AIDS. Body. Research. Psychoanalysis. Hospital.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>1 PESQUISA EM PSICANÁLISE</b> .....	8
1.1 O CONCEITO DE PESQUISA EM PSICANÁLISE .....	10
1.2 TIPOS DE PESQUISA EM PSICANÁLISE .....	16
1.2.1 Pesquisa psicanalítica .....	16
1.2.2 Pesquisa em psicanálise .....	18
1.2.3 A Pesquisa teórica em psicanálise .....	23
1.2.4 Uso da entrevista .....	24
<b>2 A PSICANÁLISE NO HOSPITAL</b> .....	27
2.1 O HOSPITAL E O NASCIMENTO DA PSICANÁLISE: MEDICINA E HISTERIA ...	28
2.2 O TRABALHO DO PSICANALISTA NO HOSPITAL: O CORPO A CORPO .....	41
<b>3 CORPOS MARCADOS PELA AIDS</b> .....	52
3.1 O EU É SOBRETUDO CORPORAL: O CORPO PARA A MEDICINA E PARA A PSICANÁLISE .....	56
3.2 HIV/AIDS: UM CORPO ESTRANHO .....	60
3.2.1 Manifestações clínicas .....	61
3.2.2 Vulnerabilidade .....	62
3.2.3 Inquietante .....	64
3.2.4 Mal-estar .....	65
3.2.5 Narcisismo .....	70
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	75
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78

## INTRODUÇÃO

O desejo de escrever sobre este tema teve início no contato com pacientes hospitalizados durante os atendimentos realizados a partir do curso de especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde na Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP) nos anos de 2005 e 2007, culminando com a minha entrada no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) no ano de 2010, onde realizei atendimento às pessoas soropositivas em tratamento a partir de dois setores: o ambulatório e a enfermaria. Ao iniciar os atendimentos nesses setores, seja individualmente, seja em grupo, atendi também os pacientes que não estavam na condição de portador do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), isto é, todos os pacientes hospitalizados na enfermaria de “Doenças Infecto-Parasitárias” (DIP). Após quatro meses de atendimentos através do Programa de Aperfeiçoamento para Profissionais de Saúde (PROAPS), foi apresentado ao hospital o projeto de pesquisa intitulado “Estudo teórico-clínico do conceito de transferência e de contratransferência no tratamento psicológico às usuárias portadoras do HIV-AIDS, internas nas enfermarias do Hospital João de Barros Barreto” coordenado pela Prof<sup>a</sup> Helena Dias para atender mulheres soropositivas hospitalizadas, sendo aprovado em outubro de 2010 (com duração de dois anos), do qual participei enquanto pesquisadora.

Durante o projeto de pesquisa iniciei o mestrado pela Universidade Federal do Pará (UFPA), e realizei o estágio em docência na instituição sendo possível analisar diversas questões, além de calorosos debates nas aulas com os alunos do estágio em Psicologia da Saúde que cursavam o 9º semestre do curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Muitas temáticas apareceram: a pesquisa em psicanálise, o trabalho do psicanalista no hospital e o corpo atravessado pelo vírus HIV, marcas físicas e psíquicas, vulnerabilidade, feminilidade, sexualidade, narcisismo, feminização do HIV/aids. Os textos debatidos em sala de aula e os atendimentos realizados foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Partindo da pesquisa em psicanálise, percebi a necessidade de analisar a posição de um pesquisador da psicanálise, que é delicada uma vez que a instituição não está de acordo com os “preceitos” psicanalíticos. É preciso ser flexível e alterar a técnica para que se possa fazer psicanálise. Sabemos que muitos psicanalistas se colocam contra a realização da psicanálise em qualquer local fora do consultório. Alguns chegam a afirmar que é impossível. Não podemos esquecer que o criador da psicanálise atendeu pessoas durante suas férias nos Alpes e também durante caminhadas. Se a regra fundamental para o paciente é a associação livre e para o analista a escuta flutuante, não há impedimentos para que a psicanálise ocorra fora do consultório.

A partir dessa pesquisa institucional, os conceitos de corpo e narcisismo se tornaram importantes para aprofundar outras questões que considero de ordem narcísica: anorexia, obesidade, competitividade, compulsão por compras, vício em trabalho, dificuldade de relacionamento – e, porque não, de amar e ser amado. Estes foram os temas dos trabalhos que desenvolvi durante a Formação em Psicanálise nos anos de 2005-2007 no Centro de Estudos Psicanalíticos (CEP-SP), onde casos clínicos foram analisados a partir dos conceitos da psicanálise. Quanto a isso, vale lembrar que a Pesquisa em Psicanálise se confunde com a própria Psicanálise na medida em que o psicanalista deve sempre fazer o trabalho de um pesquisador.

No lugar de pesquisadora no hospital, foi possível “sentir na pele” os desafios de uma pesquisa de campo, a qual exige grande disponibilidade uma vez que, ao ir a campo, o pesquisador se propõe a “afetar e ser afetado” por esta experiência. Em um primeiro momento, ao conhecer a estrutura, regras, condições do hospital e equipe de saúde, fui informada dos cuidados que precisava ter (os quais cumpri rigorosamente até o final) – como o imprescindível uso de máscara de proteção N95 para entrar na enfermaria, o que, a princípio, poderia dificultar qualquer atendimento. As condições de trabalho também eram desafiadoras. Ali, o calor era intenso por ser vetado o uso de aparelho de ventilação para evitar a proliferação de bactérias, já que se tratava de uma enfermaria de doenças infecto-parasitárias. Nesta pesquisa, o “corpo a corpo” foi, certamente, uma experiência intensa.

Após dois anos de escuta de pessoas acometidas pela soropositividade, percebi que o corpo deteriorado pela doença revelava um narcisismo ferido. Para além de um sintoma físico, existe o preconceito social, a possibilidade da morte, o medo de ter o seu diagnóstico revelado pela equipe médica para um visitante – amigo ou familiar – que até então desconheça o motivo da hospitalização, a culpa pela possibilidade de ter contaminado um(a) parceiro(a), ou raiva de quem o(a) contaminou.

Por muito tempo, pus-me a pensar sobre como seria descobrir-se soropositivo. Aquele corpo até então saudável, em pouco tempo, começa a deteriorar, apresentando sintomas que aparecem sob a forma de anorexia, tumores, deformidades da pele, perda de sentidos (total ou parcial, em alguns casos), problemas neurológicos, prejuízo na motricidade fina ou até mesmo comprometimento do controle dos esfíncteres. Além disto, o corpo em tratamento pode estar exposto a problemas como: anemia, plaquetopenia (redução da coagulação do sangue), insônia, perda momentânea de memória, hepatite, miosite (inflamação/dor nos nervos dos braços, mãos, pernas, pés), pancreatite, enjoo, dor de cabeça, febre, desmaios, sono agitado, lipodistrofia (concentração da gordura do corpo em determinadas regiões e diminuição em outras), alergia

na pele, dentre outros. O impacto ao ver os corpos dos pacientes consumidos pela doença se fez minha maior inquietação. Novamente o corpo, que, assim como para o obeso, carrega o peso de um sintoma.

Apesar desta pesquisa ser, inicialmente, resultante de minhas inquietações sobre as questões do corpo, em decorrência de meu trabalho em hospital senti também a necessidade de realizar estudos sobre o trabalho do psicanalista pesquisador e suas implicações na prática, partindo do nascimento da psicanálise até o modo de contribuição de um psicanalista para o tratamento do sujeito no hospital. No que concerne à pesquisa realizada no hospital, os pacientes estavam em tratamento para HIV/aids, seja em ambulatório, seja em situação de hospitalização. Penso que a relevância da pesquisa é exatamente o fato de a psicanálise poder contribuir no tratamento oferecido a estes pacientes soropositivos, investigando, escutando e discutindo com as equipes de saúde os desdobramentos dos sintomas no corpo e seus efeitos no narcisismo.

Considerando que o primeiro passo para a elaboração de um projeto de pesquisa em psicanálise é o de perceber que ele nasce de uma atividade clínica da qual é um prolongamento, como nos coloca Berlinck (2000), vale ressaltar a minha experiência com pacientes em consultório e hospital, implicando o atendimento de pessoas obesas que se submeteram à cirurgia bariátrica, pessoas anoréxicas, pessoas infectadas pelo vírus, entre outras, onde saúde e corpo estavam relacionados.

A epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) – ou Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) –, que marcou a década de 1980, ainda configura-se um sério problema no contexto de saúde pública em todo mundo. Uma doença incurável que surgiu relacionado ao comportamento humano, carrega estigmas sociais e seus portadores sofrem duplamente: com os efeitos no corpo e em seu narcisismo. No caso da soropositividade, penso em um narcisismo ferido. Faz-se necessário explicar que no psiquismo eu é equivalente ao corpo e que alterações no corpo são vivenciadas como alterações no eu.

O narcisismo, enquanto “o cimento que mantém a unidade constituída do eu” (GREEN, 1988, p. 9), pode sofrer um abalo se nos remetermos às pessoas contaminadas por uma doença incurável. Em pessoas com aids, a situação envolve inúmeros questionamentos: a condenação pelo uso do corpo sem cuidados? Uma sentença a pagar pelo descuido do próprio corpo? O impacto psíquico pode ser devastador no sentido de efeito sobre o sujeito, da representação de algo que, quebrando subitamente seu equilíbrio narcísico, imponha-lhe uma perda narcísica irreparável (MOREIRA, 2002).

Durante a travessia de uma doença é possível encontrar a observação freudiana de que alguém que sofre cessa de amar, pois retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos. É

como se o doente retirasse seus investimentos libidinais de volta para o eu, enviando-os novamente para fora depois de curar-se (FREUD, 1914a/2010). No caso da aids, além de um possível desinvestimento da pessoa que se descobre soropositiva, o mundo também passa a “desinvestir” nela.

A aids, assim como outros fenômenos, fere a norma de uma sociedade narcisista, que valoriza apenas aquilo que é “saudável”. As pessoas que pertencem a estes grupos são percebidas, muitas vezes, como relapsas, por não terem tomado os devidos cuidados ou por se comportarem à margem da norma em vigor. Com isso, ferem os olhares de quem idealiza uma sociedade formada por belos, saudáveis e incólumes à morte, ao fracasso ou ao “desajuste” (CEDARO, 2005).

Em relação às doenças, encontra-se um campo fértil de representações que, mediante crenças e fantasias, tentam responder porque o sujeito adoeceu, indicando que a ação dele subjaz e contribui para o seu sofrimento. A aids, por sua vez, é interpretada como um “castigo divino”, que veio de fora e de longe, do outro e do estrangeiro, para punir os desviados que transgrediram as regras e que ainda vêm impingindo sua tragédia a pessoas inocentes (LABAKI, 2001). Ninguém é o mesmo depois deste diagnóstico. Há uma mudança importante na subjetividade do soropositivo no tocante à alteridade.

A aids é recebida pelo sujeito como uma interdição. Constitui uma ameaça de castração na medida em que põe o indivíduo diante de limitações e impossibilidades e provoca nos pacientes uma angústia de castração e uma ferida narcísica relacionada ao desfiguramento corporal (KLOURI, 1999).

“O indivíduo portador do HIV carrega em si os signos e os sinais da morte e da transgressão implicados em seu corpo sob a forma da doença” (BIANECK e OLIVEIRA, 2008, p.139). A morte configura-se no corpo com signos da “dor”, “veias inchadas”, “tubos”, “agulhas enfiadas nas veias”, “feridas”, “anorexia”. De acordo com o imaginário contemporâneo à aids já se colocou sob o signo do funesto: a equação aids = morte está demasiadamente instalada para suscitar temores, mas possui o guia de realidade necessário para que não possa ser evitada (MOREIRA, 2002).

Estudos sobre a epidemia do HIV/aids realizados no Pará indicam que o acesso ao tratamento de aids é extremamente insuficiente indicando a vulnerabilidade programática. Entre os casos notificados, existe uma crescente pauperização, assim como um baixo nível de escolaridade, diagnóstico tardio e a falta de leitos suficientes, indicando a alta taxa de mortalidade entre as mulheres soropositivas (MOREIRA, 2010).

Na cidade de Belém-PA, o HUIBB é um hospital geral e de referência para o tratamento em pneumologia, endocrinologia e infectologia, recebendo grande número de pacientes encaminhados por outras unidades de saúde de toda região amazônica. Apesar da confirmação do crescente número de mulheres infectadas pelo HIV/aids, o hospital oferece apenas oito leitos para mulheres e vinte para homens.

Ainda são poucos os psicoterapeutas ou psicanalistas que trabalham com pacientes de aids. Estudos apontam profissionais que resistem ao lugar de analista de pacientes com essas patologias, defendendo a ideia de que, com eles, as abordagens conhecidas e tradicionais não se aplicam. A demanda para análise pode ocorrer justamente a partir da situação de doença, permitindo a entrada em análise; nesse momento, algo pode acontecer, no sentido da cura ou tratamento. Trata-se da possibilidade criada pelo método psicanalítico de o paciente transitar da posição passiva de produto cultural, de submissão às tragédias as quais se acreditava destinado, para a posição de produtor da cultura (MOREIRA, 2002).

Considerando-se que a pesquisa faz parte da atividade clínica do psicanalista, a clínica psicanalítica é uma intensa atividade de pesquisa em que se engajam paciente e psicanalista. Diferente de outras modalidades, a pesquisa em psicanálise não termina quando o psicanalista encerra suas atividades clínicas cotidianas, pois ela faz parte, também, da própria formação do psicanalista, a qual envolve sua análise pessoal, sua atividade de supervisão e os estudos que empreende (BERLINCK, 2000).

Na contemporaneidade, o analista confronta-se, cada vez mais, com questões clínicas que o obrigam a pensar o que fazer diante da lógica da negação do sujeito, do extermínio, da violência, da falta de limite do sujeito com seu próximo e diante de questões da subjetividade que jamais foram formuladas antes. Afinal, há quarenta anos, nenhum psicanalista se deparou com uma pessoa com aids.

A alteridade do Inconsciente, analisada por Freud (1919b/2010), pode ser pensada com relação à descoberta deste diagnóstico como algo terrível, da ordem do horror e que desperta angústia – o inquietante. A situação pode trazer uma questão que é familiar, mas que, como dela não se sabe, não chama atenção. Se algo nos chama atenção, causando a sensação de estranheza, é porque este algo tem a ver conosco de uma forma que desconhecemos. Questões familiares, emocionais, amorosas, vêm à tona quando o HIV se faz presente, podendo ser a internação o momento em que aparecem conflitos desta ordem. Assim, a dificuldade em encontrar um familiar, amigo ou companheiro disposto a acompanhar o paciente durante a internação revela, muitas vezes, situações conflituosas.



O mínimo que se pode esperar da psicanálise é que nos familiarize com o *estrangeiro em nós mesmos*, uma vez que só assim poderemos modificar, em profundidade, nossa relação singular com o outro (KOLTAI, 2000). Não seria este o papel do psicanalista em sua análise pessoal?

É por desatar a transferência – dinâmica maior da alteridade, do amor/ódio pelo outro, da estranheza constitutiva do nosso psiquismo – que, a partir do outro, eu me reconcilio com a minha própria alteridade-estranheza, que jogo com ela e vivo com ela. A psicanálise sente-se então como uma viagem na “estranheza” do outro e de si mesma, em direção a uma ética do respeito pelo inconciliável. Como poderíamos tolerar um estrangeiro se já não nos soubéssemos estrangeiros para nós mesmos? (KRISTEVA, 1994).

Os tempos são outros, é verdade, e, apesar de todas as promessas de felicidade, o sofrimento humano persiste, mas com novas roupagens. Na contemporaneidade, o psicanalista é desafiado a trabalhar em constante reflexão diante de situações que dele exigem ação e formalização teórica do novo. O que sustenta o desejo pelo trabalho da psicanálise é que acreditamos na descoberta freudiana do inconsciente que insiste em nos dar sinais de sua existência (MORETTO, 2006). Independente da época, da tecnologia, das descobertas científicas, contamos com as marcas psíquicas deixadas pelo inconsciente de cada um.

Sendo assim, para organizar a dissertação, dividi-a em três capítulos. O primeiro foi intitulado “A Pesquisa em Psicanálise”, com duas subseções: “O Conceito de Pesquisa em Psicanálise” e “Tipos de Pesquisa em Psicanálise”. O capítulo tem como primeiro objetivo conceituar a pesquisa em psicanálise, onde as atividades de pesquisa e psicanálise aparecem como indissociáveis. A segunda parte deste capítulo propõe trazer as diferentes formas de o psicanalista pesquisador realizar suas pesquisas em diferentes contextos.

O segundo capítulo tem como título “A Psicanálise no Hospital” e está dividido em: “O Hospital e o Nascimento da Psicanálise: medicina e histeria” e “O Trabalho do Psicanalista no Hospital: o corpo a corpo”. Freud, ao iniciar sua prática no hospital, teve um novo olhar sobre o fenômeno da histeria, inaugurando, assim, um novo pensamento sobre o corpo ao considerar suas manifestações psíquicas. Até hoje os psicanalistas estão nos hospitais e é exatamente o corpo a corpo deste trabalho em suas peculiaridades que compreenderá a discussão da segunda parte do capítulo.

O terceiro capítulo, intitulado “Corpos Marcados pela aids”, também está dividido em duas partes: “O Eu é Sobretudo Corporal: o corpo para a medicina e a psicanálise” e “HIV/aids: um corpo estranho”. O pensamento freudiano sobre o corpo psíquico, que vai além das considerações sobre o corpo orgânico da medicina, será o foco da primeira parte desse capítulo.

Na segunda parte, será realizada a discussão sobre os efeitos no corpo da pessoa contaminada pelo vírus HIV, iniciando pela sintomatologia, percorrendo o caminho da vulnerabilidade, inquietante e mal-estar, para chegar aos efeitos no narcisismo.

## 1 PESQUISA EM PSICANÁLISE

Este trabalho iniciará analisando o conceito de pesquisa em psicanálise e seus tipos, pois, no lugar de psicanalista-pesquisadora em instituição hospitalar, foi possível sentir na pele o que a teoria nos traz em relação aos afetos entre pesquisador e pesquisado.

A teoria psicanalítica nasceu da clínica e é preciso recorrer a ela sempre. No caso da pesquisa realizada, a teoria serviu em todos os momentos para elucidar os fenômenos ocorridos durante os atendimentos, nas interconsultas com a equipe, nos sintomas dos pacientes e nas trocas com os pesquisadores da área. Deste modo, a construção deste primeiro capítulo consiste em uma oportunidade para discutir o que seria a pesquisa em psicanálise.

Freud (1923a/1996) colocou que a pesquisa e a atividade clínica do psicanalista são indissociáveis. No entanto, para além da pesquisa clínica, é possível analisar fenômenos sociais, obras de arte, música, poesia, etc. O psicanalista pesquisador poderá usar a pesquisa com o método clínico e analisar os casos atendidos, porém, é importante deixar claro que a análise pessoal do analista será fundamental para que se possa analisar um paciente, sem deixar de reconhecer em si dificuldades, limitações e conflitos. A supervisão completa este tripé que envolve a prática do psicanalista: análise, supervisão e escuta clínica.

Conforme Figueiredo e Minerbo (2006), além dos psicanalistas, outros profissionais também podem realizar a pesquisa em psicanálise<sup>1</sup>, utilizando os conceitos psicanalíticos, escolhendo seu objeto de estudo e, se possível, não esquecendo também de sua análise pessoal, pois ela certamente o ajudará a encontrar um sentido para sua pesquisa assim como a sua implicação com o tema e o trabalho proposto.

Para analisar o conceito de pesquisa em psicanálise é preciso pontuar que Freud inaugurou este tipo de investigação ao analisar e publicar alguns de seus casos clínicos, a saber: o caso Dora, o Homem dos Lobos e o Homem dos Ratos. Além disso, houve a publicação de sua análise sobre outras pessoas que não estiveram em seu divã, como O Pequeno Hans e o Caso Schreber. Sobre o primeiro, o pequeno Hans, Freud (1909/1980) teve acesso ao seu material clínico por meio do pai da criança, que lhe relatava os sucessivos acontecimentos e recebia de Freud as “orientações” necessárias para bem conduzir aquela análise. Conforme Freud constata, trata-se de uma fobia que, por seus desdobramentos, aponta para a questão do complexo de castração.

---

<sup>1</sup> As diferenças entre pesquisa em psicanálise e pesquisa psicanalítica serão exploradas adiante.

A análise do caso Schreber é ainda mais notável pela grande acuidade clínica de Freud (1911/2010) ao basear sua análise na obra autobiográfica do paciente: *Memória de um Doente dos Nervos*. No estudo que empreendeu, Freud aborda o sistema delirante de Schreber à luz de sua teoria da libido e de sua noção de narcisismo, que estava sendo formulada na época. São surpreendentes as formulações de Freud sobre os elementos do delírio de Schreber, em uma coerente similaridade com a própria teoria psicanalítica, de modo que os delírios de Schreber colocam em cena os elementos da própria construção conceitual de Freud.

Em *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância*, Freud (1910/2013) analisa as inibições do artista tanto na vida sexual como em suas atividades artísticas. É neste trabalho que Freud irá tecer importantes considerações acerca da noção de sublimação. Ele irá se interessar pelo inacabamento de muitas pinturas de Leonardo, como resultado da ânsia do artista por alcançar a perfeição. Com efeito, Freud irá considerar as pesquisas de Leonardo como sendo uma espécie de meditação neurótica, a qual o artista daria vazão a fim de recalcar de maneira suficientemente forte suas tendências sexuais, voltando-as para um valoroso desejo de saber sublimado.

Mesmo não tendo contato direto com nenhum destes dois personagens célebres, Freud irá empreender minuciosas e ousadas análises que terão como consequência o avanço mesmo da teoria que formula, pois não bastava estar de posse de materiais de “segunda mão”. É difícil contestar o valor teórico e clínico das construções freudianas, dado o caráter genial e inventivo de Freud, assim como sua perspicácia clínica. Frente a isto, deparamo-nos então com excelentes exemplos da possibilidade de se levar a cabo uma pesquisa na qual o material clínico pode ser obtido de maneira indireta, o que quer dizer: fora do enquadre tradicional da situação analítica. Por isto, na segunda parte deste capítulo, pretendo diferenciar os tipos possíveis de pesquisa em psicanálise desde seu nascimento: análise de fenômenos sociais, obras de arte, artistas, dentre outras coisas que, desde a época do pai da psicanálise, já chamavam a atenção.

Sendo ao mesmo tempo lugar de emergência da teoria e seu laboratório, a clínica nunca é uma simples ilustração ou aplicação da teoria, pelo fato de ultrapassar sempre a capacidade explicativa desta mesma teoria. A teoria psicanalítica é um procedimento de investigação e um método de tratamento, por isso não se reduz a um conjunto de leis teóricas, mas, antes, é um campo teórico-clínico aberto a investigações e às situações clínicas. Entretanto, este método não se aplica somente ao sofrimento psíquico, mas também aos fatos humanos, individuais ou coletivos, patológicos ou não (MARCOS, 2010). A clínica pode ser soberana, no entanto não é a única fonte de pesquisa em psicanálise, a qual não deve ser realizada sem o rigor necessário a sua apreciação. A partir da publicação de uma pesquisa, o material deixa de ser do pesquisador

e passa a ser daquele que se interessar. As justificativas para a realização de uma pesquisa podem ser o aprofundamento de um determinado assunto – longe de ser esgotado – ou a sua função social.

Mezan (1993), tratando da pesquisa em psicanálise, traz uma importante contribuição ao analisar o discurso como elemento necessário para compreensão do inconsciente em suas complexas articulações. O primeiro procedimento básico, segundo o autor, é a coleta de dados ou o que se conhece comumente enquanto pesquisa de campo. O segundo momento seria o de reflexão, sendo este o distanciamento necessário do objeto de estudo para que se possa analisá-lo com o objetivo de compreendê-lo. Pode ser comparado ao trabalho de um antropólogo que, após interagir de alguma forma com os sujeitos da pesquisa, precisa recorrer a uma reflexão, alicerçada em uma teoria, para poder elucidar ou lapidar o material coletado. O mesmo ocorre nesta pesquisa, onde os atendimentos realizados no hospital para a coleta de dados se encerraram um ano antes do fechamento da dissertação, proporcionando à pesquisadora o período considerado pelo autor como necessário para a elaboração do que ocorreu no campo da pesquisa.

## 1.1 O CONCEITO DE PESQUISA EM PSICANÁLISE

Para iniciarmos esta discussão, gostaríamos de evocar o pensamento de Birman (1993, p. 12) sobre a pesquisa em psicanálise, no qual o autor explica que a referida pesquisa não é algo tão evidente, “[...] pois exige não apenas a explicitação de seu objeto teórico, como também a das possíveis estratégias metodológicas que permitam a investigação, sem distorcer a especificidade teórica desse objeto”. É uma pesquisa que nos oferece diferentes possibilidades de investigação, tal como veremos na segunda parte deste capítulo.

A ruptura teórica de Freud com a neurologia se deu com a sua investigação sobre a histeria, o que possibilitou ao pai da psicanálise criar um campo de saber pela crítica aos procedimentos terapêuticos realizados na época para o tratamento desta afecção psíquica. Naquele momento, hipnose e sugestão ainda eram utilizadas, porém, posteriormente, ocorreu a Freud considerar a linguagem (a fala regida pela associação livre) no processo de cura dos sintomas histéricos, relacionando às figuras do terapeuta e paciente estabelecidas a partir de um vínculo, denominado por Freud (1912a/2010) de *transferência*.

A transferência é um fenômeno humano e não especificamente psicanalítico. É um fenômeno que ocorre, justamente, nas relações entre os falantes. Assim, a psicanálise possibilita uma investigação que, antes de Freud, nunca havia sido feita. E é por isso que a psicanálise se

confunde com o tratamento; isto é, quando se pensa em psicanálise se pensa em tratamento. (NOGUEIRA, 2004).

Estes novos elementos da prática psicanalítica foram importantes para inaugurar esta nova forma de pesquisa. Seja na instituição ou no consultório, a pesquisa é uma dimensão essencial à práxis psicanalítica. De acordo com Nogueira (2004), a metodologia científica em psicanálise confunde-se com a própria pesquisa, ou seja, a psicanálise é uma pesquisa, buscando formalizar o que extrai da experiência, posto que o que nos interessa é uma teoria da prática:

A Psicanálise aplicada é o tratamento psicanalítico. Aquilo que escapa ao tratamento psicanalítico é a teoria psicanalítica, quer dizer, aquilo que o psicanalista pode aprender através da investigação da cultura humana, ou seja, das atividades humanas, como fez Freud com a obra de Sófocles, *Édipo Rei*; ele pôde aproveitar a tragédia grega para formalizar aquilo que chamou de *Complexo de Édipo*. Na realidade, Freud aprendeu com a tragédia para fazer uma teoria psicanalítica (NOGUEIRA, 2004, p. 84).

Psicanalista e estudioso da pesquisa em psicanálise, Mezan (2006) argumenta que a psicanálise possui três fontes: a auto-análise de Freud, o material clínico trazido por seus pacientes e a análise dos fenômenos de cultura. A grande diferença no modo de fazer pesquisa se deu a partir do momento em que Freud se propôs a tratar seus pacientes não mais a partir da investigação direta de seus sintomas, dando início ao que denominou associação livre. Com este procedimento, Freud (1912a/2010), fez uma mudança radical na maneira de lidar com os pacientes: não considerá-los apenas como objeto de investigação – dos quais, através de um exame, se poderia obter um conhecimento.

Fundamentalmente, a psicanálise – diferentemente do que se fazia anteriormente, quando o terapeuta “orientava” o paciente na direção das causas de seus sintomas, seja por meio da hipnose, seja por meio da pressão das mãos sobre a fronte do paciente – é uma relação entre sujeitos falantes. Na situação analítica, em função do recurso à associação livre, não haverá separação entre sujeito e objeto porque o fenômeno da transferência irá emergir. Birman (1994) coloca que, em sua inauguração, o discurso freudiano foi aquilo que os filósofos do Círculo de Viena<sup>2</sup> procuravam estabelecer: a diferença entre ciência e metafísica, entre os discursos da ciência e da filosofia. Sendo assim, os cientistas poderiam inventar conceitos à vontade, desde que passassem pela prova da *verificação*. As proposições que não tivessem condições de ser verificadas não poderiam, por direito, se inserir no campo da ciência, pois seriam apenas “proposições sem sentido”. Ao falar deste paradigma, o autor afirma: “não vestimos roupa

---

<sup>2</sup> Movimento filosófico formado na Universidade de Viena no começo do século XX que teve como proposta atualizar o empirismo a partir dos desenvolvimentos científicos da época.

branca, as luvas da assepsia da ciência neopositivista, da psicologia. O nosso paradigma é outro. Além de ser outro, temos dentro do nosso campo problemas de criação de diferentes paradigmas” (BIRMAN, 1994, p. 24-25).

Calazans e Serpa (2010) compreendem a psicanálise enquanto uma clínica que, como tal, segue princípios e não padrões. Padrões não são abertos ao que podemos chamar de lições da experiência. O campo do psicanalista não é a ciência, e sim a clínica, pois a dimensão da clínica:

Não deve ser desconsiderada em nenhuma questão em que esteja em jogo a psicanálise. Pouco importa se a pesquisa é um estudo de caso, uma pesquisa de campo tal como entendida pela pesquisa qualitativa, ou mesmo uma pesquisa teórica que não se reporte ao dia-a-dia do psicanalista em seu consultório ou em qualquer outro cenário. A pesquisa em psicanálise não deixa de se referir à clínica, aos seus avanços e impasses (CALAZANS; SERPA, 2010, p. 89).

O presente trabalho não pretende discutir a cientificidade da psicanálise. No entanto, para se falar em pesquisa em psicanálise é preciso discorrer, ainda que brevemente, sobre o desejo de Freud em ter a psicanálise reconhecida como ciência e – por que não? – o papel do pesquisador-psicanalista. Em sua autobiografia, Freud (1925/2011) defende os conceitos de libido e pulsão, considerados imprecisos para a ciência daquela época. Para analisar a questão, o psicanalista pontuou o “tempo de espera” dos conceitos das áreas científicas – na biologia e na física, por exemplo –, lembrando que termos como animal, planta, matéria, força e gravitação, quando descobertos, não tinham definições corretas e abrangentes. A ciência não se priva de seu desenvolvimento enquanto suas noções estão indefinidas.

A psicanálise é uma ciência fundada sobre observação e só lhe resta refletir sobre seus resultados do modo como eles se apresentam, isto é, necessariamente fragmentados, resolvendo passo a passo os problemas que se colocam. Freud (1925/2011) diz que a psicanálise não pode fazer outra coisa exceto elaborar seus resultados, obviamente deles extraíndo hipóteses e conceitos, sugerindo uma capacidade imaginativa do cientista que se habilita a trabalhar estes resultados.

Comparando os trabalhos do psicanalista e do cientista, Freud (1933/2010) coloca que o progresso do trabalho científico se dá de forma muito semelhante ao da análise. Apesar das expectativas iniciais, devemos afastá-las para estarmos atentos a algo novo alhures que não forma ainda um conjunto coerente. Criamos então suposições, construímos hipóteses auxiliares que abandonamos quando não se confirmam. É necessário ter paciência e disposição para avaliar todas as possibilidades, renunciando às primeiras convicções, pois, se fôssemos

dominados por elas, deixaríamos de ver fatores novos e inesperados. E, ao final, todo nosso esforço se vê recompensado: as descobertas se organizam em um conjunto bem ajustado, e tem-se a visão de uma parte do acontecer psíquico; a tarefa está concluída, estamos prontos para a seguinte.

A observação do psicanalista se volta para as associações do paciente em sessão, como coloca Mezan (2007). O trabalho do psicanalista seria então coletar dados e refletir sobre eles para construir hipóteses a partir da teoria, aliada ao que foi observado. As hipóteses geralmente incidem sobre conflitos inconscientes, opondo pulsões/desejos/fantasias às defesas. Estas, por sua vez, orientam as intervenções do analista, as quais visam modificar o equilíbrio entre tais fatores no sentido de uma maior mobilidade psíquica (“levantar repressões”, “restituir a capacidade de amar e de trabalhar” e formulações análogas que encontramos a cada passo sob a pena de Freud). Sobre isto, temos a contribuição de Figueiredo e Minerbo (2006), na qual os autores, ao escreverem sobre a relação da psicanálise com a pesquisa, referem que todos lembramos que Freud identificava a psicanálise a um procedimento investigativo dos processos mentais inconscientes que seriam inacessíveis por outras formas de pesquisa. É, ainda, um procedimento terapêutico, além de ser um corpo de conhecimentos em um contínuo trabalho de expansão e reformulação acerca de seu objeto: o inconsciente.

Herrmann (1994) afirma que o psicanalista precisaria, assim como o pesquisador, estar “[...] implicado como pessoa em sua função. Ele resume uma direção efetiva do processo que está conduzindo, com a simples imposição do enquadramento que utiliza para trabalhar, pelas intervenções que proporciona ao analisando” (HERRMANN, 1994, p. 57). Uma diferença entre este tipo pesquisa e as outras estaria justamente no fato de que, dentro do modelo psicanalítico, não se pode falar do estudo do fenômeno psíquico sem levar em conta também o psiquismo do pesquisador. E os objetos de investigação psicanalítica? Não estão de fora, pois também fazem parte da vida psíquica do investigador. Ademais, o lugar da análise do pesquisador é um dado fundamental, já que ele também teria se submetido ao próprio processo que utilizará no seu trabalho de investigação.

Ainda de acordo com Herrmann (1994), a experiência de análise do próprio pesquisador-psicanalista será o elemento que propiciará a ele uma maior acuidade na aproximação de seu objeto de estudo, que não é outro senão o psiquismo humano. Alguns pesquisadores procuram o trabalho de um supervisor para auxiliá-los, garantindo maior objetividade nas observações realizadas e apresentadas em pesquisa. No entanto, é um trabalho complementar que não substitui sua análise pessoal.



Já que chegamos na “clínica”, faz-se necessário trazer o caso clínico para este ponto da discussão. Castro (2010) salienta que não existe a inclinação para a completude, pois o caso clínico não pretende esgotar a história do sujeito. Ainda que não se possa dispensar a empiria no estudo de caso, é fundamental ter em mente que recorrer a ela não irá esgotar o conhecimento. Por conseguinte, a pesquisa teórica viria em auxílio da empiria, o que não implicaria na totalidade do conhecimento, mas antes em uma melhor articulação entre os dados obtidos e a própria teoria.

Seguindo esta linha de pensamento, Ferrari (2010) enfatiza que há a possibilidade de um caso poder ser descrito de múltiplas maneiras, de modo que ele é sempre uma construção provisória e constantemente sujeita ao surgimento de novos elementos. A construção do próprio caso supõe uma organização que visaria à produção de alguns efeitos. Continuando por este caminho, a autora refere:

Um caso não é então construído para ser ilustrado de um ponto da teoria. Ele não é um exercício acadêmico, ainda que possa ter bom uso na academia, no ensino, na transmissão sobre a clínica, sobre questões cruciais da psicanálise [...] a construção do caso é forma de dar espaço à singularidade irreduzível e ao particular que individualiza o sujeito em sua diferença. A surpresa e o inesperado estão em sua conta (FERRARI, 2010, p. 43).

Quando utilizado em uma pesquisa, o caso clínico não se limita ao paciente, mas refere-se ao encontro que a clínica promove. No entanto, é preciso colocar a importância de se permitir recolher nele, inicialmente, a função da literalidade do escrito. É preciso conceder relevância à função de exponenciar o saber adquirido com os ensinamentos do caso, tornando-o capaz de interrogar, reformular, distinguir ou ultrapassar o que já foi explicitado pela generalização teórica psicanalítica. Só na literalidade da narrativa escrita do caso poderemos reconhecer e distinguir o que há de singular na clínica. Há sempre um lado indizível do texto (VORCARO, 2010).

Uma dificuldade existente no texto psicanalítico é que ele não poderá aparecer como mera demonstração da aplicação de uma teoria, pois diz muito mais do que fala e produz um efeito impactante em quem está lendo. É um texto que exige trabalho e nos coloca para “trabalhar-pensar”. Sobre a escrita da experiência psicanalítica, Birman (1994), analisando a peculiaridade encontrada nesta forma de pesquisa, refere que o escrito psicanalítico deve assinalar, de maneira precisa, o que foi a experiência da transferência em questão naquele caso. Caso esta marca não esteja presente, algo não se produziu em termos de psicanálise. O texto psicanalítico não deve simplesmente “informar” o leitor, mas deve transmitir algo daquela

experiência e, se possível, provocar nele um “efeito de intérprete” (BIRMAN, 1994, p. 26). Apenas desta maneira o escrito poderá oferecer ao leitor a possibilidade de alguma apreensão da densidade do caso. Contudo, é claro que a experiência da transferência do caso em questão não estará na íntegra contida no escrito, porquanto a experiência tem sempre algo da ordem do indizível. De qualquer maneira, é preciso que ali se encontre a possibilidade de produzir, no leitor, um efeito de analista.

O pesquisador precisa observar a possibilidade de estar ocupando uma postura passiva no processo ao se restringir a querer confirmar afirmações teóricas já feitas, oferecendo manifestações clínicas a serviço de testemunhar a própria psicanálise, conforme observa Vorcaro (2010). A autora, em sua provocação, aponta tal passividade como sendo resistência do analista à manifestação singular, resistência que consistiria no pesquisador operar tentando fazer caber o singular do caso no universal da necessária generalização teórica, reproduzindo, assim, uma função apenas “demonstrativa”.

Para Vorcaro (2010), a função do caso clínico na pesquisa em psicanálise não é demonstrativa, tampouco exemplar. Sendo assim, o caso clínico teria por função problematizar a generalização necessária à teoria, colocando em questão a tendência sempre presente – e sem a devida cautela – de universalização da teoria, esta que é sempre avessa à presença do singular surpreendente implicado no inconsciente.

É preciso também, como escreve Couto (2010), diferenciar a construção de um caso clínico de um historial clínico, pois o caso não se trata um relato, uma vinheta ou um fragmento clínico. O caso clínico tem seu protótipo nas descrições dos atendimentos de Freud, tal como podemos testemunhar nos longos e detalhados relatos acerca de Dora, Hans e o Homem dos Lobos, por exemplo – além de relatos mais curtos, como os casos de Elisabeth, Emmy, Luzy e Katharina, contidos em *Estudos Sobre a Histeria*.

Faz-se necessário diferenciar aqui o que chamamos de estudo de caso da construção de um caso clínico. O estudo de caso procura descrever um fato individual ou coletivo por meio da história do sujeito ou do grupo, elencando elementos dispersos dentre várias referências, compondo assim um quadro mais ou menos unificado acerca do caso. A segunda opção se sustenta em fragmentos de sessões, a partir dos quais os elementos de análise são obtidos junto ao sujeito que tem sua fala escutada pelo analista. Porém, nos dois casos, o pesquisador da psicanálise oferece um tratamento metapsicológico para a realidade estudada (MOREIRA, 2010).

Para encerrar esta seção, é importante assinalar o caminho que pretendo seguir nesta pesquisa, pois, apesar de vários atendimentos realizados, não serão utilizados na íntegra como

casos clínicos. Sendo assim, a minha proposta é a de uma pesquisa teórica a partir de minhas observações durante os dois anos de pesquisa de campo, almejando, então, a partir delas, desenvolver os capítulos definidos para esta dissertação. Tendo em vista que a pesquisa em psicanálise nos oferece várias possibilidades, o próximo passo será então diferenciá-las através da abordagem feita por alguns psicanalistas que se debruçam sobre o tema.

## 1.2 TIPOS DE PESQUISA EM PSICANÁLISE

Após analisar o conceito de pesquisa em psicanálise chegou o momento de diferenciar os seus tipos. Freud nos trouxe a primeira formalização da pesquisa psicanalítica: os casos clínicos brilhantemente relatados em sua obra. Podemos entender que sua obra foi composta de textos que retratam o que é a pesquisa, ou melhor, a própria psicanálise. Alguns autores fazem a diferença entre *pesquisa psicanalítica* e *pesquisa em psicanálise*.

### 1.2.1 Pesquisa psicanalítica

Figueiredo e Minerbo (2006) colocam a *pesquisa psicanalítica* como sendo a pesquisa com o método psicanalítico, pois seria o tipo de pesquisa que requer um psicanalista em atividade analítica, escuta flutuante, relações transferenciais e contratransferenciais, assim como transformação de objetos de pesquisa, pesquisadores, meios ou instrumentos de investigação (conceitos, técnicas, etc.). Mas qual a natureza da transformação do objeto? Se interpretar significa olhar para o fenômeno investigado fora de seu campo habitual, o olhar do psicanalista é um olhar fora da rotina que retira o caráter opaco do objeto. Ele ressurge diferente, desconstruído, transformado e o sujeito também se transforma na medida em que se torna capaz de ver coisas que antes não via.

Para exemplificar o método psicanalítico, Fábio Herrmann (1994) colocou que este método pode ser realizado em diferentes contextos. O autor contou com o exemplo de uma possível pesquisa com grávidas, questionando se as mesmas precisariam deitar no divã para opinar quanto ao sexo do bebê. Concordo com o autor e questiono a possibilidade de sobrevivência da pesquisa em psicanálise se a opinião dos psicanalistas contrários a outros tipos de pesquisa fora do consultório determinasse o que é ou não uma pesquisa psicanalítica.

Para iniciar uma pesquisa dita psicanalítica, Silva e Garcia (1994) propõem uma organização iniciando pela revisão bibliográfica (sendo a mais sumária possível), algo como um assinalamento de campo já demarcado por experiências anteriores. A pressa deveria estar

apenas em ir a campo para colher todos os dados que caírem na rede da atenção flutuante. A partir deste momento, não levaremos uma hipótese a ser testada – sob o risco de perdermos o que pode surgir como inesperado e enriquecedor na experiência –, tampouco buscaremos um objeto muito bem definido, cedendo assim à ansiedade de chegar rapidamente a uma compreensão. Uma importante orientação do texto referido é que deixemos que os dados, em sua variedade e dispersão, repousem por algum tempo em nossa mente para que possamos suportar o acúmulo de estímulos e a ausência de significação, o que também implicaria em ter paciência para que o trabalho do inconsciente se faça, possibilitando que um novo significado venha enfim aliviar a angústia do pesquisador.

Após a coleta de dados, o pesquisador então poderia ir aos livros e contrapor a ideia nova com tudo aquilo que já foi armazenado, articulado e criticado a respeito. O “fator surpresa” também precisa ser levado em conta, deixando com que se possam redescobrir os conceitos, rearranjá-los e confrontá-los, tanto entre si quanto em relação aos dados obtidos junto à pesquisa de campo. Silva e Garcia (1994) analisam isto que estou chamando de “fator surpresa” pelo panorama que afinal se descortina e pode se afigurar como uma real contribuição, trazendo algo novo, e não como uma simples confirmação da teoria apriorística, sem consideração pelos dados, apenas prevalecendo o que antes já se sabia.

Fábio Herrmann (1994), ao falar sobre o que um pesquisador psicanalítico faz com os dados coletados a partir de sua pesquisa, refere que é preciso levar em conta que se está lidando com um recorte limitado por um ponto de vista. E continua: “é reconhecendo este limite que manteremos nossa objetividade na investigação que procuramos realizar” (HERRMANN, 1994, p 54). Este recorte necessário, que deve ser feito pelo pesquisador, é delimitado exatamente pelo aspecto ou fenômeno em questão, assim como pelas escolhas teóricas que optamos por utilizar ao longo do trabalho, de tal modo que é possível que um mesmo material clínico seja utilizado para investigar diferentes dimensões dele. Para o autor, a novidade trazida pela psicanálise é que ela inaugura uma maneira nova de se empreender uma pesquisa, na qual ficam de lado as concepções de uma separação nítida entre sujeito e objeto, os grupos de controle e a aparente confiabilidade no tratamento estatístico dos dados. O que deve ser levado em conta é a participação do sujeito no fenômeno que observa.

Birman (1993), por sua vez, observa que o processo psicanalítico representa a condição ideal para a investigação psicanalítica, já que nele o objeto da psicanálise é apresentado em todas as suas faces, o que permitiria o exercício rigoroso das estratégias metodológicas. A transferência é o fenômeno que torna possível tal processo e, nesse ponto, estamos de acordo com Rosa (2004) quando pontua que a pesquisa é a escrita do próprio processo, pois inclui o

pesquisador e a escuta psicanalítica como aquilo que ocorre na transferência e que envolve o sujeito e o psicanalista. Durante uma análise se constrói um lugar situado como campo transferencial, e, para esclarecer o lugar do psicanalista, a autora coloca que a escuta psicanalítica implica que o analista suporte a transferência, ou seja, ocupe o lugar de suposto-saber sobre o sujeito – uma estratégia para que o sujeito, supondo que fala para quem sabe sobre ele, fale e possa escutar-se e apropriar-se de seu discurso.

Ainda sobre o fato do pesquisador “sentir na pele” os efeitos de sua pesquisa, Figueiredo e Minerbo escrevem o seguinte:

A história do pesquisador psicanalista não seria a mesma sem estas passagens e desvios pelos seus “objetos” e pelas interpretações que suscitam. Estamos nos referindo, naturalmente, às relações transferenciais (e seus equivalentes) e contratransferenciais que dão a marca da singularidade ao que se *descobre* e ao que se *inventa e cria* em uma “pesquisa com o método psicanalítico”. Chamáremos, assim, de “pesquisa com o método psicanalítico” uma atividade em que se constituem e se transformam “objetos”, “pesquisadores” e “meios” ou “instrumentos” de investigação conceitos, técnicas etc. (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006, p. 261-262, grifo do autor).

Sobre o método da pesquisa psicanalítica, Rosa e Domingues (2010) nos trazem importantes contribuições ao colocar que a escrita do caso vai além de uma apreensão circunstancial e momentânea do observado, pois envolveria uma construção do caso metodológico que transformaria o enigma apresentado em um relato propriamente, uma narrativa, uma experimentação e teorização de um campo. A particularidade estaria em que o campo desvelaria não só o pesquisado, mas também aquele que escuta e que testemunharia a sua implicação subjetiva na transferência justamente com o seu relato da pesquisa. O caso não seria então uma simples “história”, tampouco o trecho de uma “biografia”. É antes uma ficção clínica que irá resultar em uma hipótese teórica.

### 1.2.2 Pesquisa em psicanálise

De acordo com Figueiredo e Minerbo (2006), para que haja pesquisa em psicanálise não se faz necessária a presença de um psicanalista atuante, pois tal modalidade de pesquisa seria um conjunto de atividades voltadas para o conhecimento de modo mais amplo, não circunscrito apenas ao âmbito clínico. Tais atividades mantêm com a psicanálise propriamente dita relações muito diferentes daquelas colocadas em questão na pesquisa psicanalítica. A pesquisa em psicanálise pode ser feita a partir de obras artísticas, filmes, literatura, personagens, o que podemos ver no texto freudiano de 1910, *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância*.

A investigação psicanalítica da vida e obra do grande gênio italiano só foi possível através da leitura das anotações deixadas por Leonardo da Vinci, que nunca fora paciente de Freud. A pesquisa em psicanálise pode, portanto, ser realizada de várias maneiras e por diferentes profissionais.

Podemos trazer ainda a esta discussão a aplicação da psicanálise a outros campos: fenômenos sociais, culturais e artísticos. Para exemplificar este tipo de trabalho, Rosa (2004) analisa as mudanças e os impasses da subjetivação na atualidade ao estudar os fenômenos sociais. A autora problematiza a psicanálise em extensão ou extramuros, que aborda, por via da ética e das concepções da psicanálise, problemáticas que se referem à prática psicanalítica referente ao sujeito enredado nos fenômenos sociais e políticos, e não estritamente ligado à situação do tratamento psicanalítico, como colocado anteriormente. Este é um tipo de pesquisa da psicanálise iniciado por Freud e por ele nomeado de psicanálise aplicada, campo de várias discussões e impasses.

Ainda de acordo com Rosa (2004), muitas questões seriam colocadas em relação ao método empregado na pesquisa de fenômenos que não ocorrem no contexto da clínica. Uma delas seria a de que o material a ser interpretado não proviria do inconsciente, já que não resultaria da associação livre, o próprio método de investigação da psicanálise. Assim, ficaria comprometida a legitimidade da interpretação, que seria até mesmo chamada por alguns de “selvagem”, já que seria realizada fora do enquadre cênico que a legitima, além de ocorrer fora do seu tempo oportuno. Por fim, seria inclusive questionado o seu estatuto enquanto prática da psicanálise pelo simples fato de que tais pesquisas não proporcionariam nenhum efeito ou remanejamento psíquico por parte dos sujeitos envolvidos.

No texto *Psicologia das Massas e Análise do Eu*, Freud (1921/2011) analisa o comportamento de grupos, partindo do fato de que as relações que moldam o indivíduo, desde a infância, são também fenômenos sociais. Assim, o irracionalismo dos movimentos políticos de massa – resalte-se que o fascismo e o comunismo estavam em ascensão na época – é compreendido através de conceitos psicanalíticos como libido e identificação. Em defesa de uma abordagem psicanalítica do campo social, Rosa (2004) observa que a psicanálise não é simplesmente uma ciência do psiquismo isolado do seu contexto. Ao contrário, ela é concernida diretamente ao social.

Refletindo sobre a contribuição da psicanálise ao estudo do campo social e político, Rosa e Domingues (2010) colocam que não existe a pretensão de esgotar, por si só, o fenômeno: cabe-lhe esclarecer uma parcela dos seus aspectos, ainda que uma parcela fundamental, pois sem pretensão de substituir a análise sociológica, cabe à psicanálise incidir sobre o que escapa

a essa análise, isto é, sobre a dimensão inconsciente presente nas práticas sociais. As autoras afirmam que cabe à psicanálise incidir sobre aqueles fenômenos que “as teorias sociológicas tendem a deixar à sombra ou a ocultar deliberadamente” (ROSA; DOMINGUES, 2010, p.12).

Alguns conceitos podem ser analisados nas pesquisas com fenômenos sociais, a exemplo da transferência, que pode se apresentar como instrumento e método não restritos apenas à situação de análise. Para Rosa (2004), se partirmos do princípio de que em outras situações (não estritamente analíticas) o método psicanalítico não se aplica, uma vez que seus fenômenos não advêm da associação livre, teríamos que admitir que o inconsciente estaria restrito às manifestações do tratamento psicanalítico, à prática clínica. Seria como desprezar o fato de que o inconsciente está presente como determinante nas mais variadas manifestações humanas, culturais e sociais. O sujeito do inconsciente está presente em todo enunciado, recortando qualquer discurso pela enunciação que o transcende.

O inconsciente é um conceito tratado por Freud desde o início de sua obra para distanciar-se do estritamente patológico: ele vai do estudo do sintoma ao sonho. Freud (1901/1980) escreve a *Psicopatologia da Vida Cotidiana*, mostrando o inconsciente presente nos acontecimentos da vida diária, nos esquecimentos e chistes e em qualquer diálogo comum. Ocupando-se de produções humanas advindas de outros meios que não sejam o da associação livre, a psicanálise pode trabalhar a partir da escuta de depoimentos e entrevistas, colhidos em função do tema do pesquisador que, por sua vez, reconstrói sua questão nessa relação (ROSA, 2004).

Essa é a relação entre teoria e prática em psicanálise. A prática não tem sabedoria própria, ela suscita ideias, a princípio indeterminadas, por via da construção e do trabalho do conceito que nunca acaba de se formar, pois, uma vez fixado, perde o seu potencial enquanto conceito. É preciso perguntar se a existência de um conceito é necessária, e de que problema ele constitui a solução. De acordo com Rosa (2004), precisa nascer da própria necessidade de se formulá-lo em uma trama na qual ele pertence, sem descuidar da maneira como tal conceito será afirmado na teoria já constituída. Mesmo a psicanálise sendo uma prática voltada para o particular, o trabalho teórico é indispensável para construir condições de se descobrir os fenômenos sem se ater apenas à experiência.

Uma pesquisa em psicanálise pode ser considerada e até desconsiderada por alguns autores conforme seus critérios e definições. É possível encontrar um profissional se referindo a tal trabalho como sendo ou não uma pesquisa em psicanálise, de acordo com suas convicções. Independente da linha teórica utilizada para entender determinado fenômeno, seja ele clínico,

artístico ou social, penso que a proposta psicanalítica de pesquisa está em relacionar o fenômeno – sua questão, seu objeto de pesquisa, seu interesse – ao inconsciente.

Concordo com Elia (2000) ao concluir que toda pesquisa em psicanálise é uma pesquisa clínica, não por utilizar a clínica como campo, mas por ser a clínica a forma de acesso ao sujeito do inconsciente. Toda pesquisa em psicanálise é clínica porque, radical e estruturalmente, implica que o pesquisador-analista empreenda sua pesquisa a partir do lugar definido no dispositivo analítico enquanto o lugar do analista, lugar de escuta e, sobretudo, de mobilização para o sujeito, o que, portanto, pressupõe o ato analítico e o desejo do analista.

A pesquisa clínica está associada à teoria e uma depende da outra. O que seria da psicanálise sem a teoria? A psicanálise ficaria reduzida a um empirismo cego. É a teoria que informa essa prática. Segundo Garcia-Roza (1994), ela a constitui. Referindo-se ao conceito, o autor coloca:

Se por um lado, o conceito é o que impede o pensamento de ser uma simples opinião, é fundamental, por outro lado, que ele seja investido de uma necessidade, que ele não seja identificado com a ideia geral e abstrata, mas sim que seja considerado como uma *singularidade*, como algo datado e capaz de transformação numa criação continuada. O que confere necessidade ao conceito é o fato dele responder a um verdadeiro problema (GARCIA-ROZA, 1994, p. 18, grifo do autor).

Ao analisar a pesquisa teórica em psicanálise, Couto (2010) pontua que é o tipo de pesquisa mais aceito dentre os psicanalistas, chegando mesmo a ser mais empreendida do que a pesquisa dita “experimental” em psicanálise, ou seja, a pesquisa realizada junto à clínica. A pesquisa teórica em psicanálise é a mais utilizada nas monografias, dissertações e teses em psicanálise. O autor afirma ser a única modalidade possível da pesquisa acadêmica em psicanálise.

Alguns dos problemas encontrados neste caminho são tempo e sequência das atividades. Se estamos falando em pesquisa de campo em psicanálise, esta deveria ter sido feita antes da “aprovação do projeto de pesquisa”, pois deve nascer de uma questão formulada a partir de uma experiência. As regras para uma pesquisa de campo aos “moldes” do comitê de ética seguiriam o caminho inverso, uma vez que o pesquisador só iniciaria sua prática após um projeto de pesquisa aprovado com a liberação do comitê de ética, para assim confirmar hipóteses levantadas, como nos moldes da ciência positivista. Uma pesquisa em psicanálise dificilmente se enquadraria nisto, por isso a colocação dos autores acerca da pesquisa teórica como a única possibilidade de inserção do psicanalista na academia.



Rosa e Domingues (2010) nos lembram que, à época de Freud, havia uma “linha de demarcação” que separava a teoria psicanalítica de suas possíveis aplicações (incluindo a prática clínica). Após este momento, o que se percebe é que a “linha de demarcação” funcionaria para separar o que seria uma aplicação da psicanálise aos campos não clínicos, tais como os fenômenos sociais, a cultura e a arte, sendo estes os que assumem o sentido praticamente exclusivo do termo psicanálise aplicada. Contudo, alguns autores da psicanálise ainda defendem a ideia de que existiria uma “psicanálise pura”:

Seria uma psicanálise sem adjetivos, propriamente dita. A prática clínica, colocada ao lado da psicanálise científica, passou a ser entendida como o lugar de produção do conhecimento, enquanto a psicanálise aplicada passou a ser entendida como lugar de mera aplicação e demonstração dos conceitos psicanalíticos e a ser objeto de inúmeras críticas (ROUDINESCO; PLON, 1999, p. 181).

Sobre o assunto, Mezan (1995) coloca que, ao desvendar os processos inconscientes, a psicanálise não teria razão para não tentar demonstrar o funcionamento psíquico no âmbito de outras atividades humanas. Mesmo que seus conceitos tenham origem na clínica, ela pode ser considerada uma ciência assim como as outras, já que é dotada de um corpo de conhecimento coerente e que subsistiria por si mesmo, além de ser passível de “aplicação” em outros territórios que não o da clínica. Freud teria provado que isso é possível e não há argumentos plausíveis para contrariar esta realidade.

Posteriormente, essa concepção será questionada em função de não ser pautada no *setting analítico*. Escutamos esta posição dos psicanalistas incrédulos ante a possibilidade de se fazer psicanálise, ou mesmo uma pesquisa em psicanálise fora do consultório. Laplanche e Pontalis (1992) propõem a denominação de psicanálise fora do contexto de tratamento e critica a noção de “aplicação” da psicanálise. Esta noção, segundo os autores, traz a ideia do desenvolvimento de uma teoria e metodologia num campo privilegiado (tratamento) para depois ser transferida para outros campos (extra-tratamento). Completam, nos indicando que devemos observar que os textos importantes para o desenvolvimento da psicanálise são extramuros e que esse tipo de pensamento nunca é secundário em Freud.

### **1.2.3 Pesquisa teórica em psicanálise**

Vamos prosseguir com a análise do que seria a pesquisa teórica em psicanálise. Garcia-Roza (1994) diz que o verdadeiro laboratório de pesquisa é a prática clínica fundada na

transferência, e que esta prática se passa no consultório e não nos *campi* universitários. Além disso, trata-se de prática derivada de uma teoria que a constitui e a orienta. Diferenciando o pesquisador de um epistemólogo, o autor afirma que não é da mesma maneira que ambos se voltam para a teoria: enquanto o primeiro se pretende criador, o segundo mantém com a teoria uma atitude de reverência. O pesquisador, neste caso, deve permitir-se certa irreverência, possibilitando o surgimento do novo. Para justificar o que foi dito, o autor coloca que, se utilizarmos o rigor formal da teoria correremos o risco da esterilidade, da transformação do trabalho teórico, do trabalho de pesquisa, em algo abstrato e vazio. Exemplificando: a releitura dos textos freudianos em pesquisas pode implicar na modificação da teoria, em vez de mera reduplicação ou suplemento histórico.

Após diferenciar o pesquisador do epistemólogo e comentar sobre a releitura do texto, Garcia-Roza (1994) aborda o que seria o discurso-comentário, dizendo que se trata da revelação de algo oculto no texto. O comentarista vai além da mera reprodução, pois pretende dizer algo diferente do que é dito pelo texto original. Portanto, para o autor, a releitura seria a produção de um outro discurso. Para além do comentário, enquanto algo revelador do texto, a releitura se propõe transformadora e, assim, “toma para com o texto uma atitude semelhante ao terapeuta em relação ao analisando: a de não impor ao texto nossas próprias questões, mas tentar identificar as questões colocadas pelo texto” (GARCIA-ROZA, 1994, p. 16).

Figueiredo e Minerbo (2006) afirmam que, ao trabalhar com um texto psicanalítico ou interpretando psicanaliticamente um texto qualquer, o “objeto” – seja um paciente, uma comunidade, uma formação da cultura, um texto – não sai incólume ao ser submetido a uma atividade de “pesquisa” deste tipo. Segundo os autores, o impacto causado durante a pesquisa pode ocorrer também a partir da análise de uma obra pictórica, de um filme, de um padrão sociocultural, de uma pessoa “simplesmente” entrevistada e realmente ouvida. Um texto realmente lido:

[...] faz com que a atividade cognitiva e afetiva que tais “objetos” produzem e induzem faça parte de suas potencialidades de realização, expressão e autoconhecimento. O leitor de um texto, por exemplo, responde ao apelo de leitura que tal peça constitui e ao responder seriamente a tal demanda – ao ler com devoção, cuidado e liberdade o texto – dá a ele novo fôlego, novas possibilidades interpretativas, novo futuro. Um texto, ao ser bem lido, renova-se e sai da experiência de leitura em direção a um porvir que, por outro lado, fazia parte, como possibilidade, do que o texto já “era”, mas a que não acederia sem o concurso do leitor que responde, do seu modo, a tal apelo (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006, p. 261).

Nas relações entre o texto e seus leitores há transferência a partir dos dois lados: o leitor atribui saber ao texto a que se dedica e o escritor atribui, antecipadamente, o poder de leitura e

decifração aos leitores que, até então ainda nem existem, vindo a ser criados e inventados pelo próprio escritor através dos textos que oferece (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006).

#### 1.2.4 O uso da entrevista

Para finalizar esta parte, faz-se necessário trazer outra forma de fazer pesquisa: a entrevista. O uso da entrevista como método de coleta de dados deve estar a serviço da determinação inconsciente do discurso do sujeito. Para isto, a questão que será colocada precisa ser suficientemente ampla para que haja, por parte do sujeito, a suscitação de questões que o impliquem na questão investigada (ROSA; DOMINGUES, 2010).

Figueiredo e Minerbo (2006), ao comentarem sobre a entrevista, colocam que um depoimento colhido em uma boa entrevista pode ser descoberto e inventado pela e na interpretação analítica. Ou seja, o “objeto” do psicanalista goza deste mesmo estatuto ambíguo – objetivo-subjetivo – próprio do que é humano. Mas, em contrapartida, o interesse e os pressupostos (ideológicos e, principalmente, teóricos e simbólicos) com que o pesquisador entrega-se e dirige-se a tais “objetos”, fazem da pesquisa que enceta também uma parte de suas transformações possíveis.

Após a entrevista transcrita, de acordo com os autores, se faz necessária a interpretação e, neste momento, “a *transferência sobre as palavras* é a condição precisa da análise psicanalítica deste material, mas a *transferência sobre o objeto* é o que abriu – na forma de uma contratransferência – o horizonte da interpretação” (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006, p. 261, grifo do autor). Esta interpretação segue os mesmos procedimentos usados na clínica psicanalítica, ou seja, o da escuta flutuante que implica em não mantê-la situada apenas no tema central que fora intencionado pelo sujeito entrevistado. Junto a isso, um recorte do texto será oportuno para privilegiar temas, expressões, brechas, palavras ou algum outro elemento que servirá como ferramenta para desconstruir o texto original. A partir da reconstrução do texto trabalhado pela interpretação do analista, cria-se então um novo sentido que, conquanto seja inesperado, produz outra verdade sobre o texto.

Analisando a indissociabilidade entre pesquisa e intervenção em psicanálise, Garcia-Roza (1994) pontua que o que se espera de uma prática clínica não é a mera confirmação de algo antecipável, pois se estamos tratando de formações do inconsciente, aquilo com o qual ela vai se defrontar é a emergência do novo e, portanto, impossível de prever. É isto que confere à prática clínica uma dimensão não-formal, dimensão do real do acontecimento que não está presente nas pesquisas clássicas, nas pesquisas que são meramente confirmadoras, como, por

exemplo, as pesquisas positivistas. Penso que o fator surpresa pode ser este momento onde aparece o que há de “revelador”, ou o momento de “revelar a dor”. Dor, muitas vezes, disfarçada, mas que transborda após a implicação do pesquisador com sua pesquisa e seu objeto, pois a psicanálise, como nas palavras de Herrmann (1994, p. 33), “é hoje, possivelmente, a melhor forma pela qual o homem pode saber de si mesmo. É um eixo de conhecimento que permite que várias formas do saber do homem sobre si próprio se articulem e encontrem o seu centro”.

Ao escolhermos um tema, um objeto de pesquisa para nos dedicarmos em uma pesquisa, precisamos estar envolvidos, desejantes, para que tenhamos condições de afetar e ser afetado durante o processo. Dito isto, podemos observar as mudanças que ocorrem em nossos projetos de pesquisa, seja por motivo de força maior, tal como a dificuldade em submeter a pesquisa ao comitê de ética, seja por tudo aquilo que nos atravessa – como a questão do tempo durante uma pesquisa de campo, por exemplo. Um projeto de pesquisa em psicanálise nunca termina como começou. O tempo também é outro fator importante e nos faz “cortar” os excessos, reduzindo possibilidades de maiores desdobramentos. Uma pesquisa pode ser o início de um trabalho ou continuação de outro: pode-se começar na dissertação de mestrado para “concluir” na tese de doutorado. No entanto, conclusões não implicam necessariamente o encerramento de uma discussão. Deste modo, “considerações finais”, bem longe de concluir, parecem mais apropriadas para a parte final de uma pesquisa.

Assim, o presente capítulo teve por objetivo analisar a função de pesquisador que o analista exerce quando implicado em seu trabalho, realizando-o concomitante à pesquisa. Com os tipos de pesquisa abordados: pesquisa psicanalítica, pesquisa em psicanálise, pesquisa teórica em psicanálise e o uso da entrevista, pretendemos expor as várias possibilidades disponíveis para realizar uma pesquisa em psicanálise, utilizando-se desde casos clínicos ou fenômenos sociais, até obras de arte.

Dito isto, o capítulo seguinte discorrerá sobre o começo da psicanálise, quando Freud, no início do curso de medicina, conheceu Breuer em suas pesquisas no laboratório de fisiologia, para depois, em Paris, ter seu encontro com Charcot, até o momento do retorno à Viena. Assim, medicina e histeria figuram entre os temas principais da primeira parte do capítulo que segue, onde Freud, impressionado com o tratamento dado às histéricas no hospital e com a habilidade de seus mestres, cria a psicanálise ao desenvolver sua clínica e pesquisa, partindo da hipnose até a associação livre.

A segunda parte do capítulo será dedicada ao trabalho do psicanalista no hospital, visto que Freud começou por este lugar – aliás, até hoje os psicanalistas estão nos hospitais e cada

vez mais são convidados a tratar e/ou responder aos desafios colocados pelos processos inconscientes que atravessam o adoecimento. A prática do psicanalista no hospital é um grande desafio em meio a tantas práticas positivistas, porquanto o *setting*, os protocolos, a equipe multiprofissional e as demandas se impõem no corpo a corpo dentro da rotina hospitalar.

## 2 A PSICANÁLISE NO HOSPITAL

Em entrevista, Moretto (2000) defende que os psicanalistas deveriam começar a sua formação no hospital, que foi o local onde Freud encontrou a psicanálise. Ao analisar tal ideia, coloquei-me a pensar sobre a necessidade de trabalhar este ponto na discussão. Para tanto, o capítulo será dividido em duas partes: “O Hospital e o Nascimento da Psicanálise: medicina e histeria” e “O Trabalho do Psicanalista no Hospital”. Apesar dos casos atendidos e situações vivenciadas no hospital, abordarei apenas teoricamente tudo que será analisado no capítulo.

A primeira parte do capítulo discorrerá sobre o nascimento da psicanálise com Freud, desde seus primeiros estudos a partir de sua entrada no curso de medicina, iniciando com a fisiologia e concluindo com a neurologia. Nestes termos, Freud, que fora aluno de Charcot, se intrigou com a hipnose como método de tratamento para as histéricas e inaugurou uma nova forma de pensar o sintoma, um novo olhar sobre o que era considerado pela medicina. O olhar do pai da psicanálise era diferenciado e, ao retirar o caráter de doença da histeria – e mostrar que não há apenas organismo doente, mas uma modalidade de expressão do sofrimento na relação com o outro –, Freud demonstra que o sintoma é uma mensagem do conflito pessoal, familiar e sociopolítico-libidinal. Assim, falar de sujeito é falar de uma concepção éticopolítica, e não de uma faceta do indivíduo recortado em bio/psico/social, sujeito produto e produtor da rede simbólica que caracteriza o que se conhece por social e político. Desvendar um é desvendar o outro. O método para alcançar sua mensagem tem como via de acesso a palavra. O saber, a criação de novos saberes, só será instaurado pela transferência que supõe a relação de pelo menos dois inconscientes, um a escuta do outro. (ROSA; DOMINGUES, 2010).

A psicanálise propõe escutar, analisar, tratar individualmente cada caso e, assim, iniciar uma nova forma de tratamento, não mais enquadrando o paciente em sua patologia. No caso da pessoa enferma, a medicina busca tratar a doença, ao passo que o psicanalista trabalha no sentido de direcionar sua escuta àquele que padece, como via de acesso ao inconsciente: do lado do analista, a escuta flutuante; do paciente, a associação livre. Apesar de médico, Freud conseguiu ver além de um corpo físico, já que transformou o leito em divã. Porém, em sua técnica, Freud se distanciou cada vez mais do biológico, penetrando, assim, na alma humana pela via do reconhecimento dos processos inconscientes (LEVY, 2008).

Eis o grande desafio para aquele que resolve adentrar o campo do hospital, onde o ator principal é o médico. Para analisar a questão, a segunda parte do capítulo será dedicada ao trabalho do psicanalista no hospital, com seus desafios, seu papel na equipe multidisciplinar e diante daquele que necessita de internação em um leito hospitalar. Por que não trabalhar com

psicanálise justamente onde aquele que sofre necessita falar de sua dor com um profissional? A partir da análise da literatura sobre psicologia hospitalar, o trabalho da psicanálise no hospital e o papel do psicanalista na equipe de saúde, é possível perceber que os afetos, a transferência e o corpo do analista implicado em sua prática nos colocam a pensar que o trabalho do psicanalista no hospital tem alcances e limites que não são diferentes daqueles encontrados nos consultórios (MORETTO, 2000).

## 2.1 O HOSPITAL E O NASCIMENTO DA PSICANÁLISE: MEDICINA E HISTERIA

Aos dezessete anos, em 1873, Freud ingressou na faculdade de medicina. Inicialmente, seu interesse era a fisiologia, ciência dos organismos, disciplina fundamental em sua formação e que lhe fez cogitar a possibilidade de segui-la, posteriormente, como área de trabalho. Logo no primeiro semestre, teve contato com o laboratório de fisiologia do médico e professor Ernst Brücke. Enquanto estudante, Freud dedicou-se intensamente à fisiologia, desenvolvendo a estrutura fisiológica específica a qual, mais tarde, tentaria articular suas descobertas psicológicas. Isto se deu a partir do estudo das células e dos processos nervosos, ao qual ele deu continuidade até o início de sua carreira como médico.

No laboratório, Freud sentia que finalmente havia conseguido sossego e plena satisfação. Ali, sentia-se livre; resolvendo problemas que o professor lhe colocava, este foi o local em que trabalhou durante seis anos – entre 1876 e 1882. Para tanto, o aluno aplicado decifrava quebra-cabeças do sistema nervoso, começando com peixes para então chegar aos seres humanos. Admirado por Freud, Brücke era um exemplo de cientista disciplinado, exemplo que, como podemos perceber, Freud seguiu à risca, tendo sido, por toda a sua vida, leal ao ideal de integridade intelectual científica. Após a morte de seu mentor em 1892, para homenageá-lo, Freud deu então a seu quarto filho o nome de Ernst, visto que Ernst Brücke havia lhe sido a autoridade de maior influência. (GAY, 1989/2012).

Ao mesmo tempo em que Freud era um pesquisador satisfeito em seu laboratório, ele possuía uma verdadeira aversão pelo exercício da medicina. Na obra freudiana é possível notar o desejo de que a psicanálise se tornasse ciência, no entanto, não uma ciência exata e sim a ciência do caso a caso, como já colocado no primeiro capítulo desta dissertação. Freud, um admirador das ciências humanas, leitor voraz dos autores da literatura e da filosofia, atencioso com os pacientes, já demonstrava o desejo pelo trabalho do pensamento, confessando que, ao ideal teórico, se acrescentava um ideal prático. Lutar contra a doença era seu mais novo objetivo.

Em 1866, com apenas dez anos de idade, ele já manifestara inclinações humanitárias, solicitando aos professores que organizassem uma campanha para enviar ataduras às tropas austríacas feridas na guerra contra a Prússia. Quase dez anos depois, em setembro de 1875, há dois anos matriculado na faculdade de medicina, ele confessou que agora nutria mais um ideal. Se, até o ano anterior, seu maior desejo era dispor de um laboratório e tempo livre – ou de um navio no oceano com todos os instrumentos de que precisasse o pesquisador –, a partir daquele momento, a descoberta de verdades científicas não era mais o seu único desejo: agora almejava ter um grande hospital e muito dinheiro para poder diminuir alguns dos males que acometem nossos corpos ou, até mesmo, para removê-los do mundo (GAY, 1989/2012).

Alguns anos depois, um dado importante indica que o caminho para a psicanálise já estava sendo percorrido, quando, ao escrever a sua noiva em 1883, Freud confessa: “Hoje cheguei à casa do meu paciente totalmente sem saber como conseguiria reunir a simpatia e a atenção necessárias para com ele. Eu estava muito cansado e apático. Mas quando ele começou a se queixar [...] percebi que, aqui, eu tinha uma tarefa e uma importância” (GAY, 1989/2012, p. 43-44). Os sentimentos de Freud não são diferentes do que sentimos em alguns momentos, pois ele, com a sua sensibilidade, demonstrou em sua autoanálise como os efeitos da transferência são transformadores. Ao nos utilizarmos da “escuta flutuante”, deixando com que o paciente “associe livremente”, possibilitamos que os efeitos de uma análise aconteçam.

Ainda sobre os estudos no laboratório, Gay (1989/2012) coloca que no círculo de Brücke, Freud encontrou um amigo que seria decisivo em sua formação: Josef Breuer, que na época já era considerado um importante fisiologista e médico de sucesso, sendo conhecido por ser um homem rico e extremamente culto. Quinze anos mais velho, se tornou, para Freud, uma nova figura paterna após Brücke. Logo, o então estudante passou a frequentar a casa de Breuer, que o ajudou inclusive financeiramente.

Porém, devido às péssimas condições financeiras, um ano e meio após se formar, Freud se desligou de suas funções no laboratório de Brücke para exercer a medicina. Em seguida ao desligamento, Freud trabalhou por três anos em diversos setores do Hospital Geral de Viena: cirurgia, medicina de doenças internas, oftalmologia, dermatologia, doenças nervosas, psiquiatria, inclusive sob a orientação de Meynert – professor de psiquiatria de Viena, era considerado por Freud uma pessoa de difícil convivência, pois, repleto de manias e ilusões, não o ouvia, tampouco o entendia. Quando Freud trabalhou com Meynert na clínica psiquiátrica por cinco meses, havia uma relação amistosa, no entanto ocorreram desentendimentos por desavenças teóricas, principalmente por duas razões: a hipnose e a histeria. Freud, ao expor



suas ideias sobre o que acreditou serem as causas da histeria, colocava-se contra o pensamento da Neuropatologia da época. Assim, ele abandonou Meynert (GAY, 1989/2012).

Depois disso, e de ter passado por outras especialidades no hospital geral, tornou-se *Privatdozent* de Neuropatologia, cargo no qual ministrava aulas. Submeteu-se, então, a uma bolsa de pós-graduação em Paris, com Jean Martin Charcot, o principal nome no que dizia respeito às doenças nervosas, consultor nacional e internacional nesta área, sendo também o chefe do setor de patologia da Salpêtrière, importante hospital de Paris (GAY, 1989/2012).

Durante seis semanas Freud permaneceu como aluno na Salpêtrière, estudando no Laboratório Patológico de Charcot. De acordo com Gay (1989/2012), o estilo científico e o encanto pessoal de Charcot dominaram Freud, bem mais do que seus ensinamentos específicos. Para sua noiva Martha, Freud contou que Charcot era sempre estimulante, instrutivo e brilhante, admitindo que certamente sentiria sua falta em Viena. Freud considerava fascinante o modo de apresentação de Charcot, através do qual reduzia a distância de seus alunos, explicitando detalhadamente seu raciocínio e, com grande franqueza, as próprias dúvidas e hesitações. Excitado com o que vira, passou a considerar Charcot um dos maiores médicos de seu tempo, um gênio e um homem sério que havia abalado profundamente suas ideias e intenções. Após homenagear Ernst Brücke, dando o nome a um de seus filhos, Freud, em gratidão a Charcot, deu então o nome de Jean Martin ao seu filho.

Segundo Jones (1989), este importante médico foi o responsável por provocar em Freud o fascínio pela psicopatologia, pois, durante seu período em Paris, o que mais o impressionou foram as investigações de Charcot sobre a histeria. O professor conseguiu ver a histeria sob outro ângulo, provando a autenticidade das manifestações histéricas, a obediência da histeria a leis específicas e definidas, a ocorrência desta doença também em homens, assim como a possibilidade de produzir paralisias e contraturas histéricas através da hipnose. Freud surpreendeu-se ao ver um neurologista tão iminente interessado pela histeria, que antes era vista como simulação, ou melhor: uma estranha perturbação no útero (JONES, 1989).

Todavia, para melhor abordar a histeria, faz-se necessário introduzir sua história, sua origem. A palavra *Hystera* significava “útero” em grego. Trillat (1991) afirma que até a Idade Média a histeria era colocada em meio a crenças, considerada possessão, “coisa do diabo”, podendo ser tratada pelo padre ou curandeiro.

Posteriormente, com os avanços obtidos pela neurologia e pela psiquiatria durante o século XIX, a medicina toma a histeria como questão a ser decifrada: afinal, seria ou não uma doença? Os sintomas eram conversão, dores na perna, tiques convulsivos, inibições espasmódicas da fala, fôlego curto, vertigens, sensação de sufocamento, espasmos, nevralgias

faciais, sensações friorentas, estados depressivos e até mesmo alucinações intermitentes (GAY,1989/2012). Quem apresentava sintomas histéricos manifestava sintomas de várias doenças já conhecidas. Seria possível afirmar que a histeria encontrava-se acima das demais afecções? Interessante notar que os sintomas no corpo da histérica não possuíam relação com qualquer tipo de doença orgânica e, portanto, não respondiam a qualquer tipo de terapia medicamentosa ou evento cirúrgico.

Apesar de a histeria já ser considerada doença no século XVIII, sua história, segundo Trillat (1991), foi sempre permeada por divergências. Existia a corrente médica que se utilizava da observação de fatos e compilação de dados objetivos, e outra corrente que se colocava aberta à imaginação, ao sonho, ao subjetivo. Houve aproximação das correntes em alguns momentos e distanciamento em outros. Possível dizer então que a Psicanálise seria uma aproximação das duas correntes? Ou, ainda, que a Psicanálise estaria na intersecção das mesmas?

Já no século XIX, a histeria e a epilepsia foram agrupadas em uma mesma categoria devido à semelhança de seus sintomas. Em Sapêtrière, Charcot deparou-se com uma ala inteira composta por pacientes histéricos e epiléticos. O campo era então frutífero para um pesquisador da histeria, permitindo que, juntamente com seus alunos, o professor se utilizasse do material clínico encontrado para criar uma nova classificação, as chamadas psiconeuroses. Com isso, a importância da histeria para a medicina cresceu e, submetendo-a ao método anatomoclínico, foi possível considerar seus sintomas, etiologia, possíveis causas, permitindo, assim, a realização do diagnóstico diferencial<sup>3</sup>.

Charcot era um médico respeitado apesar de utilizar a hipnose no tratamento da histeria, conseguindo inclusive conferir o estatuto de cientificidade à técnica, ainda que a hipnose não fosse considerada um método científico. Além da hipnose, Charcot utilizava banhos e eletroterapia como métodos de investigação e tratamento. As aulas expositivas de casos clínicos realizadas por Charcot foram consideradas um verdadeiro “teatro”, onde ele fazia das conversões e desmaios histéricos um espetáculo a parte, através do qual ensinava a seus alunos. Demonstrava com suas pacientes que, com o uso da hipnose, poderiam vir à tona os sintomas

---

<sup>3</sup>No modelo anatomoclínico, entende-se que o doente não precisa estar necessariamente implicado no tratamento, pois seu corpo é oferecido passivamente ao médico, que o examina seja auscultando, apalpando ou examinando os dados laboratoriais. A atividade do enfermo resume-se a sua queixa. Com o exame neurológico, a figura do doente passa a ser ativamente solicitada pela figura do médico, desestabilizando o modelo anatomoclínico. Charcot encontrava obstáculos insuperáveis utilizando esse discurso para a histeria, pois não existia qualquer lesão anatômica para explicar seus sintomas. Já que o corpo anatômico não correspondia aos sintomas, Freud então percebeu que o corpo na histeria é um corpo representado. Assim, a desconstrução sistemática do discurso anatomoclínico abriu espaço para o discurso psicanalítico (BIRMAN, 2010).

históricos. Para a construção da psicanálise, Freud absorveu muito do que ali observava – afinal, uma das conclusões de Charcot foi a origem psicogênica da histeria, já que os sintomas poderiam ser tratados apenas por ideias.

Deste modo, tal experiência trouxe um grande impacto para a construção da teoria freudiana da histeria. O renomado médico Charcot fez surgir em Freud o interesse por uma outra forma de olhar a doença. Encontrando ressonância em seu desejo de tratar a doença, tirando-o das amarras do caminho da neuroanatomia, Freud seguiu em outra direção: a psicopatologia. Diferente de tudo que encontrara, Freud interessou-se pela nova possibilidade de exercer a medicina. Agora era possível a uma doença de causa psíquica ser tratada apenas pela palavra.

Não seria fácil levar suas ideias adiante, pois, diferente de Charcot, Freud era um iniciante na medicina e precisava construir seu caminho para então ser aceito com suas teorias inovadoras. O percurso estava traçado. Tornara-se médico especialista em doenças nervosas e, voltando à Viena após o tempo de estudo em Paris com Charcot, Freud iniciou seus atendimentos. Contudo, ao apresentar um relatório sobre seus estudos em Paris, encontrou resistência por parte dos médicos para com suas “novidades”. Em suas primeiras tentativas de investigação e tratamento, Freud utilizava eletroterapia, banhos e massagens, porém, Em 1887, voltou-se para a sugestão hipnótica, o que lhe trouxe mais reconhecimento.

Apesar do reconhecimento, Freud achava que nem sempre tinha sucesso com o tratamento hipnótico. Portanto, com o objetivo de se aperfeiçoar na técnica, no verão de 1889, foi à Nancy estudar com Bernheim, com este que era reconhecido como um grande hipnotizador, tendo elaborado uma teoria do hipnotismo cujo ponto central era a sugestão. Para Bernheim, a hipnose era simplesmente uma produção da sugestão, cujas manifestações eram fenômenos psíquicos, efeitos da sugestão, a qual definiu como o ato que introduz uma ideia no cérebro que, por conseguinte, a aceita, seja esta uma ideia de terceiros ou do próprio sujeito.

Os principais pontos da teoria de Bernheim considerados por Freud foram as relações verificadas por este autor entre fenômenos hipnóticos e processos correntes da vida de vigília e de sono, além do fato de ele ter trazido à luz as leis psicológicas que se aplicavam a ambos os eventos. A sugestão passou a ser o núcleo do hipnotismo e a chave para a sua compreensão. A hipnose, de acordo com Charcot, baseava-se em modificações fisiológicas, em deslocamentos da excitabilidade no sistema nervoso que ocorriam sem a participação das partes conscientes. Diferentemente de Charcot, Bernheim acreditava que todas as manifestações hipnóticas eram efeitos da sugestão – portanto, fenômenos psíquicos. Apesar de suas divergências, as duas concepções abriram uma nova possibilidade para situar a relação do médico com seu paciente.

A diferença na relação do médico com seu paciente consiste então no fato de o profissional considerar a subjetividade e não mais apenas um objeto de observação e de experiência ao qual se dedica. O médico passará, a partir da transferência, a se dirigir a um sujeito que sofre, dotado de total singularidade. A relação não é de subserviência, pois o paciente é livre para acatar ou não as sugestões do médico.

A transferência seria o estabelecimento de um vínculo afetivo intenso, incontornável e independente de todo contexto de realidade. Tratando-se de análise, algumas pessoas podem ser consideradas “inaptas” para a transferência e, por esse motivo, não demandem análise – demanda que, por si mesma, já comporta uma dimensão transferencial, pois o paciente se dirige a alguém em quem pressupõe um saber. No entanto, o fenômeno de transferência é constante, onipresente nas relações, sejam elas profissionais, hierárquicas, amorosas, etc. Diferentemente daquilo que ocorre em uma análise, os dois parceiros estão presos, cada um a sua própria transferência, situação da qual, frequentemente, não têm consciência (CHEMAMA, 1995).

Sem saber o que ocorre, as relações se estabelecem por diversos motivos inconscientes, uma vez que, na situação de um tratamento analítico, não é organizado o lugar de um intérprete – tal como o encarnado pelo analista–. Com efeito, espera-se que o analista, a partir de sua análise pessoal, busque saber de que são tecidas suas relações pessoais, de modo a não vir a interferir naquilo que remete a seu paciente, o que, entre outras coisas, poderia resultar na resistência ao tratamento (CHEMAMA, 1995).

Importante frisar, além disso, a condição *sine qua non* de que o analista esteja disponível para a escuta de seu paciente. O fenômeno aqui analisado é de caráter inevitável e automático. No paciente, quando há a revivescência deste ou daquele afeto, a transferência é sempre acompanhada por uma cegueira total. A interpretação do analista é decisiva e pode ser feita inclusive através de um silêncio atento, mas que, de uma ou de outra forma, demonstre que o analista compreendeu em que lugar (pai, mãe, etc.) o paciente o coloca. Para o analista, a situação precisa estar clara, pois sabe que nada mais faz do que se prestar a esse papel. Aliada ao distanciamento mantido pelo analista, a interpretação permite que o paciente analise, *a posteriori*, essa transferência e, ao mesmo tempo, progrida (CHEMAMA, 1995).

Voltando à história do nascimento da psicanálise, quando Freud retorna à Viena para aprimorar sua técnica, é importante frisar que ele continuou utilizando a hipnose; agora, no entanto, valorizando ainda mais seus efeitos de sugestão. A mudança trouxe-lhe também a liberdade de, mais tarde, poder se livrar da hipnose, que consistia em uma mera ferramenta para suggestionar o paciente. Assim, o método poderia ser trocado por qualquer outro, o que o levaria,

mais tarde, a substituí-la pela técnica da mão na testa<sup>4</sup>, considerada uma ponte para a técnica da livre associação.

A técnica da hipnose também já havia sido utilizada por Breuer, que confessou a experiência a Freud antes mesmo de ir a Paris. Era o caso de Anna O., uma paciente histérica em que ele vinha utilizando a hipnose, pois considerava que assim possibilitaria à paciente expressar em palavras as fantasias emotivas que a dominavam no momento. Ao fazer isso, a paciente sentia-se aliviada. Assim, o objetivo da aplicação da técnica estava claro para Breuer. O famoso caso Anna O. influenciou Freud enormemente, contribuindo para a criação da nova técnica de investigação e tratamento da histeria – a livre associação. Vejamos então esse conceito.

Conforme Chemama (1995), Freud retirou o termo “associação” da doutrina associacionista, que havia prosperado na Alemanha no século XIX. Com efeito, Freud dará ao termo um uso totalmente novo. A doutrina associacionista havia buscado as leis gerais que regem o espírito, estando tais leis fundadas principalmente na similitude, ainda que essa noção nada tenha de simples e de primária. A associação seria a forma por meio da qual o sujeito se situaria, utilizando uma memória concebida enquanto um sistema de arquivos. Nesta, não seriam possíveis todas as “facilitações”, já que haveriam “grupos psíquicos separados” (esboço do conceito tópico de inconsciente). Por outro lado, o curso das associações que poderiam estabelecer novas conexões seria deixado livre, de modo a permitir que se ganhasse terreno sobre o recalçamento. Chemama (1995) diz então que, neste sentido, o método da livre associação se confunde com a regra fundamental da psicanálise.

Por sua vez, a associação livre, ainda conforme Chemama (1995), é o método constitutivo da técnica psicanalítica, segundo o qual o paciente deve comunicar, durante o tratamento, tudo aquilo que lhe vier à mente sem nenhuma discriminação. Este método fora sugerido a Freud no ano de 1892, durante o tratamento de uma de suas pacientes (Emmy von N.) que lhe pediu para deixar exprimir seus pensamentos sem intervir no curso deles. Evoluindo progressivamente até por volta de 1898, este método acaba por substituir definitivamente o

---

<sup>4</sup> O próprio Freud (1925/2011) em sua *Autobiografia* explica tal método. Diante da dificuldade de, valendo-se da hipnose, fazer o paciente recordar os nexos causais que o conduziram a sua doença, Freud recorre a um experimento que havia presenciado muitas vezes com Bernheim. Este procedimento supunha que o paciente sabia perfeitamente o que ocorrera consigo no estado de sonambulismo gerado pela hipnose, assim como as causas de sua enfermidade. Ao pôr as mãos sobre a testa do paciente, instigava-o para que recordasse aquilo que era necessário para clarificar as causas de seu mal. Assim, prossegue Freud (1925/2011, p. 104): “também meus pacientes tinham de ‘saber’ tudo o que apenas a hipnose lhes tornara acessível, e minha insistência e exortação, talvez secundadas pelo posicionamento da mão, deviam ter o poder de empurrar para a consciência os fatos e nexos esquecidos”.

antigo método catártico, tornando-se, então, a regra fundamental do tratamento psicanalítico, o meio privilegiado de investigação do inconsciente.

O paciente é instado a exprimir seus pensamentos, ideias, imagens e emoções tal como se apresentam a ele, sem nenhum tipo de restrição ou seleção, ainda que tais materiais pareçam incoerentes, impudicos, impertinentes ou desprovidos de interesses. As associações podem ser induzidas por uma palavra, um elemento de sonho, ou qualquer outro objeto de pensamento espontâneo. Com efeito, o respeito a esta “regra de ouro” irá permitir o aparecimento das representações inconscientes, ao mesmo tempo em que atualizará os mecanismos da resistência.

Veremos a seguir, mais minuciosamente, o já referido caso Anna O., considerado um marco na história da psicanálise. Antes de Freud, o saber psiquiátrico revelou-se impotente em decifrar o enigma do sintoma histérico, pois uma “falsa” anatomia, estruturada pela linguagem, conferia sua forma às paralisias histéricas. O sintoma histérico, indecifrável naquele momento, mostrou que os mestres não sabiam tudo. Freud, por ser um grande pesquisador e o primeiro psicanalista, não caiu nessa armadilha, cabendo a ele elucidar a lógica dessa “falsa” anatomia. Revelou que o sintoma obedece às leis da linguagem e poderia ser afetado pela interpretação de seu sentido inconsciente. A satisfação que se obtém com o usufruto das funções naturais do corpo biológico não é a mesma daquela que se extrai graças à sua cifração no sintoma (SANTOS; SANTIAGO, 2010).

O caso Anna O. é de suma importância para a psicanálise porque permitiu o surgimento da “cura pela fala” e do método catártico, método que podemos considerar o “meio do caminho” para o surgimento da associação livre. A paciente sofria de uma histeria grave e apresentava sintomas variados, como: estrabismo convergente, graves perturbações da visão, paralisias completas na extremidade superior direita e em ambas as extremidades inferiores, dores de cabeça, tosse nervosa, aversão por alimentos, etc. Depois da morte do pai, apresentou sonambulismo persistente, alternado com estados de excitação. A paciente era, segundo Breuer, uma jovem muito inteligente, com bom senso crítico e que adoeceu quando contava com 21 anos. Vivia num ambiente monótono, o que pode tê-la levado a intensos devaneios – seu “teatro particular”, como dizia Breuer – contribuindo muito para o desenvolvimento da doença. Esta paciente não era inteiramente sugestível, pois o senso crítico apurado fazia com que dificultasse o uso da hipnose.

O desenvolvimento de sua histeria se deu a partir da doença fatal de seu pai, a qual era muito apegada. Até os últimos meses, quando ficou doente demais para cuidar dele, Anna O. havia sido sua devotada e incansável enfermeira, em detrimento da própria saúde. Os sintomas cresciam conforme a doença do pai avançava, indicando a incapacidade de realizar os cuidados:

fraqueza por falta de apetite, acessos de agitação, paralisias parciais e perda de sensibilidade (GAY, 1989/2012). Ao começar a tratá-la, Breuer observou dois estados de consciência distintos que se alternavam: um deles, de melancolia e angústia, mas relativamente normal; o outro, implicava alucinações e conduta agressiva. Após tardes inteiras em um estado de sonolência, despertava, se queixando de algo que a atormentava – repetindo as palavras “atormentando, atormentando”.

No ano de 1881, sua sintomatologia agravou e Anna O. perdeu seu pai. A paciente passou a ser acometida por lapsos mentais, longos intervalos de sonolência, rápidas alterações de ânimo, alucinações com cobras negras, caveiras e esqueletos, crescentes dificuldades de fala. Algumas vezes, regredia até mesmo em sua sintaxe e gramática; em outras, conseguia falar apenas em inglês, francês ou italiano. A paciente chegou a desenvolver duas personalidades distintas e, em abril, quando seu pai morreu, Anna O. reagiu com um estado de choque agitado que se desenvolveu em estupor. Assim, seu conjunto de sintomas se tornou mais alarmante do que antes (GAY, 1989/2012, p. 82).

O médico a visitava todas as tardes e a encontrava em um estado de hipnose autoinduzida. Houve um tempo, durante o período mais grave de sua doença, em que Anna só reconhecia Breuer, única pessoa com quem ela conversava, o que a deixava animada – efeito do que, mais tarde, foi denominado de transferência. Breuer começou a perceber que, durante a hipnose e após o despertar do estado hipnótico, quando ela conseguia narrar as alucinações que tivera no decorrer do dia – contando histórias tristes e às vezes fascinantes –, mostrava-se com a mente calma e alegre. Anna O. se referia a esse procedimento – a técnica de falar sob hipnose – como “limpeza da chaminé”, o que Breuer viria a chamar de *talking cure* ou cura pela fala.

Breuer influenciou decisivamente Freud ao utilizar esta técnica durante o caso Anna O. Assim, constituir-se-ia a psicanálise como teoria e técnica, com a diferença de que o método utilizado para fazer o paciente falar não seria mais a hipnose.

Houve um momento decisivo para a cura pela fala: a quente primavera de 1882, quando Anna sofreu um acesso de hidrofobia e não conseguia tomar água, apesar de ressecada de tanta sede. Certa vez, em transe hipnótico, disse a Breuer que havia visto sua dama de companhia inglesa deixar que seu cão bebesse em um copo. Após o relato do nojo reprimido, a hidrofobia desapareceu. (GAY, 1989/2012, p. 82). O médico, a partir de então, passou a usar a hipnose para conseguir seu objetivo de eliminar os sintomas, um após o outro, depois de relatados. Percebeu então que, quando os eventos psíquicos que haviam produzido os fenômenos histéricos recebiam expressão verbal, os sintomas desapareciam. O fato de os pacientes

histéricos sofrerem, sobretudo, de reminiscências – ou seja, os pacientes sofrem por aquilo que não conseguem lembrar – já traz consigo a noção de inconsciente: algo que não é acessível à consciência, mas que causa efeitos no sujeito.

Após vários de seus sintomas serem “expulsos” pela fala, Anna O. - nome fictício usado para falar da paciente Bertha Pappenheim - ainda viveu um longo período sintomático antes de recuperar seu equilíbrio mental. Conforme Chemama (1995, p. 16), “as lutas que Bertha Pappenheim irá travar durante toda sua vida contra a exploração da mulher farão dela uma das mais ilustres figuras do movimento feminista europeu”. Ela teve um destino admirável: “se tornou uma ativista social pioneira, uma eficiente líder de causas feministas e de organizações de mulheres judias. Essas realizações atestaram um considerável grau de recuperação” (GAY, 1989/2012, p. 83).

Em 1895, em *Estudos sobre a histeria*, Breuer referiu-se ao método utilizado por ele com Anna O. como *método catártico*, na medida em que despertava lembranças importantes e dava vazão a emoções poderosas que ela tinha sido incapaz de evocar ou expressar quando estava em seu estado normal. Isto fez com que a cota de afeto utilizada para manter o sintoma, que estava ali contida, pudesse ser dirigida para uma trilha que finalizasse a descarga pela fala.

Também foi chamado de *ab-reação*, que significa que certos afetos, que invariavelmente não são sentidos no momento em que ocorrem, são retidos no inconsciente em função de sua ligação com a lembrança de algum trauma psíquico. Dado o seu caráter penoso, afetos e lembranças assim ligados teriam sido recalçados. A ab-reação se produz quando o afeto e a lembrança recalçados irrompem simultaneamente na consciência por meio da verbalização da lembrança do momento do trauma. Com efeito, a ab-reação ocorre com maior frequência quando há o aumento da resistência a esta irrupção abrupta, o que pode ocorrer durante o tratamento analítico, graças à transferência sobre o analista (CHEMAMA, 1995).

Assim, o método catártico, considerado como qualquer método terapêutico que vise obter tal situação de crise emocional – de forma que essa manifestação crítica provoque uma solução do problema que a crise pôs em cena –, põe fim à força da representação que não fora ab-reagida num primeiro momento, permitindo que o afeto encontre uma saída através da fala. O método submete essa representação à correção associativa, introduzindo-a na consciência ou eliminando-a por sugestão do médico. Aristóteles fez da *catharsis* o eixo de sua concepção da tragédia: a função trágica consistiria em “purificar” as paixões más (como, por exemplo, o temor e piedade) e, por sua colocação em jogo, dar ocasião a representações de atos “virtuosos e consumados”. J. Breuer e S. Freud retomam esse termo para designar seu primeiro método



psicanalítico: a revivescência de uma situação traumática liberaria o afeto “esquecido” e este restituiria ao sujeito a mobilidade de suas paixões. (CHEMAMA, 1995).

Hipnose e catarse estavam ligadas e, portanto, o abandono de um direcionaria ao abandono do outro, pois, com a renúncia à noção de catarse, marca-se o verdadeiro nascimento do método psicanalítico. Nas Conferências que proferiu nos EUA em 1910, Freud chegou a dar a Breuer o mérito de fundador da psicanálise, tamanha foi a influência desta descoberta. No entanto, mais tarde, em *Contribuição à História do movimento psicanalítico* (1914b/2012), Freud reconhece que exagerou ao fazer esta declaração, colocando-se então como o fundador da teoria e técnica psicanalíticas sem, no entanto, deixar de ressaltar a enorme influência que Breuer exerceu sobre sua obra.

Em 1895, a parceria entre Breuer e Freud acaba por dois motivos principais: Breuer não conseguiu lidar com a violenta transferência amorosa de Anna O. e também não aceitou completamente a etiologia sexual das neuroses (CHEMAMA, 1995). Freud (1914b/2012) considerou que Breuer, em sua teoria relativa à histeria, não o satisfazia por não tocar no problema da etiologia das neuroses, principalmente no caso Anna O., onde a questão sexual estava explicitamente apresentada e não desenvolvida.

Dito isso, fica claro que, apesar de toda a influência que Breuer teve sobre Freud, este último se manteve fiel a sua escuta clínica e suas ideias, o que o levou a criar a psicanálise, enfrentando obstáculos e rompendo barreiras com esta teoria absolutamente inovadora, que faz um corte com todas as ideias da época. A partir de 1902, um pequeno grupo de discípulos começou a se reunir na sala de espera de Freud, originando a “Sociedade Psicológica das Quartas-Feiras”. Em 1908, o grupo passou a se chamar “Sociedade Psicanalítica de Viena”.

O termo psicanálise foi utilizado pela primeira vez em 1896, primeiramente em francês e em seguida em alemão. Suas ideias foram difundidas através de artigos e, depois, em cartas enviadas à Fliess. Por mais de três décadas, Freud iria remodelar seu mapa da mente, refinar a técnica psicanalítica, rever suas teorias das pulsões, da angústia e da sexualidade feminina, e invadir a história da arte, a antropologia especulativa, a psicologia da religião e a crítica da cultura. Freud publicou em 1899 *A Interpretação Dos Sonhos*, após reunir tudo que existia sobre o assunto na época. Em 1905, chocou o mundo ao publicar *Três Ensaios Sobre A Teoria da Sexualidade* (GAY, 1989/2012, p. 118).

Após alguns anos, Freud (1919a/2010) definiu que a tarefa do psicanalista é levar o doente neurótico ao conhecimento dos impulsos inconscientes e recalçados que nele existem. Contudo, de nada valeria apenas conhecer. Afinal, saber disso para quê? Freud coloca que a psicanálise vem então para descobrir as resistências que no doente se opõem a tal ampliação do

conhecimento de si. Isso não significa que desvelar as resistências garantirá a superação. Nem sempre, diz Freud; mas espera-se chegar a esse objetivo explorando a transferência ante a pessoa do médico para fazer o doente saber da impossibilidade de viver a vida conforme o princípio do prazer

A psicanálise vem para facilitar a verbalização daquilo que é inacessível para o sujeito, daquilo que é, portanto, recaiado. Considerando uma descrição dos meios efetivamente postos em ação na condução de um tratamento, a psicanálise diferencia-se da codificação apriorística de procedimentos que tenderiam a se ritualizar. Freud descobriu a existência de um psiquismo inconsciente, que nos determina sem que o saibamos; inconsciente que não é uma simples ausência de consciência, mas efeito estrutural de um recaiamento. O efeito da técnica psicanalítica viria a partir do manejo das dificuldades do sujeito, onde os sintomas desapareceriam se o sujeito tivesse acesso ao que normalmente lhe é inacessível. Eis o desafio: como o sujeito poderia tomar consciência daquilo que é, por definição, o seu inconsciente? Parece que o projeto seria irrealizável, a menos que existisse um método bastante particular, uma técnica adequada para vencer o recaiamento (CHEMAMA, 1995).

Para explicar detalhadamente o significado da psicanálise, Freud (1919a/2010) defendeu que se trata de um trabalho mediante o qual levamos à consciência do doente o material psíquico nele reprimido. Há, portanto, no termo “psicanálise” algo que pode remeter a uma espécie de “decomposição”:

Por que “psicanálise”, que significa dissecação, decomposição, e faz pensar numa analogia com o trabalho que o químico realiza com as substâncias que acha na natureza e leva para o laboratório? Os sintomas e manifestações patológicas do paciente são, como todas as suas atividades anímicas, de natureza altamente composta; em última instância, os elementos de tal composição são motivos, instintos. Mas o paciente nada sabe desses motivos elementares, ou não sabe o bastante. Nós lhes ensinamos a entender a composição dessas complicadas formações psíquicas, fazemos remontar os sintomas aos instintos motivadores, indicamos nos sintomas esses motivos intuituais até então desconhecidos para o doente, tal como o químico isola a substância básica, o elemento químico, do sal em que se tornara irreconhecível, por estar unida a outros elementos. Também mostramos ao doente que, no caso de suas manifestações psíquicas não consideradas patológicas, a motivação delas não lhe era inteiramente consciente, que nelas tiveram participação outros motivos intuituais, desconhecidos para ele. (FREUD, 1919a/2010, p. 281-282).

Junto à definição do que seria, conforme Freud (1919a/2010), o conceito de psicanálise, encontra-se o desejo de ampliação da atuação da psicanálise. Considerando que naquele momento se atendia um número escasso de doentes, das camadas superiores da sociedade, que possuíam o poder de escolher os próprios médicos, Freud analisou a possibilidade dos psicanalistas atenderem um número maior de pessoas em amplas camadas populares e que tanto

sofrem com as neuroses. Prevendo a necessidade deste tipo de atendimento, considerou que o pobre teria direito a auxílio-psíquico para não sucumbir, por exemplo, à bebida, às cargas de privação, ao embrutecimento e à neurose. Freud apostava que no futuro haveria tratamento gratuito por parte do Estado, sem descartar a iniciativa privada como outra opção de tratamento. Apostando que haveria, para nós, a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições, e acreditando que nossas hipóteses impressionariam até os incultos, Freud advertiu-nos que teríamos de buscar a mais simples e palpável expressão para nossas teorias.

Penso que não devemos dificultar as coisas, mas também penso que nenhum outro profissional é obrigado a entender exatamente o que faz um psicanalista. Os demais profissionais foram preparados para outras coisas e por isso entendo que esse esforço é fundamental para evitar interpretações equivocadas e distorcidas e para que o trabalho do analista não pareça estranho ou confuso. A equipe multiprofissional pode interpretar o trabalho do psicanalista de formas diferentes e lhe solicitar que resolva o problema que o paciente/familiar apresenta, ou demandar que o psicanalista acesse o paciente para compreender aquilo que a equipe não está conseguindo entender ou suportar.

A situação seria diferente daquela vivida no consultório, o que fez com que Freud fizesse a seguinte análise:

É também muito provável que na aplicação em massa de nossa terapia sejamos obrigados a fundir o puro ouro da análise com o cobre da sugestão direta, e mesmo a influência hipnótica poderia ter aí seu lugar, como teve no tratamento dos neuróticos de guerra. Mas, como quer que se configure essa psicoterapia para o povo, quaisquer que sejam os elementos que a componham, suas partes mais eficientes e mais importantes continuarão a ser aquelas tomadas da psicanálise rigorosa e não tendenciosa (FREUD, 1919a/2010, p. 292).

Esta parte do capítulo se encerra com a missão psicanalítica de expandir seu trabalho a uma grande parte da população que dificilmente teria a oportunidade de conhecê-la, assim como ocorre nos hospitais, sejam eles públicos ou privados. Para o próximo capítulo, pretendo analisar o trabalho do psicanalista que nos dias de hoje trabalha no hospital.

Freud enfrentou os desafios com coragem, após ter sido criticado e atacado mundialmente, deixando um legado que nos cabe conduzir, enquanto psicanalistas, com rigoroso trabalho. O hospital é “um campo vasto, fértil e ao mesmo tempo árido, que traz consigo os contrastes e a ambivalência da condição humana, num panorama em que a vida e a morte se misturam representados pela dor e pelo sofrimento daqueles que passam por essa experiência” (LEVY, 2008, p. 10). Não seria este o lugar propício para o psicanalista desenvolver a psicanálise? Analisaremos a questão na segunda parte deste capítulo.

## 2.2 O TRABALHO DO PSICANALISTA NO HOSPITAL: O CORPO A CORPO

O desejo pela pesquisa no hospital nasceu após o contato com alguns hospitais desde o estágio em psicologia hospitalar, durante a especialização em Psicologia Hospitalar e a Formação em Psicanálise, continuando em aperfeiçoamento e atualmente como local de trabalho. Na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará tive meu primeiro contato com a área durante uma visita mediante o curso teórico sobre psicologia hospitalar do qual participei enquanto aluna do terceiro ano da graduação. Naquela noite, os colegas que não estavam se formando, como eu, deveriam entrar nas primeiras enfermarias, consideradas mais “fáceis”. Contudo, distraída com tudo que vira, fiquei ali por mais tempo do que o previsto e, assim, juntei-me à turma que deveria entrar na última enfermaria: uma ala considerada difícil, que havia sido reservada aos alunos do último ano do curso. E lá estava eu, “sem querer” misturada aos quase psicólogos. O impacto ao entrar em uma enfermaria com tantos pacientes em estado grave e o sentimento em mim mobilizado após realizar o primeiro atendimento acabaram sendo essenciais para a escolha de minha futura área de trabalho.

No último ano do curso de psicologia da Universidade da Amazônia (Unama) precisei escolher duas áreas para realizar estágios. Não tive dúvidas, optei pelas áreas clínica e hospitalar. Realizei o estágio em psicologia clínica na clínica-escola da própria universidade, e, quanto ao estágio em psicologia hospitalar, retornei à Santa Casa, desta vez para atender durante um ano nos seguintes setores: pediatria, clínica cirúrgica, maternidade e ambulatório. Ao finalizar os estágios, resolvi deixar a cidade em busca de especialização nas áreas por mim escolhidas: a Formação em Psicanálise no Centro de Estudos Psicanalíticos (CEP-SP) e a especialização em Psicologia Hospitalar na Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP). Mediante a especialização, realizei estágio e curso em alguns hospitais da cidade de São Paulo, tais como: Hospital do Servidor Público Municipal, Hospital Brigadeiro, Hospital São Luiz, Hospital das Clínicas, Hospital Santa Catarina e Hospital São Camilo.

No retorno à Belém, participei do PROAPS no HUIBB, onde me dediquei ao atendimento de pessoas soropositivas em tratamento em dois setores: o ambulatório e a enfermaria. Ao iniciar os atendimentos na enfermaria e no ambulatório do hospital, seja individualmente seja em grupo, atendi também os pacientes que não estavam na condição de portador do HIV, ou seja, todos os pacientes hospitalizados na enfermaria DIP. Ao encerrar o aperfeiçoamento, foi aprovado no hospital o projeto de pesquisa, já referido, sob a coordenação da Profa. Dra. Helena Maria Melo Dias, no qual fiz parte durante dois anos, resultando no

interesse por esta pesquisa. Durante o mestrado acadêmico, ainda no hospital referido, realizei estágio em docência com a Prof<sup>a</sup> Dra. Ana Cleide Guedes Moreira, na disciplina intitulada Psicologia da Saúde, com os estagiários do último ano do curso de Psicologia da UFPA.

Através do projeto de pesquisa citado acima, realizei atendimentos na enfermagem feminina do hospital. Apenas mulheres soropositivas foram atendidas durante os dois anos de projeto, no entanto, os casos clínicos não serão relatados aqui. Além de atendimentos às mulheres, a pesquisa foi realizada com supervisão de casos clínicos, estudo de textos psicanalíticos e interconsulta com a equipe multiprofissional. Trarei para esta dissertação uma análise teórica das experiências vividas no hospital. Para tanto, iniciarei esta parte com aquilo a literatura psicanalítica traz sobre a interface entre o trabalho do psicanalista no hospital.

Ao ser questionada sobre o que faz um psicanalista no hospital, Moretto (2000) responde dizendo que se trata do mesmo trabalho realizado por todo analista diante de quem sofre. Sua colocação é fruto de uma pesquisa acerca dos limites, alcances e possibilidades da psicanálise, propondo que se pense a partir dos conceitos (e não de pré-conceitos) psicanalíticos. Para a autora, a dificuldade é maior entre os psicanalistas que, ao longo do tempo, utilizaram-se de regras que garantiriam o processo analítico – aquelas que dizem respeito ao local, horários e frequência. A autora nos lembra que Freud deixou a *associação livre* como a única regra fundamental da psicanálise. Sendo assim, uma vez cumprida essa regra, o que sustenta a direção de um tratamento é a *ética* e o *desejo* do psicanalista. A psicanalista e pesquisadora da área, Moretto (2000) afirma que o método psicanalítico não depende do local físico de trabalho do analista, pois ele opera a partir de um lugar psíquico, fazendo com que a eficácia do método não dependa de quatro paredes.

Sobre o fato de o método não se limitar a certas regras colocadas como fundamentais por alguns psicanalistas, encontramos autores que corroboram com esta ideia indicando possibilidades para o psicanalista fora do consultório, como nos trazem Levy e Moreira (2008, p. 46): “[...] esse dispositivo clínico se mantém independente do espaço em que ocorra a análise, se no consultório particular ou num espaço social”. Não podemos deixar de colocar também as diferenças obtidas a partir desta mudança de *setting*, ressaltando que é impossível não reconhecer que no ambiente hospitalar as condições de tratamento psicanalítico são diferentes da clínica privada. Levy e Moreira (2008, p. 26) argumentam que, “nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, a dinâmica transferencial se especifica, demandando do analista, formas de atuação diferentes, ampliando a clínica tradicional”.

Fazer psicanálise no lugar onde paciente e analista estão submetidos a regras e normas em sua dinâmica de funcionamento requer do profissional formas de intervenção diferentes

daquela que ele desenvolve na clínica privada (DIAS et al., 2011). Em minha prática, por exemplo, já realizei atendimentos em vários locais do hospital: corredores, necrotério, sala de ambulatório, posto de enfermagem, recepção e até mesmo em escadas. Uma saída para preservar a intimidade do paciente que está em enfermaria, por exemplo, é convidá-lo a caminhar pelos corredores durante o atendimento. Será que o espaço do consultório garantiria a psicanálise? Afinal, é possível frequentar um analista e usar o divã sem nunca ter entrado em análise.

Moreira, et al. (2013), referindo-se ao cotidiano no hospital, pontuam que este local abre espaço para a oferta de escuta do analista, na medida em que o sujeito tem algo para falar que vai além de suas queixas orgânicas. Existem inúmeras atribuições e desdobramentos delineados com o desenvolvimento da psicanálise fora do *setting* tradicional da clínica. Sobre a escuta sensível pensamos que:

[...] o analista deve manter uma escuta com atenção flutuante à fala associativa do paciente, ou seja, o paciente deve falar tudo que lhe vier à cabeça, sustentado no processo transferencial. Trata-se, portanto, da máxima liberdade de expressão do paciente, que pode e, deve falar sem nenhuma censura tudo o que lhe vem ao pensamento durante o processo analítico, sejam palavras, sentimentos, sensações, imagens, dores, ideias de aparência banal e sem valor, ou mesmo permanecer calado. O mesmo vale, em parte, para o analista, que em sua escuta sensível leva em consideração tudo o que estiver chegando aos seus ouvidos, enquanto, de outra parte, procura escutar a si mesmo, em seus pensamentos, sentimentos, imagens e sensações, que tendem a descobrir sentidos para aquilo que está sendo falado (DIAS et al., 2011, p. 2).

No momento em que é possibilitado ao paciente, associando livremente, dizer o que sabe – mas, especialmente, o que não sabe sobre si –, seus pensamentos inconscientes tendem a se manifestar, revelando, nos tropeços da linguagem, as falhas do saber (DIAS et al., 2011). É esta a única regra dada ao paciente que pode chegar ao hospital por diversos motivos. Ao ser identificada uma questão considerada psíquica – anorexia, bulimia, luto, tentativa de suicídio, depressão, pânico, ansiedade, conflitos familiares, entre outros motivos –, o psicanalista é acionado pela equipe que muitas vezes reconhece suas limitações em lidar com determinadas situações.

Feita a solicitação da equipe, o analista oferecerá sua escuta diferenciando-se da clínica privada, na qual é o paciente quem procura o tratamento psicanalítico. A solicitação para atendimento pode partir da equipe médica, mas também do paciente – o que alguns até fazem quando descobrem que ali existe um serviço de psicologia. Em alguns momentos, fui procurada por pacientes ou familiares em busca de atendimento por diversos motivos: dificuldade de adesão

ao tratamento, apoio durante a revelação de diagnóstico para um familiar, solicitação para revelar ao médico coisas nunca ditas, entre outras.

Vale ressaltar que a demanda feita por um terceiro deixa ao paciente a livre escolha de aceitar ou não o tratamento que lhe é oferecido, pois o mesmo não pode ser-lhe imposto apenas pelo fato de alguém ter solicitado. Para que ocorra o tratamento é preciso que haja o desejo, na medida em que a imposição pode se tornar fonte de resistência imediata quando o paciente sabe que alguém da equipe quer que ele seja, por exemplo, convencido a alguma coisa. Ao oferecer sua escuta, o psicanalista abre espaço para a associação livre e, a partir de então, é possível a intervenção.

Sobre o assunto, trago uma situação ocorrida no hospital. Fui solicitada para atender uma paciente que deu entrada no hospital após tentativa de suicídio. Estava em seu segundo dia de hospitalização e seu médico havia tentado contato com a paciente, porém sem sucesso, o que o levou a solicitar atendimento psicológico. Ao aproximar-me de seu leito, apresentei-me e perguntei como estava e então, a paciente disse que tinha muitas coisas para falar e pediu que eu sentasse. Após o atendimento, enquanto registrava o atendimento no prontuário, a equipe resolveu me contar tudo o que a paciente fizera desde sua entrada na unidade: recusava-se a comer, falar com seu médico, ligar a televisão, andar e acender as luzes. Em alguns dias, a paciente foi atendida diariamente e, aos poucos, começou a entrar em contato com a equipe para falar de seus sintomas no corpo – como, por exemplo, a falta de ar que lhe acometia no período da noite. Como, clinicamente, não havia nada que justificasse sua hospitalização, após a resistência inicial, sentindo-se mais segura, ela aceitou e recebeu alta hospitalar.

A função do psicanalista no hospital não pode ser a de resolver os problemas imediatamente ao acionamento, como na analogia ao “trabalho do bombeiro”: “a situação está crítica, o hospital está pegando fogo! Vamos ligar para o setor de psicologia!”. Um bom caminho poderia ser o trabalho realizado juntamente com cada sujeito que deseja, no sentido de recolocar a demanda de tratamento de forma que o sujeito possa vir a se engajar nele. Se esse trabalho for feito, um grande passo terá sido dado para a definição da função do psicanalista no hospital, que passaria a depender exclusivamente de sua própria fala e escuta (ALBERTI, 1994).

Moreira, et al. (2013, p. 36) afirmam que “a solicitação dos *serviços da psicologia* pode vir entrelaçada a expectativas que produzam inquietações, pelas limitações da teoria ou da prática, colocando novos problemas de pesquisa e exigindo do psicoterapeuta/pesquisador a produção constante de teoria”. No entanto, a equipe que solicita nem sempre é aquela que demanda. Uma solicitação pode vir separada de uma demanda, de desejo. Este desejo pode ser descrito de várias formas: propensão, anseio, cobiça, apetite, ou qualquer forma de movimento

em direção a um objeto cuja atração espiritual ou sexual é sentida pela alma e pelo corpo (ROUDINESCO; PLON, 1998).

A equipe que considera a subjetividade é aquela que não apenas solicita, mas também quer saber do trabalho realizado, dos efeitos a partir da intervenção psicanalítica, diferentemente da equipe que não considera a subjetividade e, portanto, não demanda, apenas solicita. Ao analisar a necessidade de nosso trabalho no hospital, podemos pensar que ficamos com a parte que a medicina não se propõe a tratar, pois o encaminhamento decorre da dificuldade. No entanto, a equipe que solicita a presença, nem sempre solicita a inserção (MORETTO, 2006).

Encaminhar não é necessariamente demandar. Um número alto de encaminhamentos não significa demandas consistentes. É preciso, segundo a autora, apurar a demanda da equipe até mesmo para avaliar quais as reais possibilidades dessa inserção. A partir de então, é possível pensar em como responder a tais demandas, pois, para mensurar o seu trabalho, o psicanalista não precisa se valer da quantidade de encaminhamentos (MORETTO, 2006).

O analista estará no lugar do escravo se procurar apenas satisfazer o mestre com sua estatística de atendimentos, que tem como grande objetivo aumentar a produção estatística. São tantas as demandas dirigidas ao psicólogo quando este chega a um serviço hospitalar que se ele não puder dizer “não” a algumas, jamais terá como começar efetivamente um trabalho (ALBERTI, 1996).

Qualquer comunicado médico, como o nome já diz, precisar ser feito pelo médico, no entanto, em determinadas situações – como, por exemplo, a necessidade de revelar um diagnóstico ou óbito –, alguns profissionais médicos solicitam aos demais membros da equipe que façam o comunicado. Por receio da reação dos familiares, o psicanalista também é solicitado pela equipe, justificando que saberíamos explicar melhor, ainda que o motivo seja o fracasso no tratamento proposto ou apenas uma constatação dos sintomas apresentados anteriormente à hospitalização.

Um exemplo do que estou falando ocorreu em unidade de terapia intensiva quando, após a constatação de um prognóstico reservado, o médico solicitou que eu acompanhasse o comunicado aos familiares. No momento de encontrar a família, ele me perguntou: “você pode ir lá falar o que aconteceu pra eles?”. Respondi-lhe que iria junto para dar o apoio necessário, mas que o comunicado deveria ser feito por ele, que teria condições de explicar os motivos do ocorrido. Não determinamos condutas médicas, nem em relação ao tratamento, nem a comunicados, mas podemos discuti-las, aliás, é desejável que isto ocorra e assim vamos marcando a diferença de nosso trabalho.



As demandas também vêm em relação ao próprio atendimento quando solicitam que o serviço de psicologia trabalhe com grupos, psicoterapia breve, escalas, testes, etc. É preciso que haja limite para que o psicólogo no hospital não sirva para qualquer coisa (ALBERTI, 2000). Constantemente, estamos sendo convocados a atuar em diferentes frentes, situações ou contextos. Ao negociar os pedidos da equipe, não atender a todos os chamados, recusar determinadas demandas, teremos a chance de abrir novas possibilidades para fazer psicanálise no hospital.

A entrada do psicanalista no hospital coloca-o como parte integrante de uma equipe de saúde, onde se faz necessário conviver com outros profissionais. Tal convivência é marcada pela mais absoluta diferença de posições éticas, o que se evidencia sempre no campo das decisões. Com efeito, se os psicanalistas estão nos hospitais e são convocados ao trabalho, é porque há uma transferência com a psicanálise. Do contrário, o profissional não ficaria ali, por melhor que pudesse ser. De qualquer modo, como alerta Freud (1919a/2010), o importante é não perder o rigor do método, lembrando que a psicanálise é um discurso que se estabelece ou não, a depender de quem o sustenta, diante de qualquer interlocutor. Se a psicanálise se estendeu para além dos consultórios foi porque os psicanalistas saíram de seus consultórios, encontraram interlocutores e sustentaram o discurso analítico em seus efeitos e consequências. (MORETTO, 2000).

Não se pode esquecer que, se estamos em uma instituição, precisamos ter cuidado com o rumo do nosso trabalho, salientando a experiência subjetiva no hospital e o particular de cada caso, o que nos conduz a trabalhar não no sentido de adaptar os indivíduos à situação de adoecimento. Há uma oferta de trabalho que precisa ser sustentada pelo seu desejo e a forma pela qual um psicanalista responde a essas demandas é o que possibilita ou não a sustentação de sua clínica na instituição. (MORETTO, 2006). Penso que adaptar indivíduos ao adoecimento assemelha-se ao sentido ortopédico das condutas e procedimentos médicos. Sabemos, contudo, que nem sempre haverá adesão ao tratamento, pois cada pessoa reagirá de maneira diferente à doença. O trabalho de um psicanalista pode ser questionado pelos membros das equipes multidisciplinares e espera-se que isso ocorra, pois é um importante sinal de que o psicanalista está sendo reconhecido pela equipe.

A diferença de saberes no hospital existe para que cada um na equipe de saúde possa ocupar um lugar diferente, sem esquecermos que a prática médica objetiva avaliar o sintoma pela queixa do paciente, a fim de estabelecer um diagnóstico fundado em tecnologia por exames complementares de várias ordens e nas disciplinas científicas. Então, a partir daí, adotam-se procedimentos para recuperar a integridade física do paciente e eliminar o sintoma, concebendo

o portador da enfermidade como um organismo que precisa ser restaurado. Diferente da medicina, o sintoma em psicanálise tem uma função reveladora de conflitos psíquicos. Se o paciente encontra-se inserido em uma instituição, devem ser analisados os diversos conflitos psíquicos e mecanismos de defesa que utiliza para lidar com a angústia face sua vida, sua enfermidade e internação, incluindo a ordem disciplinar a que se vê obrigado a se submeter na difícil relação saúde-doença (MOREIRA et al., 2013, p. 36). Não bastasse o paciente se ver impelido a deixar seus pertences, suas roupas, sua alimentação, por muitas vezes, acaba também se tornando um número de leito ou uma doença a ser curada.

O contexto hospitalar trabalha em prol da exclusão da subjetividade, buscando padronizar comportamentos e crenças voltadas para a normatização de atitudes diante dos pretensos padrões de normalidade (MORETTO, 2006). Protocolos, testes, fichas de avaliação e anamnese, manuais de orientação, entre outros, são utilizados para preservar a instituição do perigo da subjetividade, que é tomada como risco. Onde o que tem sido valorizado são ideais de igualdade para que todos nele se reconheçam, a psicanálise vem mostrar que não há projeto científico nem dor capaz de anular a subjetividade humana, e que a corporeidade do sujeito vem revelar o que nele há de mais sincero. Apesar das frequentes solicitações da equipe para que trabalhem na direção de adaptar os indivíduos à situação de adoecimento, o rumo do nosso trabalho é com o particular de cada caso, trabalhando com a lógica da transformação do sujeito em sua singularidade radical. Afinal, psicanalistas não trabalham com comportamento, mas com posições subjetivas (MORETTO, 2006).

O psicanalista que resolve adentrar o terreno das práticas de cuidado com o corpo doente precisa ocupar um lugar onde sua escuta se torna sua principal ferramenta de trabalho, diferenciando-se dos demais profissionais da equipe multidisciplinar composta por médicos, equipe de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, farmacêutico, entre outros. Estamos no campo do subjetivo em uma equipe que cuida do concreto – o corpo orgânico. Sendo assim,

O cuidado em saúde pode ser definido como *incliná-lo para o outro para pensar nele*. Sabe-se que a prática produz pensamentos, fantasias, imagens, afetos e sensações. Cuidar da saúde é, então, *pensar no sofrente*, desde que estes pensamentos, imagens, afetos e sensações sejam refletidos, no ato mesmo de cuidar, assim como antes dele, na apropriação da teoria que o fundamenta e, depois dele, na elaboração teórica que deve seguir-se (MOREIRA et al., 2013, p. 32, grifo do autor).

Para Figueiredo (2009), as atividades de cuidar fazem parte das obrigações e tarefas específicas de todos os profissionais das áreas da saúde e da educação, bem como, em geral, do

que cabe a todos nós na condição de seres humanos vivendo em sociedade. O autor coloca que a teoria e a clínica psicanalítica servem de base para o desenvolvimento de uma concepção geral do cuidado que possa ser compreendida e operada por agentes cuidadores: mães e pais, médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, fonoaudiólogos, etc. – sem exclusão dos próprios psicanalistas. Para ele, as diversas faces do cuidar são apresentadas em termos daquilo que o cuidador (seja quem for) faz como presença implicada – acolher, reconhecer e interpelar – e como presença reservada – dar tempo e espaço, esperar, manter-se disponível sem intromissões excessivas. Enfatiza-se a necessidade de equilíbrio dinâmico entre estas diferentes formas de presença, tão caras aos profissionais que possuem esta sensibilidade, e alerta-se sobre a possibilidade dos cuidados serem oferecidos em função das necessidades narcísicas do cuidador e em prejuízo dos seus objetos.

Dor, sofrimento e morte estão presentes no cotidiano do hospital. Em uma situação de óbito no hospital percebi a resistência dos profissionais que, após solicitar minha presença para acompanhar o comunicado, protelavam no preenchimento do atestado de óbito e entrega do corpo à família. A equipe se ocupava de outras coisas para evitar o contato com a situação e, após quase quatro horas, o corpo foi liberado, causando um grande desgaste aos familiares e a mim que me sentia esgotada. Convivi com diversas equipes de saúde e percebi que, em grande parte, encontram-se adoecidas. Recebo constantemente solicitações para realizar atendimentos aos integrantes da equipe, pois certamente existe sofrimento psíquico onde o profissional da saúde atua.

Além da relação que se estabelece com os pacientes, outros fatores são associados ao sofrimento dos(as) trabalhadores(as) de saúde: o trabalho noturno, a dupla jornada, os baixos salários que introduzem a prática do multiemprego (chegando a passar vários dias sem dormir) e ainda, certamente, a necessidade de um trabalho de prevenção e reflexão sobre o trabalho hospitalar. Em grupo de reflexão sobre a tarefa assistencial realizado com profissionais da saúde, o excesso de trabalho foi o maior fator de sofrimento relatado. Do mesmo modo, indicaram que, se fosse necessário escolher entre ganhar mais e descanso, ficariam com a segunda opção. Estes fatores ganham outras dimensões quando levamos em consideração que a presença feminina entre os trabalhadores de saúde é predominante.

Os(as) trabalhadores(as) são o patrimônio por excelência do hospital. Investir nesse patrimônio, do ponto de vista técnico e formativo, pode redundar em benefícios ao ambiente do hospital. Não podemos, como trabalhadores, encarar ainda o sofrimento como simples fatalidade, sem refletir sobre as exigências do trabalho hospitalar (OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

A possibilidade de inserção do analista na equipe de saúde pode ocorrer a partir da equipe que considera a subjetividade, a partir da qual aquele analista poderá trabalhar com o paciente (consulta) e com a equipe (interconsulta), tratando das dificuldades de ambos e podendo promover, como consequência, o que chamamos “trabalho em equipe”. Ao abrir espaço para o psicanalista na instituição não corresponde necessariamente à sua inserção, assim como o lugar do psicanalista não corresponde a uma vaga disponível no corpo clínico do hospital. É um lugar que precisa ser construído de modo que ele possa operar, pois estar dentro não é estar inserido psiquicamente (MORETTO, 2006).

O trabalho de interconsulta é fundamental no hospital, onde é possível discutir o caso com a equipe possibilitando que diferentes saberes atuem sobre um mesmo caso, discutindo intervenções, condutas, tratamento, alta hospitalar, informações. De acordo com Muylaert (2011, p. 34), “as interconsultas são práticas surgidas nos Hospitais Gerais que vêm atender à demanda da atenção total ao paciente [...] incentivando a multidisciplinaridade e a polivocidade da clínica nos cuidados do corpo”. Este trabalho é o esperado, pois para trabalhar isoladamente o psicanalista não precisa estar em uma instituição. A inserção é consequência de um trabalho e o lugar onde o psicanalista opera não corresponde necessariamente ao lugar no qual a equipe lhe coloca. Muitas vezes a demanda é da equipe. A transferência com a equipe ocorre não porque queremos – por mais bem intencionado que seja o psicanalista –, mas a partir do ato analítico. A formação em psicanálise não garante este lugar que, mesmo depois de conquistado, precisa ser sustentado (MORETTO, 2006).

As diferenças não inviabilizam a coexistência do funcionamento de vários saberes no hospital, possibilitando atuações multi e interdisciplinares que certamente buscam benefícios aos pacientes, familiares e à própria equipe. O encontro da psicanálise no hospital é possível, pois o paciente, juntamente com sua doença, traz consigo sua subjetividade. De acordo com Levy (2008), trabalhar na construção de dispositivos analíticos, em hospital geral, é inventar e sustentar condições para a realização de atendimento de abordagem psicanalítica, conduzindo a uma prática da psicanálise que possibilite que no dia a dia se construa e alicerce o fazer psicanalítico. E mais: a psicanálise no hospital se firma não apenas com a sua prática, mas também com uma sustentação teórica, articulada a uma técnica que vem sendo construída para além de um *setting* analítico clássico, mas que preserva o valor ético formulado pela teoria freudiana.

Ao me referir ao *setting* analítico, preciso trazer a questão “tempo”, pois muito se fala sobre o tempo para uma análise. O breve tempo de uma hospitalização pode proporcionar efeito analítico no paciente, ainda que o paciente receba alta hospitalar no início de sua análise. Este

trabalho pode continuar após a alta e o breve tempo não significa que nada pode ser trabalhado psiquicamente (MORETTO, 2001). Inclusive é durante a hospitalização que muitos se voltam aos seus conflitos por vezes “esquecidos” e não tratados. Sobre a questão, podemos analisá-la a partir do tempo do inconsciente:

O tempo cronológico não é impedimento à instalação de um processo psicanalítico, por este se dá, costumeiramente, em um prazo impossível de estipular, pois como ‘processo’ é um movimento que depende dos “passos” da dupla, paciente e psicoterapeuta, mais as singularidades de cada indivíduo e as implicações institucionais. Dito de outra forma, o que é colocado em questão é o tempo do inconsciente, do processo primário, que é atemporal, não obedece ao relógio. O tempo, portanto, é vivido no interior dessa relação dialógica que se estabelece entre o psicoterapeuta e o paciente no intuito de oferecer a este último a transformação da vivência do sofrimento em experiência sobre o sofrimento, ao encontrar palavras para ser falado. (MOREIRA et al., 2013, p. 35).

O *setting*, o tempo, a demanda, a privacidade (ou a falta dela), a diferença de saberes mostra ao psicanalista que ultrapassa as fronteiras de um consultório que o inconsciente não está nem dentro nem fora. Ele está aí onde o sujeito fala (MORETTO, 2001).

Como foi dito anteriormente, em seu texto *Caminhos da terapia psicanalítica*, Freud (1919a/2010) deixou impresso seu desejo de que no futuro uma grande quantidade de pessoas pudesse se beneficiar da psicanálise através de sua entrada nas instituições sem que, para isso, se perdesse o rigor necessário. Mas uma análise serve para quê? Para quem? Seria ela dispositivo utilizado para acessar o inconsciente independente do local? Qual sua proposta? Moreira, et al. (2013, p. 37) propõem que, neste desafio, há a possibilidade de se oferecer a escuta analítica valendo-se do manejo da transferência, da análise dos sonhos, dos atos falhos e dos sintomas. Tudo isto a fim de que o paciente construa sua história, assim possibilitando a ele “transformar sua vivência do sofrimento em experiência sobre o sofrimento”. Com isto, o paciente deixará de ser apenas um número de leito, vindo a se posicionar como um sujeito que participa de seu tratamento, apropriando-se de seu corpo e assumindo a responsabilidade por sua história.

Penso que o trabalho do psicanalista é fundamental para este reposicionamento do sujeito, uma vez que o hospital é uma instituição disciplinar que carrega a marca da hierarquia, do controle, da rigidez, da manipulação, da falta de cerimônias, da falta de pudores ao despir os pacientes de suas defesas físicas e psíquicas, através de exames minuciosos, que desnudam o corpo e desvelam a alma. Sendo assim, concordo que a dinâmica hospitalar, destituindo o paciente de qualquer privacidade em seus recônditos, torna, com seus atos, a fronteira entre o público e o privado tênue e frágil.

Outro ponto importante que preciso trazer antes de encerrar o capítulo e que aponta para a exclusão da subjetividade, é o controle rígido que se faz presente de diversas formas para os profissionais quando o analista em ambulatório, por exemplo, precisa ter estipulado um número de sessões semanais, ao se demarcar o tempo de duração das mesmas ou, ainda, no estabelecimento de um prazo para o encerramento dos atendimentos. Existe também o controle sobre o número de pacientes que cada analista deve ter, impondo-lhe a brevidade e a rapidez: modelo médico da modernidade que privilegia a produtividade, a dicotomia saúde/doença, a alta, a homogeneidade. Locais da pressa, das soluções rápidas, da devolução, o mais breve possível, do paciente à sociedade (VILHENA; PINHEIRO, 2008).

Pretendi com este capítulo trazer, através de leituras e de minha experiência, a realidade do trabalho do psicanalista no hospital. Acredito que uma importante contribuição para o tratamento do paciente é quando o psicanalista não está apenas como mais um integrante da equipe de saúde, e sim questionando práticas e ampliando a visão sobre o paciente, realizando interconsulta com a equipe de saúde e cuidando para que os pacientes e familiares possam ao menos iniciar uma elaboração de seu sofrimento e conflitos. O trabalho de análise não precisa se encerrar com o fim da hospitalização, pois pode ser o início dela, podendo se estender após a alta hospitalar. Não foram poucos os pedidos que recebi de indicação para tratamento fora do hospital, ratificando que alguma coisa que começou ali tem a chance de se desdobrar lá fora. O importante é trabalhar transferencialmente e com o desejo de escutar.

O próximo capítulo abordará o corpo e a aids a partir da experiência com os atendimentos realizados em hospital. Início com uma análise da diferença entre o conceito de corpo para a medicina e para a psicanálise e, na segunda parte, apresento o vírus HIV e suas consequências para o corpo e, porque não, para o eu.

### 3 CORPOS MARCADOS PELA AIDS

Este capítulo está dividido em duas partes e pretende discutir primeiramente o significado de corpo, trazendo a diferença entre o significado para a medicina e o significado para a psicanálise. Para a segunda parte, trarei uma discussão sobre os efeitos do HIV/aids no corpo. Partindo do pressuposto que o eu é, sobretudo, corporal – ou seja, o eu deriva, em última instância, das sensações corporais, principalmente daquelas oriundas da superfície do corpo (FREUD, 1916/2010) –, o corpo erógeno é uma superfície polivalente em suas potencialidades de satisfação, sendo, pois a genitalidade uma dentre as diversas possibilidades para a realização do gozo. A medicina se refere ao corpo no plano biológico (organismo) e suas funções. No entanto, Freud formulou sua teoria da sexualidade baseando-se no fato de que, para a psicanálise, o sexual não é biológico, separando-o da genitalidade. O sexual estaria em busca de satisfação utilizando-se de diferentes objetos em diversas regiões do corpo, as chamadas zonas erógenas.

Desde as históricas, a psicanálise procura a escuta flutuante do corpo, que deixou de ser considerado apenas organismo, transformando, assim, o médico em psicanalista. Assim como a histeria desafiou a medicina ao apresentar sintomas no corpo – sem causa orgânica – o HIV/aids desafia a medicina, pois a doença que, em estágio avançado, se configura na SIDA, é uma doença sem cura. Este vírus, como um corpo estranho, traduz-se em mal-estar corporal, que antes de tudo é o próprio eu, deixando o soropositivo desamparado e com um narcisismo ferido. São as marcas físicas no corpo orgânico deixando marcas psíquicas no corpo pulsional.

A aids, enquanto ferida narcísica, traz no corpo a marca do sofrimento, refletindo o recolhimento libidinal referido por Freud (1914a/2010). A doença marcada pelo estigma da morte e contaminação desvelou nos pacientes, por mim atendidos, uma vida sexual marcada pela vulnerabilidade, relações conturbadas e desilusões. A vulnerabilidade do corpo em mulheres que contam com poucos recursos de negociação sexual, relações extraconjugais e a bissexualidade do companheiro, foram as fontes de contaminação encontradas pelas pessoas que escutei.

As situações clínicas que serão abordadas ocorreram durante os atendimentos que foram realizados no HUIBB, inicialmente no período do programa de aperfeiçoamento e, posteriormente, durante a participação no já referido projeto de pesquisa.

Como já dito, minha pesquisa com pessoas soropositivas se iniciou no HUIBB, nas enfermarias masculina e feminina da DIP e no ambulatório do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), onde realizei atendimentos aos pacientes e familiares. Na primeira

situação os pacientes encontravam-se hospitalizados e na segunda estavam realizando tratamento ambulatorial e compareciam ao hospital para suas consultas com a equipe multiprofissional e também para o chamado “Grupo de Adesão” – grupo aberto realizado semanalmente. Minha primeira impressão ao entrar na enfermaria para atender pessoas acometidas pelo HIV/aids foi impactante. Algumas pessoas estavam desfiguradas, caquéticas, outras pareciam imóveis, tristes, com olhar profundo. Os efeitos da aids no corpo podem ser devastadores e hoje posso dizer que o estranhamento que senti assemelha-se à sensação experimentada naquele meu primeiro contato com a psicologia hospitalar. No caso do ambulatório, apesar de encontrar algumas pessoas com sintomas da soropositividade, a surpresa foi deparar-me com pessoas sem sinais da doença no corpo e que simplesmente passavam despercebidas, como muitos relatavam no grupo.

O medo da descoberta através dos sinais corporais fazia com que alguns pacientes se empenhassem em seu tratamento a fim de evitar a degradação corporal que revelasse a aids. Um paciente dizia que ninguém acreditava em sua doença, pois era forte, saudável e nunca adoecia. Tinha apoio familiar e realizava seus cuidados orientando seus familiares, principalmente os jovens em início da vida sexual, entregando preservativos e passando um pouco de sua experiência.

O receio de ser identificado no local de trabalho ou moradia trazia no discurso desses pacientes o medo da exposição e preconceito. O tratamento medicamentoso, a alimentação, os cuidados com a saúde, as preocupações, a dor, a solidão daqueles que foram abandonados pela família, a decepção amorosa dos que foram contaminados por seus parceiros, os sintomas da doença, o trauma da descoberta, e os efeitos no corpo eram assuntos tratados frequentemente. No entanto, no recorte que aqui faço, destaco o corpo enquanto fonte de preocupação, dor e sofrimento, assim como seus efeitos no narcisismo.

Os corpos marcados pela doença avançada e a impossibilidade de cura para sua enfermidade tiram a esperança e trazem a dor da incerteza da continuidade da vida. A pessoa com aids traz em si marcas físicas e psíquicas. Assim, o avanço da doença com a decrepitude do corpo traz o mal-estar e revela um narcisismo ferido.

Estar com o corpo considerado perfeito, à custa de qualquer coisa, se tornou o objetivo de muitas pessoas. Vemos que em nome dos “avanços” da ciência, em prol da correção de problemas, o corpo é alvo de constantes pesquisas com o propósito de aperfeiçoá-lo. Nunca se falou tanto em beleza, nunca se consumiu tantos produtos estéticos e nunca se fez tantos tratamentos invasivos por opção. O Brasil é hoje o país onde mais se faz cirurgia plástica no mundo. Os narcisos de nossa época, tomados por sua obsessão pela beleza, são capazes de



verdadeiras transformações, desconsiderando o risco que qualquer cirurgia impõe, além de possíveis complicações pós-operatórias. O corpo, que é tão valorizado em nossa sociedade, carrega em si a ilusão de poder, sensualidade, segurança, reconhecimento social; afinal, para muitos, a imagem vale mais que tudo.

A competitividade, típica da contemporaneidade, a exposição na *internet*, a necessidade de conseguir o que se quer e viver apenas buscando o “princípio do prazer” e não o “princípio da realidade”, exigem, do sujeito que deseja ser reconhecido no mundo das aparências, uma “boa estampa”, uma “capa”, uma “embalagem”. As tragédias do século XX e, ao mesmo tempo, seus avanços tecnológicos e suas novas ideologias, submeteram o corpo a provas e transformações até então inimagináveis, como os campos de concentração, as torturas e experiências infligidas ao corpo. Porém, igualmente, determinaram “o corpo como ‘objeto de consumo’ explorado pela mídia, filmado, exposto à exaustão, erotizado ao extremo; o corpo que sofre com ditadura da beleza, o corpo sem falha que não envelhece” (CECCARELLI, 2011, p. 11).

Se considerarmos que falar de corpo nos leva a pensar em uma multiplicidade de corpos, temos: o corpo biológico, o corpo filosófico, o corpo histórico, o corpo estético, o corpo religioso, o corpo social, o corpo antropológico e o corpo psicanalítico (FERNANDES, 2011). O corpo pulsional, que é o corpo da psicanálise, é o que tem seus reflexos no eu e desdobramentos em seu narcisismo.

O corpo que se tornou alvo da publicidade, assunto discutido diariamente entre as pessoas, fonte de preocupação, toma a frente na cena social. O alto investimento para a manutenção do corpo em relação a tempo, energia e dinheiro, reflete a eterna busca narcísica pela perfeição. Eis a nossa realidade contemporânea: “o corpo está em alta! Alta cotação, alta produção, alto investimento... alta frustração” (FERNANDES, 2011, p. 15). Frustração confirmada pelos destinos do desejo, que, pela via do exibicionismo e autocentramento, encontram um horizonte intersubjetivo esvaziado e desinvestido das trocas inter-humanas (BIRMAN, 2011).

Segundo Fernandes (2011, p. 15), o corpo “saiu do espaço privado do interior das casas e do espaço restrito das instituições de saúde e ganhou espaço público: as academias, as clínicas de estética... a rua”. A análise que faço é de um corpo tomado como vitrine da moda e de tendências em poucos meses renovadas. O capitalismo utiliza o corpo para se sustentar em um lugar forte e inabalável, construindo cada vez mais um terreno fértil para sua perpetuação. Se hoje está na moda ter os seios grandes, o silicone é vendido e implantado em massa. Do mesmo

modo, se um determinado tipo de roupa desfilar nas passarelas, provavelmente encontraremos muitas pessoas usando-a sem saber o real motivo.

Esteja nu ou vestido, seja de mulher, seja de homem, “o corpo serve para vender qualquer coisa, até mesmo o próprio corpo, basta observar ainda a proliferação de outdoors com propagandas de tratamentos cirúrgicos e estéticos” (FERNANDES, 2011, p. 15). Nunca se gastou tanto com estética e a imagem propagada exaustivamente influencia o sujeito que passa a consumir sem questionar a necessidade ou utilidade.

A clínica psicanalítica da atualidade se depara com os chamados novos sintomas a partir de uma submissão completa do corpo. O que aparece como “novos sintomas” são os abundantes e variados transtornos alimentares, a compulsão para trabalhar, a obrigatoriedade da atividade física, as diversas intervenções cirúrgicas, a sexualidade compulsiva, o horror do envelhecimento, a exigência da ação, o terror da passividade, a busca psicopatológica da saúde – ou, ao contrário, um esquecimento patológico do corpo –, e ainda a variedade dos quadros de somatização. As problemáticas internas caminham em direção ao corpo como se os conflitos dos sujeitos migrassem para o seu exterior (FERNANDES, 2011). O culto ao corpo e à imagem envolve o desejo de evitar o terrível encontro com o envelhecimento e com a morte. Esta é uma questão contemporânea, pois é fato que:

A mistura de ansiedade e de entusiasmo, de moralismo e de hedonismo com as quais tratamos o nosso corpo através de dietas, cremes miraculosos, alimentação biológica, body-building, cirurgia plástica, remodelagem corporal, lipoaspiração, piercing, tatuagem, e outras propostas que surgem a cada dia, é próprio a nossa época que oferece os meios científicos para isso (CECCARELLI, 2011, p. 12).

O que encontramos hoje? Corpos manipulados, mutilados, modelados, operados, refeitos, transformados, que, por meio de técnicas científicas, visam driblar o inevitável da morte e as marcas do sexo. Das cirurgias plásticas às técnicas de fertilização *in vitro*, o que se vê são intervenções que muitas vezes promovem a separação entre corpo e sexualidade, entre corpo e desejo, visto que:

Nosso tempo é da primazia dos objetos: corpos e mentes estão à disposição da ciência, da propaganda e principalmente do mercado. O discurso capitalista associado ao discurso técnico-científico faz hoje, mais do que nunca, do próprio sujeito um objeto, objeto da ciência, cujas paixões e desejos são esquadrihados e reduzidos a transtornos bioquímicos. Com o avanço das neurociências e da medicalização da existência promovida em larga escala pela psiquiatria e pela indústria farmacêutica, nunca tivemos tão próximos, como agora, do risco de sermos reduzidos ao nosso corpo, em sua dimensão de organismo (RINALDI, 2011, p. 442).

Feita esta discussão, ressalto que o capítulo é resultado de uma elaboração teórica a partir da psicanálise, acrescido de breves referências a percepções clínicas. A experiência obtida aparecerá por meio de *flashes* apresentados: “porque não se trata de casos clínicos, nem tampouco de vinhetas clínicas, mas tão somente de imagens. Imagens que evocam cenas de uma clínica denominada de “*psicopatologia do corpo na vida cotidiana*” (FERNANDES, 2011, p. 17, grifo do autor).

No hospital, os pacientes têm seus corpos manipulados, suas intimidades expostas, seus segredos revelados. Há, por vezes, um desnudamento do corpo, fazendo com que as fraquezas se apresentem sem a autorização do sujeito (MOREIRA; LEVY; FRANCÊS, 2012).

Os efeitos no corpo da pessoa com aids, como ponto principal a ser discutido neste capítulo, serão então debatidos considerando os sintomas no corpo: anorexia, lipodistrofia, anemia, alergia na pele, dentre outros.

### 3.1 O EU É SOBRETUDO CORPORAL: O CORPO PARA A MEDICINA E PARA A PSICANÁLISE

O interesse pelo estudo do corpo foi se desenvolvendo a partir de meus atendimentos em hospitais e também em consultório onde pude perceber que o corpo era considerado motivo de sucesso ou fracasso. Perder o cabelo, cílios, emagrecer, engordar, estar com a pele estranha, tudo isso era fonte de angústia, dor e sofrimento – situações semelhantes às vividas pelos pacientes com aids que, ao apresentarem sintomas no corpo, revelam uma ferida narcísica.

Em meu primeiro contato com a clínica da aids no hospital, deparei-me com pessoas que apresentavam lipodistrofia, caquexia, mudanças na pele. Um desafio, sem dúvida. Assim, ao escutá-las, inclusive o próprio silêncio daqueles que já não tinham força para falar, vi que o corpo era-lhes uma grande questão. “*Tenho medo de ficar magra desse jeito porque vão descobrir o que tenho*”, disse uma paciente.

Percebi que estudar o corpo era fundamental, pois, em diálogo constante com a medicina e ciências biológicas, observei as diferenças entre a visão de corpo para psicanálise e demais ciências. Como destaca Sternick,

A partir do século XVII aparece o *corpo máquina*: foi assim que a medicina passou a pensar o corpo. De forma diferente da medicina, para a qual a ideia de corpo faz parte da História, a psicanálise considera que o corpo anuncia algo a ser decodificado. É inegável que para a medicina existe um saber sobre o corpo, enquanto para a psicanálise esse saber é atravessado pelo inconsciente. Vemos que o interesse de ambas é o mesmo – ou seja, a verdade –, contudo trata-se de verdades distintas.

Embora advinda da ciência, a psicanálise não é a ela identificada (STERNICK, 2011, p. 324-325, grifo do autor).

Acredito que, de certa forma, o cirurgião precisa sim ter a frieza esperada em seu ofício para ter sucesso ao realizar cortes com precisão, o que, no entanto, não elimina a capacidade de considerar o outro enquanto sujeito. O corpo, para a medicina, é estudado a partir de sua anatomia e por isso espera-se uma explicação objetiva de seus processos – a obesidade, por exemplo, pode ser eliminada com cirurgia bariátrica. Entretanto, não existe cirurgia para a compulsão alimentar, mas muitos pacientes acreditam que os “médicos-mágicos” podem resolver este problema no centro cirúrgico. Assim, entram em confronto o corpo médico e o corpo do paciente.

A subjetividade, neste caso, não está sendo considerada, afinal, muitos pacientes optam pela intervenção cirúrgica a partir de laudos realizados por psicólogos “pareceristas” que fazem parte das equipes de cirurgia e que emitem os documentos solicitados após um único atendimento. Acredito que a avaliação psicológica exigida para a realização da cirurgia bariátrica não garante o sucesso da cirurgia, no entanto um bom acompanhamento se faz necessário.

A compulsão, a depressão, a angústia, a mudança de vida e até mesmo as novas conquistas são motivos para voltar a comer como antes. O corpo, neste caso, foi considerado pela medicina como uma máquina que, após pequenos ajustes, voltaria a funcionar. Quanto a isso, escutei de um paciente em pós-operatório a seguinte afirmativa: “*essa cirurgia vai tirar a minha ansiedade*”. Seria esta a ilusão vendida para explicar o número crescente de cirurgias do tipo realizadas diariamente? Não é segredo que existem diferentes maneiras de se considerar o corpo que pode servir de palco para diferentes performances e demonstrações de transformações.

A medicina contemporânea desconsidera o impossível. Toma-se como exemplo aqui o envelhecimento natural, pois o que é praticado é o tratamento das compulsões através de técnicas cirúrgicas, sedação da angústia e modificações extremas de imagens do corpo (STERNICK, 2011). A grande dificuldade que considero no diálogo com a medicina é que o corpo não é apenas organismo e, enquanto corpo pulsional, não poderá responder mecanicamente às intervenções, revelando, assim, as falhas da tecnologia, a qual não tem como atuar diretamente na pulsão.

De acordo com Freud (1915/2010, p. 57), “a pulsão é o conceito-limite entre o somático e o psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo e que atingem a alma, como uma medida do trabalho imposto à psique por sua ligação com o corpo”. Após colocar que a pulsão

seria um estímulo para a psique, Freud reconhece que existem outros estímulos além dos pulsionais, como por exemplo, os fisiológicos. Contudo, ainda que ligada a uma necessidade, a pulsão possui como objetivo a satisfação. Desta forma, não haveria a possibilidade de inclusão da psicanálise entre as disciplinas médicas e afins, pois:

A teoria psicanalítica subverte a noção de corpo, tal como compreendida pela anatomia/fisiologia, ao subordiná-la à dimensão fantasmática. À psicanálise interessa mais o corpo-cena dos conflitos pulsionais, do que o corpo que a anatomia disseca e cujas funções a fisiologia descreve (CECCARELLI, 2008, p. 56).

Espera-se, contudo, a constatação da diferença ente o organismo que se oferece às intervenções médicas e o corpo pulsional, recoberto por fantasias e palavras, que se oferece à escuta. Seguindo esta lógica, começaremos pelo eu que, enquanto conceito, foi trabalhado no texto freudiano de 1923, intitulado *O Eu e o Id*. Freud (1923/2011, p. 32) coloca que “o eu é sobretudo corporal”, porquanto “ele deriva, em última instância, das sensações corporais, principalmente daquelas oriundas da superfície do corpo”. O eu pode ser visto, assim, como uma projeção mental da superfície do corpo, além de representar as superfícies do aparelho psíquico. A teoria do narcisismo<sup>5</sup> compreende que, no início, toda libido se encontra acumulada no Id, enquanto o eu ainda está em formação ou é fraco. Uma parte desta libido é enviada pelo Id para investimentos objetais eróticos, e com isso o eu fortalecido procura apoderar-se dessa libido objetal e impor-se ao Id como objeto de amor. O narcisismo do eu é então um narcisismo secundário, subtraído aos objetos, pois se constitui em boa parte de identificações que tomam o lugar de investimentos abandonados pelo Id (FREUD, 1923/2011).

O trabalho analítico seria então a chance do eu, a conquista progressiva do Id. Considera-se que o eu está submetido a uma tripla servidão, sofrendo as ameaças de três perigos: do mundo externo, da libido do Id e do rigor do Super-eu (FREUD, 1923/2011).

O esforço do eu seria o de mediar a tensão entre o mundo e o Id, tornando o Id obediente ao mundo e, com sua atividade muscular, fazendo o mundo levar em conta o desejo do Id que:

Não tem meios de mostrar amor ou ódio ao Eu. Não pode dizer o que quer; não constitui uma vontade uniforme. Eros e instinto de morte lutam dentro dele; vimos com que meios uma dessas classes de instintos se defende da outra. Poderíamos imaginar que o Id se acha sob a dominação dos silenciosos, mas poderosos, instintos de morte, que querem ter paz e fazer calar Eros, o estraga sossegos, por instigação do princípio do prazer; mas com isso tememos subestimar o papel de Eros (FREUD, 1923/2011, p. 73-74).

---

<sup>5</sup> O tema do narcisismo será discutido na segunda parte deste capítulo onde serão analisados os efeitos dos sintomas no corpo de pacientes soropositivos ao narcisismo, culminando assim no encontro com sua ferida narcísica.

Com efeito, o corpo pulsional, enquanto eu, equilibra-se entre as exigências do mundo interno e externo. O corpo humano nunca é, para o próprio homem, puramente um corpo, livre de representações psíquicas dele mesmo, pois “o sujeito quer ser visto, embora o objeto da pulsão escópica não seja o olho em si – isso seria da ordem do visível –, mas o que está por trás disso: o invisível do corpo” (STERNICK, 2011, p. 332). Considerando que, além do corpo biológico, existe ainda a relação do corpo com o social, a aids, como uma doença que pode danificar e incapacitar o corpo, consegue desestruturar o sujeito que sofre com o preconceito, falta de leito no hospital e recursos para evitar a manifestação da doença que, em estágio avançado, anuncia a morte iminente pelo fato de, até o momento, não haver cura. Desejo que, com os avanços das pesquisas, esta frase se torne ultrapassada e que possamos escrever que a cura da aids é uma realidade.

A descoberta do HIV – enquanto corpo estranho habitando o organismo – é sempre um marco na vida do soropositivo. Há o antes e o depois do HIV: pele, cabelo, peso causando estranheza, sentindo-se diferente, não se reconhecendo. Foi-me solicitado que atendesse uma paciente que, segundo a equipe, não aceitou o resultado do exame HIV. “*Olha só a minha cor, tô ficando verde igual o Hulk!*”, ela me dizia. Verde e furiosa, pois afirmava ter recebido o diagnóstico de forma brusca, sem rodeios. Durante uma sexta-feira, após o encerramento do horário de funcionamento do serviço de psicologia, recebeu a visita de uma médica com seu residente para revelar-lhe que estava contaminada pelo HIV. A médica estava “ensinando” seu residente a comunicar este tipo de diagnóstico. Contou-me que sua reação foi gritar e perguntar se eles estavam loucos, pois todos ao redor escutaram o comunicado médico dado junto ao leito, em meio a uma enfermaria onde havia não só outras pacientes, mas também acompanhantes. Refere que não estava esperando o resultado daquele exame e que foi tomada pelo desespero. Deste modo, o serviço de psicologia foi acionado com o intuito de acalmar a paciente que não aceitava mais ser atendida pela médica e sua equipe.

### 3.2 HIV/AIDS: UM CORPO ESTRANHO

A aids é uma enfermidade que teve grande impacto na humanidade devido suas consequências devastadoras. Mesmo o câncer certamente perdeu o lugar para essa doença, que já alcançou o número de óbitos da peste negra, que atingiu a Europa na Idade Média. O HIV é

o agente etiológico da aids, o que faz com a infecção pelo HIV cause uma doença crônica progressiva que pode levar à destruição do sistema imunológico. A evolução da doença caracteriza-se por uma elevada taxa de replicação viral, resultando na emergência de variantes virais mais virulentas. A infecção pelo HIV é, atualmente, delineada pela contagem do número de células CD4+, pela quantidade de partículas virais no sangue (carga viral) e pelos sintomas clínicos. Nem todas as pessoas apresentam todos os estágios da doença, e o tempo entre a infecção e a manifestação dos diferentes quadros clínicos pode variar muito, dependendo do indivíduo (WIGG, 2008).

Alguns dados do Ministério da Saúde serão indicados para que seja possível visualizar mais estatisticamente a realidade da disseminação da doença pelo país e pelo mundo. De acordo com os dados, todos os anos, 37.000 pessoas ainda descobrem que têm aids, sendo que 29% delas só descobrem quando já estão com a doença avançada. Estar contaminado pelo HIV não é o mesmo que ter a doença aids. Muitos soropositivos vivem anos sem apresentar sintomas e, como não desenvolvem a doença, podem transmitir o vírus a outros pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas, ou de mãe para filho, durante a gravidez e a amamentação (BRASIL, 2013).

Entre 1977 e 1978, nos EUA, Haiti e África Central, apareceram os primeiros casos descobertos e definidos como aids quando se classificou a nova síndrome. Em 1980, constatou-se o primeiro caso no Brasil, em São Paulo, o qual só foi classificado em 1982. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil possui 530.000 pessoas vivendo com HIV/aids. Desse universo, 135.000 não sabem que possuem a doença. Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, o Brasil tem 656.701 casos registrados de aids (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2013).

Observando-se a epidemia por região, em um período de 10 anos (de 2001 a 2011), a taxa de incidência caiu no Sudeste e cresceu em outras regiões. Ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo – o que indica a feminização –, pois em 2011, último dado disponível, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres. As pessoas de ambos os sexos, entre 25 e 49 anos, estão na faixa etária em que a aids é mais incidente. Outro indicador para a feminização da aids é a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos, pois é a única faixa etária em que o número de casos de aids é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998 e há a tendência de crescimento do HIV (BRASIL, 2013).

A transmissão sexual da doença ainda é a principal causa da contaminação entre os maiores de 13 anos de idade. Em relação aos tipos de relações, nas mulheres, 86,8% dos casos

registrados em 2012 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens, também prevalece o mesmo tipo de relação, indicando 43,5% dos casos. Em segundo lugar estão os 24,5% contaminados por relações homossexuais e, por último, os 7,7% infectados através de relações bissexuais. Completa-se o quadro estatístico com as pessoas contaminadas a partir de transmissão sanguínea e vertical (BRASIL, 2013).

Outro fator importante é a queda na taxa de mortalidade. Em comparação ao ano de 2002, que era de 6,3 por 100 mil habitantes, o boletim confirma 5,6 em 2011 – queda de aproximadamente 12%. Diferentemente do Sudeste, as regiões Norte, Nordeste e Sul apresentam tendência ao aumento. A região Centro-Oeste encontra-se estável na taxa de mortalidade. No entanto, para desmistificar a relação aids = morte, encontra-se um número significativo de pessoas que vivem há mais de 15 anos infectadas pelo HIV, sem apresentar as doenças relacionadas à emergência da aids. A partir de 1995, com as Terapias Anti-Retrovirais (TARV), o viver com HIV/aids tomou novos rumos (BRASIL, 2013).

Após a apresentação do panorama da aids, segue-se com as manifestações clínicas para que seja então possível analisar a vulnerabilidade em suas várias dimensões: individual, social, programática e biológica.

### **3.2.1 Manifestações clínicas**

A aids, a partir de suas manifestações clínicas, traz ao indivíduo o mal-estar do corpo e no corpo, ou melhor, no organismo e no eu. Ao ser contaminado pelo HIV é possível: perda de peso a partir de 10% do peso corporal; diarreia crônica sem etiologia definida (a partir de um mês); febre (intermitente ou constante) sem etiologia definida (por mais de um mês); linfadenopatia (por mais de um mês); dermatite persistente; anemia; linfopenia; candidíase oral e vaginal recorrente, de traqueia, de brônquios ou de pulmões; leucoplasia pilosa oral; herpes zoster (antes dos 60); infecções recorrentes do trato respiratório superior (pneumonia, sinusite); criptococose extrapulmonar; criptosporidíase com diarreia. Os sinais da doença podem vir como sarcoma de Kaposi; tuberculose disseminada; tuberculose pulmonar; disfunção do sistema nervoso central; caquexia; astenia; tosse persistente (WIGG, 2008).

Um fator desencadeante de angústia em relação à aids ocorre quando o soropositivo percebe alguma alteração fisiológica no seu corpo, pois qualquer sinal – um resfriado, verruga, dor de cabeça – que poderia ser visto como de pouca gravidade para um soronegativo, torna-se um alerta de manifestação do vírus, um sinal de vulnerabilidade, o prelúdio da debilidade do



seu sistema de defesa (CEDARO, 2005). São tantos os sintomas que alguns, por serem agressivos, deixam o corpo magro, deformado e debilitado.

É preciso cuidar através da terapia medicamentosa, evitando algo simples como, por exemplo, pegar chuva. Além disso, deve-se ter um cuidado maior com a alimentação e se relacionar sexualmente apenas com preservativo para evitar a recontaminação ou a aquisição de outras doenças. Tais cuidados, se não forem tomados, podem deixar o sujeito vulnerável ao avanço da doença – no entanto, é importante frisar que estar vulnerável é condição de todos nós, soropositivos ou não.

### **3.2.2 Vulnerabilidade**

Este conceito amplia e revisa a noção de responsabilidade. São várias as instâncias sociais que cooperam para a ocorrência de um determinado fenômeno, são múltiplos os fatores sociais implicados que retiram a responsabilidade individual como única causadora ou determinante de um desfecho ou resultado específico. Trata-se de três eixos interdependentes: individual, social e programática.

O primeiro eixo, o individual, refere-se ao grau de qualidade de informação e possibilidades de assimilação/incorporação ao cotidiano. O social liga-se aos aspectos presentes na sociedade, como a obtenção de informação, acesso aos meios de comunicação, direitos políticos, escolarização e disponibilidade dos recursos materiais – com efeito, existe a desigualdade econômica e um menor poder de negociação no uso do preservativo. O eixo programático se relaciona aos programas nacionais, regionais e locais de prevenção, combate e cuidado (MOREIRA, 2010).

Muitos foram os casos atendidos onde escutei que o paciente nunca se imaginou portador do HIV, acreditando que estava ileso de qualquer contaminação, pois a aids é considerada sempre uma doença do outro e nunca de si mesmo.

O acesso aos serviços de saúde nem sempre é possível para pessoas que moram longe dos grandes centros, fazendo com que algumas medidas sejam tomadas, como, por exemplo, o serviço itinerante que visita cidades no interior dos estados para testagem, tratamento e prevenção do HIV.

É possível descrever ainda a vulnerabilidade biológica, onde se sabe que a mucosa das meninas mais jovens é mais delgada e, portanto, mais vulnerável à aquisição do HIV. O indivíduo com doença sexualmente transmissível (DST) possui o risco 10 vezes maior de contrair ou transmitir o HIV (MOREIRA, 2010).

Uma paciente atendida durante seu período de hospitalização descobriu ser soropositiva, para quem foi solicitado atendimento psicológico em seguida ao diagnóstico. Após alguns anos viajando como profissional do sexo, ela trouxe sua história de vida repleta de situações que a deixaram vulnerável ao HIV: miséria, conflitos familiares, baixo nível de escolaridade, pouco acesso aos serviços de saúde, entre outros. Contudo, ao se questionar sobre a origem de sua doença, perguntou: “*será que isso foi do alicate do salão de beleza?*”. Confessou então que teve muitos parceiros sexuais. Logo, foi-me possível compreender a situação de vulnerabilidade em que vivem tantas pessoas. Seria a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de informação ou o fato de não ter sido orientada em algum momento de sua vida sobre o uso de preservativo em suas relações sexuais? A prostituição teria sido a única saída encontrada para a situação de miséria em que vivia? Dentre tantas vulnerabilidades, encontro neste caso uma pessoa que, apresentando dificuldades pessoais e financeiras, encontrou uma saída para seus problemas ao deixar o país em busca de uma nova vida. Penso que, considerando sua história de vida, ela estaria vulnerável aqui ou em qualquer lugar do mundo.

A alteridade do inconsciente, analisada por Freud (1919b/2010), pode ser pensada com a descoberta deste diagnóstico como algo terrível, da ordem do horror e que desperta angústia. A situação pode trazer uma questão que é familiar, mas que, como dela não se sabe, não chama atenção. Se algo nos chama atenção, causando a sensação de estranheza, é porque este algo tem a ver conosco de uma forma que desconhecemos.

A partir daquilo que escutava dos pacientes ia ficando claro que a inquietação provocada pelos sintomas no corpo (caquexia, fragilidade capilar, mudança na cor da pele, lipodistrofia...), merecia ser estudada, discutida e debatida. Aquela pessoa que de repente perdeu 10 kg e não se reconhece, passa a ser identificada a partir de um diagnóstico irreversível. A situação, que podemos colocar como da ordem da dor e do horror, nos remete aos ensinamentos de Freud sobre o inquietante.

### **3.2.3 Inquietante**

“*Está me reconhecendo?*”, perguntou uma paciente na saída do hospital após receber sua alta hospitalar. Estranhei a pergunta, mas logo recordei e compreendi o motivo de tê-la feito: houve um dia em que eu não a reconheci. Lembrei-me do dia em que, durante seu atendimento, percebi que havia uma foto colocada próxima ao leito e perguntei-lhe de quem se tratava. A mulher da foto era bela, maquiada, de cabelos cuidadosamente arrumados. A paciente tinha lipodistrofia, caquexia e medo de estar enlouquecendo. Não se reconhecia, e eu também

não a reconheci. Explicou-me que a mulher da foto era ela um ano antes, e que a foto estava lá para motivá-la em sua recuperação.

Seria mesmo ela ou outra pessoa? Sua pergunta remetia a uma dúvida ou a uma dívida? Dúvida se seria reconhecida por mim, ou dívida que para com ele eu teria por não tê-la reconhecido anteriormente. A mulher forte e saudável, que após o agravamento da doença se sentia perseguida, agora queria ser reconhecida novamente. Desta vez, não demorei muito para reconhecê-la. Percebi que apresentava sinais de recuperação, parecia feliz e agradeceu o atendimento. Recebeu alta após recuperar o peso mínimo que a deixasse fora de risco, além de não apresentar mais alucinações e conseguir caminhar sem ajuda. O rosto voltava a lembrar aquele da foto. Fiquei feliz pela alegria estampada em seu sorriso e, confesso, aliviada por tê-la reconhecido desta vez. Muitos não reconhecem a pessoa após o avanço da aids no corpo, pois, assustadoramente, a pessoa pode ficar de fato irreconhecível para si e para o outro. Foi, portanto, esta situação que me motivou a realizar a pesquisa sobre o inquietante freudiano, relacionando-o aos efeitos no corpo da pessoa com aids.

O adjetivo *unheimlich* é o oposto de *heimlich* [familiar]. Algo novo que se torna facilmente assustador e inquietante. Algo tem de ser acrescentado ao novo e não familiar, a fim de torná-lo inquietante. O *unheimlich* deveria ser tudo o que deveria permanecer secreto, oculto, mas apareceu. É algo reprimido que retorna. Esse *unheimlich* não é, portanto, algo novo ou alheio, mas algo há muito familiar à psique que, apenas mediante o processo da repressão, alheou-se dela. A morte, por exemplo, é uma questão inquietante, pois, apesar de todos sermos mortais, para nenhuma pessoa ela é evidente. Hoje, como outrora, nosso inconsciente não tem lugar para a ideia da própria mortalidade. Sendo assim, o inquietante relaciona-se com o que é terrível, com o que desperta angústia e horror; equivale à angustiante. O inquietante seria então aquela espécie de coisa assustadora que remonta ao que é há muito conhecido, ao bastante familiar (FREUD, 1919b/2010).

Após o percurso freudiano, e relacionando o estudo do estranho à experiência de atender pessoas com aids, não há como negar que as situações estão diretamente relacionadas, pois:

O HIV/Aids para o indivíduo parece ser representado como um estrangeiro inimigo que invade o organismo e produz efeitos da ordem do que é inquietante por rever complexos infantis de castração, pois muitas são as novas imposições a partir desse diagnóstico: perda de peso, fragilidade imunológica, impossibilidades à relação sexual e a própria possibilidade iminente de morte (BACCHINI et al., 2013, p. 271).

O estranho se manifesta de muitas formas e o que muito se escuta durante os atendimentos aos pacientes em tratamento para o HIV/aids é o desejo de que o vírus, a doença

não existisse. É como aquele estranho que chega sem ser convidado: incomoda o dono da casa, atrapalha a rotina, interfere nos hábitos da pessoa, instalando-se na morada como um hóspede do qual não há como se livrar.

Algumas questões aparecem a partir do diagnóstico de aids: conflitos familiares, questões emocionais, amorosas que levam o sujeito ao desamparo, colocando-o diante da castração, contribuindo assim para o mal-estar que se carrega, ferindo seu narcisismo. A hospitalização pode ser o momento onde dificuldades familiares, financeiras, amorosas, sexuais e sociais vêm à tona. Estratégias de disfarce para não ser reconhecido enquanto soropositivo são utilizadas e configuram resistência ao tratamento. O medo de ser encontrado no hospital ou ambulatório de aids pode vir do receio de ter seu segredo revelado e, por conseguinte, o preconceito.

Portanto, o vírus HIV aparece como um corpo estranho que o sujeito não reconhece como sendo seu e não aceita, ainda que não possa eliminar. É sinal, sintoma de que algo não vai bem, capaz de configurar fonte de sofrimento e de tantas dores. Estranho, angustiante, inquietante. Alguns fingem que ele não está lá, que não existe. É aquele que ninguém quer ver. Afinal, como já dito, a aids aparece como a doença do outro, como aquilo que sempre pode acontecer com o outro e nunca com nós mesmos.

Após os estudos sobre o inquietante, considerando seu caráter familiar e também uma possível construção criativa, seguirei em direção ao estudo sobre o mal-estar, partindo das fontes de sofrimento identificadas por Freud e as saídas encontradas.

### **3.2.4 Mal-estar**

Freud (1930/2010, p. 28) diz: “a vida, tal como nos coube, é muito difícil para nós, traz demasiadas dores, decepções, tarefas insolúveis. Para suportá-la, não podemos dispensar paliativos”. Considerando que os ditos paliativos podem ser a atividade científica, a arte, os entorpecentes e a religião, o texto freudiano nunca foi tão contemporâneo. A força do texto nos envolve por sua clareza em pensar as múltiplas possibilidades de que o homem civilizado dispõe para encarar seu mal-estar.

A busca pela felicidade é a finalidade e intenção da vida, e o desejo não é apenas de encontrá-la, mas também de nela permanecer. A busca pela felicidade teria então dois lados, um positivo e um negativo, já que, se há alguns que buscam apenas a ausência de dor e de desprazer, há aqueles que direcionam sua libido para a vivência de fortes prazeres.

O princípio do prazer trabalha com a libido, tendo a pulsão como combustível para estar em constante movimento em direção à satisfação pulsional (FREUD, 1930/2010). No entanto,

as principais fontes de sofrimento acompanham todos os sujeitos em algum momento da vida, tendo sido pontuadas por Freud a partir de três lados:

Do próprio corpo, que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertência; do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras; e, por fim, das relações com os outros seres humanos. O sofrimento que se origina desta fonte nós experimentamos talvez mais dolorosamente que qualquer outro; tendemos a considerá-lo um acréscimo um tanto supérfluo, ainda que possa ser tão faticamente inevitável quanto o sofrimento de outra origem (FREUD, 1930/2010, p. 31).

Enquanto afastamento dos demais, o isolamento é o recurso utilizado contra o sofrimento que pode resultar das relações humanas, configurando-se como uma felicidade da quietude. O sofrimento é apenas sensação, existe somente na medida em que o sentimos, e nós o sentimos em virtude de certos arranjos de nosso organismo. No entanto, os métodos mais interessantes para prevenir o sofrimento são aqueles que tentam influir no próprio organismo, como por exemplo, a bebida alcoólica apelidada por Freud (1930/2010) de “afasta-tristeza” ou “quebrador de preocupações”, pois, assim, podemos nos subtrair à pressão da realidade a qualquer momento e encontrar refúgio num mundo próprio que tenha melhores condições de sensibilidade.

Mas, se seguirmos o pensamento freudiano, algumas considerações serão possíveis, assim como outros desdobramentos para o mal-estar. Um deles seria a busca pela dominação das fontes internas das necessidades, deixando assim o sujeito livre de uma parte do sofrer – como a sabedoria oriental, praticada pelos iogues –, mesmo que, para isso, para encontrar a felicidade da quietude citada anteriormente, a vida fique sacrificada. Ainda que seja possível “domesticar” a felicidade, “a sensação de felicidade ao satisfazer um impulso instintual selvagem, não domado pelo eu, é incomparavelmente mais forte do que a obtida ao saciar um instinto domesticado”. (FREUD, 1930/2010, p. 34-35).

A segunda técnica encontra na sublimação uma saída para o sofrimento, pois recorre aos deslocamentos da libido que nosso aparelho psíquico permite, através dos quais sua função ganha muito em flexibilidade. Fontes de trabalho psíquico e intelectual servem como vias de escoamento quando conseguem elevar consideravelmente o ganho de prazer, como, por exemplo, na arte e na pesquisa, levando em conta que “nenhuma outra técnica para a condução da vida prende a pessoa tão firmemente à realidade como a ênfase no trabalho, que no mínimo a insere de modo seguro numa porção da realidade, na comunidade humana” (FREUD, 1930/2010, p. 36).

De fato, o trabalho pode trazer satisfação se a profissão é desejada, possibilitando que, através da sublimação, a atividade profissional se torne prazerosa. No entanto, de acordo com o pensamento freudiano, o trabalho apenas amortece as dores, mas não abala fisicamente, e, portanto, “não pode assegurar completa proteção do sofrimento, não lhes proporciona um escudo impenetrável aos dardos do destino e costuma falhar, quando o próprio corpo é a fonte do sofrer” (FREUD, 1930/2010, p. 36). A arte teria então como produzir um passageiro alheamento às durezas da vida, mas não é forte o bastante para fazer esquecer a miséria real.

A terceira tentativa encontrada para evitar o sofrimento seria vivermos como o eremita que evita qualquer tipo de contato com o mundo externo. A dura realidade pode se configurar aqui como o único inimigo, a fonte de todo o sofrimento, com a qual é impossível viver. Quando esta realidade é forte demais, além de romper, é possível que haja a tentativa de criar uma realidade paralela, construindo outro mundo em seu lugar, assim como na loucura. Um novo mundo no qual os aspectos intoleráveis sejam eliminados e substituídos por outros conforme aos próprios desejos, através de uma delirante modificação da realidade, como nos delírios de massa – as religiões da humanidade (FREUD, 1930/2010, p. 37).

Chegamos ao amor, como centro da vida, que espera toda satisfação do amar e ser amado. Afinal, é através do amor sexual que experimentamos a mais forte experiência de uma sensação de prazer avassaladora, tornando-se assim o modelo para nossa busca de felicidade. Aqui encontramos uma das célebres frases freudianas, que diz: “nunca estamos mais desprotegidos ante o sofrimento do que quando amamos, nunca mais desamparadamente infelizes do que quando perdemos o objeto amado ou seu amor” (FREUD, 1930/2010, p. 39).

Existe ainda outra coisa que não teria uma utilidade evidente, mas da qual a civilização não poderia se furtar, constituindo, assim como a atração, outra característica do objeto sexual. Falo aqui da beleza, que foi analisada psicanaliticamente como sendo: “das formas e dos gestos humanos, de objetos naturais e de paisagens, de criações artísticas e mesmo científicas. Essa atitude estética para com o objeto da vida não oferece muita proteção contra a ameaça do sofrer, mas compensa muitas coisas” (FREUD, 1930/2010, p. 39).

Após trazer os diversos caminhos que percorremos em busca da felicidade, trago outra máxima freudiana que diz: “a felicidade constitui um problema da economia libidinal do indivíduo. Não há aqui, um conselho válido para todos; cada um tem que descobrir a sua maneira particular de ser feliz” (FREUD, 1930/2010, p. 40-41). O pai da psicanálise complementa o pensamento, colocando que o predominantemente erótico dará prioridade às relações afetivas com outras pessoas, ao passo que o narcisista em sua autossuficiência, tentará

obter satisfação através de eventos psíquicos internos. Em contrapartida, o homem da ação testará sua força em contato direto com o mundo externo, pois:

Não é de admirar que, sob a pressão destas possibilidades de sofrimento, os indivíduos costumem moderar suas pretensões à felicidade – assim como também o princípio do prazer se converteu no mais modesto princípio da realidade, sob a influência do mundo externo – se alguém se dá por feliz ao escapar à desgraça e sobreviver ao tormento, se em geral a tarefa de evitar o sofrer impele para o segundo plano a de conquistar o prazer (FREUD, 1930/2010, p. 31).

Se as três fontes de sofrimento são a prepotência da natureza, a fragilidade de nosso corpo e a insuficiência das normas que regulam os vínculos humanos na família, no Estado e na sociedade (FREUD, 1930/2010), encontramos na clínica da aids todas as fontes de sofrimento citadas e o enfretamento diante da sociedade no que diz respeito à família, ao trabalho, à escola/universidade, ficando então comprometida a vida social pelo medo da rejeição. O medo de perder o amor do ser amado, das pessoas, a vergonha diante do outro pode levar o sujeito ao isolamento, como uma das formas de combater o mal-estar. As demais formas de combater o mal-estar citadas também estão presentes na vida de quem está contaminado pelo HIV. Estão entre as formas de combater o mal-estar, o uso de substâncias que, para amortecer o sofrimento psíquico, pode levar o sujeito a sucumbir ao vício e até ao rompimento da realidade.

Com o intuito de evitar os mal-estares em relação à sociedade, muitos soropositivos vivem uma “vida em duplicidade”, pois, se, por um lado, apenas alguns escolhidos sabem da contaminação, por outro, os soropositivos são obrigados a fingirem ou a mentirem sobre aspectos importantes de suas vidas, ou seja, sobre algo que não deixa de ser um dos elementos norteadores do destino de cada um. O resultado é a *clandestinidade de si mesmo*. (CEDARO, 2005, grifo do autor).

A satisfação irrestrita de todas as necessidades se apresenta como a maneira mais tentadora de conduzir a vida, mas significa pôr o gozo à frente da cautela, trazendo logo o seu próprio castigo (FREUD, 1930/2010). Assim, relaciono o sentimento de culpa que percebi em pacientes que receberam a notícia do HIV como um castigo pelos pecados cometidos na vida sexual, afinal:

A perspectiva da doença como castigo, e cura como uma graça, continua presente em nossos dias. Muitas igrejas e seitas, na sua maioria fundamentalistas, utilizam-se da fórmula “pecado = punição = doença” para sustentar seus argumentos. E, em certa medida, o maior inimigo, o “vírus” mais difícil de combater no controle epidemiológico e na prevenção da disseminação das DST, sobretudo, HIV, continua

sendo a ideia, velha de mais de 2000 anos, de pecado e punição ligados à prática de uma sexualidade ilícita (CECCARELLI, 2011, p. 12).

Pessoas com uma vida intensa, repleta de compromissos e eventos sociais, deixam suas vidas em suspenso em função do trauma sofrido pelo diagnóstico. Uma pergunta que escutei de vários pacientes: *“o que eu fiz para merecer isso?”*. Após a revelação do diagnóstico de HIV/aids, a pessoa se vê mergulhada em questões objetivas (consultas, exames, remédios) e subjetivas (angústia, medo e revolta) e se sentem desorientadas e confusas (KLOURI, 1999). O que a pessoa espera neste momento, em geral, é a existência de uma palavra que lhe prometa cura ou a promessa do adiamento do aparecimento dos primeiros sintomas da doença. Eis a promessa da nova terapêutica, que, apesar de recalcar o fato de que ela restringe e limita o dia-a-dia do indivíduo, o adiamento dos sintomas aparece como uma possibilidade (MORENO; REIS, 2002).

Uma situação comum a todos os pacientes atendidos por mim durante a pesquisa é o fato de terem contraído o HIV/aids através de relação sexual, sendo constante o sentimento de culpa atrelado também à religiosidade. A entrega aos “prazeres da carne” teria custado caro e, não encontrando outra saída, referiam a morte como a solução para todos os problemas, ao imaginar que:

O espírito é bom, o corpo é mal. O espírito é algo puro, justo que leva ao bem; já o corpo é o depositário da fraqueza humana, dos vícios e traz a marca do pecado original. Na civilização ocidental o “puro” passou a ser o não sexual; enquanto o “impuro” corresponde, essencialmente, a todas as formas de vida sexual. Consequentemente, o impuro tornou-se corporal. O corpo é o animal do homem; toda selvageria provém dele; o espírito é o humano por excelência (CECCARELLI, 2011, p. 12).

Uma paciente trouxe a seguinte fala: *“fazia de tudo, trabalhava muito, depois fui emagrecendo, tinha um corpo normal, era forte assim como você, mas fui ficando cansada e doente”*. Ao comentar sobre sua hospitalização, diz: *“me recuso a usar essa roupa daqui e a comer a comida desse hospital. Todas as roupas que uso são minhas e só como a comida que minha família traz de casa”*. A sua preocupação estética a fazia utilizar maquiagem diariamente para “se sentir melhor”. Olhava-se no espelho e cuidava da aparência para não ficar com aspecto de pessoa doente. Dizia-se vaidosa e levou seus produtos de beleza para melhorar o ambiente e assim enfrentar o mal-estar trazido pela situação. O mal-estar referido por estar em uma ala do hospital ocupada apenas por pacientes com HIV/aids, a estimulava a aderir ao tratamento para não precisar continuar naquele local e também evitar uma segunda hospitalização.



A situação clínica me faz pensar que, ao cuidar de si, desejava a preservação de sua integridade corporal e também do eu. O golpe sofrido pela mudança no corpo, quando se viu caquética e com fragilidade capilar, trouxe uma grande fonte de sofrimento. Contava os fios que caíam pelas mãos, mostrava-me dizendo que nunca fora assim e que precisava recuperar sua beleza, pois “o corpo toma a frente da cena, constituindo-se como fonte de sofrimento, de frustração, de insatisfação, de impedimento à potência fálico-narcísica” (FERNANDES, 2011, p. 21).

A aposta de que hoje o corpo é alvo do investimento narcísico é o reconhecimento que, enquanto “estandarte de um ideal de perfeição que se busca insistentemente alcançar, o corpo é hoje hiperinvestido, porém frequentemente apontado como fonte de frustração e sofrimento, constituindo-se como meio de expressão do mal-estar contemporâneo” (FERNANDES, 2011, p. 16). Compreendendo que o corpo é superinvestido na contemporaneidade e, portanto, ocupa um lugar especial, a prioridade seria deixá-lo sem defeitos, cobertos por uma capa narcísica capaz de proteger do mal-estar de cada um.

### 3.2.5 Narcisismo

Em 1911, no texto *Observações Psicanalíticas Sobre um Caso de Paranoia*, o famoso caso Schreber, Freud (1911/2010) escreveu que existiria um estágio no desenvolvimento da libido, pelo qual se passa do autoerotismo ao amor objetal. O *Narzissismus*, como era chamado, consistia no fato de o indivíduo em desenvolvimento unificar instintos sexuais que agem de forma autoerótica, a fim de obter um objeto de amor. Primeiramente toma a si mesmo, a seu próprio corpo, como objeto de amor, antes de passar à escolha de outra pessoa como objeto (FREUD, 1911/2011).

Freud diz que (1917/2010, p. 243) “ao estado que o Eu retém a libido chamamos de *narcisismo*, lembrando o mito grego do jovem Narciso, que se apaixonou por sua própria imagem refletida”. No texto intitulado *Uma dificuldade da Psicanálise*, o narcisismo é apresentado como uma questão geral, que seria o amor-próprio da humanidade e que sofreu até o momento três duras afrontas por parte da pesquisa científica: cosmológica, biológica e a psicológica. Encontramos aí os “três severos golpes” sofridos pelo homem no seu “amor próprio” e porque não dizer, em seu “narcisismo universal”. Primeiramente, com Copérnico, o “golpe cosmológico”, pelo qual a terra deixou de ser estática, imóvel, o centro do universo. Em seguida, com Darwin, o “golpe biológico”, onde a humanidade deixou de ser diferente ou melhor que os animais, como se houvesse uma ascendência divina sobre os animais, para ser

mero resultado do processo evolutivo natural. Por fim, temos a descoberta freudiana do Inconsciente, desencadeante de um “golpe psicológico” ao revelar o desconhecimento humano sobre si mesmo, condição em que o homem não é sequer senhor de sua própria morada (FREUD, 1917/2010).

Em psicanálise, o conceito de narcisismo está diretamente relacionado à questão do corpo, pois o sujeito toma seu próprio corpo como objeto de amor. É o reflexo da imagem de seu corpo que ele vê, assim como a imagem de Narciso na água quando a toma pela imagem de um outro (FERNANDES, 2011).

Passemos então à *Introdução ao Narcisismo*, texto em que Freud (1914/2010) aponta a conduta em que o indivíduo trata o próprio corpo como se este fosse um objeto sexual. O que chama a atenção e possui relação com a pesquisa é o fato de o texto freudiano trazer a situação de doença enquanto momento de *introversão da libido*. Ao retirar o investimento libidinal do mundo, volta-se ao eu trazendo a conduta narcísica para concretizar um movimento necessário de recolhimento libidinal exigido pela situação de doença. Conforme Freud,

É algo sabido, e tomamos por evidente, que alguém que sofre de dor orgânica e más sensações abandona o interesse pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento. Uma observação mais precisa mostra que ele também retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos, que cessa de amar enquanto sofre (FREUD, 1914a/2010, p. 25-26).

Em primeiro lugar, a aids é uma doença crônica e incurável, o que significa que o doente não pode se “recolher” e “ignorar” o mundo por um período tão longo, assim como é impossível que o outro lhe dispense total atenção nesse mesmo tempo. A segunda peculiaridade, que diferencia a aids de muitas outras doenças, diz respeito a suas formas de contágio e aos estigmas em torno dela, pois se trata de uma patologia infectocontagiosa e incurável, causando resistências e repulsas. A aids é também uma daquelas doenças percebidas como autoevitáveis e, por isso, muitos de seus doentes estão menos propensos à condescendência popular (CEDARO, 2005).

Em função dessa ilusão, os investimentos para fora do eu (os objetos e as idealizações) nada mais seriam além de uma outra forma de buscar a si mesmo; uma busca de si através do outro, qualquer outro que porte a marca do humano. As doenças causam grandes feridas nesse narcisismo secundário. As doenças, sobretudo as orgânicas, implicariam numa necessidade de o eu fazer investimentos em si próprio como uma forma de reparar as perdas – as feridas causadas pela doença. As coisas do mundo deixariam de interessar ao doente, desde que não se relacionassem com o seu sofrimento (CEDARO, 2005).

Não é que o sujeito se “autobastasse”, como no narcisismo primário, mas, como efeito do narcisismo secundário, a pessoa busca incessantemente investimentos libidinais no próprio eu. É como se tentasse, a cada momento, retornar àquele estado de completude, numa eterna nostalgia de algo ilusório, como a saudade de algo nunca experienciado, de um tempo nunca vivido (CEDARO, 2005).

A aids abre uma ferida no próprio eu que recebe o impacto da notícia como um golpe narcísico. A transgressão do soropositivo reverte-se em culpa e o castigo vem como a sentença a se pagar através da doença incurável. O corpo, ao perder sua forma, revela um narcisismo ferido pelo doente e pela sociedade. A dor e deterioração de ordem física e psíquica culminam em uma ferida narcísica, uma ferida na alma (CEDARO, 2005).

A psicanálise está no centro do debate contemporâneo, na medida em que se constitui como um saber pela formulação de pressupostos teóricos e éticos inovadores sobre o sexual, colaborando, assim, para a renovação dos valores que sustentavam a relação do indivíduo com o corpo. Como ressalta Birman,

Em função do impacto catastrófico da AIDS no imaginário social e do pânico que se apoderou dos indivíduos diante da suposta iminência da morte, catalisados por máquinas políticas poderosas que manipulam discursos moralizantes para reacender velhos preconceitos sobre a higiene sexual, diferentes ciências humanas se debruçam para examinar esse conjunto de efeitos sociais e repensar a sua relação com a sexualidade (BIRMAN, 1993, p. 73).

A pessoa com aids pode desafiar os profissionais se houver a desestruturação de sua personalidade desencadeada pelo diagnóstico. A equipe de saúde passa então a se defrontar com a depressão, a angústia, a negação, a ameaça de suicídio, a drogadição, a sexualidade e suas mais diversas expressões. Conseqüentemente, depara-se com os limites de sua atuação. E, assim, surge um pedido de socorro para a psicologia e psiquiatria. Frequentemente se escuta dos pacientes soropositivos as palavras: esconder e esquecer. Esconder das pessoas, da família, do trabalho. Esquecer na ilusão de que, o não lembrar, o não pensar, o não falar, alivia o sofrimento. Com efeito, sabemos que falar sobre a doença, a morte, o sofrimento e a dor, ajuda a esclarecer e simbolizar, além de aproximar as pessoas (KLOURI, 1999).

O psicanalista não precisa ser lembrado de que seu paciente não é um ser exclusivamente psíquico. Então, faz-se aqui uma pergunta: “com que ouvido o psicanalista ouve o corpo de seus pacientes?” (FERNANDES, 2011, p. 32). Esta ideia reflete a constante procura por atendimento devido a problemas com o corpo. As solicitações são para solucionar o mal-estar:

Além de nos defrontarmos maciçamente com o problema da depressão, a demanda que constitui a clínica contemporânea, nos defronta igualmente com uma diversidade de queixas que envolvem diretamente o corpo. Ora, quer se perceba ou não, a diversidade da clínica nos coloca em contato com pacientes, alguns “tipicamente” neuróticos, e que sofrem, além disso, de doenças orgânicas, algumas delas até geralmente aceitas como doenças “psicossomáticas” (por exemplo, hipertensão arterial, artrite, úlceras gástricas, asma, alergias). Se acrescentarmos a esse panorama a tendência de alguns pacientes a se submeterem a intervenções cirúrgicas de indicação duvidosa ou a se tornarem vítimas de acidentes mais ou menos graves, ou ainda a sensibilidade aumentada de alguns para as doenças contagiosas, não podemos deixar de constatar que implicar o corpo nas respostas dadas aos conflitos internos é um fato bastante banal naquilo que poderíamos denominar a *psicopatologia do corpo na vida cotidiana* (FERNANDES, 2011, p. 32-33, grifo do autor).

O corpo emerge também como lugar de encontro de Eros e Tântatos, pois é o palco onde se desenrola a complexa trama das relações entre o psíquico e o somático. A ambivalente relação com o corpo reflete-se no conjunto das funções orgânicas em movimento que habita um corpo, o qual, atravessado pela pulsão e pela linguagem constituída pela alteridade, é também o lugar da realização de um desejo inconsciente (FERNANDES, 2011, p. 159).

Passamos a vida tentando desviar do que nos causa dor para evitar o mal-estar. Diante da vulnerabilidade e com os sinais da doença, a pessoa com aids é levada ao inquietante encontro com a caducidade do corpo e à certeza da morte, que revelam para si uma ferida que é do eu, do corporal, uma ferida narcísica.

Longe de esgotar o assunto, e com o desejo de que outras pesquisas se desenvolvam a partir das questões do corpo em suas infinitas possibilidades, quero deixar registrado a importância de se estudar o corpo na pessoa com aids, onde a psicanálise tem muito a contribuir em suas atividades de clínica e pesquisa.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a pesquisa realizada, com a leitura do material disponível sobre pesquisa em psicanálise, não há dúvidas de que no ofício do psicanalista não existe separação entre as duas coisas: quando se faz psicanálise, também se faz pesquisa; são indissociáveis. A atividade clínica, em sua tentativa de acessar o inconsciente, realiza a pesquisa necessária ao trabalho do psicanalista. Esta pesquisa, que pode ser de vários tipos, aqui se configurou como uma pesquisa teórica a partir de situações clínicas, ou melhor, *flashes*.

De fato, quando se faz pesquisa no hospital, encontramos especificidades com as quais outro psicanalista não lida: a questão da doença, relação com a finitude, morte iminente. A demanda para o trabalho pode ser da equipe e não do paciente e é fundamental que ele esteja livre para aceitar ou não o tratamento que lhe é ofertado. Ao identificar em sua escuta uma solicitação da equipe que nem sempre considera o desejo do paciente, o psicanalista pode trabalhar no sentido dialogar com os demais profissionais para que o tratamento ofertado seja uma possibilidade de atravessamento do difícil processo de adoecimento, a partir do desejo daquele que se vê obrigado a passar por uma internação.

A pessoa com aids ocupa-se de um tratamento interminável para evitar a morte. Os sintomas no corpo, que vão da caquexia à fragilidade capilar, podem carregar sinais de uma doença que estigmatiza o sujeito. Não bastasse estar contaminado por um vírus que não deixa saída para o soropositivo e que o obriga a entrar em uma rotina de medicações e cuidados, ainda existe o mundo exterior capaz de configurar uma das grandes fontes de sofrimento do homem. O corpo vulnerável, em suas variações biológica, programática, social ou psíquica, abre portas para a contaminação pelo HIV/aids.

A inquietante situação de estar vivendo algo insuportável, mas do qual não há como se livrar, traz sofrimento psíquico devido ao mal-estar que a aids implica. Seria diferente se estivéssemos falando de uma doença para a qual, com um período de tratamento, haveria chance de cura. O tratamento aqui existe para evitar o avanço da doença e suas consequências nocivas: caquexia, verrugas, fragilidade capilar, problemas de pele, lipodistrofia.

O corpo caracteriza-se como fonte de angústia para o homem ao apresentar sinais da caducidade e denunciar a certeza da morte. As situações de doença podem abalar o narcisismo da pessoa que necessita passar por um período de recolhimento libidinal, como um retorno ao narcisismo primário, para enfim poder retomar seus investimentos no mundo externo, como observamos no narcisismo secundário. A pessoa doente deixa de se interessar

pelo mundo, atormentada pela dor orgânica e por sensações penosas. Afinal, enquanto estiver sofrendo, deixará de amar.

A diferença no caso da aids é que, enquanto doença crônica, não é possível ignorá-la. Os medicamentos diários e seus efeitos colaterais entram na vida daquele se descobre infectado pelo HIV/aids. Com a descoberta do vírus no corpo, a pessoa precisa então elaborar o luto da vida de antes, assim como de sua identidade, marcada agora por um corpo estranho, que chegou sem ser convidado e se instalou no organismo.

Penso que o psicanalista em seu trabalho pode contribuir para o alcance do tratamento da aids a uma grande parte da população, como no desejo de Freud de que a psicanálise se estendesse a um grande número de pessoas. Concluo, a partir da experiência obtida, que toda pessoa com aids precisa ser escutada e tratada para que o impacto da doença não impeça a vida de continuar apesar dos dissabores trazidos pela doença. Muitos são os trabalhos realizados e a produção da pesquisa na aids já aponta para uma possível cura.

Temos hoje no mundo quatorze pessoas curadas (SANTI, et al., 2013). As pesquisas avançaram e são promissoras as buscas pela cura da aids e os novos casos trazem a possibilidade do completo desaparecimento do vírus no corpo dos pacientes. Alguns tratamentos foram realizados através de transplante de medula óssea, outros com coquetel de drogas. Quem imaginaria isso há alguns anos atrás? Se conseguirmos, por hora, pelo menos a remissão funcional, já seria uma vitória, pois acabaria com a necessidade do uso diário de tratamentos antirretrovirais.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, 34 milhões de pessoas estão infectadas com o HIV em todo o mundo, e 1,7 milhões morrem com esta doença a cada ano (UNAIDS, 2012). O tratamento realizado por equipe multiprofissional pode permitir ao sujeito o reencontro com seu desejo, se esta souber investi-lo narcisicamente, considerando suas dificuldades e acolhendo-o em suas necessidades. A vida não precisa findar com a descoberta da aids, novos rearranjos podem ser feitos. Talvez a pessoa precise mudar de trabalho ou de endereço por não suportar o preconceito, mas, com o apoio sistemático, em todas as frentes (social, programática, psicológica e biológica), sua vulnerabilidade pode deixar de existir para fazer surgir um novo sujeito a partir do HIV.

A alteridade com a inquietante situação pode trazer novas possibilidades e muita coisa pode mudar, inclusive para melhor. A aids provoca o encontro com a ferida narcísica de cada um, mas, com suporte multiprofissional, familiar e social, um novo momento na vida pode ser inaugurado. Para fechar esta dissertação, utilizarei um trecho do texto freudiano chamado *A Transitoriedade*:

Toda aquela beleza estava condenada à extinção, pois desapareceria no inverno, e assim também toda beleza humana e tudo de belo e nobre que os homens criaram ou poderiam criar. Tudo o mais que, de outro modo, ele teria amado e admirado, lhe parecia despojado de valor pela transitoriedade que era o destino de tudo (FREUD, 1916/2010, p. 248).

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S. A demanda do sujeito no hospital. **Cadernos de Psicologia**. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, UERJ, n.1, p. 25, 1994. (Série Clínica).
- \_\_\_\_\_. A Clínica do sujeito no Hospital Universitário. **Correio da Escola Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.1, n.15, p. 25-29, out./nov. 1996.
- \_\_\_\_\_. Psicanálise: a Última Flor da Medicina. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Org.). **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.p. 37-56.
- BACCHINI, A. M. et al. Reflexões Sobre o Inquietante de Ser Portador de HIV/Aids. **Rev. Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 44. n. 2, p. 271-284, 2012.
- BERLINCK, M. T. Considerações sobre a elaboração de um projeto de pesquisa em Psicopatologia Fundamental. **Psicopatologia Fundamental**, São Paulo: Escuta, p. 313-320, 2000.
- BIRMAN, J. **Ensaio de Teoria Psicanalítica - Parte 1: metapsicologia, pulsão, linguagem, inconsciente e sexualidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 1993.
- \_\_\_\_\_. A clínica na Pesquisa Psicanalítica. **Psicanálise e Universidade**, v. 2, p. 7-37, 1994.
- \_\_\_\_\_. Discurso Freudiano e Medicina. In: BIRMAN, J.; FORTES, I.; PERELSON, S. (Org.). **Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010. p. 13-46.
- \_\_\_\_\_. O Espetáculo e a Cultura do Narcisismo. In: \_\_\_\_\_. **Mal-estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p. 23.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Ano 2013 Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em: 10 jul. 2013.
- CALAZANS, R.; SERPA, T. Psicanálise e método científico: pesquisa de campo. In: NETO, F. K.; MOREIRA, J. O. (Org.). **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena, MG: Ed. UEMG, 2010. p. 81-95
- CASTRO, J. E. O método psicanalítico e o estudo de caso. In: NETO, F. K.; MOREIRA, J. O. (Org.). **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena, MG: EdUEMG, 2010. p. 24-35
- CECCARELLI, P. R. O Corpo como Estrangeiro. **Rev. Ide: Psicanálise e Cultura**. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, São Paulo: SBPSP, v. 1, n. 1, p. 54-60, 2008.
- \_\_\_\_\_. Uma Breve História do Corpo. In: LANGE, E. S. N. & TARDIVO, L. S. P. C. (Org.). **Corpo, Alteridade e Sintoma: diversidade e compreensão**. São Paulo: Vetor, 2011. p. 15-34.
- CEDARO, J. J. **A Ferida na alma: os doentes de aids sob o ponto de vista psicanalítico**. São Paulo: Tese, USP, 2005.



CHEMAMA, R. **Dicionário de Psicanálise**. P. Alegre: Artes Médicas, 1995.

COUTO, L. F. S. Quatro modalidades de pesquisa em psicanálise. In: NETO, F. K.; MOREIRA, J. O. (Org.). **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena, MG: Ed. UEMG, 2010. p. 59-80.

DIAS, H. M. M. **Estudo teórico-clínico do conceito de transferência e de contratransferência**. Projeto de pesquisa – HUIBB, Belém, Pará, 2010.

DIAS, H. M. M. et al. Psicanálise e Hospital: enquadre analítico e transferência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 4; CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 11, 2012, Fortaleza, **Anais...** Fortaleza: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, 2012.

ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Org.). **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 19-35.

\_\_\_\_\_. **Corpo**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FERRARI, I. F. Caso clínico: o método do exemplo. In: NETO, F. K.; MOREIRA, J. O. (Org.). **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena, MG: Ed. UEMG, 2010. p. 36-48.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. In: \_\_\_\_\_. **Diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2009. p.131-151.

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 257-278, 2006.

FREUD, S. (1893-1895). Estudos sobre Histeria. In: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, vol. 2, 1996.

\_\_\_\_\_. (1901). Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana. In: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, vol. 2, 1996.

\_\_\_\_\_. (1909) Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 10, 1980.

\_\_\_\_\_. (1910). Uma recordação da infância de Leonardo Da Vinci. Tradução Paulo César de Souza. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, vol. 9, 2013. p. 113-219.

\_\_\_\_\_. (1911). Observações Psicanalíticas Sobre um Caso de Paranoia (Dementia Paranoides). Relatado em Autobiografia (“O Caso Schreber”). In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol. 10, 2010. p.13-107.

\_\_\_\_\_. (1912a). A Dinâmica da Transferência. Tradução Paulo César de Souza. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, vol.10, 2010. p. 133-146.

\_\_\_\_\_. (1912b). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. Tradução Paulo César de Souza. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, vol.10, 2010. p. 147-162.

\_\_\_\_\_. (1914a). Introdução ao Narcisismo. Tradução Paulo César de Souza. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, vol.12, 2010. p.13-50.

\_\_\_\_\_. (1914b). Contribuição à História do Movimento Psicanalítico. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol.11, 2012. p. 245-327.

\_\_\_\_\_. (1915). Os Instintos e seus Destinos. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol.12 2010. p.51-81.

\_\_\_\_\_. (1916). A Transitoriedade. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol.12, 2010. p. 247-252.

\_\_\_\_\_. (1917). Uma Dificuldade da Psicanálise. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol.14, 2010. p.240-251.

\_\_\_\_\_. (1919a). Caminhos da Terapia Psicanalítica. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol.14, 2010. p.279-292

\_\_\_\_\_. (1919b). O Inquietante. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol.14, 2010. p. 328-376.

\_\_\_\_\_. Dois verbetes de enciclopédia (1923a). In: FREUD, S. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. **ESB**. Rio de Janeiro: Imago, vol.18, 1996. p. 253-274.

\_\_\_\_\_. (1921). Psicologia das Massas e Análise do Eu. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol.15, 2011. p. 13-113.

\_\_\_\_\_. (1923b). O Eu e o Id. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol. 16, 2011. p. 13-74.

\_\_\_\_\_. (1925). As Resistências à Psicanálise. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol.16, 2011. p. 252-266.

\_\_\_\_\_. (1930). O Mal-Estar na Civilização. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol.18, 2010. p. 13-122.

\_\_\_\_\_. (1933). 35ª Conferência: Acerca de uma visão de mundo. In: Novas conferências introdutórias à Psicanálise. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol. 18, 2010. p. 321-354.

- GARCIA-ROZA, L. A. Pesquisa de tipo teórico. **Psicanálise e Universidade**, v. 1, p. 9-32, 1994.
- GAY, P. (1989). **Freud: uma vida para o nosso tempo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- GREEN, A. **Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte**. São Paulo: Escuta, 1988.
- HERRMANN, F. Problemas na orientação de teses de psicanálise. **Psicanálise e Universidade**, v 1, p. 33-49, 1994.
- JONES, E. **A Vida e a Obra de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1989.
- KLOURI, C. **Trata-se Uma Criança com AIDS**. Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
- KOLTAI, C. **O Estrangeiro**. São Paulo: Escuta, 2000.
- KRISTEVA, J. **Estrangeiro para nós mesmos**. Tradução Maria Carlota Carvalho Gomes. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- LABAKI, M. E. P. **Morte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LEVY, E. S. **Desamparo, transferência e hospitalização em Centro de Terapia Intensiva**. 2008. 108f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, 2008.
- LEVY, E. S.; MOREIRA, A. C. G. Desamparo, Transferência e Hospitalização: um estudo sobre o paciente internado em centro de terapia intensiva. In: PIMENTEL, A.; MOREIRA, A. C. G. (Org.). **Psicologia, Instituição, cultura**. Belém: Amazônia, 2008. p. 37-59
- MARCOS, C. A pesquisa em psicanálise e a linha de pesquisa Processos Psicossociais do programa de pós-graduação Strictu Senso de psicologia da PUC minas. In: NETO, F. K.; MOREIRA, J. O. (Org.). **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena, MG: Ed. UEMG, 2010. p. 99-111.
- MEZAN, R. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: \_\_\_\_\_. **A Sombra de Don Juan e Outros Ensaios**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 85-118.
- \_\_\_\_\_. **Freud, pensador da cultura**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- \_\_\_\_\_. Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 227-241, 2006.
- \_\_\_\_\_. Que tipo de ciência é, afinal, a Psicanálise? **Natureza Humana**, v. 9, n 2, p. 319-359, 2007.
- MOREIRA, A. C. G. **Clínica da melancolia**. São Paulo: Escuta; Belém: Edufpa, 2002.

\_\_\_\_\_. **Relações de Gênero, Psicanálise e Produções de Subjetividade: vulnerabilidade e a feminização da epidemia do HIV-aids em Belém e Barcarena, Pará.** Relatório de Projeto de Pesquisa. (CNPQ). Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, 2010.

MOREIRA, A. C. G.; LEVY, E. S.; FRANCÊS, I. Se seu corpo ficasse marcado... as delicadezas do eu corporal. In: VILHENA, J.; NOVAES, J. V. (Org.). **Corpo Para Que Te Quero?** Usos, abusos e desusos. PUC-Rio: Appris, 2012. p. 21-37

MOREIRA, A.C.G. et al. Cuidados no Hospital Geral: desdobramentos psicanalíticos na clínica da aids. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Polêmica**, v. 12, n. 1, jan./mar. 2013.

MORENO, D. M. F. C.; REIS, A. O. A. O Momento da Comunicação de Resultado Sorológico para HIV sob a Ótica Winnicottiana. **Pulsional Revista de Psicanálise**, ano XV, n. 156, p. 20-25, abr. 2002.

MORETTO, M. L. T. Longe do divã, perto do paciente. A Psicanálise onde o Paciente está: no Hospital. **Agência USP de notícias**. São Paulo. n. 594, ago. 2000. Disponível em: <[www.usp.br/agen/bols/2000/rede594.htm](http://www.usp.br/agen/bols/2000/rede594.htm)>. Acessado em: 25 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. **O Psicanalista num Programa de Transplante de Fígado:** a experiência do “outro em si”. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. **O Que Pode Um Analista no Hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MUYLAERT, M. A. **O Psicólogo no Hospital Geral.** Corpoafecto: o Psicólogo no Hospital Geral. São Paulo: Escuta, 2011.

NOGUEIRA, Luiz Carlos. A pesquisa em Psicanálise. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n.1-2, p. 83-106, jan./-jun. 2004.

OLIVEIRA, S. N.; BIANECK, D. V. Sida e Morte: Reflexões a Partir da Psicanálise. **Revista AdVerbum** v. 3 n. 2, pp. 138-143. Ago a Dez de 2008.

OLIVEIRA, P. T. R.; MOREIRA, A. C. G. Sofrimento Psíquico e Trabalho Hospitalar. **Pulsional Revista de Psicanálise**. São Paulo: Escuta, ano XIX, n. 185, p. 52-65 mar. 2006.

RINALDI, D. O corpo estranho. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** São Paulo, v. 14, n.3, p. 440-451, set. 2011.

ROSA, M. D.; DOMINGUES, E. O Método na Pesquisa Psicanalítica de Fenômenos Sociais e Políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p.180-188, 2010.

ROSA, M. D. A Pesquisa Psicanalítica dos Fenômenos Sociais e Políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 4, p.329-348, 2004.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SANTOS, T. C.; SANTIAGO, J. O Médico, O Psicanalista e A Histérica: a Desinserção da Psicanálise no Discurso da Medicina Contemporânea. In: BIRMAN, J.; FORTES, I.; PERELSON, S. (Org.). **Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2010.

SILVA, M. E. L.; GARCIA, C. Paineis: natureza e delimitação da pesquisa acadêmica em Psicanálise. **Psicanálise e Universidade**, v. 2, p. 39-50, 1994.

STERNICK, M. V. Imagem do Corpo: medicina, psicanálise e sociedade. In: CALDAS, H.; ALTOÉ, S. (Org.). **Psicanálise, Universidade e Sociedade**. Editor: José Nazar. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2011. p. 317-334

SANTI, A. et al. A Cura da Aids. **Super Interessante**. n. 321, ago. 2013. Disponível em: <http://super.abril.com.br/saude/cura-aids-762959.shtml> . Acessado em: 1 set. 2013.

TRILLAT, E. **História da Histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.

VILHENA, J.; PINHEIRO, N. Nem Público, Nem Privado, Muito Pelo Contrário: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, ano VIII, n.1, p.101-109, 2008.

VORCARO, A. Psicanálise e o Método Científico: o lugar do caso clínico. In: NETO, F. K.; MOREIRA, J. O. (Org.). **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena, MG: Ed. UEMG, 2010. p. 11-23

UNAIDS. **Relatório Global UNAIDS 2012**. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/documentos/clipping.pdf> Acessado em: 1 set. 2013.

WIGG, M. D. Vírus da Imunodeficiência Humana. In: SANTOS, N. S. O.; ROMANOS, M. T. V.; WIGG, M. D. (Org.). **Introdução à Virologia Humana**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 410-447.