



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

ALEX NAZARENO FERREIRA DE MIRANDA

**NAS TRINCHEIRAS DE COMBATE, O ABATIMENTO: ADICÇÃO E
AIDS**

**BELÉM/PA
2011**



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

ALEX NAZARENO FERREIRA DE MIRANDA

**NAS TRINCHEIRAS DE COMBATE, O ABATIMENTO: ADICÇÃO E
AIDS**

Dissertação de Mestrado apresentado como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira.

Coorientadora: Prof^a. Dra. Junia de Vilhena

Linha de pesquisa: Estudos Psicanalíticos e Psicopatológicos da Subjetividade.

**BELÉM/PA
2011**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

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

Miranda, Alex Nazareno Ferreira de

Nas trincheiras de combate, o abatimento: adicção e AIDS / Alex Nazareno Ferreira de Miranda ; orientadora, Ana Cleide Guedes Moreira . - 2011

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

1. AIDS (Doença) - Aspectos psicológicos. 2. Doença - Aspectos psicológicos. 3. Hospitais - Aspectos psicológicos. 4. Dependência (. Psicologia). I. Título.

CDD - 22. ed. 616.9792



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

ALEX NAZARENO FERREIRA DE MIRANDA

**NAS TRINCHEIRAS DE COMBATE, O ABATIMENTO: ADICÇÃO E
AIDS**

BANCA EXAMINADORA:

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

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

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

Profa. Dra. – Joana de Vilhena Novaes (UERJ)

A meus pais,
por me educarem com amor e dignidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a meus pais, Maria e José por todo o amor que me deram e dedicação que dispensaram a mim, pelos carinhos e carões de ontem, que foram fundamentais para que eu tenha me tornado a pessoa de hoje. Muito obrigado, mesmo!

Obrigado aos meus irmãos, sobrinhos, tios e amigos por sempre terem acreditado em mim, mesmo não concordando com alguns dos meus atos, e me ajudaram durante toda a minha jornada acadêmica desde que eu raspei a cabeça pela primeira vez. Sem vocês eu não teria conseguido.

Obrigado Fernanda, minha amada esposa e companheira de todas as horas e batalhas. Obrigado pelos doces afagos quando a vida me pareceu dura e amarga; por teres te mantido a mesma, servindo de referencial e guia para que eu pudesse voltar quando na escuridão; por teres suportado minhas ausências e, às vezes, minha dura presença nestes momentos finais deste capítulo superimportante da minha vida.

Obrigado Professora Doutora Ana Cleide, por ter me recrutado para esta batalha que é viver a vida acadêmica; por ter me apresentado o maravilhoso mundo da Psicanálise; por servir de referência a mim, com sua técnica, sua ética, e sua força de guerreira incansável, mas que consegue manter a ternura. Obrigado por ter suportado minhas dificuldades. Muito obrigado, mesmo, querida mestra!

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará - PPGP, por ter me possibilitado este estudo.

Obrigados aos professores do PPGP, pela sempre boa vontade em me ajudar neste processo de crescimento acadêmico. Obrigado à Roseane Freitas, por me aceitar como aluno neste PPGP antes mesmo de eu sê-lo oficialmente; ao Paulo de Tarso, por me mostrar caminhos e possibilidades; ao Maurício Sousa, por ensinar com leveza os duros caminhos que devemos percorrer; à Flavia Lemos pela forma justa como apresenta o mundo acadêmico.

Obrigado ao Professor Doutor Paulo Ceccarelli, por se mostrar uma honorável pessoa comum e exímio pesquisador, pelas contribuições dadas ao meu trabalho e por tratá-lo como uma

pesquisa como as outras de sua vastíssima experiência, não a diminuído por minha titulação acadêmica.

Obrigado a Professora Doutora Junia de Vilhena, grande estrela do firmamento psicanalítico. Obrigado pelo carinho com que me tratou no Rio de Janeiro, por ter me tornado um “Procadense”, por me puxar pelas mãos quando eu me afogava neste grande mar acadêmico. Muito obrigado, mesmo!

Obrigado Professora Doutora Maria Inês Bittencourt, quem sem saber, ministrava aulas que eram verdadeiros colos marajoaras. Obrigado por me valorizar enquanto homem amazônida. Obrigado por me fazer um “menino da floresta” que não ficou perdido no meio do concreto acadêmico.

Obrigado aos três recrutas que me acompanharam na incursão para além das terras do “Pará’iso”, a que estávamos acostumados. Obrigado Igor Francês, pelo teu olhar de artista, que tomo emprestado para poder ver o mundo por uma outra ótica. Obrigado por todas as ligações e visitas que fizeste a mim no decorrer do ano me lembrando que eu sou um pesquisador. Obrigado por ter me servido de apoio, quando eu ferido nas trincheiras acadêmicas, já não podia andar e estava prestes a cair. Obrigado por ter me dado água e me lembrar que está ferido, não é estar morto e que eu sou, sim, um soldado desse campo acadêmico. Sem tu, eu não teria conseguido. Muito obrigado, mesmo! Obrigado Ronildo Silva, pela teimosia de sua fala muda e rebelde que me fez ver que não é preciso tantas palavras para dizer o tamanho de uma grande pessoa. Obrigado por me mostrar que pessoas geniais às vezes têm medo do escuro. Obrigado Alessandro Bacchini, pela leveza da sua presença, por me mostrar que grandes prazeres também se encontram em triviais atos cotidianos. Obrigado pelas melodias cantadas me lembrando dos encantos de nossa terra papa-xibé. Obrigado, meus amigos, por me aceitarem no acampamento que vocês já tinham montado quando eu fui o último a me alistar, por me ajudarem nesta batalha estendidas às “terras longínquas do Reino do King Size”.

Obrigado aos colegas “Procadenses”: Amanda, Kamile, Patrícia, Ariane, Evanildo e Sâmea, por tudo o que vocês me proporcionaram aprender durante nossas vivências no Rio de Janeiro.

Obrigado aos colegas da PUC: Ana Valéria, Beatrice, Débora, Fábio, e todos que contribuíram para que meu projeto pudesse se tornar esta dissertação.

Obrigado à PUC, por ter me aberto à porta e me recebido muito bem.

Obrigado à equipe de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, todos os outros técnicos, agentes de limpeza, pacientes, acompanhantes de pacientes e todos os demais conhecedores do HUIBB, que me propiciaram captar um pouco da alma deste Grande Guardião de Concreto.

Obrigado Rafael, por me mostrar um pouco de sua alma, me instigando à procura de mais conhecimentos psicanalíticos para tentar entendê-lo e ajudá-lo; por me mostra o quanto é duro, porém belo o meu ofício, o que resultou na elaboração deste trabalho. Muito obrigado, mesmo!

Muito obrigado, Ney, grande agente do serviço de inteligência. Por cuidar de minhas credenciais, distintivo e medalhas de identificação, que circundam nossos pescoços. Obrigado por ter ajudado a afrouxá-la do meu pescoço evitando meu estrangulamento e por fornecer as coordenadas para que eu pudesse andar e correr nos terrenos da burocracia acadêmica sem pisar nas minas enterradas no chão.

Obrigado Aina Rodrigues, Antônio Maia, Fernanda Almeida, amigos da graduação, por torcerem pelo meu sucesso e mostrarem que grandes e sinceras amizades resistem às distâncias do tempo e da geografia. Obrigado por se importarem comigo.

Agradeço a todas as pessoas do país, que pagaram meus estudos nesse Mestrado. Principalmente aos mais pobres, que sentiram mais falta do dinheiro que tiveram que dispor para que esta grande universidade, que muitas vezes lhes é ingrata, possa funcionar.

*Você tem sede de que?
Você tem fome de que?...
[...]
A gente não quer só comer
A gente quer prazer
'Pra' aliviar a dor...
[...]
Desejo, necessidade, vontade
Necessidade, desejo, eh!
Necessidade, vontade, eh!
Necessidade...*

(Arnaldo Antunes/Sérgio
Brito/Marcelo Fromer, 1987)

RESUMO

Após três décadas do surgimento da aids no mundo, ainda nos encontramos emudecidos diante de uma doença temida em ser pronunciada pelo peso da morte que seu nome traz. A doença, que surgiu como uma maldição a minorias sexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas, imprimiu em seus corpos e em suas almas o símbolo da morte imediata, vergonhosa e dolorida. Em todo esse percurso, teve seu corpo viral “radiografado” pela ciência médica, sem que pudesse ser retirada da matematização de que aids é igual à morte, o que a reduziria à condição de “uma doença”. Esta dissertação propõe-se a apresentar um panorama da aids, apontando seu surgimento, a identificação do vírus e as metáforas utilizadas para o posicionamento da enfermidade no *locus* biológico e moral do mundo moderno. Utilizaram-se metáforas de doenças estigmatizantes, que recaem sobre lugares de cuidados de saúde, para apresentar o Hospital Universitário João de Barros Barreto como um espaço marcado pelo estigma da tuberculose e da aids, o que lhe confere a imagem de horror perante a população paraense. Neste espaço, foram atendidas pessoas cujas relações de desamparo e dependência a um objeto/ato externo ao ego pode tê-las levados à exposição ao vírus HIV. Destes, foi destacado um caso clínico para estudo deste fenômeno. Como tentativa de entendimento da relação com o objeto de dependência, foram buscados, principalmente, os conceitos winnicottianos de “ambiente maternante suficientemente bom”, “objeto transicional”; além de “adicção”, trabalhado por Joyce McDougall. Com o trabalho realizado, pôde-se observar que o vazio relatado em psicoterapia, muito presentes nos pacientes, é circunscrito por relações adictivas, como um modo de defesa que permite tomar o objeto como substituto materno externo vital. Para a escuta destas dependências, foi utilizada a perspectiva da clínica winnicottiana, com a possibilidade de reposicionar o paciente, para modificar sua realidade interna e externa a partir de um agir criativo.

Palavras-chave: aids, hospital, adicção, maternidade suficientemente boa.

ABSTRACT

After three decades of the emergence of AIDS in the world, we are still speechless in the face of a dreaded disease to be pronounced by the weight of his name brings death. The disease, which emerged as a curse for sexual minorities, sex workers and drug users, printed on their bodies and their souls the symbol of immediate death, shameful and painful. Throughout this journey, his body had viral "imaged" by medical science that could not be removed from the mathematization that AIDS equals death, which would reduce the status of "a disease". This dissertation intends to provide an overview of AIDS, pointing out their appearance, the identification of the virus and the metaphors used for positioning of the disease in biological and moral locus of the modern world. We used metaphors of stigmatizing diseases, passed on places of care, to present the University Hospital João de Barros Barreto as a space marked by the stigma of TB and AIDS, which gives the image of horror to the people of Para. In this space, we met people whose helplessness and dependency relationships to an object/act external to the ego can have them brought to exposure to HIV. Of these, it was pointed to a case study of this phenomenon. In an attempt to understand the relationship with the object of addiction, were sought mainly Winnicottian the concepts of "environment maternante good enough", "transitional object" beyond "addiction", worked by Joyce McDougall. With the work done, it was observed that the gap reported in psychotherapy, very present in patients, is surrounded by addictive relationships, as a defense mode which lets you take the object as a replacement external breast vital. To listen to these dependences, we used the clinical perspective of Winnicott, with the possibility of repositioning the patient to modify their internal and external reality from a creative act.

Keywords: AIDS, hospital, addiction, good enough mothering.

LISTA DE SIGLAS E FIGURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
DIP	Doenças Infecto-parasitárias
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPA	Universidade Federal do Pará

Figura 1: Vista superior do trecho do bairro do Guamá, em Belém-PA, onde se encontra o Hospital Universitário João de Barros Barreto e o Cemitério Municipal de Santa Isabel; fonte: Google, acessado em 21/06/2011.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1. E surge um grande inimigo...	19
1.1. E foram dados nomes ao inimigo...	20
1.2. Uma nova guerra mundial se inicia: o combate à aids no mundo.	24
1.3. Há espiões no seu quintal: o controle social.	28
1.4. Práticas e riscos.	32
1.5. Das farras momescas à câmara de gás: quarta-feira de cinzas ou o Caso Rafael.	33
CAPÍTULO 2. Hospital: história, mitos e formas - Em busca de um contexto institucional.	37
2.1. Da pedra fundamental ao Hospital Universitário: O Grande Guardião de Concreto é erguido.	38
2.2. Para além de um hospital: guardião da saúde e mito escabroso.	39
2.3. Os porões do confinamento ou o “Terceiro Leste”.	43
2.4. De novo Auschwitz?	44
2.5. “Esses” e “outros”: estranhamento.	46
2.5.1. Do estranhamento: os de farda versus os de uniforme.	47
2.5.2. Farda e uniforme: semelhante-próximo desigual.	48
2.5.3. Aos estrangeiros, a segregação: o paciente de aids.	50
2.5.4. Aids e pacientes: outro corpo, outra vida.	51
2.6 - Uma nova arma de guerra: a entrada da Psicologia no hospital.	52
2.7 - A Psicologia no Grande Guardião de Concreto.	54
CAPÍTULO 3. Perdidos e desenhados.	59
3.1. Para onde ir e o que buscar: o desamparo.	59
3.2. Sobre adicção.	62
3.2.1. O modelo pulsional estrutural.	64
3.2.2. O modelo relacional estrutural.	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

INTRODUÇÃO

A partir de minha prática como psicólogo no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), na cidade de Belém, no Pará, pude me deparar com questões relacionadas à aids. Atendendo pacientes internados no setor de doenças infecto-parasitária (DIP), o que me chamou mais a atenção, fazendo-me refletir sobre a doença, está relacionado à forma como algumas dessas pessoas foram contaminadas. Em tais casos, parecia haver uma situação psíquica de dependência a um objeto/ato, cuja forma de satisfação fazia com que o paciente se colocasse em risco de contaminação.

Esta doença que era vista, ao chegar ao Brasil no início da década de 80, como sendo do desvio moral, do pecado, que acometia usuários de drogas, homossexuais e prostitutas, continua se alastrando pelo estado, pelo país e pelo mundo, matando 544.846 pessoas em todo o território nacional entre 1980 e 2009 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), apesar de muitas informações sobre sua forma de contágio e de prevenção serem exibidas nos veículos de comunicação. Hoje, não mais é vista como o “câncer gay”, como foi nomeada pelos norte-americanos, mas como uma doença que atinge todas as classes sociais e intelectuais, credos, estilos de vida e idades.

Vivemos numa realidade de infecção pelo HIV num contexto em que 91% da população brasileira entre 15 e 54 anos apontam a relação sexual como forma de transmissão do HIV e 94% cita o uso de preservativo como forma de prevenção da infecção. Paradoxalmente, o número de infectados tem aumentado em números absolutos e proporcionais, ao ponto de termos uma incidência de 19,5 casos para cada grupo de 100 mil habitantes, com uma proporção de mulheres infectadas diminuindo em relação ao número de homens soropositivos na razão de 15 casos da doença em homens para 1 em mulher, em 1985, para 1,2 para 1 hoje em 2010 (Ministério da Saúde, 2010).

A aids é uma doença que mata a curto e a longo prazo. Segundo o Ministério da Saúde, na região Norte, 20,5% dos infectados morre em até um ano após o diagnóstico, contra uma média nacional de 16,1%. Graças às inovações tecnológicas no campo da farmacopéia, 78% dos infectados vivem por um período acima de 5 anos, no Norte, sendo a média de 82,2% no Brasil.

A doença se instala nos indivíduos gerando toda sorte de sofrimento, quer pelo estado físico que provoca, quer pelo distanciamento que causa em pessoas a eles ligadas, fazendo-os buscar ajuda em centros médicos e hospitais.

É nos centros de tratamento de saúde que encontramos a face mais assombrosa do tratamento de pacientes portadores de aids. Chamo a atenção para o fato de não de me referir ao assombroso presentificado somente no paciente portador do vírus mortal, mas também em todos aqueles que o cercam, ou são cercados pelo signo de morte que a pequena palavra “aids” carrega.

Para que se possa falar em cuidado de pacientes internados por conta do desenvolvimento da aids, faz-se necessário considerá-los como seres compostos de corpo orgânico e psiquismo. Para isso, há a necessidade da quebra do discurso que assujeita esses pacientes e os toma apenas pelo cuidado ao corpo orgânico, ao corpo somático, ao corpo da dor física medicalizável (FOUCAULT, 1986).

Com a entrada da psicologia no ambiente hospitalar (BARROS, 2006) tem-se um novo instrumento de cuidado baseado em uma visão do sujeito para além da sua constituição somática e não somente um corpo hospedeiro de agentes etiológicos capazes de consumir sua carne. É nesta perspectiva que há possibilidade de utilização da psicanálise como campo de conhecimento para entendimento da subjetividade e do sofrimento psíquico que possa dar escuta ao sofrimento dos pacientes que transbordam as diretrizes do corpo somático (PINHEIRO, 2003), mesmo não estando circundado pelo espaço artesanal do *setting* clássico, mas que nem por isso encerra a possibilidade do fazer psicanalítico, conforme nos apresenta Moreira:

É no espaço hospitalar, com uma grande demanda de escuta, que este trabalho psicanalítico irá se desenvolver. Um trabalho de escuta que se faz necessário em um espaço outro que o do *setting* terapêutico clássico do consultório, mas que nem por isso encerra a possibilidade de um fazer psicanalítico, com um rigor técnico e ético imposto mesmo a Freud “por uma questão prática, uma vez que muitos entre os primeiros discípulos foram chamados, como médicos, a atuar em hospitais nos períodos de guerras” (MOREIRA, 2002).

Neste contexto de cuidado físico e psicológico, foram realizados, por mim, diversos atendimentos durante meu estágio curricular supervisionado em Psicologia Social das Organizações e, posteriormente, como pesquisador integrante do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental da Universidade Federal do Pará.

Dos casos, alguns me chamavam a atenção pela maneira como houve o contágio. Cito como exemplo a história de uma jovem senhora que foi infectada pelo namorado, que ela sabia ser portador do vírus, mas que nem por isso se importava, importava-lhe sim tê-lo em sua companhia. Outro caso interessante era o do rapaz que acreditava ter sido infectado pela sua namorada, que era prostituta e frequentemente fazia sexo com seus clientes sem

preservativo. O uso de camisinha entre eles era inexistente. Ainda assim, ele aceitava, pois dizia não conseguir ficar só e precisava de alguém, mesmo que fosse naquelas condições. Por fim, há o caso do rapaz cuja vida era levada no lema do “sexo, droga e rock’n roll”, como dizia ele, que dependia disso para se sentir bem e que nunca acreditou que um dia seria portador do HIV.

O que me chamava a atenção, nestes e em outros vários casos, era o alto grau de suas dependências a um objeto, quer fosse uma droga lícita ou ilícita, quer fosse uma outra pessoa ou um ato. Disto, surgiram indagações que se condensaram em questões do tipo: o que faz com que pessoas, como nos casos acima citados, dependam psiquicamente de algo outro a ponto de arriscar sua saúde física, sua vida, em prol do seu consumo? Que tipo de ganho há nestas práticas de dependência? Há um grau na dependência psíquica que determine o ponto a que uma pessoa expor-se-á a práticas de risco sem que haja o risco de morte física? A necessidade de entendimento de tais questões me impulsionou para os estudos destes fenômenos psíquicos da subjetividade, fazendo com que ocorresse a elaboração desta dissertação.

Apoiada no referencial psicanalítico, a metodologia de pesquisa adotada levou em consideração o exposto por Berlinck (2006) ao indicar que é no decorrer do tratamento que a pesquisa acontece, ao associar investigação e intervenção. Desta forma, foi utilizado o estudo de caso, a partir do método clínico, já que:

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

Consideramos aqui a narrativa do caso como sendo a verdade do paciente, pois, invocando a noção de “realidade psíquica”, como nos apresenta Ceccarelli (2001), teremos uma dimensão nova que “em certa medida, equivale à realidade do mundo material no sentido de que os fenômenos neuróticos existem devido à sua eficácia” (p. 1). E é no trabalho de promoção de uma abertura de sentidos para o discurso do paciente que o pesquisador deverá se debruçar, respeitando a principal essência do que se chama pesquisa psicanalítica (MOURA & NIKOS, 2000).

Assim, apresento o “Caso Rafael”. Escolhi esse nome em referência ao grande artista da renascença, Rafael Sanzio. Tal qual o pintor renascentista, Rafael (nome fictício) também era um artista plástico e que, lentificado pela doença, parecia ter esquecido de seu

ofício. Durante sua internação no HUIBB, Rafael apresentou-se distante do mundo em que habita a vida, parecia em um mundo onde os desejos se faziam ausentes ou perdido em sua solidão.

Para a composição deste trabalho, parti de minha atuação como psicólogo no Hospital João de Barros Barreto. Assim, desenvolvi três capítulos, distribuídos de forma a apresentar um breve histórico da aids e seu panorama no mundo e no Brasil e o modo de ação em nosso imaginário. Apresento, também o HUIBB aos que não o vivenciam por dentro, como equipe de saúde ou clientela, ou por fora, como o conhecem os indivíduos autóctones à terra do grande prédio de concreto. Por fim indico como os fenômenos da adicção podem culminar com a infecção pelo tão temido vírus.

No primeiro capítulo, intitulado *E surge um grande inimigo*, apresento uma descrição da epidemia da aids, mostrando um breve histórico de seu surgimento, de como tem se disseminado ao logo do mundo, tomando, em alguns lugares, a proporção de pandemia; e de como ela chegou e foi encarada no Brasil. Neste capítulo procuro abordar as estratégias de modelo militar adotadas pelos governos das grandes nações mundiais para o combate e contenção da doença. Para tanto, utilizo-me da alegoria militar por acreditar que, desde o surgimento do vírus mortífero, o mundo armou-se contra um inimigo comum em uma declarada nova guerra mundial, direcionada a um agente invisível, cuja marca indelével estampa nos corpos dos doentes o signo da morte.

Apresento como a aids foi simbolizada desde o seu surgimento, o que colocou os cidadãos seguidores da ditada ordem séptica moral em uma equivocada situação de segurança, uma vez que não eram pertencentes aos “grupos de riscos” da década de 1980. Aponto como o surgimento da aids foi utilizado como justificativa para o ataque a prostitutas, homossexuais e usuários de drogas, gerando um clima de medo e desconfiança em relação à pessoas que se utilizavam destas práticas.

No segundo capítulo, *Hospital: história, mitos e formas - Em busca de um contexto institucional*, procuro apresentar o HUIBB desde a sua concepção no final da década de 30, para tratamento de tuberculose, ocasião em que recebe o nome de “Sanatório de Belém”. Em 1957, quando foi oficialmente inaugurado, recebe o nome de “Sanatório João de Barros Barreto”. Passou a ser chamar “Hospital João de Barros Barreto”, em 1983; até ser elevado à categoria de hospital universitário, em 1990, quando tem seu nome novamente mudado para “Hospital Universitário João de Barros Barreto”.

Neste percurso apresento o Hospital, com toda a sua bagagem mítica acumulada por décadas de tratamento de tuberculose e lepra, doenças secularmente estigmatizadas que

mantêm até hoje o peso de doenças-tabus, mesmo que não mais tenham essa representação para o campo do conhecimento médico. Apresento as implicações de o fato de o mesmo ser uma referência regional e nacional no trato da aids contribui para reforçar o mito de lugar de tratamento de doenças-tabus. Procuo apresentar o lugar que a instituição ocupa no imaginário da população paraense, sobretudo da população belenense e a forma que esta se relaciona com o Hospital. Centrando no tratamento da aids, apresento um pouco da dinâmica da instituição, sobretudo no que diz respeito ao tratamento da doença e na forma como a os clientes internos e externos se relacionam com o a ala reservada aos portadores de aids.

Por fim, no terceiro e último capítulo, discorro sobre a concepção freudiana de desamparo enquanto constituinte do indivíduo para poder adentrar no tema da adicção, segundo um modelo pulsional-estrutural e segundo um modelo relacional-estrutural pautado principalmente nas idéias de Donald Winnicott e Joyce McDougall. Essa autora aponta para uma dependência a um objeto ou ato externo ao ego que, mesmo levando o indivíduo a um assujeitamento frente ao objeto de adicção, atua na ordem da autoconservação. Segundo esta concepção a tentativa de alívio frente a situações de desconforto psíquico e a incapacidade de recorrer a algo interno ao ego para alívio da tensão psíquica, faz do sujeito um escravo de um objeto/ato: um objeto tóxico ou ato de paixão.

Como hipótese apresentada neste trabalho, o modo de subjetivação de alguns pacientes infectados pelo HIV parece produzir relações adictivas com objetos/atos responsáveis por seu contágio, gerando em suas subjetividade o que Berlick (2000) define como insuficiência imunológica psíquica. Ou seja, a incapacidade de reação frente ao objeto apresentado, deixa o indivíduo em uma posição exclusivamente passiva ante este. Esta forma de relacionamento adictivo deriva do fato de estes, dado ao modo de exposição ao objeto primevo, a mãe, não apresentarem a representação de uma instância maternante reconfortante interna a que fossem capazes de recorrer em momento de desconforto psíquico. Dessa forma, podemos apreender que o ambiente hospitalar, com seu serviço psicoterapêutico de atendimento individual e/ou em grupo, pode possibilitar, por conta do seu posicionamento de *locus* de segurança e conforto, um espaço onde o paciente pode encontrar acalento para seu sofrimento psíquico desencadeado pela aids.

CAPÍTULO 1. E surge um Grande Inimigo...

Ao final da década de 1970 o mundo se depara com uma doença até então não catalogada pela medicina. A nova ameaça à existência humana consistia basicamente numa falha no sistema imunológico acarretando uma deficiência de proteção natural no organismo. Dos Estados Unidos chegavam informações desta nova doença, desconhecida pela medicina, que só foi diagnosticada em 1981.

Teve um grande percurso estigmatizante fazendo com que pessoas fossem agrupadas em categorias por conta de suas ações frente ao uso do sexo e das drogas.

A aids era vista, quando chegou ao Brasil no início da década de 80, como sendo de desvio moral, do pecado; que acometia usuários de drogas, homossexuais e prostitutas. Continua se alastrando pela cidade, pelo país e pelo mundo matando centenas de milhares de pessoas em todo o território nacional, apesar de muitas informações sobre sua forma de contágio e de prevenção serem exibidas nas mídias de massa. Hoje não mais é vista como o “câncer gay”, mas como uma doença que atinge todas as classes sociais e intelectuais, credos e estilos de vida e idades. É uma doença que é provocada por um vírus que, diferente do imaginário que se criou, não tem preconceito na hora de escolher seu portador:

Vírus são máquinas spinozianas, mas de forma alguma racistas ou chauvinistas, e persistem onde mais lhe convêm, sem preferência de raça, cor, opção sexual ou credo, como rezam as legislações de todas as sociedades e culturas. Ao que parece, apenas os vírus cumprem à letra as legislações antidiscriminação, já que nós humanos, não nos cansamos de discriminar e estigmatizar uns aos outros (BASTOS, 2006, p. 24).

Foi necessário quase uma década de infecções por essas microscópicas armas letais, que inscreveram as marcas do mortal nos corpos, de forma indiscriminada, para que o mundo tivesse a certeza de que, se perante os julgamentos morais há a diferenciação, perante o mortal vírus todos eram iguais, ainda que se mantenha no imaginário a relação direta entre a aids, o homossexualismo e a promiscuidade.

1.1. E foram dados nomes ao inimigo...

Uma nova doença sem cura surge, desafiando os saberes da medicina, que acreditava ter extingüido todas as grandes pestes que já acometera o planeta até então, uma vez que o mundo já havia assistido ao triunfo e queda de doenças como a tuberculose, a hanseníase, a varíola dentre outras; mostrando a supremacia do saber farmacopéico frente a ameaças da vida por doenças fatais; uma nova doença mostra o quão errada estava a humanidade sobre a erradicação de doenças incuráveis,

Em 1981, é divulgado pela mídia nacional o fato de uma doença misteriosa acometer somente homens homossexuais masculinos, mas precisamente os viciados em drogas, que teriam seus organismos desgastados e enfraquecidos pelas constantes infecções provocadas pela promiscuidade de suas vidas sexuais. Segundo os conhecimentos sobre aids da época, estes homossexuais teriam sua imunidade natural reduzida, deixando-os com pouca proteção às infecções, o que causaria suas mortes.

Com denominações de “Câncer gay”, “Peste Gay” e “Praga Gay”, a nova doença recebe o nome de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) apenas em 1983 e continua carregando todo o peso do estigma de sua transmissão exclusiva por via de contato sexual homossexual masculino, acusando os praticantes desta prática de promíscuos em sua forma de exercício da sexualidade e que, por isso, passíveis desta nova forma de castigo:

A idéia da doença como um castigo é a mais antiga explicação da causa das doenças [...]. Porém, as doenças que na antiguidade se interpretavam como castigo – um exemplo é a peste que aparece em Édipo – não eram consideradas vergonhosas, como a lepra e posteriormente a sífilis vieram a ser vistas. (SONTAG, 1988, p. 112)

Complemento a idéia da autora, colocando a aids no local da lepra e da sífilis, criando, com isso, uma atualização no referencial a uma doença que carrega o símbolo do castigo. A autora também nos mostra que as denominações metafóricas da doença apontam para o fato de que as enfermidades “sempre foram usadas como metáforas com o intuito de reforçar as acusações de que uma sociedade era corrupta ou injusta” (SONTAG, 2007, p. 64) e complementa afirmando que “as metáforas modernas sugerem um profundo desequilíbrio entre o indivíduo e a sociedade, no qual a sociedade é concebida como o adversário do indivíduo. Metáforas de doença são usadas para julgar a sociedade não como desequilibrada, mas como repressiva”. (SONTAG, 2007, p. 64)

Até 1983 a aids ainda é tida como uma doença vinda do exterior, dos Estados Unidos e, principalmente, de Nova York (POLISTCHUK, 2010); como doença de norteamericanos brancos e ricos. Esta doença, no entanto, como a representação de uma “tragédia venérea”, propaga-se para dentro das fronteiras do Brasil, onde ocorre, em São Paulo, o primeiro caso da doença. Ainda neste ano, ela recebe a sigla de “AIDS” como uma marca maldita que será tatuada na vida daqueles que forem acometidos por ela, ou mesmo, aqueles sobre os quais paira sua mortal sombra.

Ainda em 1983, a aids faz sua primeira vítima no Brasil, um homem homossexual, viciado em drogas e que viajava com frequência para o exterior. Assim é confirmado o esteriótipo da aids com a morte deste, numa “cena perfeita para que a aids não fosse associada à heterossexualidade. O imaginário a associava cada vez mais com um grupo desregulado, promíscuo e imoral.” (FRANCÊS, 2011, p. 46), que lança a marca do estigmatizante sobre o portador da doença. Querolin Neto apresenta que tal enfermo “é um estigmatizado porque o contato com ele pode implicar morte por contágio” (QUEROLIN NETO, 1989, p. 15). A “Peste Gay” agora tem sua consolidação em terras brasileiras fazendo com que até o final do primeiro semestre do mesmo ano, já sejam contados 5 casos confirmados. O mundo fica em alerta com o avanço da doença para além das fronteiras dos Estados Unidos.

A aids passa a acometer não mais exclusivamente homossexuais masculinos com vida sexual promíscua, mas também um novo grupo de pessoas composto por heroinômanos (viciados em heroína), hookers (prostitutas, em inglês), haitianos e hemofílicos; o que a fez, em 1982, ser chamada de “Doença dos 5Hs”. Com isso criam-se “categorias” de pessoas passíveis de infecção pelo vírus, categorias que são agrupadas nos “Grupos de Risco”.

A separação dos indivíduos infectáveis em grupos cria uma falsa sensação de segurança para a sociedade, pois os que não se incluíam neles poderiam gozar da sorte de não serem passíveis de infecção pela vírus, fortalecendo a idéia de que a aids só atingiria uma determinada camada da sociedade, “de que a ‘nova’ doença era exclusiva para alguns indivíduos ou grupo deles” (FRANCÊS, 2011, p. 50) criando, desta forma, uma carga de preconceito sobre as pessoas “pertencentes” a esse grupo, ao mesmo tempo em que há uma despreocupação com os que não são a eles “pertencentes”, por serem considerados imunes (NASCIMENTO, 2005).

A noção de grupo de risco fortaleceu a idéia de que perante a doença todos são diferentes, criando no imaginário social a noção de que a ‘nova’ doença era exclusiva para alguns indivíduos ou grupo deles. No entanto, ainda em 1983, foram confirmados 36 casos da

doença em pessoas que não apresentavam quaisquer características que pudessem alocá-las neste grupo discriminatório. Com isso, a doença é lançada em mais uma campo de mistério (DANIEL, 1991).

É somente em 1984, cinco anos após sua descoberta e após vitimar mais de 1.700 vidas somente nos Estados Unidos é que a aids tem seu vírus descoberto e isolado por Robert Gallo, do Instituto de Saúde de Bethesda, nos Estado Unidos, e Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, na França. Uma nova esperança surge com a crença de que no prazo de até três anos a doença sairia da categoria de “incurável” para a de “curável”. Ao fazer tal isolamento, os cientistas repetem com a aids o que Hasen fez com o bacilo da lepra, “lançando as primeiras luzes sobre uma questão oculta em trevas por quase 50 séculos” (TRONCA, 2000, p. 60).

Ao final da década de 1980, a doença passa a ser melhor compreendida, com sua forma de contágio mais conhecida. Neste momento, já é sabido a forma de transmissão da “Peste Gay”, retirando os homossexuais parcialmente do lugar de exterminadores da sociedade. Com isso, a noção “grupo de risco” não tem mais o sentido científico de outrora e passa a ser substituído pela noção de “comportamentos de risco”.

Ao adentrar o Brasil, a doença encontra o País em contexto político distinto ao dos Estados Unidos e países da Europa, em um momento de reestruturação política. O País, encarando a doença como algo que não pudesse afetar o homem comum brasileiro, uma vez que traduzida “numa doença bizarra que vinha de terras estrangeiras” (DANIEL, 1991, p. 34), era taxada de doença do estrangeiro, homossexual, rico, branco e viciado em drogas; ou seja, de minoritários.

Mesmo com esta visão da doença, em 1985, as autoridades governamentais sanitárias e de saúde, ante os aproximadamente 400 casos da doença, a encara como um problema menor ao que se fazia urgente: os quase quatrocentos mil casos de malária, duzentos e cinquenta mil casos de tuberculose, trezentos mil casos de lepra, cinco milhões de casos de Doença de Chagas e os cerca de oito milhões de casos de esquistossomose. Neste contexto, há um não direcionamento de políticas públicas de saúde para o combate ou mesmo a prevenção à aids, mesmo já sendo reconhecida a proporção de epidemia que a doença havia alcançado no País, tendo matado 181 pessoas, sendo 133 somente em São Paulo e os demais no Rio de Janeiro, apresentando, outros 11 estados, casos confirmados da doença, mas ainda sem óbito.

A aids tornou-se uma epidemia que se propagou em três fases, segundo a Organização Mundial de Saúde, apresentado no texto *A terceira epidemia: o exercício da solidariedade*, criado para fazer parte do projeto *Aids and Discrimination* do Panos Institute de Londres. Seriam elas: a epidemia de infecção, que se propaga de forma silenciosa e

despercebida na sociedade; a epidemia das doenças infecciosas, que acometem os pacientes devido à imunodeficiência provocada pelo HIV; e a epidemia das “reações sociais, culturais, econômicas e políticas à aids” (p. 13), que dita a forma como a sociedade incorpora os conceitos desta doença mortífera e passa a lidar com ela.

Essas incorporações fazem com que até os dias atuais a aids ainda seja presentificada na figura do homossexual, da profissional do sexo ou das pessoas que se aventuram em práticas sexuais que divergem das práticas ditadas pela ordem da assepsia moral. Sobre isto, Moreira afirma que “o surgimento da Aids resultou na criminalização dessas práticas, que passaram a ser vistas como culpadas pelo genocídio da humanidade e a sua medicalização massiva se colocou novamente em cena” (MOREIRA, 2002, p. 11). Esta autora informa-nos, ainda, que a aids veio interromper uma revolução sexual que estava em curso. Idéia semelhante à de Sontag que afirma que:

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

A aids cria uma grande repercussão no mundo dada sua forma de contágio principal por via sexual. Ao falar desta forma de contágio e das exposições das idéias de Sontag (1998) e Moreira (2002), lembramos que estamos tratando de uma doença que tem sua história pautada na principal via de acesso como sendo o sexo homoerótico, tema tabu para ser satisfatoriamente discutido sem pudores e temores. Quanto ao tema do tabu, Querolin Neto orienta que:

‘Tabu’ é um termo de origem polinésia que significa o que não deve ser tocado, ou objeto, pessoa ou lugar no qual não se deve chegar perto em virtude de sua sacralidade. Pode ainda ser definido como algo que é perigoso, proibido ou intocável porque impuro. Enquanto adjetivo define-se como coisa ou pessoa marcada por caráter sagrado (QUEROLIN NETO, 1989, p. 19)

Desta forma, “objeto tabuizado”, segundo o autor, é aquele que se tornou tabu por contágio. O portador de aids é um objeto tabu porque está contaminado por um vírus mortífero e é potencialmente contaminador da doença mortal, tal qual fora em tempo anterior considerada a tuberculose.

A tuberculose, no século XIX, foi exaltada como doença das vítimas natas, das pessoas sensíveis, passivas, que não têm amor suficiente à vida para sobreviver. Ao passo que

a aids, no final do século XX e início do século XXI é rotulada como doença das pessoas transgressoras, com excessos sexuais (SONTAG, 1977).

Essa idéia foi, durante os trinta anos que conta do primeiro diagnóstico de infecção de aids, globalizada da mesma maneira como a questão da poluição industrial e a do novo sistema de mercados financeiros globais, a crise da aids aponta para o fato de que vivemos num mundo em que nada de importante é regional, local, limitado; em que tudo que pode circular acaba circulando, e todo problema é – ou está fadado a tornar-se – mundial. (SONTAG, 1988, p. 149).

Esse vírus diabólico, maligno em todos os sentidos da palavra, desregula de início as defesas imunitárias do organismo, desorganiza sua polícia interna, em seguida perturba por efeito de ricochete as relações sexuais e, por fim, envenena as relações sociais de uma maneira inédita, mais sutil e insidiosa que a lepra medieval, a sífilis da Renascença ou a tuberculose do princípio da civilização das máquinas. (TRONCA, 2000, p. 106)

Pela forma com a doença se incrustou na sociedade, os governos mundiais a colocam como prioridade para extermínio, mesmo que para isso milhões de soldados devam ser mandados de forma impiedosa aos campos de batalha onde morrerão entrincheirados em meio à podridão de lamas de preconceitos em que atolarão seus pés causando-lhes a imobilidade peculiar de quem se encontra de frente com o inominável da morte.

1.2. Uma nova guerra mundial se inicia: o combate à aids no mundo.

Com a configuração da aids como epidemia mundial e o extrapolamento de sua ação do terreno da homossexualidade, consumo de drogas injetáveis e prostituição, ao terreno das pessoas ditas “normais”, ou seja, com o reconhecimento de que a doença poderia atingir a todos indiscriminadamente, houve a necessidade de os governos reconsiderá-la como um inimigo de efeitos devastadores, capaz de aniquilação em massa.

Desta forma, o mundo se une em batalhas dolorosas e sangrentas contra os ataques deste recém surgido inimigo. Mas a humanidade se depara com uma questão primordial: com que armas combatê-la? As ciências médicas são chamadas para os campos de batalhas e as mídias já começam a considerar o início de uma sangrenta guerra, apresentando reportagens em que tratavam o combate ao vírus dentro de maneira militar. A revista *Isto É*,

em 1987, apresenta uma matéria intitulada “No front da Aids”, na qual apresenta as ciências médicas como os soldados combatentes desta moléstia mortal.

Sontag (1977) nos apresenta que tais estratégia também foram utilizadas quando o câncer esteve no lugar de vilão fatal em que a aids se encontrava:

as metáforas recorrentes nas descrições do câncer são, na verdade, extraídas não da economia, mas sim da linguagem da guerra: todo médico e todo paciente atento conhecem muito bem essa terminologia militar, mesmo que já estejam insensíveis a ela [...] Não apenas se descreva assim o decurso clínico da doença e o seu tratamento médico como também a doença em si é considerada o inimigo contra o qual a sociedade trava uma guerra” (SONTAG, 1977, p. 58-59)

No clima de guerra, em todo o mundo criam-se *fronts* de batalha dispostos a deter a doença. “Grupos de inteligências” foram montados para estudar as estratégias inimigas. Desta maneira, como nas duas Grandes Guerras Mundiais, as grandes potências novamente se reuniam, criando alianças contra o inimigo invisível comum, construindo quartéis-generais para monitorar os avanços inimigos. É dentro deste contexto que o norte americano Robert Gallo e o francês Luc Montagnier o conseguem uma vitória ao conseguirem identificar o vírus-chave do inimigo.

Em outro *front*, o Centro de Controle de Doenças de Atlanta, por meio de uma rede de 100 médicos recrutados somente para a tarefa de decifrar o código do inimigo e, assim, contê-lo, com informações recolhidas em todo o território dos Estados Unidos consegue chegar à conclusão científica que a aids não se basta no ataque somente a homossexuais, mas, principalmente os homossexuais com vida sexual promíscua, com trocas freqüentes de parceiros, com excessos sexuais. Como resultado da pesquisa, há a conclusão que para evitar o contágio é necessário, aos homossexuais, evitar um modo de vida promíscuo.

Em relação a esta metáfora de guerra no combate a uma doença, Sontag (1977) a aponta, referindo-se ao câncer, outrora igualmente estigmatizadora, argumentando que ela não é:

apenas apelos por mais empenho e mais gastos na área da pesquisa. A metáfora dá forma à visão de uma doença particularmente temida como um “outro” alienígena, tal como o inimigo é encarado nas guerras moderna; e a transformação da doença em inimigo leva inevitavelmente à atribuição de culpa ao paciente, muito embora ele continue sendo encarado como vítima. A idéia de vítima sugere inocência. E inocência, pela lógica inexorável que rege todos os termos relacionais, sugere culpa. (SONTAG, 1977, p. 85-86)

Temos que lembra que no caso da aids, não havia a culpa “simplesmente atribuída” àqueles pertencentes ao grupo de risco, mas sim uma acusação direta a estes de serem agentes portadores de armas mortais que atiravam para matar. Desta maneira, os portadores, pela natureza da doença e sua forma sexual de contágio, não eram somente os representantes do inimigo, mas sim os próprios inimigos mortais; na verdade, para além de serem considerados como portadores da morte, eram a própria morte.

Assim sendo, contrariando a idéia de Sontag acima exposta, no surgimento e avanço da aids, a idéia de vítima segundo seu exposto, não se aplicou muito à pacientes de aids. Complemento o sentido de “vítima”, apresentando que no imaginário, a idéia requer uma situação de passividade ante algo que a ataca, que a acomete. Diante do exposto, apresento que, uma vez surgida das relações homossexuais nos guetos gays dos Estados Unidos, a doença, por esta forma de contágio, não sugeria a noção de inocência vinculada à idéia de vítima enquanto sujeito passivo.

Com isso, a idéia de vítima era pouco aplicada àqueles que, de encontro à “ordem natural e judaico-cristã” do mundo ocidental, estavam um a um sucumbindo ao “castigo divino” tal qual a idéia de normalidade sexual em que “toda vez que a sexualidade desvia da finalidade primeira que a referência a animal nos mostra – união de dois órgãos sexuais diferentes para a preservação da espécie – estamos diante de um pecado contra naturam” (SALLES & CECCARELLI, 2010, p. 17). Vale observar que Sontag (1988) lembra-nos de que, etimologicamente, a palavra “paciente” significa “sofredor”. No cenário de infecção pelo HIV, podemos dizer que aqueles que portam o letal vírus eram colocados neste local por “merecimento”.

Em 1988, quando Sontag publicou o livro *AIDS e suas metáforas*, a autora chamou a atenção para as quantias inconcebíveis que foram e ainda são destinadas a paramentar o arsenal de guerra contra a doença e no tratamento dos indivíduos já acometidos por ela e os que ainda deverão contraí-la nos anos seguintes. No contexto de 23 anos atrás, a autora apresenta que tais valores eram utilizados numa estimativa de que a aids atacaria a “população em geral”, e chama a atenção para o fato de esta hipótese não ser encarada como cabível por grande parte da comunidade médica. O cenário de infecção da aids hoje, com seus números, afirma que esta parte da comunidade médica estava enganada.

Nesta mesma publicação, a autora destaca o estado de alerta que alguns países se colocaram frente à emergência de combate ao inimigo mortal. Nos Estados Unidos, e não só neste país, falava-se em estado de emergência nacional. Grandes jornais mundiais anunciavam uma catástrofe sem precedentes a aterrorizar a humanidade. Em 1987 um editorial do News

York Times anuncia “Todos nós sabemos a verdade, todos. Estamos sendo ameaçados por uma peste sem precedentes em nossa nação. Podemos fazer de conta que ela existe, ou que só existe para os outros, e levar nossas vidas como se não soubéssemos [...]”. Na França, o Governo alerta sobre a doença com um cartaz onde uma grande massa negra, semelhante a um ovni, paira sobre o País. No mesmo cartaz, a mensagem: “A França não quer morrer de AIDS” (p. 143). O mundo, de fato, sente o peso da aids.

A doença propaga-se pelo mundo todo. Em alguns lugares do mundo, torna-se uma das principais causas de morte em massa, sendo que “na África, aldeias inteiras têm sido dizimadas, extintas do mapa no rastro da epidemia” (MOREIRA, 2002, p. 9). Quanto à doença no continente africano, Sontag expõe que:

Não é verdade que a AIDS só ficou famosa porque também afeta os brancos, como afirmam com sarcasmo muitos africanos. Mas certamente é verdade que se a AIDS fosse apenas uma doença africana, ainda que matasse milhões de pessoas, pouca gente fora da África estaria se preocupando com ela. Seria uma daquelas catástrofes “naturais”, como a fome, que periodicamente devastam países pobres e superpovoados, e a respeito das quais os habitantes dos países ricos julgam não poder fazer nada. Como é um acontecimento mundial, ou seja, afeta o Ocidente – , a AIDS não é considerada apenas uma catástrofe natural: ela ganha todo um significado histórico. (Faz parte da autodefinição do Primeiro mundo - a Europa e os países não europeus – a idéia de que só aí as catástrofes fazem história e provocam transformações, enquanto nos países pobres da África e da Ásia as desgraças fazem parte de um ciclo, sendo portanto algo assim como um aspecto da natureza). (SONTAG, 1988, p. 142-143).

Um peso que a coloca na situação de redefinidora da situação de vida global e evoca campos outros de conhecimento a discursar sobre seu poder destrutivo. Em 1987, os principais centros de excelência acadêmica em áreas distintas às da saúde também se debruçam sobre este tema que tanto mobiliza o mundo moderno em uma nova guerra mundial. De Harvard, nos Estados Unidos sai a afirmação de que a epidemia talvez pudesse ser colocada, juntamente com os armamentos nucleares, como o maior perigo desta época (SONTAG, 1988).

Neste cenário, uma idéia apocalíptica é resgatada vez ou outra fazendo com que grandes pólos de conhecimentos acadêmicos divulguem dados matemáticos afirmando que a humanidade seria capaz de fazer seu recomeço, mesmo que a doença exterminasse um quarto da espécie humana (SONTAG, 1988). A população parece ir se acostumando ainda mais à idéia de destruição global, repetindo uma perspectiva à qual já foi habituada pelos armamentos nucleares.

Hoje, como nos mostra Oliveira (2006), com os avanços dos conhecimentos microbiológicos, das práticas farmacológicas e das cirurgias modernas, o arsenal científico e

tecnológico continua em uso para o completo conhecimento da doença e desenvolvimento de uma cura definitiva ou uma blindagem para proteção do organismo contra os ataques silenciosos do vírus letal, pois é necessário fortalecer de recursos os exércitos dos aliados contra esta doença uma vez que a tragédia da aids coloca-se como uma das maiores do século XX, conforme nos aponta Moreira:

Entre as tragédias a que o século XX assistiu, houve e permanece esta espécie de guerra se desenrolando, com efeito tão ou mais devastadores que as guerras tradicionais. Não apenas o número de mortos e feridos mundialmente é muito expressivo [...] como também a Aids – as representações e afetos a ela associados – tem o poder de afetar não apenas os corpos, mas também as mentes, os prazeres, os gestos amorosos, os laços familiares, as relações entre os diversos sexos. (MOREIRA, 2002, p. 10)

A metáfora militar parece a mais adequada para descrever a forma como a doença foi e ainda é encarada, provocando uma mobilização excessiva, uma representação exagerada, com grande contribuição para o triste processo de excomunhão e estigmatização do doente.

1.3. Há espões no seu quintal: o controle social

Com o surgimento da aids, reacende-se o sentimento de insuportabilidade da humanidade de se ver frente a uma ameaça de extinção ou de uma vida regrada em algumas de suas formas de gozo. Da mesma forma, a ciência médica vê seu fracasso estampado no desconhecimento, destituindo-se de sua onipotência e imprimindo mais uma marca na sociedade.

No início da década de 1980, o mundo foi tomado por uma doença mortal e pouco conhecida. A única certeza que se tinha era a de que ela era causada por contato sexual homossexual, o que fez com que fosse encarada pela sociedade como uma calamidade na qual suas vítimas eram as grandes culpadas pela ameaça mundial da doença. Assim sendo, por ser causada pela perversão sexual, torna-se mais censurada do que as estigmatizadas de outros tempos, como a lepra e a tuberculose (SONTAG, 1988).

A forma como a aids foi tratada e discutida mostra um profundo desequilíbrio entre o indivíduo e a sociedade, no qual a sociedade é concebida como o adversário do indivíduo. Metáforas de doenças são usadas para julgar a sociedade não como desequilibrada, mas como repressivas (SONTAG, 1977). Numa sociedade complexa, as doenças precisam ser

“endereçadas” a alguém, e, neste processo, os sentimentos sobre o mal são projetados numa dada enfermidade e esta, já muito enriquecida de sentido, é projetada no mundo.

Frente a uma tela de projeção de doenças superinvestidas de significados, Querolim Neto (1989), nos informa que a sociedade, ao longo do tempo, produz figuras que possam representar suas mazelas sociais. A figura do louco é, então, criada para que este represente os desvarios de nossa civilização e, para guardá-lo sob a égide da obediência e modelação de condutas, foi criado o hospício. O “aidético”, ou melhor, o estigma sobre os portadores da doença foi criado para que se lembre à sociedade sobre a intolerância e punição aos transgressores como forma de coerção social, pois “toda sociedade, ao que parece, precisa identificar uma determinada doença com o próprio mal, uma doença que torne culpadas as suas ‘vítimas’”. (SONTAG, 1977, p. 89)

Os infectados pelo vírus HIV são acometidos pela aids. A aids configura-se uma infecção e, historicamente, infecção deriva da palavra latina *inficio*, que significa tingir, manchar, descolorir, ou manchar algo no sentido tornar impróprio, estragado corrompido. De fato, uma infecção é uma poluição. Igualmente, o termo contágio também indica uma poluição, especialmente por contato direto. Desta maneira podemos destacar o elemento básico do conceito de infecção: impureza invasiva (TRONCA, 2000) que estigmatiza o portador da doença relegando-o aos últimos planos na categoria de humano.

Tronca apresenta a idéia de Goffman sobre o significado de estigma como um sinal que objetiva uma denúncia, que todos possam reconhecer e ter acesso:

Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisava que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor. Uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que deveria ser evitada, especialmente em lugares públicos. Mais tarde, na Era Cristã, dois níveis de metáforas foram acrescentados ao termo: o primeiro deles referia-se a sinais corporais da graça divina que tomavam forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo, uma alusão médica a essa alusão religiosa, referia-se a sinais corporais de distúrbio físico. Atualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém, é mais aplicado à própria desgraça do que a sua evidência corporal. Além disso, houve alterações os tipos de desgraças que causam preocupação” (GOFFMAN apud TRONCA, 2000, p. 53).

Com o exposto, o indivíduo estigmatizado é aquele que porta uma marca que o faz diferente, estranho e desviante dos demais, que foi marcado por colocar em questão, de forma implícita ou explícita a ordem de um sistema que rege o funcionamento das sociedades

complexas. Tronca (2000) chama a atenção para o fato de que ao rotular um indivíduo, este é colocado sob o controle do poder social.

No contexto da aids, temos o portador desta doença como o “eleito”, como se tem feito de tempos em tempos com outros sintomas marcados pelo estigma, na realização das ações desumanizantes da sociedade, como podemos observar no bíblico Jó, com o corpo marcado pela lepra, em uma forma de estetização de uma doença estigmatizante. Atravessando toda a história ocidental judaico-cristã e fundando a memória e história, a imagem de Jó expiando culpa atravessa os tempos ressignificando-se em algo que transcende seu significado puramente médico, adotando uma imagem de moléstia moralizadora. Nessa perspectiva, tal como a lepra de tempos passados, a aids, hoje, transfigura-se alegoricamente num padecimento com um significado primordial: portadores de aids pagam por pecados ou transgressões cometidos (SONTAG, 1977, p. 56)

Dada a natureza do grupo de infectados quando do surgimento da doença, elegeram-se inicialmente o grupo dos homossexuais, viciados em drogas injetáveis e prostitutas que pagando seus pecados por transgressões cometidas, são condensados no chamado “grupo de risco” que serviriam de figuras de expurgo para o qual a sociedade pudesse dirigir seu horror. Dessa forma, o grupo de risco foi muito útil à medida que permitiu que o meio social pudesse acreditar não está passível de infecção por este elemento de morte.

Tais grupos de risco pressupunham um perfil principal do indivíduo infectado e infectante: homossexual, sobretudo os viciados em drogas e promíscuos. Essa tentativa de elaboração de perfil de doente não se constituía novidade ante as grandes doenças estigmatizantes, pois a própria tuberculose, a sífilis e a lepra possuíam um perfil para seus enfermos.

O quadro da tuberculose era atribuído a situações geradas pela pobreza, no entanto para a aquisição da doença era vigente a idéia compartilhada por leigos e médicos de que se fazia necessária uma certa predisposição interior. A Imagem de romantismo e melancolia compunham a figura do tuberculoso da mesma forma que a imagem do insuficiente compunha a imagem do portador de câncer e o dos libidinosos e contraventores sexuais era o modelo de *persona* portadora de aids. O impressionante é que, longe de estarem restritos ao campo da superstição popular, estes fatores eram expressão do pensamento médico mais avançados em suas respectivas épocas de destaque no mundo (SONTAG, 1988). Esta autora expõe que:

A sífilis, esse outro famigerado flagelo entre as doenças do séc. XIX pelo menos não era misteriosa. Contrair sífilis era uma conseqüência previsível, a conseqüência, em geral, de fazer sexo com um portador da doença. Assim, entre todas as fantasias ornadas de culpa a

respeito da contaminação sexual vinculada à sífilis, não havia lugar para um tipo de personalidade tida como especialmente suscetível à doença (como antigamente se imaginava no caso da tuberculose e como hoje se imagina no caso do câncer). A personalidade sífilica típica era alguém que tinha a doença, e não alguém com probabilidade de contraí-la. Em seu papel de flagelo, a sífilis implicava um julgamento moral (sobre sexo fora do limite, sobre prostituição), mas não um julgamento psicológico. A tuberculose, antes tão misteriosa - como o câncer, hoje, sugeria julgamentos mais profundos, morais e psicológicos, a respeito do doente. (SONTAG, 1988, p. 35-36)

Com o advento da idéia médico-séptica de grupo de riscos a sociedade cria um limite, uma fronteira que separou todos os com saúde dos sem saúde ou com alta possibilidade de contaminação. Devemos notar que noção de “grupos de risco”, propiciou o aumento do preconceito e das discriminações dando origem ao que se pode ser descrito como uma síndrome de culpabilização e acusação, impulsionando o olhar sobre o estranho com desconfiança e temor, pois, ele sempre poderia ser aquele que poderia propagar o vírus. “O surgimento da Aids impôs, no mundo, uma quarentena mais ou menos velada, e a noção do estranho, portanto, inimigo, aplica-se agora, de forma pungente, a tudo e a todos, enquanto desconhecido ou inaceitável” (QUEROLIN NETO, p. 37). De agora em diante, seria necessário trancar as portas e janelas e fechar as cortinas, afinal o estranho poderia estar rondado os quintais.

Esta denominação de grupos de risco representa, de fato, uma saída mágica e onipotente da ciência da cura frente ao assombroso fato de não conseguir conter uma classe de doenças considerada extinta: a das doenças sem cura. Vale lembrar que o surgimento de uma doença incurável no século XX abre uma ferida narcísica no peito da ciência da cura dos corpos. Desta forma, torna-se mais fácil isolar a enfermidade em um grupo específico para se conseguir um certo acalento técnico. Corroborando esta argumentação, Lima & Moreira (2008) apontam que conforme os conhecimentos científicos foram mostrando mais sobre as formas de contágios do vírus, revelou-se a inconsistência na idéia da segregação de grupos minoritários, principalmente os homossexuais, em grupo de riscos; e que no lugar deste conceito, cabiam as “práticas de risco”. Estas autoras chamam a atenção para a insuficiência dos saberes direcionados ao combate da doença:

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

Com a retirada do centro da culpa dos grupos marginalizados a possibilidade de contágio pela doença se “democratiza” e espalhava o terror sobre toda a sociedade antes

blindada pela sua posição moral. Há um aumento no clima de terror, pois agora, talvez não adiantasse mais trancar portas e janelas e fechar cortinas, já que o espião talvez já estivesse entrado na sala de estar e comprometido suas saúdes.

Vale lembrar que a palavra “saúde”, segundo Aurélio Buarque de Holanda (1986) tem, dentre outros, o significado de “salvação”. Aos pertencentes ao ante “grupo de risco”, contraventores da moral e dos bons costumes, havia a idéia de que suas “salvações” no sentido religioso e médico estavam em risco. A toda a sociedade atingida pela possibilidade de democratização da epidemia, restava salvar sua saúde... ou saudar sua salvação.

1.4. Práticas e riscos

A mudança conceitual imposta aos grupos perigosos, orienta agora o saber constituído, também pela epidemia, para os chamados comportamentos perigosos ou práticas de risco. Francês (2011) faz uma leitura do trabalho de Sontag (2007), indicando que o tipo de relação que se estabelece entre a doença e o mal propagado por um grupo definido serve exclusivamente para reforçar a ideia da necessidade em se encontrar um culpado para as mazelas sociais, isentando moralmente a sociedade. Mesmo não se falando mais de grupos específicos responsáveis pela doença, a aids ainda está associada a comportamentos que, no imaginário social, ainda são exclusivos desses grupos.

Sendo a aids um risco a qualquer pessoa, e não mais a grupos específicos, essa alteração se dá atestando a insuficiência dos saberes científicos que se debruçavam sobre o combate a esse inimigo. Ainda assim, no imaginário social da doença, essa “noção atestou, pelo discurso médico, a condenação de práticas não aceitas, que estariam ligadas ao aumento da epidemia, pautando o controle da doença em práticas que tentariam normatizar os comportamentos e o estilo de vida da população, principalmente no que diz respeito às práticas sexuais, sem levar em consideração o aspecto mais subjetivo da sexualidade (FRANCÊS, 2011, p. 53).

1.5. Das farras momescas à câmara de gás: quarta-feira de cinzas ou o Caso Rafael.

Era a tarde de uma segunda feira de carnaval. Recebi o chamado de um enfermeiro que me pediu para conversar com um paciente “muito triste, deprimido”, como me informara. Este paciente encontrava-se internado no Terceiro Leste.

Rafael tinha 26 anos, era portador do vírus HIV há aproximadamente 10 anos, e usuário de drogas. Estava em sua quarta internação – a terceira naquele hospital. Sua contagem de CD4 era a mais baixa possível; tinha feridas na boca; problemas dermatológicos no rosto que causavam feridas e descamação da pele, como uma troca de pele, troca de máscara; e estava no final do tratamento de tuberculose.

Apresentei-me como estagiário de psicologia da UFPa e ofereci minha escuta. Ele estava deitado, emagrecido, encolhido em seu leito, imerso em seu desamparo, com o semblante triste e choroso. Convidei-o a ir ao pátio, para que sua fala tivesse mais privacidade. Não foi necessário muito tempo para que começasse a falar, em tom triste e choroso, que não deveria mais estar vivo; que seus amigos, as pessoas que ele admirava, já haviam morrido em decorrência da aids; que não tinha mais pelo que viver. Apresentava-se a mim como uma pessoa perdida entre seus fantasmas, agora mais próximos, ao seu lado, cochichando aos seus ouvidos palavras indizíveis e que ele nem conseguia ouvir, só sentir.

O que fazia e quem era aquele rapaz? Sobre a primeira pergunta que me fiz, sua resposta não poderia ser mais direta e inexata ao mesmo tempo. “Nada”, ele respondeu. Segundo ele próprio, seus últimos dias antes da internação resumiam-se a acordar para voltar a dormir. Tal qual o gênio renascentista, Rafael era artista – artista plástico, que nem vontade de trabalhar parecia haver naquela pessoa frágil que se apresentava a mim. O artista magro, descuidado, de cabelos compridos, melancólico mais parecia um poeta romântico do século XIX. Estava no fim, depois de seus amigos, agora tinha chegado sua vez, dizia ele como quem recebe uma punição sentenciada. Parecia estar se sentindo um prisioneiro condenado no corredor da morte. Que crime havia cometido? O que fazia em turma que, agora delatados, todos tinham que pagar com a vida? ... E era chagada a sua hora... Que culpa havia ali para receber sua sentença e entregar-se a ela?

Saudosista, falava-me de como era sua vida antes das internações e, também, no intervalo delas. “Uma pessoa da noite” era como se definia Alguém que sempre gostou de sair para bares e *boites* com os amigos para “encher a cara”, como dizia. Depois recolhiam-se para a casa de um deles para se drogar, para “curtir um barato”. O sexo vinha geralmente logo

depois da droga, sem proteção. Gostava das “baladas” e, sempre que se sentia mais triste, procurava o entorpecimento do álcool, da droga e do sexo para se reanimar.

“Ontem passou um bloco [de carnaval] bem animado aqui pela rua... E pensar que já dei curso de confecção de máscaras de carnaval...”, fala como quem lamenta assistir pela janela às folias momescas do qual já fora peça principal. Estava internado num hospital, em uma ala de doenças graves e a vida lhe passava coloridamente pela janela sorrindo, cantando e dançando em ritmo alegre. A única máscara que tinha era a da tristeza, que mostrava toda sua inveja contra aquela explosão de alegria que acreditava não lhe pertencer mais. Assistia a tudo através da grade do pátio do hospital. Prisioneiro da própria tristeza... Longa pausa.

Perguntei, então, em que estaria pensando. Falou que havia poucas pessoas que o visitam; que esperava que alguns amigos viessem, “mas aqui é um lugar arriscado pra pegar doença, né?” questionava lamuriosamente para retirar a culpa dos amigos. Nova pausa... “A mãe bem que poderia vir me ver...”, falava-me com o olhar vazio de quem fita o nada. Um bebê desamparado, sem mãe, sem seio que o alimentasse era quem se dirigia a mim. Sua mãe deixou a família (composta por ele, um casal de irmãos e o pai) para ir morar em um país estrangeiro e desde então o visitava de forma esporádica e breve. Esta mãe apresentou-se como peça principal em quase todas as 21 sessões que se seguiram. Sempre sendo representada, no discurso de Rafael, como uma boa mulher que de vez em quando lhe contatava por telefone, “se bem que faz um tempão que ela não me liga! Mas é assim mesmo. Tu acredita que ela já ficou quase um ano sem ligar?!” (sic). Ele indicou assim a constante de uma mãe que sempre o deixou meio de lado, “desde pequeno” (sic).

Em uma das sessões, Rafael me fala alegremente que sua mãe estava no Hospital; que tinha chegado no dia anterior e que naquele dia estaria fazendo companhia a ele. Ela chega até o pátio onde estávamos logo em seguida – devo lembrar que este não se configura um *setting* psicoterapêutico clássico, uma vez que se dá em uma enfermaria com 4 leitos, ou o pátio desta, sem a privacidade do ambiente do consultório protegido por 4 paredes –, me apresento, e peço que nos aguarde terminar a sessão. Antes porém, ela fala das mazelas do filho, de que este raramente fazia algo de bom, e que sua passagem seria breve, pois já estava com a passagem de volta comprada e que, “aconteça o que acontecer”, iria embora. Uma escuta em separado foi dada a esta senhora.

Rafael fala sobre a mãe, que “deve estar cansada disso” (sic), diz projetando seu estado de ânimo àquela que parece ter vivacidade suficiente para os dois. Melancólico, apresenta um visível desinvestimento em si: não sabia realmente quem era sua médica, como estava seu estado geral, – apenas “sabia” que iria morrer, e acreditava que aquilo não

demoraria a acontecer. Nas entrelinhas do seu discurso, falava-me sempre de uma mãe que não havia conseguido torná-lo uma pessoa capaz de cuidar de si. E narrava isso de um lugar onde não havia sido o centro do universo de sua mãe. Como nos mostra Freud (1914) a mãe deve sentir seu bebê como um ser perfeito e maravilhoso e o colocar no lugar do inatingível, lugar este que gostaria de estar. Assim nos apresenta:

A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação — ‘Sua Majestade o Bebê’, como outrora nós mesmos nos imaginávamos. A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram — o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe. (FREUD, 1914, p. 98.)

Procurei seguir na estratégia terapêutica de procurar algo em que pudesse investir vida. Perguntei, a essa altura, como era sua vida de artista plástico, buscando saber se havia, ainda, algum investimento nela. Percebi, então, um pingo de entusiasmo quando falou como trabalhava bem, expressando idéias sobre um possível ideal de ego, o que ele próprio gostaria de ser. Lento pela melancolia, sua 1ª sessão dura o dobro de tempo que o usual e as demais foram diminuindo conforme o caminhar de seu tratamento.

Nas falas dos pacientes era comum o discurso de que nunca pensavam que aquilo, a infecção pelo vírus HIV, pudesse acontecer com eles. Mesmo sabendo que, pela ausência de proteção e estilo de vida, tinham uma possibilidade grande. Agora, emagrecidos pela doenças, abandonados por alguns familiares e amigos, apresentavam-se feridos em seu narcisismo. A idéia de imortalidade antes da infecção se faz presente em seus discursos. No entanto, agora eram mortais e estavam de frente com o que denominavam de “*aquilo*”, o que não se pode nomear por se temer: a morte. Sobre a representação da morte em nosso inconsciente, Freud nos diz que:

De fato, é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade. (FREUD, 1915, p. 258).

De fato, era o que se podia observar nos casos de dependência que me foram apresentados, principalmente no Caso Rafael. Casos em que tudo se podia para que se gerasse um bem-estar momentâneo que aliviasse uma tensão ou sofrimento existentes nas pessoas por

mim ouvidas. O desamparo se fazia presente a minha frente, isso era visível com o olhar pela lente psicanalítica, afinal a psicoterapia psicanalítica inspirou-se no modelo do desamparo do bebê (FÉDIDA, 1999) e eram eles que se apresentavam a mim.

CAPÍTULO 2. Hospital: história, mitos e formas - *Em busca de um contexto institucional.*

Neste capítulo apresentarei o Hospital Universitário João de Barros Barreto, desde a sua concepção no final da década de 30, como Sanatório, passando pelas mudanças de nome ao longo de sua história, e de como esses nomes redefiniram (ou não!) sua imagem perante a sociedade paraense. Neste percurso, é importante levar em consideração toda a concepção mítica acumulada por décadas de tratamento de tuberculose. Dessa forma, tentarei apresentar esse *lugar* que a instituição ocupa no imaginário da população paraense e a necessidade de esse grande guardião da saúde, tomado como um lugar de morte, precisar ser ressimbolizado.

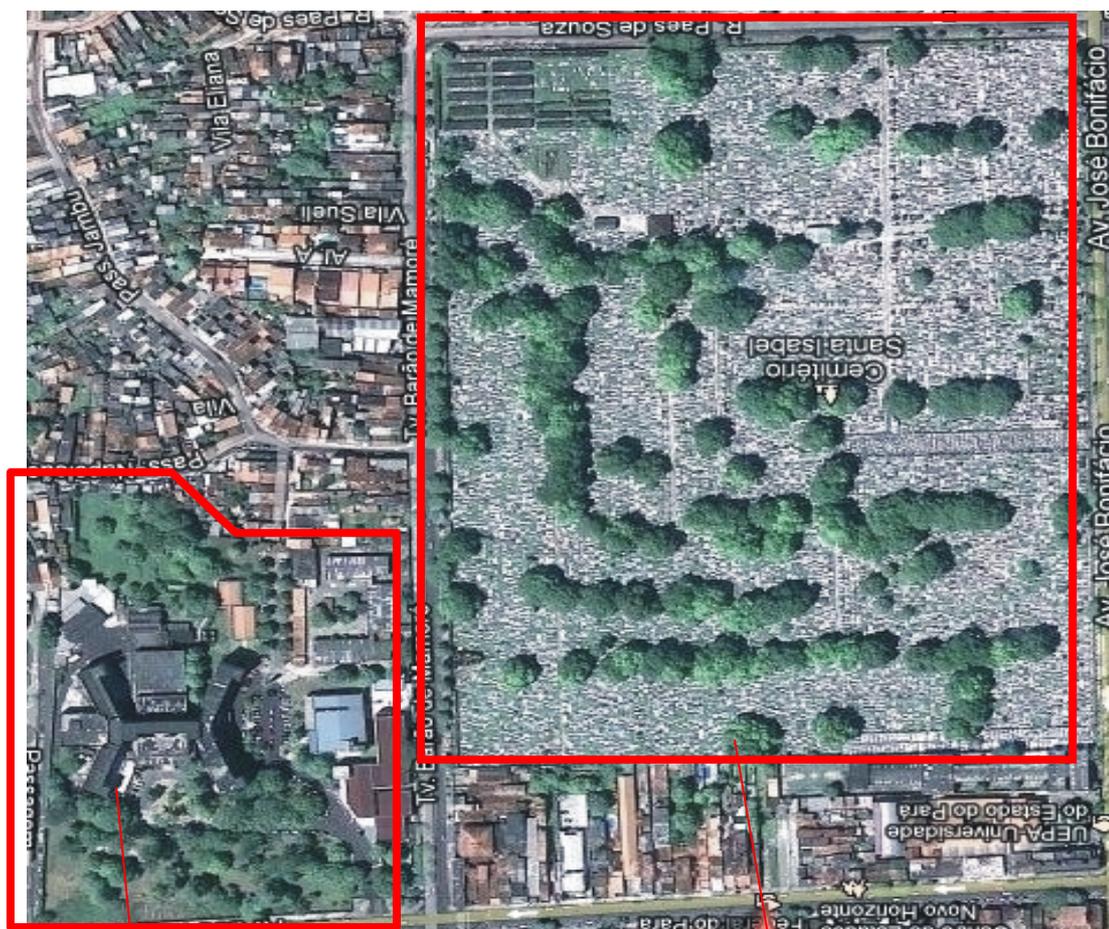


Figura 1

HUJBB

Cemitério Santa Isabel

2.1. Da pedra fundamental ao Hospital Universitário: O Grande Guardião de Concreto é erguido...

O Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) foi concebido como parte de uma ação do Departamento Nacional de Saúde que previa a construção de leitos para atendimento de pacientes portadores de tuberculose no Estado do Pará e em outras regiões do país, tendo à frente o médico sanitário João de Barros Barreto. A instituição teve sua pedra fundamental alicerçada em 1938, com o nome Sanatório de Belém, em um terreno onde já existiam dois hospitais menores: o Hospital Domingos Freire e o Hospital São Sebastião, que juntos totalizavam 139 leitos, destinados ao tratamento de pacientes portadores daquela doença. No entanto, sua construção, de fato, deu-se somente a partir de 1940, passando por paralisações na obra em um período em que o Estado do Pará contava 800 óbitos anuais em decorrência da tuberculose. Este hospital teve sua inauguração 19 anos depois, em 06 de janeiro de 1957, pelas mãos do então presidente Juscelino Kubitschek, mesmo assim sem internação de doentes. O nome foi mudado para *Sanatório João de Barros Barreto*, em homenagem ao médico idealizador, falecido um ano antes. Somente em 15 de agosto de 1959, o hospital recebeu seus primeiros 16 pacientes.

Foi por meio da portaria 249/BSB, de 12 de julho de 1976, assinada por Paulo Almeida Machado, Ministro da Saúde, que o Sanatório Barros Barreto passou a se chamar *Hospital Barros Barreto*. Sete anos depois, por meio da portaria 337, de 1º de novembro de 1983, assinada pelo então ministro da Saúde Waldir Arcoverde, em 1º de novembro de 1983, tem seu nome alterado para Hospital João de Barros Barreto. A instituição passou a se chamar Hospital Universitário João de Barros Barreto, em 1990, em função de um acordo feito entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação que firmou o Termo de Cessão de Uso com a Universidade Federal do Pará (UFPA).

Hoje, é uma instituição da UFPA, integrando o Sistema Único de Saúde (SUS) e atuante na área de ensino e pesquisa e na geração e sistematização de conhecimentos. Após ser rigorosamente avaliado por uma comissão interministerial, em 2004, o HUJBB foi certificado como Hospital de Ensino, por atender e respeitar o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Assim, o hospital passou a assegurar acompanhamento docente para alunos de 2 universidades públicas (UFPA e UEPA¹) e 2 particulares (UNAMA²

¹ Universidade do Estado do Pará.

² Universidade da Amazônia, a maior e mais importante universidade privada do Pará.

e CESUPA³), em diversos cursos, incluindo o de Psicologia. Desenvolve atividades de pesquisa; possui instalações adequadas ao ensino; dispõe de biblioteca atualizada e especializada na área da saúde; é participante ativo do Pólo de Educação Permanente em Saúde e participa das políticas prioritárias do SUS.

O HUIBB foi projetado para ser um lugar de tratamento e controle de doenças infecciosas e parasitárias no Estado. Com 17.520 metros quadrados de área construída, comporta 300 leitos, sendo 271 leitos operacionais e 29 de retaguarda. Conta, ainda, com 30 consultórios, quatro salas de cirurgia, três salas para cirurgia ambulatorial e uma Unidade de Terapia Intensiva. Cumpre com maestria a função que lhe foi destinada, sendo considerado um dos principais serviços de saúde do Estado do Pará e Região Norte e, reconhecidamente, referência regional em Pneumologia, Infectologia, Endocrinologia e Diabetes, além de ser referência nacional no tratamento de aids.

2.2. Para além de um hospital: guardião da saúde e mito escabroso.

“Vixe, Miranda! A pessoa quando chega lá [no HUIBB], é por que já está em estado de putrefação!!”

Exclamação de um amigo dirigida a mim ao saber eu estava estagiando no HUIBB.

O HUIBB é conhecido pela população paraense pelo nome de “Barros Barreto”, ou simplesmente “Barros”. Apesar de ter ampliado seu foco de atuação, é ainda presente na memória da população, sobretudo, da belenense, a fase em que a instituição destinou-se exclusivamente ao cuidado de pacientes portadores de tuberculose. Esse fato o marcou com o estigma de uma doença mítica. Afinal, no século XIX, a tuberculose era a doença dos românticos, doença do amor, do sensual, onde a febre tinha o significado do fogo da paixão (SONTAG, 2007, p. 24), havendo este mito perdido sua força no meio médico com o desenvolvimento de tratamento adequado⁴ desta enfermidade. Vale lembrar que este mito foi desfeito no âmbito do conhecimento científico, no entanto, manteve-se no imaginário popular.

Podemos falar, hoje, sobre um novo mito, uma vez que a aids, assim como a tuberculose, tem como característica o fato de ser entendida como uma doença da paixão, no

³ Centro Universitário do Pará, um dos centros de ensino superior privado mais antigos do Pará.

⁴ Tratamento realizado com descoberta da estreptomicina em 1944 e a introdução da isoanida, em 1935 (SONTAG, 2007).

entanto sendo a segunda voltada ao amor romântico e a primeira, fruto do sexo e da erogeneidade:

A febre na tuberculose era um sinal de uma chama interior: o tuberculoso é alguém “consumido” pelo ardor que leva à dissolução do corpo. O emprego de metáforas retiradas da tuberculose para descrever o amor – a imagem do amor “doente”, de uma paixão que “consome” – precede em muito o movimento romântico (SONTAG, 2007, p. 24).

Assim sendo, Sontag (2007) apresenta-nos que, como a tuberculose, a aids parece ter o poder de alimentar fantasias sinistras a respeito de uma doença que assinala vulnerabilidades individuais tanto quanto sociais. “O vírus invade o organismo, a doença (ou, na versão mais recente, o medo da doença) invade toda a sociedade” (SONTAG, 2007, p.128). Isso se dá pelo fato de que o portador de aids é um estigmatizado por sofrer um processo de “tabuização”, ou seja, passa a ser um “objeto tabu”, por carregar no corpo o peso de um sinistro que se pauta na marginalidade do pornográfico, no qual o contato possui a implicação da morte por contágio, por se estar contaminado e ser potencialmente contaminador (QUEROLIN NETO, 1989, p. 15).

Sontag (2007) expõe que tal fato se torna mais expressivo com o portador de aids porque a tuberculose é uma doença que assimila faculdades atribuídas a partes superiores e nobres do corpo: os pulmões – responsáveis pela manutenção permanente da vida; ao passo que à aids é atribuída o pecado capital da luxúria, uma vez que o contágio é dado pelas vergonhas sexuais e/ou morais. Para esta autora, a aids apresenta-se como a peste contemporânea, tal qual a lepra foi em tempos anteriores, sendo substituída por outras doenças, passando pela tuberculose. Tronca (2000) corrobora as ideias de Sontag, apresentando o fato como uma integração do ponto de vista de uma história cultural entre as duas doenças, afirmando que no imaginário social as representações construídas sobre ambas compartilham dos mesmos fundamentos, dos mesmos temores.

Como resposta a esta ameaça, a sociedade adotou uma postura bastante conhecida e historicamente utilizada nas táticas de guerra contra as pestes, principalmente as que despertam temas-tabu, como o faz a aids: o isolamento. Sobre isto, temos que:

A resposta clássica ao contágio é isolar aqueles que pegaram a doença. Isso era verdadeiro nos tempos antigos com os leprosos (continuou verdadeiro na época contemporânea) e na Idade Média com a peste bubônica. Quarentenas são utilizadas ainda hoje; a mesma prática de isolamento é observada em relação àqueles que estão de qualquer maneira sob suspeição de ser “impuros”... Esse culto do isolamento, praticado no caso de uma violação do tabu entre as sociedades primitivas, é paralelo à necessidade médica atual de submeter à quarentena aqueles suspeitos de ser portadores de uma doença contagiosa. A propósito, não

chega a ser novidade a defesa que vários governos e certos setores sociais fazem hoje de submeter a um isolamento absoluto os portadores do HIV (TRONCA, 2000, p. 55).

O autor acrescenta, ainda, que na contemporaneidade são criados lugares de prisões das doenças e dos doentes, representados não mais por hospícios e leprosários, mas por instituições tecnicamente mais sofisticadas, ainda que com a mesma função de controle, tal qual acontece em Belém, com criação do Sanatório Barros Barreto. Pinheiro (2003), ao analisar o texto foucaultiano *Vigiar e Punir*, corrobora com as proposições de Tronca apresentando que estas técnicas de controle:

se impuseram e se distribuíram nos mais diversos ambientes institucionais, entendidos como redes de relações sociais que configuram um modo de olhar, de conceber e de organizar objetos, adquirindo, em cada instituição, especificidades próprias e determinadas: escolas, instituições militares, prisões, fábricas e hospitais se especificam e se comparam nas minuciosas e cotidianas práticas adestradoras. Assim, nesses espaços, os dispositivos disciplinares se impuseram através das técnicas do controle regular, das burocracias, dos regulamentos a serem seguidos, das tarefas repetitivas a serem cumpridas, das inspeções a serem perpetradas, de tal forma que nenhum detalhe deve escapar do controle, do cálculo e da previsibilidade (PINEHIRO, 2003, p. 100)

Diante da postura mundial de controle de atos e gestos que culminou em adotar a aids como “a nova peste”, temos uma passagem no imaginário popular paraense de que o HUIBB, este grande guardião de concreto, continua sendo o lugar de prisão, isolamento e controle de corpos sociais por conta de “doenças feias” – “dessa” (a tuberculose) e da “outra”⁵ (a aids) –, doenças que portam uma carga tão assombrosa que não podem ter seus nomes pronunciados, sob pena de serem atingidos por sua maldição, pois conforme nos apresentam Oliveira e Moreira (2006), do ponto de vista da subjetividade, ainda há um medo de contágio permanente dado o histórico da instituição.

O Grande Guardião de Concreto é, então, visto como um lugar de prisioneiros de crimes hediondos, um depósito de pessoas pobres com doenças graves e sem cura, que devem ser excluídas socialmente pelo horror que tais enfermidades causam e para resguardar, da peste avassaladora, os sadios, como indica Tronca (2000) ao expor a forma de tratamento de tais enfermidades. Neste sentido, o HUIBB apresenta-se no imaginário popular, como um hospital típico do século XVII, conforme nos aponta Oliveira (2006), ao informar a característica fundamental destas instituições, que era isolar moribundos, com cuidados caritativo-assistenciais, estando ausentes as práticas médico-terapêuticas. Para Foucault:

⁵ Forma como os pacientes e acompanhantes usualmente referem-se às duas doenças.

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo (FOUCAULT, 1986, p. 101).

Há sempre uma aura de medo, temor e pavor rondando aquela fortaleza camuflada por trás de frondosas árvores e que, vista de cima, tem formato de letra “H”, que, como nos mostra Francês (2011) pode ser a letra muda da palavra “hospital”, mas que fala através de sua arquitetura sobre a função salutar à ala destinada ao tratamento de aids, uma vez que posicionada ao Leste, observa a vida nascendo todos os dias com os raios dourados do Astro Rei, e que, ao se recolher a Oeste, por trás dos muros do extenso cemitério que faz parte da paisagem vista das janelas desta instituição de saúde, lembra aos que ali estão internados sua condição de seres perecíveis.

Uma mitologia popular que faz com que haja, quase sempre, o espanto quando da comunicação do fato de que um familiar está internado. Não de um espanto por se ter alguém conhecido em tratamento de saúde em um hospital, mas por estar internado no “Barros Barreto”. “No Barros Barreto?!?!”, interrogam e exclamam muitos ao ouvirem a notícia de algum conhecido que agora foi capturado pelo grande guardião da saúde. “Ele precisou vir pra cá, porque ‘tava’ ficando perigoso pra nós, doutor. A gente nem sabe se pode visitar ele por causa dessa doença perigosa. Acho que é perigoso até da gente entrar aqui. O senhor sabe como é: aqui só tem dessas doenças feias”, “O caso dele é feio, tanto que ele veio pra cá.”, “Ele tinha que ‘vim’ justamente pra cá?! Eu não queria que ele viesse pra cá”, falam as pessoas que circundam os internados. De certa forma, a internação no Hospital expõe uma identidade do paciente que poderia ter permanecido oculta (SONTAG, 2007, p. 97).

Estas fantasias florescem no imaginário popular porque a tuberculose já foi considerada uma enfermidade diferente das outras, uma vez que já foi fatal, sendo vista como a morte em si, – posto ocupado, hoje, pela aids no cenário mundial. Neste sentido devemos observar o que nos afirma Moreira (2002) quando tece a triste equação em que aids é igual à morte.

De todo o temor que o hospital causa, é a Divisão de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), mais precisamente sua parte reservada a pessoas portadoras de HIV/aids, a que representa, no imaginário dos pacientes, a sintetização da idéia de exclusão apresentada por Sontag (2007), Querolin Neto (1989) e Tronca (2000) que se fundamenta nas idéias de Foucault (1986, 2002), onde a internação não se dá para uma cura, mas para um controle social que propicia uma morte assistida.

2.3. Os porões do confinamento ou o “Terceiro Leste”

“Senhoras e senhores, trago boas novas, eu vi a cara da morte e ela estava viva...”

Cazuza, “Boas Novas”, 1988.

A DIP é estruturada com 28 leitos, distribuídos em quarteto por 7 enfermarias, onde 20 são destinados a pacientes do sexo masculino e 8, destinados a pacientes do sexo feminino e 2 sendo leitos de isolamento em enfermarias individuais. É sempre objeto de atenção e curiosidade por parte de usuários do hospital, uma vez que parece despertar um fascínio mórbido sobre o “calabouço”: sua forma, sua cor, seu cheiro, sua temperatura. E muito mais sobre seus “prisioneiros”: quem são, qual o pecado mortal que cometeram para estar ali, se são gays, se são “drogados”⁶, se estão emagrecidos, desfigurados, com que aparência estão. Há sempre um grande interesse em saber como são as pessoas que habitam este recinto, em saber qual a cara da aids. Alguns, inclusive, levando seus filhos, amigos, e entes próximos para uma grande demonstração de o que *grande bicho-papão* pode fazer caso se comportem mal, fora dos padrões sociais. A marca da morte é o que atrai a grande atenção do público visitante e também de alguns técnicos recém-chegados ao hospital.

Se, no século XIX, a figura romântica de magreza e tristeza do tuberculoso serviu de influência para o modelo de imagem aristocrática, num momento em que a “aristocracia passava a ser, sobretudo, uma questão de imagem” (SONTAG, 2007, p. 30), o mesmo não se pode dizer da imagem de magreza e tristeza do portador de aids, já que representa as marcas dos excessos sexuais e morais, criando, assim, um novo mito para a figura da doença que causa o definhamento do corpo:

“Talvez a personagem mítica de Jó, com o corpo tomado por pústulas, seja uma das estetizações mais antigas, operadas pela linguagem, sobre a doença. Fundadora de memória e história, a imagem de Jó expiando culpas atravessa os séculos involucradas na narrativa “delirante” da Bíblia, em que as palavras se deslocam de referente real e criam alguma outra coisa, uma moléstia moralizada. Lepra e Aids, nessa perspectiva, transfiguram-se alegoricamente num padecimento com um significado primordial: leprosos e aidéticos, por exemplo, pagam por pecados ou transgressões cometidos.” (TRONCA, 2000, p. 53).

Quanto aos “pecados ou transgressões cometidos”, Sontag (2000, p. 97) argumenta que isso se repete com muitas outras doenças, onde o alcoolista é culpado por seu câncer de esôfago, o fumante, por seu câncer pulmonar, e o homossexual e/ou drogadicto é culpado por contrair aids, dados aos seus “excessos sexuais”, “perversões sexuais” e

⁶ A forma como os usuários e muitos técnicos referem-se a usuários drogadictos.

contravenções sociais. Desta forma, todos os portadores de doenças provocadas por hábitos não aceitáveis socialmente estão sendo castigados por uma vida pouco saudável e/ou imoral. Esta autora apresenta, ainda, o fato de que a transmissão sexual da aids é encarada como uma calamidade da qual a própria vítima é culpada e, por isso, mais censurada do que as outras que não têm essa forma de transmissão.

Segundo Tronca (2000) se dentro de uma sociedade há lugares sagrados, há também o seu oposto, apresentados pela literatura e pela história:

A literatura e, infelizmente, a história apresentam o tipo oposto ao lugar sagrado, que chamamos comumente de “inferno”. As prisões são tais lugares. Sejam elas “reais” ou “prisões libertárias” (Tronca, 2000, p.55).

No caso da aids, o lugar de marginal dentro do corpo social, renegado por ela, e, exatamente nas dependências do HUJBB, as prisões do “terceiro Leste”.

2.4. De novo Auschwitz⁷?

De toda a estrutura do Grande Guardião de Concreto, há escrito, no seu “manual do combatente de aids”, que todos os portadores do HIV devem ser deportados para o Terceiro Leste, mesmo que suas patologias orgânicas sejam etiologicamente causadas por motivos alheio à presença do vírus, mesmo que a contagem de CD4⁸ aponte que tal enfermidade não seja resultado da síndrome. No caso da dúvida sobre a presença da doença, lança-se mão de exame rápido, o “*determine*”, com resultado quase que instantâneo e que, como indica seu nome, determina a nova posição geográfica e social do enfermo nas dependências do hospital: se negativo, o paciente continua na ala em que estiver, como um ferido das guerras da vida; se positivo, será imediatamente transferido para o Terceiro Leste, “que é o lugar dos que tem aids”, como dizem muitos dos soldados de farda branca (a equipe de saúde, incluindo psicólogos), com assepsia militar, na manutenção da “ordem natural” do

⁷ Auschwitz II-Birkenau - campo de extermínio onde morreram aproximadamente um milhão de judeus e 19.000 ciganos.

⁸ Tipo especial de glóbulo branco que desempenha um papel importante e central no sistema imunitário do corpo humano. Um indivíduo saudável tem cerca de 500 a 1500 células CD4 por microlitro de sangue. O HIV ataca e destrói estas células. Quando esta contagem é inferior a 200 por microlitro de sangue, a defesa imunitária deixa de ser eficiente e o paciente tem que fazer o tratamento retroviral.

hospital. Passam, então, para a posição de “presos de guerra”, vestidos com uniformes verdes. Para o paciente, o exame determina se este está ou não em um corredor da morte.

Ao observar a vida – ou muitas vezes, a ausência dela – na DIP, vemos geralmente uma relação tensa entre os pacientes e todo o restante das pessoas não enfermas, incluindo-se, muitas vezes, os seus próprios acompanhantes⁹. Temos de lembrar que etimologicamente a palavra “paciente” tem origem latina e significa “aquele que espera serenamente um resultado”. Assim: “Dotado da virtude paciência [...] estaria condenado, o paciente, a suportar o sofrimento sem queixa” (FRANCÊS, 2011, p. 33).

Mas, o que esperam aquelas pessoas sentenciadas à morte pelo vírus letal? Qual fé professavam que, em discordância com as dos “cidadãos de bem”, agora teriam de pagar humilhantemente com a vida? Qual culto realizaram que lhe escrevera a marca da morte em vida? Quanto a tal marca, Querolin Neto (1989, p. 53) nos apresenta que esta inscreve o sujeito na linha do estigma, como aquele que se destacará com um sinal que o denunciará a todos sobre um ato cometido, ato este não consonante com o todo social, que ousou colocar em questão, implícita ou explicitamente, a ordem do sistema da sociedade. Sobre a condição de estigmatizado, o autor continua explicando que:

“Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisava que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor. Uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que deveria ser evitada, especialmente em lugares públicos. Mais tarde, na Era Cristã, dois níveis de metáforas foram acrescentados ao termo: o primeiro deles referia-se a sinais corporais da graça divina que tomavam forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo, uma alusão médica a essa alusão religiosa, referia-se a sinais corporais de distúrbio físico. Atualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém, é mais aplicado à própria desgraça do que a sua evidência corporal. Além disso, houve alterações dos tipos de desgraças que causam preocupação” (20, p. 11). (QUEROLIN NETO, 1989, p. 53)

Como a “desgraça” atual é personificada na figura da aids, portada pelo paciente estigmatizado, este é, muitas vezes, tratado com o rigor de um combatente de guerra capturado pelas tropas do bem. Para os “prisioneiros de guerra” do Terceiro Leste cada exame feito com resultado ainda não proferido é como a incerteza de estar sob um chuveiro e não saber se dele saíra água, que correrá pelo corpo lavando suas impurezas, ou gás, que, impedindo-os de respirar, levará à morte imediata.

⁹ O HUIBB tem como política liberar a entrada de um ente próximo do paciente muito fragilizado que se dispusesse a servir-lhe de companhia para assistência em pequenas atividades, como atividades de profilaxia e suporte de atenção ao que o mesmo necessitar.

A imagem caquética e sem cabelo de alguns pacientes andando pelos corredores com seus uniformes estilizados remete-nos a imagens vistas em branco e preto de pessoas andando por um corredor da morte, – com a cabeça raspada, para melhor acomodar o instrumento de eletrificação que os matará em um banco dos réus maldito.

Isto tudo como forma de controle da ameaça que a aids dita, como a doença que vem castigar comportamentos divergentes e de que ela ameaça os inocentes. Idéia que não se contradiz em absoluto. A aids é, então, encarada ao mesmo tempo como um castigo merecido por um grupo de “outros” vulneráveis e como uma doença que potencialmente ameaça a todos (SONTAG, 2007, p.127).

E é como um lugar de castigo que, muitas vezes, o paciente portador da aids coloca-se ou é forçosamente colocado como um estigmatizado, – da mesma forma que elegemos, de tempos em tempos, sintomas diferentes para esse papel e, carregando tal sinal, torna-se o diferente, o estranho, o desviante. Passando, assim, com seu rótulo, a ficar sob o controle do poder social (QUEROLIN NETO, 1989, 53).

É dentro deste ambiente que, conforme nos apresenta Foucault (2009), a disciplina dos corpos será sutilmente imposta aos nela internados, operando seus corpos através de um processo de instrumentalização das individualidades que permita apagar as diferenças entre os indivíduos na indiferenciação. Isso se dá devido à introdução da disciplina como agente aprisionador das subjetividades, que se infiltra nos corpos dos agentes deles participantes e se reflete no forma de relacionamento hierárquico no interior da instituição.

2.5. “Esses” e “outros”: estranhamento.

Como a resposta clássica ao contágio é o isolamento (TRONCA, 2000), o HUIBB cumpre bem sua função junto àqueles sob suspeita de ser “impuros”, aos que portam a doença fatal. Esta função é observada na forma como se dá o relacionamento entre os profissionais de saúde da instituição e os pacientes. Vale lembrar as palavras de Sontag (2007), quando afirma que a aids “é uma doença do outro: uma onda de declarações e artigos afirmando que a aids ameaça a todos é logo seguida de uma onda de artigos que garantem que a aids é uma doença ‘deles’, e não ‘nossa’”. (SONTAG, 2007, p. 141). Dentro desta perspectiva, e observando o já exposto sobre a metáfora da prisão, resta a questão: como se dá essa relação, nesse ambiente, sabendo que tais enfermos são os “grandes pervertidos” que, “por luxúria”, agora se

apresentam prestes a morrer, “armados” com um vírus letal, que a todo momento ameaça todos os pelotões do exército do Grande Guardião de Concreto, os zeladores da ordem sanitária das “terras protegidas”?

2.5.1. Do estranhamento: os de farda versus os de uniforme

“Eu procurei alguém de branco pra me ajudar, mas não vi ninguém, só tinha gente de verde, os outros pacientes”.

Extrato da fala de um paciente

Há, geralmente, uma aura de conflito no tratamento de pacientes portadores da aids. Um repúdio por se ter de tratar desses estranhos, que subvertendo a “ordem imposta”, “foram procurar a doença”. Há algo estranho no ar, algo que faz com que haja movimentações interrogativas sobre o contágio dos pacientes (“Ele fez alguma coisa de errado para estar assim. O que será?”) e/ou exclamativas (“*Ele era casado, mas tinha transado com 13 mulheres diferentes nos últimos meses! Como pode?!*”¹⁰). Como um repúdio a algo que também é reconhecido como uma possibilidade para si.

Em seu texto sobre o inquietante, Freud (1919) cunha o conceito de *Das Unheimliche* para nos apresentar a ideia sobre a movimentação psíquica sobre um fato, ato e/ou pessoa que nos afeta e, de uma certa maneira, nos movimenta psiquicamente em torno deste, inquietando- nos. Nesta ideia, o autor indica-nos que a presença de algo novo pode ser percebida como um sussurro secreto que é capturado do ar pelo nosso psiquismo que, ao mesmo tempo passa a ser entornado pela sensação de algo grandioso. Hanss (1996) refere-se ao termo como:

[...] uma sensação de inquietação mais prolongada que coloca o sujeito em estado de prontidão reativa (assemelhado ao medo, *Angst*, diante de um perigo indefinido que parece circundá-lo). Algo diverso dos fenômenos de cunho mais impressionístico, como as sensações fugidias de estranhamento, entre elas a *Entfremdung*, o *déjà vu*, etc. O *das Unheimliche* é um prenúncio inquietante da proximidade e iminência da aparição do recalcado. Por vezes, o recalcado vem mesclado a medos ancestrais e é tornado ainda mais assustador pela repetição, o que acaba por conferir à sua aparição o caráter de intencionalidade de uma trama macabra. Estas outras impressões mais passageiras (*entfremdung*, o *déjà vu*, etc) são fenômenos de menor ordem de grandeza, quase um reluzir momentâneos que, por assim dizer, escapou por um instante do recalque (HANNSS, 1996, p. 239).

¹⁰ Exclamação feita por uma médica que atende pacientes portadores de HIV/aids há pelo menos 2 décadas.

Para que num ato/sujeito tal sensação de “inquietação” seja percebida, é necessário que entrem em cena mecanismos psíquicos: por exemplo, o retorno do recalcado sob a forma do medo de aniquilamento frente ao objeto presente. Aniquilamento este que, no ambiente de hospitalar, pode ser simbolizado através contágio pelo HIV.

Para Freud (1919), em tudo que é familiar está sempre contida a idéia de ocultação. O *Unheimliche* diz respeito a um efeito de estranheza que atinge o conhecido e familiar, tornando-os motivo de ansiedade (CHNAIDERMAN, 1997). Freud (1919) sintetiza toda sua idéia de estranhamento quando empresta de Schelling sua definição, sendo “*Unheimliche* tudo aquilo que, devendo permanecer oculto, acabou se manifestando”.

2.5.2. Farda e uniforme: semelhante-próximo desigual

“*Amarás o teu próximo como a ti mesmo*”

Mateus, 22:39

Uma relação ambígua dá-se no tratamento do paciente portador de aids. Relação em que o profissional de saúde assume a função de cuidador, ora tido como seu “semelhante”. Paradoxalmente, tal relação dá-se em um outro nível, pois, para que o paciente seja visto como seu semelhante, há a necessidade de que o cuidador admita que por ser “igual” a ele, também é passível de deparar-se em práticas de risco tidas socialmente como inaceitáveis e, logo, de ser infectado pelo vírus e, conseqüentemente, morrer, descobrindo sua falsa imortalidade (FREUD, 1914).

Koltai (1998) argumenta que todo amor é narcísico e que o ser humano só pode se aceitar e se amar quando amado por outro, sendo este outro, um irmão, um semelhante – neste caso os outros profissionais de saúde, outros companheiros de farda – e como tal, para reconhecimento deste semelhante é necessário que haja o “outro” que se deve rejeitar, haja vista que “não há amor entre irmãos sem rejeição dos estrangeiros [diferentes]” (KOLTAI, 1998, p. 107). Ocasão em que o paciente portador do mortal vírus é colocado neste local,

“É sempre possível, nos ensina Freud, unir os homens uns aos outros, à condição de deixar outros tantos de fora, tanto mais que a agressividade no humano não é simples reação de defesa do indivíduo em perigo, mas está no âmago do desejo humano, instrumento e causa de prazer. Já dizia Freud que, à condição de encontrar aí algum gozo, meu próximo não terá nenhum escrúpulo em me ofender, explorar, tanto econômica quanto sexualmente, apropriar-se dos meus bens, martirizar-me e

até matar-me. E que, aliás, o mesmo faria eu em relação a ele. É possível concluir, pois, que só é possível unir os homens em grupo cada vez maiores, à condição que sobrem alguns excluídos da ciranda de amor, contra os quais se possa dirigir nossa agressividade, razão pela qual a máxima do amor ao próximo só pode ser imaginária. (KOLTAI, 1998, p. 107).

O agrupamento entre “irmãos” (iguais) faz com que haja a necessidade de identificação com um mestre, que neste caso apresenta-se como um ideal de eu em que se prima pela perfeição estética e sanitária e promove a segregação dos que se recusam a obedecer a esse mestre. Neste contexto, aqueles que desobedeceram os preceitos destas perfeições e ideário de postura moral-sexual-profilático tanto cultuado pela ordem sanitária (KOLTAI, 1998).

Com isso, temos que de um lado a aids desperta um intenso interesse nas pessoas (quem não cogita de alguma forma a aids?), e, de outro provoca grande temor:

O que está em questão é o medo do exemplo infeccioso, da tentação em imitar, ou seja, do caráter contagioso do tabu. Se uma pessoa consegue realizar o desejo recalcado, o mesmo desejo está fadado a ser despertado em todos os membros da comunidade. A fim de sofrear a tentação, o transgressor invejado tem de ser despojado dos frutos de seu empreendimento e o castigo, não raramente, proporcionará àqueles que o executam uma oportunidade de cometer o mesmo ultraje, sob a aparência de um ato de expiação”. (FREUD, 1919, p.94)

No atendimento a pacientes acometidos pela aids, instaura-se o silêncio ensurcedor em que se insere o limite da palavra, colocando o intervalo do que não pode ser dito, o inapreensível, entre a percepção e a marca mnêmica; portanto, não recalável. É o momento de origem de representação, ou do que é da ordem do irrepresentável. Trata-se do indizível da angústia do paciente reconhecida pela angústia do cuidador. Indizível que é propulsor do recalque, portanto, para além do campo das representações, mas, também, parte do campo da representação afetiva. Em condições em que a contratransferência atua na pessoa do cuidador de forma a acentuar, ou mesmo manifestar reação adversa ao enfermo, uma vez que incapaz de observar e de compreender suas próprias reações íntimas àquilo que o paciente lhe comunica (FÉDIDA, 1991).

2.5.3. *Aos estrangeiros, a segregação: o paciente de aids*

“Proletários do mundo, uni-vos!”¹¹”

O rótulo de “transgressor da ordem moral” foi de muita utilidade àqueles que encaram os portadores de aids, por conta de contraverterem a ditada ordem séptica moral. Deparou-se com um estrangeiro sexualmente desejante que habitava os calabouços de seu psiquismo, mas que foi personificado nas pessoas dos agora identificadas como “soropositivas”. Quanto a esta vivência com o outro-estrangeiro, Koltai (1998) nos afirma que:

“O que nos incomoda no outro estrangeiro é justamente seu modo particular de organizar seu gozo e, mais precisamente, o excesso que é seu. Assim pode-se acusá-lo de cantar alto demais, dançar de modo excessivamente sensual, cheirar mal, ter hábitos estranhos, trabalhar evidentemente ou mais ou menos do que deveria.” (KOLTAI, 1998, p. 110)

No entanto, temos que este mesmo estrangeiro, é parte da vida psíquica que se furtou à consciência, não havendo nada de realmente estrangeiro que tenha vindo de fora e se alojado no eu, agredindo-o; mas, apenas o composto da vida psíquica que se excluiu do total entendimento, da total vontade (FREUD, 1919), sendo este modo como se lida com esta estrangeiridade própria e interna definidora da forma de definição do outro-paciente (KOLTAI, 1998).

Tal forma de tratamento como o outro-paciente é sustentada em uma ideologia de segregação, que atravessa o tempo e se dá, quer seja por motivos étnicos/raciais, quer seja por motivos ideológicos ou de outra natureza. É nesse espaço ideológico que as nações modernas, com suas teorias de assepsia, implantam de forma veemente a idéia de separar pessoas ou grupos de pessoas – no hospital, figurado como a separação de pacientes por ala médica, fazendo, muitas vezes, com que o próprio enfermo sitie-se em si mesmo (FÉDIDA, 1991).

¹¹ Lema do “Manifesto Comunista”, publicado em 1848, de autoria de Karl Marx e Friedrich; convocando a união de grupos de trabalhadores assalariados para se unirem em combate aos ricos empresários, como a ordem atual de união dos sadios contra as doenças, ou mesmo contra os doentes.

2.5.4. *Aids e pacientes: outro corpo, outra vida*

*“Me olho no espelho e não sou eu que apareço no reflexo.
Outro dia eu sonhei que eu me olhava no espelho e ele se quebrava todo”.*

Relato de paciente com aids internada na DIP para tratamento de aids.

O desenvolvimento da aids no organismo insere o paciente em uma nova forma de lidar com o corpo: corpo medicalizado pela farmacopéia; corpo “higienizado” em práticas sociais assépticas; corpo fisicamente modificado pela devastação biológica; corpo modificado por práticas e saberes agora impostos por várias ordens; corpo hospedeiro de um agente mortífero; corpo uniformizado por um símbolo estigmatizado.

Diante disto, o estranhamento causado pelas modificações de naturezas variadas propiciadas ao novo corpo, agora confere ao seu habitante a relação de inquilinato em que este ora o reconhece enquanto seu, ora o desconhece, repudiando-o em reivindicação ao corpo saudável que outrora lhe pertencera.

Desta forma, o estranhamento provocado pelo ato de olhar-se no espelho e visualizar uma imagem outra que não a anterior, isenta de tal símbolo mortal, resguarda uma repulsa, tida como resíduo de reação arcaica perante a aparição de um duplo de si (CESAROTTO, 1996). Duplo que se reconhece com dificuldade ou mesmo se recusa em fazê-lo. Por esta ótica, isto que seria o mais familiar e conhecido, sua própria imagem, torna-se estranho.

Freud (1919), ao tratar o *Das Unheimliche*, orienta para o fato de o que se torna mais estranho para nossa percepção é o que é mais familiar em um não reconhecimento. Segue afirmando que o que mais nos atormenta em relação a este duplo, aponta que “não é nada de novo nem ou alheio, porém algo é algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta atreves do processo de repressão” (FREUD, 1919, p. 301).

Segundo CHNAIDERMAN (1997), para o paciente, este estranhamento ao familiar dá-se por conta de um desamparo em relação à segurança que a certeza sobre a representação consciente de seu corpo, dentro de uma temporalidade, assegurava. No entanto, é justamente uma perda de noção de temporalidade, de realidade, de passado e futuro que o *Unheimliche* traz consigo:

Na experiência do “estranhamente familiar” o mundo objetivo desaparece, o objeto cai, desaba. Surge a angústia enquanto representante pulsional afetivo indeterminado. Angústia que tem a ver com o traumático da constituição do sujeito, a sempre repetida experiência do trauma do nascimento. Um abalo sísmico sem possibilidade de ser significado, momento mítico, testemunha da violência primária.

O excesso pulsional deixa o sujeito à deriva. Tombamos no mundo de puras intensidades, campo de afeto não verbalizável. (CHNAIDERMAN, 1997, p. 226).

Para os pacientes, que têm sua vida abruptamente modificada pelo estigma da morte, como forma deste abalo sísmico, este encontro com um duplo de si torna-se mais assustador por apresentar-se não somente com elementos inconscientes selado pelo recalque estruturante (KOLTAI, 2002), mas com elementos conscientes representativos de sua finitude, que depõe contra a representação inconsciente de imortalidade (Freud, 1914).

A idéia do estranho presente em nossas percepções, e não apenas na percepção dos pacientes, traz-nos o fato de que o estranho é algo que nos constitui; faz-nos perceber fatos e atos com a repulsa impelida a um estrangeiro desconhecido e, muitas vezes desagradável, que tem que ser banido. No entanto há a necessidade de nos familiarizarmos com o estrangeiro em nós mesmos para que, assim, possamos modificar nossa relação com o outro (KOLTAI, 2002). Para isso, faz-se necessário trabalho analítico que possibilite tal aproximação, para que, então, possamos modificar nossa relação singular com o outro e abandonarmos a eterna perseguição ao que nos soa externamente diferente.

2.6. Uma nova arma de guerra: a entrada do saber “Psi” no hospital

Durante séculos, a atenção psicológica aos enfermos confundiu-se com a atenção religiosa. O acompanhamento em clínicas e hospitais era realizado, principalmente, por freiras. No Brasil, esse modelo de assistência ganhou especial destaque no trabalho missionário de Amábile Lúcia Visitrainer (1865-1942), mais conhecida como Madre Paulina, a primeira santa brasileira. Mais do que rezar, ela ouvia os doentes e lhes restituía a esperança. No entanto, é com Mathilde Neder que em 1954 inicia-se a prática da psicologia no ambiente hospitalar do Hospital de Clínicas de São Paulo. Hoje presenciamos uma ampliação da rede hospitalar e, nela, a inclusão do psicólogo.

Nesse panorama, a inclusão da Psicologia nas equipes hospitalares pode favorecer mudanças de paradigmas biomédicos rígidos e mecanicistas à medida em que:

Assinala a necessidade de que seja produzida uma relativização do saber médico, posto que indica que diferentes estratos sociais utilizam diferentes grades de interpretação para a doença física (tornando a procura por diferentes alternativas de tratamento justificável), cabendo ao profissional de saúde reconhecer que seu ponto de vista é apenas um entre os

vários possíveis no entendimento desse fenômeno – o adoecer – e que o seu modelo de tratamento, ao ser culturalmente produzido, não deve ser tomado como absoluto, verdadeiro e universal (PINHEIRO, 2003, p. 86)

Com isso, permite-se o fortalecimento de práticas interdisciplinares ou multidisciplinares, já que sabemos que é real o fato de que “O discurso médico ainda assujeita amplos setores sociais e atua sobre a vida das pessoas” (FOUCAULT, 1986), o que faz com que se veja o paciente por uma ótica única biológica. No entanto, Birman (2005) nos apresenta a idéia de que:

Os diversos recursos das ciências naturais são irrefutavelmente fundamentais para a investigação e as práticas sanitárias de saúde. Mas possuem alcance limitado, pois a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico. Por isso, a constituição do discurso teórico da Saúde Coletiva, com a introdução das Ciências Humanas no campo da Saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólicas, éticas e políticas, de forma a relativizar o discurso biológico. (BIRMAN, 2005, p. 13)

Nestes locais de tratamento de saúde, expõe-se uma face muito real da fragilidade humana. Não de uma fragilidade corpórea, mas também psíquica, que amedronta, mesmo sem que se saiba. É nesse espaço, mas não somente nele, que se dá a atuação do psicólogo. Quanto a isso, é importante frisar que a idéia de que a psicologia só é convocada para solucionar os chamados “problemas psicológicos” ainda persiste e deve ser desconstruída para que se possa expandir a sua forma de atuação mais ampla como na própria construção de políticas públicas de atenção social e de humanização das práticas em hospitais gerais.

Com isso, destaco a idéia de Nunes (2005) ao expor que, em relação às práticas em saúde, estas devem ser pautadas e fundamentadas na interdisciplinaridade como possibilitadora da construção de um conhecimento ampliado da saúde, no qual continuam presentes os desafios de trabalhar com as dimensões qualitativas e quantitativas, objetivas e subjetivas, ou seja, o desafio de enxergar a pessoa do enfermo e não apenas sua doença.

Sobre esta forma de a instituição fazer esta visualização interna, Amaral & Vilhena (2002) indicam a ação de conflitos permanentes dado à sobreposição de malhas de conhecimentos diferentes, com arcabouços, código de operação, proposta de ação e de poder próprios sobre a vida do interno. Muitas vezes, não deixando espaço adequado para uma ação planejada pelo saber da psicanálise – fato este constante. Assim, os conhecimentos “psi” podem ser à construção de uma nova forma de ação à medida que pode oferecer, como nos apresentam Valentim & Mattos (1999), articulações entre a dimensão psíquica do sujeito com algo que se inscreve em seu corpo, oferecendo um trabalho de escuta que permita, se for

necessário, concorrer para o reposicionamento do sujeito frente a questões que o interpelam de maneira decisiva.

Sobre este trabalho de escuta, Moreira & Pamplona (2006) orientam que Freud já havia expressado seu desejo de uso da psicanálise para atingir as massas populacionais. Estas autoras nos apontam a afirmação de Freud sobre o assunto em uma comunicação no V Congresso Internacional de Psicanálise, realizado em Budapeste, à época do término da primeira grande guerra:

Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave. Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência analítica quanto tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados profissionais analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres (FREUD, 1919, p. 209-210).

Seguindo estes prenúncios de trabalho, seguimos com o serviço de psicologia no HUIBB, de onde resultam estudos para o desenvolvimento de novos dispositivos para tratamento de populações de baixa renda, com a finalidade de evitar o que Vilhena (1993, 2000, *apud* MOREIRA, 2006b) denomina de “apartheid clínico”, situação em que alguns psicanalistas tentam colocar as populações de baixa renda por questionarem a viabilidade da psicanálise para tais grupos.

2.7. A Psicologia no Grande Guardião de Concreto

O serviço de psicologia ainda está em consolidação no HUIBB, contando, quando da minha atuação no hospital, com uma equipe de 5 psicólogos, sendo 1 destes, destinados à área da DIP; havendo ainda o suporte dado por 30 alunos, correspondentes a 3 turmas de psicologia, provenientes da UFPA e da UNAMA, no formato de estágio curricular com duração de 1 ano letivo, com atendimento realizados por estes alunos 3 vezes por semana,

com duração individual de 30 minutos. O hospital ainda conta com o 2 psicólogos participantes do Programa de Aperfeiçoamento Profissional em Saúde (PROAPS), programa com duração de 1 ano.

Este serviço visa ao atendimento psicológico para prover avaliação psicológica e/ou psicoterapia a pacientes do ambulatório e das enfermarias do hospital, mediante solicitação da equipe de saúde e/ou de outros; minimizar os aspectos ansiogênicos e/ou depressivos, inerentes ao processo de hospitalização, através de atendimento psicológico aos pacientes internados e seus familiares; desenvolver atividades dialógicas, informativas e formativas utilizando recursos teórico-metodológicos de análise institucional, processos grupais e de comunicação junto às equipes multiprofissionais e ONGs atuantes no HUIBB; contribuir com a equipe de saúde nas ações de humanização da assistência prestada aos usuários e apoiar tecnicamente as atividades vinculadas aos estágios supervisionados em Psicologia, momento em que a instituição reedita um modelo de ensino surgido com a entrada do médico no hospital e da sua atuação na cura de enfermidades, com nos apresenta Foucault:

O exame dos casos, sua exposição detalhada, sua relação com uma explicação possível é uma tradição muito antiga na experiência médica; a organização da clínica não é, portanto, correlata à descoberta do fato individual na medicina; as inúmeras complicações de casos, redigidas a partir do Renascimento, bastam para provocá-lo. Por outro lado, a necessidade de um ensino através da prática também era amplamente reconhecida: a visita aos hospitais pelos aprendizes de médico era uma prática aceita; e ocorria que entre eles alguns completassem sua formação em um hospital em que viviam e exerciam a profissão sob a direção de um médico (FOUCAULT, 2003, pp. 64-65).

O trabalho do serviço de Psicologia na DIP é realizado em três frentes: com pacientes internados, ambulatorial e atendimento psicoterápico em grupo para acompanhantes de pacientes. O atendimento psicológico é realizado a partir da demanda que pode ser levantada de diversas maneiras: os leitos da DIP são divididos para o número de profissionais de psicologia, que se encarregam de realizar a visita técnica sempre que da admissão de um novo paciente, ocasião em que se apresenta e oferece o serviço de psicologia; por solicitação de um profissional da equipe de saúde, em ficha própria, por solicitação verbal do acompanhante do admitido ou do acompanhante de outros doentes, por solicitação direta ou indireta do próprio paciente, que geralmente é feita quando do atendimento de outro interno da mesma enfermaria; ou por solicitação verbal de qualquer outra pessoa.

Toda e qualquer solicitação é considerada pelo serviço de psicologia do HUIBB que, assistindo ao paciente, avalia a continuidade ou não do tratamento psicológico. Diferentemente do espaço da clínica privada, como bem expõem Pinheiro (2003), o serviço do psicólogo não tem a natureza sigilosa em relação à equipe de saúde quanto ao que se refere

à frequência das sessões, uma vez que a regra da instituição determina que todo atendimento precisa ser “evoluído” (anotado) no prontuário do paciente.

Observa-se que é comum, durante o atendimento no leito, alguns pacientes perceberem o serviço de psicologia também como uma espécie de “serviço de ouvidoria” ao qual expõem suas reclamações em relação à forma de tratamento e comunicação da equipe de saúde, haja vista sua linguagem técnica que, muitas vezes se torna incompreensível aos seus ouvidos, os que os leva à constante tentativa de nos colocar no local de interprete e/ou intermediador para obtenção de sua alta hospitalar e de alguns privilégios. Tenho que lembrar que a clientela do hospital provém de lugares variados do Estado, com costumes, crenças, vocabulário e culturas geralmente distintos aos dos profissionais de saúde do hospital o que torna a comunicação técnica não tão clara, fato este também constatado por Pinheiro (oc. cit.) em seu estudo realizado no Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG).

Constitui regra do serviço de psicologia a manutenção de um mesmo psicólogo no atendimento de um paciente caso ocorra reinternação, considerando-se a manutenção de dispositivos da clínica psicanalítica, como a transferência. É notado, no entanto, que em muitos casos, devido o atendimento ter sido realizado por estagiário, que não se encontra mais no hospital, o paciente passa a ser atendido por outro psicólogo, não sendo de estranhamento por parte daquele, uma vez que faz parte da dinâmica do hospital o fato de o seu atendimento ser realizado por diferentes médicos, de acordo com o turno do dia, o que corrobora com o estudo de Pinheiro (op. cit.) que aponta para o fato de que muitas vezes a transferência é feita com a instituição, e não com o psicólogo, como na clínica privada, como relata um dos entrevistado no estudo de Pinheiro:

“Os pacientes aqui (no hospital) não vêm me procurar. Eles vêm pro hospital, para a seção de psicologia do hospital e não importa quem vai atende-lo, porque o vínculo aqui é com a instituição. Você até tem que fazer um vínculo com seu paciente, mas aqui o vínculo é com a instituição.” (PINHEIRO, 2033, p. 133)

A falta de privacidade para atendimento também é uma realidade encontrada – uma vez que a enfermaria é composta por 4 leitos –, já que o atendimento é constantemente permeado por interrupção, quer seja pela equipe de saúde, para a administração de medicamentos e cuidados; quer seja por outros enfermos, que ouvem a fala do paciente e, com alguma frequência, a complementa (“na verdade, o que ele quer dizer é outra coisa, doutor” – como exemplo de fala complementar à de um paciente atendido no leito feito por seu colega

de enfermagem). Por conta disto, sempre que possível, o paciente é convidado a ir ao pátio da enfermagem para que sua fala tenha um pouco mais de privacidade.

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

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

Quanto ao ambulatório, os atendidos, em sua maioria, são realizados com pacientes que passaram por internação no hospital e que expressam desejo de continuar em psicoterapia. Diferentemente do modelo apresentado no estudo de Pinheiro (op. cit.), em que há um número pré-definido de sessões para atendimento do paciente, este serviço no HUIBB não estipula um limite para que transcorra tal tratamento. No entanto, a experiência do espaço físico sem boa vedação acústica é semelhante à da autora, o que faz com que haja um permanente conhecimento de que o seu discurso não é ouvido somente pelo psicoterapeuta presente com ele no consultório, o que faz que o paciente faça rearranjos durante a sessão, como baixar o tom de voz ou mesmo omitir algo que intenciona expor, mas que não o faz pela presença de outros internos.

Nos atendimentos a pacientes internados no HUIBB, o profissional enfrenta o cheiro da doença, ouve os gritos mais profundos da dor e, muitas vezes, do desespero humano. O desnudamento do corpo e as fraquezas se apresentam contra a autorização do sujeito. Nesse caso, o assujeitamento do paciente demanda um lugar de acolhimento (FRANCÊS, 2011, p. 30), haja vista sua situação de desamparo dado pela situação de afastamento da família e do trabalho e o preconceito social que é gerado pelo fato de ser enfermo de aids no hospital, fatos que podem atuar na geração de conflitos psíquicos capazes de finalizarem no desenvolvimento de mecanismos de defesas gerados pelo paciente, como o da negação e da recusa ao tratamento (MOREIRA, 2006). Desta forma, a escuta analítica torna-se fundamental à criação de um espaço transitório acolhedor dos conflitos destes internos.

Nesta configuração dá-se o serviço de psicologia no HUIBB, com muitos entraves ao andamento clássico do processo psicoterápico, situação que nos faz trabalhar na construção

de novos dispositivos clínicos para o fazer psicoterapêutico com populações de baixa renda, levando-se em consideração a subjetividade como constituidora do sujeito e não fatores sociais (VILHENA, 2003).

Santos e Vilhena (2000) defendem uma redescrição da clínica ao se referir à criação de outras versões da clínica ao buscar dispositivos que dêem conta das diversas situações, diferentemente do que se percebe nos consultórios particulares. Como os atendimentos psicológicos relatados nessa dissertação ocorreram nas dependências das enfermarias do HUIBB, é preciso levar em conta os inúmeros entraves que se colocavam, pois:

Do ponto de vista do atendimento psicoterápico em instituição hospitalar, há muitas questões que se colocam, desde as práticas em equipe interdisciplinar, passando pelo atendimento aos familiares, até aquelas que dizem respeito ao enquadramento dificultado por falta de espaço físico adequado e pela impossibilidade de locomoção do paciente para atendimento fora do leito (MOREIRA, 2002, p. 19).

Além dos problemas estruturais, há ainda todo esse mito criado sobre a doença, que coloca o sujeito num lugar de isolamento e preconceito. Quando se trabalha pela construção de dispositivos analíticos em hospital geral, busca-se criar condições para sustentar a realização de abordagem psicanalítica aos pacientes usuários do SUS (MOREIRA & PAMPLONA, 2006). Dessa forma, o compromisso do psicanalista para com o progresso de campo de saber da Psicanálise volta-se exatamente para aquilo que difere e desafia o método instituído (SANTOS E VILHENA, 2000).

CAPÍTULO 3. Perdidos e desconstruídos

Neste capítulo, abordarei a questão do desamparo, sobretudo pautada na concepção freudiana de condição original da condição humana no mundo (FREUD, 1914). Em seguida adentro ao tema da falta, pautado na teoria winnicottiana de relação com o objeto, destacando a falha na internalização do que Winnicott denomina de “mãe suficientemente boa” e na noção de objetos transitórios deste autor. Com isto, utilizo as idéias de Joyce McDougall, que trabalha com uma concepção de “adicação” que se traduz pela dependência a um objeto externo ao ego, dado à incapacidade de o sujeito encontrar em seu próprio ego o apoio para alívio de tensões psíquicas que, se tornando insuportáveis, leva-os ao consumo de objetos tóxicos ou não tóxicos, ou mesmo atos de paixão.

3.1. Para onde ir e o que buscar: o desamparo

Em locais como o HUIBB, podemos observar uma face muito presente do desamparo humano. Essa condição de insuficiência do qual falou Freud, parece conduzir o paciente de volta no tempo. É como o trabalho terapêutico da psicologia se desse com crianças. É a uma criança que se atende no hospital. Uma criança desamparada.

O desamparo aparece na obra freudiana como uma incapacidade objetiva do recém-nascido em satisfazer as exigências das necessidades vitais. Em 1895, Freud apresenta o desamparo como a insuficiência da criança em realizar uma ação específica que desse conta das tensões exercidas pelas necessidades de auto-conservação, obrigando-a a uma dependência em relação ao outro adulto:

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica, ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna [...] (FREUD, 1895, p. 370).

Apesar de argumentar sobre esse estado objetivo de impotência, Freud dá ênfase neurológica ao aparelho psíquico. Por outro lado, apresenta a idéia do desamparo inicial como um despreparo do organismo aos estímulos externos, que coloca o bebê em condições de dependência dos cuidados do outro. Para Menezes (2008), o exame das idéias de Freud em

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

Mais tarde, em *O Ego e o Id* (1923), Freud estabelece uma nova elaboração do aparelho psíquico, principalmente em função dos conceitos de narcisismo e pulsão de morte. Dessa forma, apresenta o ego como uma organização especial, diferenciada a partir do id, em contato com a realidade externa e, ao mesmo tempo, como produto de identificações que levam à formação, no interior do indivíduo, de um objeto de amor investido pelo id. Como consequência dessa noção de ego, há uma distinção mais clara deste com o corpo. Ainda nesse texto, o desamparo é apresentado como um dos fatores na origem do superego, reforçando a importância do desamparo na constituição dos ideais e do psiquismo.

Três anos mais tarde, em *Inibição, sintoma e ansiedade*, Freud pressupõe que a perda do objeto de amor corresponderia ao maior dos perigos, quando um sentimento de abandono se faria presente como desamparo. Dessa forma, um desafio se estabelece: enfrentar o desamparo é fundamental para o desenvolvimento infantil (Freud, 1926, p. 192), já que o estado de infância corresponde ao desamparo motor e psíquico, assim como a maneira pela qual a função materna é exercida será determinante na constituição dos alicerces do funcionamento do aparelho psíquico.

Em “O futuro de uma ilusão”, Freud (1927) apresenta o desamparo com algo que acompanha o homem durante toda a sua existência. Indica, ainda nesse texto, a desagradável suspeita de que o desamparo da raça humana não poderia ser remediado. A civilização surge da necessidade em se reunir para lutar contra os perigos advindos da natureza que ameaça a espécie humana. Não se pode, entretanto, alimentar a ilusão de que a natureza foi vencida; ao contrário, existem elementos que fogem ao controle humano e que desfazem a fantasia da onipotência narcísica:

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

Dessa forma, não se pode pensar, na obra freudiana, o desamparo apenas como estado inicial afetivo. Para Pereira (2008), parece haver uma evolução ante a questão do

desamparo, tirando-o de uma simples ideia accidental em relação ao evento traumático, indicando para além de uma simples regressão a um estado infantil do desenvolvimento, em que a criança, incapaz diante da *natureza*, necessitaria de um outro adulto que a protegesse; para além de encontrá-lo nas figuras aterrorizantes do superego; para conferir ao desamparo *de dimensão fundamental da vida psíquica que indica as condições e as possibilidades do próprio processo de simbolização* (p. 127).

Mesmo que a referencia ao desamparo objetivo infantil não tenha sido abandonada por Freud, o estatuto do desamparo parece mudar a ponto de que não seja a “impotência psicomotora do bebê a última palavra a ser dita sobre a angústia, mas o protótipo do desamparo fundamental sobre o qual se desenrola tudo o que diz respeito à linguagem e ao processo de simbolização” (Pereira, 2008, p. 131). O autor indica que não se pode esgotar o desamparo associando-o exclusivamente a esse estado de insuficiência da criança, muito menos a uma condição accidental do funcionamento psíquico. Ele prefere estabelecer que o estatuto do desamparo na obra freudiana é da ordem de uma noção (mesmo que não totalmente formalizada), muito mais do que um conceito. O desamparo parece trilhar no percurso da obra psicanalítica um caminho que leva para o horizonte da própria existência humana e do funcionamento psíquico.

Essa condição acomete alguns pacientes que, devido a sua forma de subjetividade, apresentam-se com uma baixa auto-estima, com um pesar melancólico e que, paradoxalmente, na ânsia de se manterem psiquicamente vivos, acabam por trilhar caminhos destrutivos, submetendo-se a dependências diversas, sem, no entanto, dar-se conta de seu estado de escravidão do objeto nocivo, ou mesmo mortífero, em que faz seu investimento libidinal.

3.2. Sobre a adicção

*“Estou hoje dividido entre a lealdade que devo
À Tabacaria do outro lado da rua, como coisa real por fora,
E à sensação de que tudo é sonho, como coisa real por dentro”*

Fernando Pessoa, *Tabacaria*, 1928

*“Deixe-me ser a sombra da tua sombra
A sombra da tua mão
A sombra do teu cachorro
[mas] Não me deixe
Não me deixe
Não me deixe.”*

Jacques Brel, *Ne me quitte pas*, 1959

Em quadros clínicos em que houve a infecção pelo vírus HIV em pacientes internados no HUIBB, chamou-me a atenção não só o fato de que alguns pacientes eram dependentes de drogas, mas também de outros que eram dependentes de objetos não-tóxicos, a pessoas ou mesmo a comportamentos diversos. Assim, temos a toxicomania como uma categoria de dependentes. Segundo Bento (2006), o termo toxicomania tem seu prefixo “tóxico” com origem na antiguidade, uma vez que se refere às flechas envenenadas usadas por povos bárbaros que desapareceram no século II, o que marca a utilização de “tóxico” bem antes de seu uso médico, historicamente presente apenas no final do século XIX:

Enquanto que o uso de ‘tóxico’ remonta à Antiguidade, é apenas por volta do final do século XIX que aparece a noção de ‘toxicomania’, tal como ela é concebida atualmente como associada à imagem de um flagelo social, à idéia de doença e ao domínio médico. Mais precisamente, esta noção de toxicomania como flagelo social e doença produzida por dependência e por abuso de droga aparece pela primeira vez em 1875 com o alemão Édouard Levinstein, sob o nome de morfíomania (BENTO, 2006, p. 16).

Em trabalho anterior, Joyce McDougall (1992) chamou atenção à limitação deste termo, de origem anglo-saxã, ressaltando seu direcionamento à dependência de um objeto tóxico, assinalando sua insuficiência para os casos em que haveria dependência sem este objeto. Desta forma, esta autora, com uma leitura psicanalítica, vai buscar um referente ao termo na origem latina. Optou, então, por utilizar o termo “Adicção”, em sua leitura das dependências por ser mais abrangente (devido sua etimologia), tendo substância para ampliar a figura do “dependente ao tóxico” proposta pela toxicomania.

Sobre o termo “adicto”, o Novo Dicionário da Língua Portuguesa, de Aurélio Buarque de Holanda (1986) registra: “Adicto. [Do lat. Addictu.] Adj. 1. Afeiçoado, dedicado,

apegado. 2. Adjunto, adstrito, dependente.” (HOLANDA, 1986). Complementando esta definição, Gurfinkel (1996), acrescenta que tal termo remonta aos tempos da República Romana, “sendo ‘adictu’, o particípio passado do verbo ‘addico’, que por sua vez deriva de ‘addicere’ (GURFINKEL, 1996, p.109), cujo significado é o de o homem que, não possuindo recursos para pagar uma dívida contraída, torna-se escravo de seu credor. Neste termo, temos então que a palavra “adicto” tem o significado daquele que está na posição de escravidão, já que “a adicção é a tomada para si, pelo credor, da pessoa devedora, que por ele era assujeitada” (NUNES, 2010, p. 20).

O termo em questão é usualmente utilizado em casos de pessoas que são dependentes de drogas tóxicas, não contemplando os casos em que ocorre uma dependência outra que não a estes objetos; sendo, assim, esta definição mostra-se insuficiente para os casos em que a dependência dava-se a um objeto não-tóxico. Como nos apresenta Fenichel (1981) o conceito de toxicomania não contempla a idéia de uma “adicção sem drogas”, destacando a questão da “necessidade absoluta” na relação com o objeto.

A respeito de uma adicção sem drogas, McDougall (1992) nos apresenta a forma de subjetivação adicta, que coloca o sujeito na condição de dependente de um objeto externo ao seu eu. Para esta autora, o termo se expande na ampliação de seu objeto:

A etimologia de adicção refere-se a um estado de escravidão. Embora o adicto possa sentir-se escravizado ao fumo, ao álcool, à comida, aos narcóticos, a drogas psiquiátricas ou a outras pessoas, isso está longe de ser a finalidade da busca adictiva. Ao contrário, o objeto de adicção é vivenciado como essencialmente “bom”; algumas vezes, chega mesmo a tornar-se a única busca que é sentida como dando significação à vida do indivíduo. A economia psíquica subjacente ao comportamento adictivo tem a intenção de dissipar sentimentos de angústia, raiva, culpa, depressão ou qualquer outro estado afetivo que dê origem a uma tensão psíquica insuportável (MCDUGALL, 1992, p. 13).

Esta visão do termo “adicção” é também utilizada por Postigo (2010) que aborda o termo não apenas como o referente a uma dependência de natureza psíquica relacionada somente a objetos tóxicos e suas conseqüência físico-química. Para esta autora:

[...] o modo de relacionamento adictivo pode assumir muitas formas, visto que o objeto da adicção pode se referir a um objeto tóxico (álcool, drogas), a um objeto atóxico (comida, jogo), a uma forma de relacionamento com uma determinada atividade, a um modo de relação com uma pessoa etc., adotando, enfim, as mais variadas configurações. É a sujeição ao objeto que ganha ênfase em nossa abordagem da adicção e, conseqüentemente, os aspectos envolvidos nessa relação (POSTIGO, 2010, p. 23).

Para escapar de situações de desconforto ou mesmo dolorosa, todos nós tendemos a comer, beber ou fumar de mais ou a comportamentos que nos levam a aventuras fugazes; tudo como uma forma de alívio de uma tensão e desconforto que a princípio não conseguimos controlar. No entanto é diferenciado o fato de que algumas pessoas recorram a essas formas de alívio de tensão em circunstâncias que não caracterizam uma dependência a este objeto do fato de que outras, por sua fragilidade de equilíbrio psíquico, se tornam dependentes psiquicamente vitais de tais objetos, numa “relação adictiva” (MCDOUGALL, 1997).

Silveira Filho (1995), apoia-se na idéia de McDougall ao fazer a distinção entre a forma recreativa de uso de um objeto/ato, como a droga, da forma de uso dentro do modelo de dependência a este objeto. Apresenta a ideia de que, na grande maioria das vezes, os objetos são buscados como fonte de prazer e descarga de tensões, não sendo, necessariamente objetos adictivos. No entanto, o sujeito adicto é um indivíduo para quem este objeto passou a ocupar o lugar central na sua organização psíquica, uma vez que o prazer resultante de seu consumo ocupa lugar de grande importância por ser a única alternativa à alteração de uma realidade objetiva ou subjetiva insuportável, fazendo-o indispensável ao seu funcionamento psíquico, não podendo, portanto, prescindir ao uso do objeto/ato, já que não se está em questão o “desejo de consumi-lo, mas a impossibilidade de não consumi-lo” (SILVEIRA FILHO, 1995).

Vale lembrar que mesmo o Pai da Psicanálise nunca dedicou um ensaio ao estudo das adicções, no entanto a cita, indiretamente em alguns de seus estudos, sobretudo quando da tentativa de uso da cocaína de forma terapêutica.

3.2.1. O Modelo Pulsional-Estrutural

Gurfinkel (1996) utiliza como instrumento de análise em seu trabalho sobre a adicção a teoria das pulsões. Ele destaca a exigência de se construir do ponto de vista psicanalítico uma concepção geral da adicção para compreender a toxicomania. Dessa forma, a ideia de uma perversão da pulsão inerente à toxicomania é o principal eixo de análise. Os primeiros estudos sobre as adicções remontam às décadas iniciais do século XX (Abraham, 1908; Abraham, 1916; Simmel, 1929; Glover, 1932; Radó, 1933; Knight, 1937), tendo como ponto de apoio a teoria freudiana das pulsões:

Como Freud já nos fez ver desde os Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905), o indivíduo fetichista apresenta uma distorção especial em sua conduta sexual que implica em uma fixação a um objeto – ou seja, uma tendência que vai no sentido inverso da lei mais geral que rege o funcionamento pulsional, a saber, a da contingência do objeto para a satisfação (Gurfinkel, 1996, p. 17).

O que se tem em geral na toxicomania, como observa Gurfinkel (1996), é justamente uma fixação exacerbada em um objeto, que é buscado sem descanso como a única fonte de prazer. Dessa forma, a droga apresenta-se como um objeto-fetice (Gurfinkel, 1996, p. 18). Para esse autor, a ligação da energia sexual é ainda mais enigmática quando se nota que o objeto da adicção é dificilmente associável a qualquer outro da história individual do sujeito, sendo questionável supor um simples mecanismo de deslocamento, já que de tempos em tempos o adicto pode mudar o objeto de consumo, sem que se possa definir uma correlação do antigo com o novo objeto. Assim, supõe-se:

[...] que a adicção é um fetichismo em sua forma mais pura, como se qualquer conexão significativa tivesse sido desligada. Sobreviveu apenas o ato e a repetição compulsiva que o anima; sobrou o ato sem sentido dramático, sem cenário, sem enredo (Gurfinkel, 1996, p. 18).

O autor acrescenta que, nessa relação que estabelece com a concepção apresentada por Freud (1927), é preciso reservar para a toxicomania o mecanismo que produz a divisão do eu e a atitude em relação à realidade que lhe é inerente. Segundo ele, há na toxicomania uma negação da realidade, ou, ao menos, de determinados aspectos dela, ao passo que há a criação de “novas” realidades. Esse aspecto deve ser compreendido, como nos adverte o autor, em conexão com o problema dos dois princípios do funcionamento mental e com a alternativa ligação-desligamento que a problemática da pulsão de morte vem colocar. O modelo apresentado por Freud serve para estabelecer o estatuto que o objeto toma para o sujeito já que “[...] o pó, a erva, o álcool, a comida ou o jogo transformam-se em coisas vivas, em seres alienígenas que invadem e dominam os corpos” (Gurfinkel, 1996, p. 18).

Para Vanusa Postigo (2010), a adicção pode ser compreendida à luz de uma patologia em que a problemática principal desenvolve-se na questão das fronteiras e dos limites: entre o eu e o outro, entre o psíquico e o somático, nos limites da própria representação. Na relação entre o sujeito e o objeto ocorre uma invasão vivida não apenas como advinda do objeto externo, mas vinda de dentro: uma invasão intrapsíquica.

Apropriando-se da teorização de Gurfinkel (1996), pode-se encontrar uma base para este estudo, principalmente na ideia que aquele autor apresenta sobre o objeto da adicção

que promove uma dupla distorção pulsional: a fixação em um objeto como único possível para a satisfação, e a “transposição do nível do desejo para o nível da necessidade”.

3.2.2. O Modelo Relacional-Estrutural

Ainda interrogando a natureza enigmática da dependência do sujeito a um objeto adictivo, podemos encontrar em Donald W. Winnicott uma resposta outra ao modelo das pulsões. Este autor, utilizando o modelo kleiniano como figura de passagem do modelo pulsional-estrutural, elabora um novo conhecimento pautado em sua teoria de objetos transicionais, baseado na concepção intersubjetiva do acontecer psíquico na delicada interligação entre a realidade interna, o mundo externo e o chamado espaço transicional. Este último, propiciador da criação de um vínculo bom com a mãe e sua posterior introjeção por meio de um representante simbólico, o chamado “objeto transicional”. É neste espaço que “o objeto transicional tem como princípio de sustentação o seio *externo*, mas apenas indiretamente, pois isto se dá através de uma sustentação sobre um seio *interno* (WINNICOTT, 1951, p. 237).

Desta forma, como nos apresenta Gurfinkel (2008), temos um modelo de dependência a um objeto baseado na idiosincrasia do sujeito dependente, conforme nos aponta este autor sobre o reconhecimento que Freud faz das diferentes reações à cocaína, atribuindo um fator predisposicional orgânico à dependência. Deslocando, assim, o fator dependência do objeto tóxico para o sujeito que o utiliza, ao afirmar que a droga nunca havia produzido uma única vítima, mas sim à forma de seu (mau) uso, Segundo Gurfinkel (2008), Freud orienta para a descoberta e o esboço de um princípio metodológico fundamental.

Com o conceito de “fenômenos transicionais”, uma nova abordagem de relação do indivíduo com o mundo, centrado no desenvolvimento progressivo da capacidade de o infante se diferenciar dos outros à medida que mantém a imagem do objeto presente, mesmo na ausência deste – como da relação do bebê com seu dedo (que é chupado) ao primeiro cobertor, ursinho ou brinquedo –, criando, desta maneira, a “primeira posse não-eu” (WINNICOTT, 1951). Para este autor,

Diversas outras coisas importantes podem ser estudadas, tais como: a natureza do objeto; a capacidade do bebê de reconhecer o objeto como não-Eu; a localização do objeto (fora, dentro ou na borda); a capacidade do bebê de criar, inventar, projetar, originar e produzir um objeto; e a iniciação de uma forma afetuosa de relação de objeto (WINNICOTT, 1951, p. 230).

Sobre isto Winnicott (1951[1983]) afirma que o relacionamento inicial mãe-bebê pode ser decisivo para estabelecer os fundamentos de determinadas modalidades de funcionamento psíquico, já que esta cria um “ambiente maternante” capaz de aliviar as necessidades de seu bebê, que, o sentindo desta maneira poderá fundir-se a ele e internalizá-lo. A mãe “suficientemente boa”, como nos apresenta Winnicott, passará a fazer parte do psiquismo do bebê, que a ela recorrerá quando se sentir em estados desconfortantes.

Devemos atentar para o fato de que este conceito criado pelo autor já se encontrava visível nas idéias de Freud (1914) quando postulou que esta relação de dependência a um objeto advém da relação primeira de desamparo e impotência do lactente, que dependerá do outro para poder ser cuidado, onde este “outro de cuidados” é a mãe, ou, mais exatamente, a figura maternante.

Silveira Filho (1995) reafirma o conceito winnicottiano ao apontar que a relação com a mãe, mas precisamente com o matriarcal, determina a relação primeira com o ego infantil. “A mãe pessoal, propiciando nutrição, segurança, amor, calor e proteção, desempenha adequadamente seu papel, provendo um meio ambiente continente.” (SILVEIRA FILHO, 1995, p. 67).

McDougall corrobora a afirmação de Winnicott ao desenvolver estudos sobre os fenômenos psicossomáticos. Esta autora apresenta que as relações primeiras mãe-bebê podem ser definidoras no estabelecimento dos fundamentos de determinadas modalidades de funcionamento psíquico. É muito importante o que McDougall apresenta sobre este proposto:

Lembre-mos que a realidade externa mais antiga de um bebê é constituída pelo inconsciente de sua mãe, na medida em que este comanda a qualidade de sua presença e a sua maneira de relacionar-se com seu lactente (o inconsciente materno é estruturado, em grande parte, por seus próprios pais e suas próprias experiências infantis) (MCDUGALL, 1991, p. 41).

Com isto, a autora nos apresenta que mesmo antes de desenvolver uma representação definida de sua imagem corporal, o infante não consegue experimentar seu corpo a não ser como unidade indivisível ao de sua mãe (MCDUGALL, 1991). É nesse tempo arcaico da constituição da subjetividade que se faz fundamental a questão da distinção de si da figura materna.

Como já nos mostrou Winnicott (1951), tal distinção será definida pela qualidade da presença desta mãe e sua forma de condução desta relação, que sendo positiva e experimentada como suficientemente boa, constrói uma representação mental da própria mãe como sendo aquela capaz de apaziguar seus desconfortos psíquicos, levando-o a deslocá-la

para objetos de transição – objetos transicionais –, ou seja, da figura real da mãe para objetos que assumirão esta representação, até que, gradativamente, será incorporada pelo infante na construção de sua subjetivação, na construção de sua autonomia psíquica. McDougall resume este processo expondo que “a criança assume por si mesma as funções maternas introjetadas” (McDougall, 1989, p. 36) e a ela recorrerá em situação de desconforto psíquico. Segundo Winnicott, o transcorrer deste processo se dá da seguinte maneira:

[...] o bebê pode utilizar um objeto transicional, quando o objeto interno está vivo e é real e suficientemente bom (não demasiadamente persecutório). Mas esse objeto interno depende, para ter essas características, da existência, da vitalidade e do comportamento do objeto externo (seio, figura materna, cuidados proporcionados pelo ambiente em geral). Se este falhar ou não for suficientemente bom, leva indiretamente à morte ou ao caráter persecutório do objeto interno. Uma falha prolongada do objeto externo faz com que o objeto interno perca o sentido para a criança e então, e somente então, o objeto transicional também perde o sentido. O objeto transicional pode, portanto, representar o seio “externo”, mas de modo apenas indireto, pelo fato de representar um seio “interno” (WINNICOTT, 1951, p. 325).

De forma ampla, este autor propõe que o bebê cria uma imagem mental da mãe ausente e com ela permanece presente por um intervalo de tempo que varia de acordo como seu grau de maturidade, mas que além deste ponto crítico, esta imagem materna se esmaece havendo um desinvestimento nela, já que os fenômenos transicionais perdem sentido. Assim, “o objeto transicional tem como princípio de sustentação a vitalidade do objeto externo” (GURFINKEL, 2007, p. 22).

É na perda do sentido dos objetos que se propõem como transicionais, dados por conta de um intervalo longo entre uma presença e outra da mãe ao bebê, ou mesmo, numa ausência de presença desta figura maternante que a criança será tolhida na sua possibilidade de presença a uma imago maternante suficientemente boa, ou mesmo na sua introjeção desta. McDougall assim nos apresenta este fato:

Quando o inconsciente materno funciona como anteparo que bloqueia a escuta das necessidades do bebê, este é freado em sua tentativa de construir lentamente dentro de si mesma a representação de um ambiente maternante que cuida e que alivia. Do mesmo modo, o bebê será impedido de poder um dia identificar-se com essa “mãe interna”, e essa falta de imago protetora interna persistirá até a idade adulta e pela vida inteira (MCDUGALL, 1991, p. 67).

Com esta exposição, McDougall mostra que na base deste modo de organização psíquica adictiva, encontramos a mãe arcaica, a mãe-droga, a mãe-paixão, a mãe-vício, aquela cujas funções maternas não foram introjetadas pela criança, que por conta desta ausência de

objeto interno de reconforto, busca em objetos do mundo exterior o acalento, função fracassada de uma mãe de cuidados não internalizada (MCDUGALL, 1991).

É baseada na teoria Winnicottiana, que McDougall apresenta-se como uma autora que articula a patologia da adicção com a questão do caráter de autoconservação egóica na criação de objeto com o objetivo de suprir uma necessidade sentida. Conforme nos apresenta Postigo (2010), McDougall resgata de Denise Braunschweig e Michel Fain (1975) a temática das neonecessidades das adicções, como forma de compreensão dos fenômenos psicossomáticos. Tal qual o pensamento de Winnicott, estes autores afirmam que a neonecessidade advém da insistente tentativa da mãe em satisfazer o infante, mesmo sem que haja tal necessidade, mais como um desejo da mãe de acalmar o bebê do que de uma necessidade real, fazendo com que se crie no psiquismo infantil uma falsa necessidade que se repetirá compulsivamente gerando uma dependência a um objeto real de satisfação, em detrimento da instância psíquica capaz a que possa recorrer sendo-lhe satisfatória.

A respeito dessas neonecessidades, McDougall (1991, 1992, 1997) desenvolve mais as idéias destes autores ao explicar que na relação adictiva teria havido uma falha na internalização da função materna, fazendo, assim, com que se gerasse uma neonecessidade que se presentificaria à figura do adicto a um “neo-objeto” ou a uma “neocessidade”, que se apresentaria ao sujeito como benéfica e restauradora de seu estado de desconforto psíquico insuportável. Para destacar a natureza inovadora e a intensidade dos investimentos libidinais envolvidos nas sexualidades desviantes, a autora cunha o neologismo “neossexualidades” (MCDUGALL, 1997), onde o objeto, o objeto parcial ou a prática sexual são buscados incansavelmente, à maneira de uma droga.

Esta forma de relação de dependência do sujeito com objeto adictivo o impulsionaria ao consumo deste como forma de autoconservação egóica, em que se utiliza de tais objetos para se sentir protegido do mundo externo que se apresenta como demasiado ameaçador ao seu mundo interno (MCDUGALL, 1989, 1997). Isto se dá devido ao fato de as fronteiras entre os limites internos e externos terem sido “estruturados de maneira deficiente e cujo ‘fechamento narcísico’ ficou prejudicado devido às dificuldades que o sujeito enfrentou em um momento inicial de seu desenvolvimento”. Frente a isto, temos uma relação com um objeto que poderia ser a tentativa de autoconservação narcísica em si mesmo, “como uma tentativa de ‘fechamento’ de fronteiras frágeis e fluidas” (POSTIGO, 2010, p. 101). Esta relação é tomada como a saída do sujeito adicto do seu estado de desconforto psíquico, no entanto, paradoxalmente, ao mesmo tempo em que lhe acalenta o ego fragilizado,

também traz o infortúnio de se tornar seu senhor, marcando-se pela compulsão e pelo desprazer. Sobre isto, McDougall nos apresenta que:

O paradoxo apresentado pelo objeto adictivo é o seguinte: apesar de seu potencial às vezes letal, está sempre investido como objeto bom por esta ou por aquela parte da mente. Qualquer que seja este objeto, tem sempre o efeito de tornar a vítima da adicção capaz de reduzir rapidamente, embora de forma fugaz, seu conflito mental e sua dor psíquica (MCDUGALL, 1989, p.109).

Tais objetos adictivos são colocados na função substitutiva da função materna que teria falhado em acalentar o ego fragilizado do indivíduo adicto, que não teriam conseguido êxito na sua tentativa de introjeção da função maternante contenedora e estruturante do sujeito. Ao passo da lenta introjeção deste ambiente maternante suficientemente bom, McDougall (1991) nos apresenta que o infante começará a fazer a diferença entre si mesmo e sua mãe e a recorrer a ela com total confiança, para que ela lhe traga reconforto e alívio de seu sofrimento mental.

A relação com a mãe – a primeira relação objetal – constituir-se-á o protótipo de uma relação que perdurará por toda a vida do indivíduo e se configurará persecutória caso não tenha sido sentida como suficientemente boa ao infante, fazendo-o, neste caso, recorrer a objetos externos ao eu para buscar este ambiente que lhe foi impossível de introjeção.

À fragilidade de um equilíbrio psíquico que depende tanto dos outros, McDougall (1992) chamará de relação adictiva, na qual o indivíduo pode se colocar em perigo, mas também, mais próximo da experiência de todos nós, na tendência de querer escapar, através de diversos paraísos substitutivos, da dor psíquica resultante das decepções e das contrariedades que marcam a vida de todo ser humano. Como paraíso psíquico, podemos citar o recurso ao uso de drogas como forma de relação adictiva ao objeto-tóxico gerado por um imaturidade afetiva e uma inconsistência estrutural, conforme formulado por Bergeret (apud SILVEIRA FILHO, 1995) em que tal sintomatologia corresponde a um pedido de ajuda dirigido a um objeto exterior ao eu que é colocado na posição mágica daquilo que evita a queda do sujeito em um vazio insuportável que é o desamparo.

Em tal situação, o ego reencontra a satisfação narcísica perdida por meio da euforia e estimulação produzidas pelo prazer obtido no consumo das drogas. No entanto, por se tratar de um prazer efêmero, a satisfação narcísica acaba por ser, da mesma forma, passageira. Desta forma, o ego fragilizado e imaturo cria um círculo vicioso com o objeto tóxico, onde este objeto adictivo produz uma elevação do nível de auto-estima, mas como não se trata de um consumo a algo recorrente ao eu interno, e sim de um objeto externo, o ego se

depara com conseqüências cada vez mais devastadoras para si após o efeito inebriante do objeto (SIVEIRA FILHO, 1995).

McDougall (1991) antecipa a pressuposto de Silveira Filho, ao expor que tal comportamento adictivo pode ser considerado como uma tentativa ‘psicossomática’ de superar a dor mental através do recurso a substâncias externas que tranqüilizam o espírito e suprimem provisoriamente o conflito psíquico.

Hassoun (2002) aponta o fato que isto se configura um modo da paixão em que o drogado é levado a reconhecer no objeto-droga aquilo que desde sempre faltou e que representa a causa do seu arrebatamento. Sobre esta forma de concepção da adicção como uma paixão, encontramos em Freud (1921) esta idéia quando aborda, no capítulo “Estar amando e hipnose”, a primazia do objeto de amor, colocando em destaque o sentimento de “devoção” do sujeito frente ao objeto adictivo. Freud afirma que o objeto de adoração, nesta relação, consumiu o ego.

Barros e Silva (2002) frisam na idéia de Freud o fato de que o extremo da idealização do objeto, própria da relação passional, remete-nos a uma situação de fascinação, no sentido de uma servidão, o que deixa o sujeito numa posição de passividade ante o objeto de adicção. Para Cardoso (2005) isto estaria configurado em uma relação amorosa com o objeto “coisificado” tornado “substância” como uma paixão mortífera, que escraviza o indivíduo. O apaixonado atuaria com sua necessidade de fazer perdurar uma relação primeira de fusão com a figura materna, situação em que o objeto de paixão, antes inscrito na ordem do desejo, agora se inscreve na ordem da necessidade vital.

Aulagnier (1985) contribui de forma bastante significativa para o desenvolvimento dos estudos da adicção quando apresenta a relação do toxicômano como objeto-droga, a que liga o jogador ao jogo e aquela do sujeito como o eu de um outro, ou seja, a paixão dita “amorosa”. Com esta exposição, a autora distingue, então, três séries passionais de dependência de um indivíduo a um objeto adictivo, apresentando no contexto forma de relação passional a mudança de foco, em que o prazer se torna uma necessidade, sendo buscado de forma compulsiva.

Postigo (2010) expõe que na relação de paixão “o sujeito cria com determinado objeto um vínculo marcado pela dependência, pela servidão. Na adicção esse objeto tiraniza o sujeito que se encontra de tal maneira atrelado a ele e adere irresistivelmente” (POSTIGO, 2010, p. 89), devido ao entrecruzamento do desejo e da necessidade. O objeto adictivo adquiriu um caráter dominante e imperativo ante o sujeito adicto, tornando-se possuidor e possuído, fazendo-se de necessidade vital, sobre o qual o sujeito faz um movimento de prazer

à necessidade, como um movimento de busca de autoconservação. Esta visão de Postigo também é compartilhada por Ceccarelli que ao apresentar a dependência, a descreve como:

O acometido pela paixão, o paciente, o passivo, é aquele que padece de algo cuja causa ele desconhece e que o leva a reagir, na maioria das vezes, de forma imprevista. A paixão atesta sempre, para usar um jargão lacaniano, nossa permanente dependência ao Outro; um ser autárquico não teria paixões. Assim, só faz sentido falar de paixões onde houver imperfeição ontológica. (CECCARELLI, 2003, p. 13)

Com o exposto sobre o conceito de Winnicott, relido por McDougall, utilizado por Postigo, cujas idéias seguem pareadas com a de Ceccarelli, temos que a dependência a um objeto/ato é o fator essencial na abordagem deste trabalho.

Havendo distorções no uso do objeto que tinha por função apresentar-se como transicional (GURFINKEL, 2007), haverá a predisposição do futuro adulto à criação de um objeto transicional falho, patológico, um “objeto transitório”, que é definido como aquele que se apresenta sempre “em via de introjeção” (MCDUGALL, 1989, p. 13) devido à falha na internalização da função materna, precisando ser substituído constante e compulsivamente, uma vez que ele não tem o significado nem o destino de um objeto transicional verdadeiro. Estes objetos podem assumir a forma de substâncias ou de relacionamentos dos quais o indivíduo dependerá de forma adicta ou de comportamentos sexuais adictivos. Assim, “a necessidade de objetos externos em forma de sexualidade compulsiva o abuso de drogas é evidência de colapso nos processos de internalização” (MCDUGALL, 1997, p. 214).

Os objetos adictivos atuam reduzindo o sofrimento mental e os conflitos psíquicos, sendo, desta forma, necessários para representar a função da mãe da infância do indivíduo. A utilização de objetos transitórios configura-se em tentativas mágicas e infantis de preencher o vazio do mundo interior, onde falta uma representação maternante suficientemente boa a que se pode recorrer na busca de alívio dos infortúnios de uma vida psíquica marcada pela falta (MCDUGALL, 1991).

O objeto adictivo é, então, um objeto transitório, como postula a autora, e não transicional, uma vez que mantém sua característica de promover o alívio psíquico de forma temporária por meio de solução somática e não psicológica. Segundo McDougall:

[...] ao contrário do objeto transicional, os objetos de necessidade adictiva não conseguem proporcionar por mais do que um breve período o reconforto exigido e aquilo que oferecem raramente é suficiente para a criancinha desesperada e enfurecida que sobrevive nesses pacientes. Esses objetos são inconscientemente tratados como a “mãe-seio” do início da infância, que é considerada responsável por

todo o prazer e por todo o sofrimento que o bebê vivencia (MCDOUGALL, 1989, p. 108).

Qualquer que seja o objeto de adicção, este sempre apresenta o efeito de tornar sua vítima capaz de reduzir rapidamente, embora de forma fugaz, seu conflito mental e sua dor psíquica (MCDOUGALL, 1991) e esta solução é eficaz. O problema é que por ser externa ao ego, tem seu efeito de curta duração e por isso deve ser buscado de forma indefinidamente repetida, não deixando ao indivíduo outra opção a não ser a de ser tomado pela escravidão ao objeto de sua necessidade.

Em 1992, Cristopher Bollas desenvolveu a noção de objeto transformacional entendendo que o objeto mãe é mais que um objeto. Esse objeto primeiro seria um processo, sendo associado às transformações internas e cumulativas. Para ele o ego se constitui a partir de uma dialética entre o interno e o externo. Tal dialética estaria configurada na própria história do sujeito, sendo que assim todas as atitudes, sentimentos e operações do ego indicariam o traço de uma relação objetal:

[...] podemos isolar, no adulto, o traço da mais remota experiência de objeto: a experiência de um objeto que transforma o mundo interno e externo do sujeito. Denominei esse primeiro objeto de transformacional, uma vez que quero identificá-lo com um objeto-processo, vinculando assim o primeiro objeto à experiência o infante com ele. Antes da mãe personalizada, para o infante, como um objeto total, ela funcionou como uma região ou fonte de transformação e sendo a própria subjetividade nascente do infante a experiência quase que completa das integrações do ego (cognitiva, libidinal, afetiva), o primeiro objeto é identificado com as alterações do estado do ego (BOLLAS, 1992, p. 45).

A propósito dessa noção de objeto transformacional, Octavio de Souza (2000), em estudo psicanalítico sobre o uso de drogas, considera que a droga pode assumir essa função proposta por Bollas, contra as angústias de aniquilação, intrusão ou separação. Souza explica que estas angústias seriam:

[...] efeito de insuficiências ambientais e estão, por sua vez, na origem de falhas estruturais do eu que mostram seus efeitos ao longo da vida do sujeito. Por isso mesmo, talvez a proteção subjetiva contra tais angústias seja mais bem concebida em termos de envelope psíquico que em termos de defesa já que a noção de envelope psíquico transmite a ideia de uma ação psíquica necessária, enquanto que a noção de defesa dá ideia de uma ação psíquica que talvez pudesse ter sido evitada (SOUZA, 2000, p. 99).

Partindo desse mesmo pressuposto, considerando a noção de objeto único, Jacques André apresenta uma mãe da qual o sujeito não pode se separar. Assim, o fenômeno da adicção estar relacionado a esse objeto, fazendo o sujeito um prisioneiro deste objeto. No

artigo intitulado *O objeto único*, André (1999) destaca a importância do estudo das relações primárias na constituição da subjetividade e no estabelecimento das relações do sujeito com a alteridade. É a mãe que tira a criança, independente da idade em que esta se encontra, da situação de desamparo, já que este é uma condição para a espécie humana. Ao dispensar os devidos cuidados à criança, a mãe adquire importância singular e incomparável, tornando-se, como já postulado por Freud o primeiro e mais poderoso objeto de amor, que se presentificará em todas as relações posteriores.

Não podendo ser perdida nem elaborada, essa relação afeta diretamente a formação das fronteiras do ego, já que este objeto invade o sujeito, não podendo diferenciar entre ele próprio e o objeto.

Mas, o que teria ocorrido nesse momento tão crucial para que o objeto não pudesse ser introjetado pelo futuro sujeito da adicção? Qual o entrave nesse processo que capturaria o objeto num espaço transitório e que fadaria o sujeito a uma relação adictiva? Esse objeto transitório fracassa em sua função e faz com que seja repetidamente buscado, como uma necessidade. Nem transicional, nem transformacional: é um objeto transitório, sempre “em vias de”, preso em um circuito de busca necessária e compulsiva (POSTIGO, 2010, p. 114).

Postigo (2010) continua seu trabalho, indicando a importância das contribuições de McDougall e Bollas, visando elucidar o caráter de necessidade que o objeto assume na adicção. Segundo ela, ao se voltar para este momento arcaico, esse tempo primitivo da constituição da subjetividade dos estados de confusão entre o desejo, o objeto e o próprio ego, cabe resgatar o trabalho de André Green, e sua sugestão de que poderia se encontrar nesses sujeitos não-neuróticos um fracasso ou ausência do trabalho do negativo.

Para Green (1988), a relação mãe-bebê culmina no ego da criança, a partir de uma série de operações durante esse processo que passa pela separação dos dois (mãe e bebê), pela experiência da angústia de separação na qual a criança se vê mergulhada. Esse processo suscita a ameaça de desintegração, até que finalmente se possa alcançar a superação desse desamparo, através da constituição de um ego narcisado:

Quando a ação específica permanece especificamente boa, o Eu pode constituir o sistema que lhe é próprio e que visa estabelecer a rede de investimento no nível constante, adquirir uma organização relativamente estável. O objeto externo desempenhou o papel de espelho, de continente, de Eu auxiliar. Neste caso, o Eu só terá que tentar se defender do caráter intempestivo demais de certas exigências pulsionais. Pode contar com a ajuda e o socorro do objeto (externo e interno) neste conflito com as pulsões (GREEN, 1988a, p.157).

Green (1988) apresenta a ideia de uma mãe morta, que ao contrario do se poderia pensar é “uma mãe que permanece viva, mas que está, por assim dizer, morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida”. Para ele,

A transformação de vida psíquica, no momento do luto súbito da mãe que desinveste brutalmente seu filho, é vivida por ele como uma catástrofe. Por um lado, porque sem nenhum aviso prévio o amor foi repentinamente perdido. O trauma narcisista que esta mudança representa não precisa ser longamente demonstrado. É preciso, no entanto, sublinhar que ele constitui uma ilusão antecipada e que provoca, além da perda de amor, uma perda de *sentido*, pois o bebê não dispõe de nenhuma explicação para dar conta do que aconteceu. É claro que se considerando como o centro do universo materno, ele interpreta esta decepção como a consequência de suas pulsões para com objetivo. Isto será grave, sobretudo se o complexo da mãe morta sobrevém no momento em que a criança descobriu a existência do terceiro, o pai, e que o novo investimento será interpretado por ele como a causa do desinvestimento materno (GREEN, 1988, p. 248).

Assim, pode-se dizer que o que se perde é, como diz o autor, o contato com a mãe. E esse objeto perdido se mantém secretamente nas profundezas da psique, e onde todas as novas relações (com objetos substitutos) estão destinadas a fracassar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho de dissertação de mestrado foi resultado de minhas atuações enquanto estagiário em Psicologia no HUIBB e, em seguida, como psicólogo participante da pesquisa “Tratamento Psicológico em Hospital Geral: Contribuições da Clínica da Melancolia e dos Estados Depressivos”, coordenada pela Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira, em que tive que me deparar com minhas próprias resistências dadas a conceitos pré-estabelecidos em relação ao hospital.

Grande foi o meu impacto quando adentrei pela primeira vez os portões do Grande Guardião de Concreto. Como nas películas da sétima arte, cenas dos “causos” que eu ouvira ao longo da vida se passaram em fração de segundos pela minha cabeça. De uma certa maneira, estava passando por uma experiência de morte: da minha morte enquanto sujeito passivo ante o hospital, da morte dos mitos da instituição que se encontravam em mim. Agora, vestido de branco, estava na situação de escritor de um capítulo desta tão temida história de assombração. A mim, restava-me trabalhar para retirar os símbolos do “temido” e da “assombração”, transformando a solicitada instituição em apenas um hospital.

Ao chegar para o tratamento de uma das doenças mais desafiantes da história da humanidade, o paciente se depara com uma das instituições de saúde mais estigmatizadas do estado do Pará, onde o símbolo da morte está incrustado nas paredes do “Terceiro Leste”, espaço onde ficam internados os pacientes portadores de aids.

Neste local, com dinâmica própria e peculiar, não resta o espaço para que o paciente possa ser visto em sua singularidade: seus nomes são transformados em números, suas vidas são transcritas para um prontuário e seus desejos são emudecidos diante do poder da assepsia do saber científico (Foucault, 2009). Faz-se, então, necessário lançar um olhar que atravesses as idéias cristalizadas de cura do corpo, que possa retirar os doentes da posição de “*a-sujeitos*” fazendo-os emergir para a posição de sujeito de si, donos de suas verdades, dramas e felicidades.

Foi neste contexto, que numa segunda-feira de carnaval, recebi o chamado para atender Rafael, que estando “deprimido e querendo morrer”, como logo me advertiu o chefe de enfermagem de plantão, não se apresentava mais como sujeito de si, mas sim como alguém a quem a morte lhe ceifaria a vida.

Mudar para a posição de “donos de si” parece ser uma tarefa dura para qualquer um. Mais difícil, porém, para aqueles que foram encontrados em internação para tratamento de aids, que receberam uma sentença de morte quando do diagnóstico médico. A respeito

desta enfermidade, temos que não se pode conceber a aids da mesma forma como outras doenças de alcance global e estigmatizante de outras épocas, como por exemplo a tuberculose, que aponta uma morte decorativa e lírica. Em relação à aids, temos um tema ainda mais escandaloso, cuja estetização só se pode dar na esfera do horror, uma vez que permanece como a mais radical entre as metáforas de doença. (SONTAG, 1977), perdendo sua dimensão *relativa* como nas doenças venéreas clássicas e atingindo o nível do absoluto (MOREIRA, 2002) banalizando doenças igualmente carregadas do signo de morte, como o câncer.

No caso desta doença, que produz tantos sentimentos de culpa e vergonha, a tentativa de dissociá-la desses significados, dessas metáforas, é particularmente libertadora e até mesmo consoladora. Faz-se desafio maior o trabalho de tornar “sujeito de si” com pacientes que foram infectados justamente por conta da impossibilidade de se colocarem na posição de simples “sujeito” – enquanto agente ativo, mobilizador – ante a situação de infecção, tal qual aconteceu com Rafael que “precisando da droga sempre que ‘tava’ triste”, como dizia, parecia não conseguir tomar conta de si, deixando que a cocaína o fizesse.

Para um entendimento de pacientes com tais características em seus modos de infecção, foi necessário recorrer ao conceito de “adição”, de Joyce McDougall, que se pautou no conceito de “maternidade suficientemente boa”, de Donald Winnicott, para descrever a dinâmica psíquica do indivíduo adicto.

Utilizo este autor como base para cuidado dos pacientes pelo fato de ele partir da dialética sujeito/ambiente como fundamento no desenvolvimento emocional do indivíduo e também por romper parcialmente com os padrões psicanalíticos clássicos, já que se utilizava de um tempo outro de sessões e considerava a transferência como uma réplica do laço materno, o que possibilitava aos pacientes um “ambiente” especial (ROUDINESCO E PLON, 1998). É preciso lembrar que os atendimentos que levaram a este estudo foram realizados em uma configuração outra a do *setting* clássico: com atendimento em enfermaria com 4 leitos e tempo de duração aproximado de 30 minutos.

Percorrendo seu conceito de *holding* (Winnicott, 1983), procuramos transformar a rigidez da dinâmica do espaço hospitalar em lugar em que se propunha confiança e acolhimento para seu sofrimento psíquico, proporcionando a instauração do campo transferencial e conseqüente possibilidade de mudança criativa, onde a confiança:

Oscila entre ambiente/analista e ambiente/instituição, o paciente encontra possibilidades de se desenvolver emocionalmente e experienciar a sensação de agir sobre o mundo e não de estar submetido aos designios da exterioridade. Assim, a instituição, ao fazer uma oferta permanente de ajuda, possibilita a construção de uma sensação de segurança e confiabilidade que sustenta a construção de uma área de trabalho analítico a partir da qual a

transformação subjetiva pode operar no sentido de devolver ao paciente a possibilidade de transformar tanto a realidade interna quanto a externa (PINHEIRO & VILHENA, 2007, p. 211).

Tais transformações de realidade subjetiva e da realidade institucional, torna-se possível dentro da esfera de uma ação terapêutica que propicie uma escuta analítica capaz da criação de vínculo transferencial, ao mesmo tempo, entre paciente-analista e paciente-istituição.

Nesta ação, acontecem situações ambíguas que envolvem o par terapêutico analista-analisando e o ambiente hospitalar; desta forma, faz-se necessário a consideração e o trabalho que foi realizado com Rafael, na transformação do espaço geográfico e cronológico de sua internação a ser transformado em um espaço psíquico no qual o mesmo pudesse, aos poucos, ir estruturando o seu mundo interno desorganizado; um espaço intermediário entre a mãe e o infante, entre o objetivo e subjetivo, de construção de seu mundo interno e externo, a que Winnicott denominou de espaço potencial.

Este espaço seria, então, um campo de ação que ultrapassa a dicotomia realidade interna *versus* realidade externa, uma área intermediária da experiência humana para a qual contribui de forma simultânea, em sua constituição, tanto a realidade interna quanto a realidade externa; onde um objeto, coisa, pessoa, experiência não se reduz a um único significado para um indivíduo, mas está inserido em um processo onde a psique humana segue em curso aberto, cheio de plasticidade, de evolução e desenvolvimento. Novas significações são passíveis de emergir à medida que novas formas de viver e de se relacionar surgem na pessoa, e onde o tempo e a forma destas interações, são, por si só, são agentes de mudança e transformação (WINNICOTT, 1975). Este autor nos apresenta que:

A fim de dar um lugar ao brincar, postulei a existência de um espaço potencial entre o bebê a mãe. Esse espaço varia bastante segundo as experiências de vida do bebê em relação a mãe ou substituta, e eu contraste esse espaço potencial (a) com o mundo interno (relacionado à parceria psicossomática), (b) com a realidade concreta ou externa, que possui suas próprias dimensões e pode ser estudada objetivamente, e que por muito que possa parecer variar, pode permanecer constante.

Assim, para Winnicott, a percepção de mundo do sujeito é fundada na subjetividade, já que a experiência de vida encontra-se em uma área intermediária, não se pautando na realidade objetiva nem na fantasia, desta forma, os objetos nunca são totalmente externos.

Seguindo esta idéia sobre o trabalho hospitalar, devemos psicanaliticamente transformar o espaço objetivo em espaço de segurança, confiança e conforto psíquico:

Onde há confiança e fidedignidade há também um espaço potencial, espaço que pode tornar-se uma área infinita de separação em que o bebê, a criança, o adolescente, o adulto podem preenchê-la criativamente com o brincar, que com o tempo, se transforma na fruição da herança cultural (WINNICOTT, 1983, p. 150)

É nessa ação de preenchimento criativo que o terapeuta poderá atuar na situação analítica objetivando o manejo da objetividade da instituição como herança cultural para poder tomar o lugar de sujeito de si, de seu tratamento.

Como forma de estruturação de um espaço potencial ao pacientes adictos, usamos como recuso de muita valia, o grupo terapêutico, uma vez que inseridos nesses grupos os sujeitos têm a oportunidade de vivenciar em conjunto a crise da falta do objeto de necessidade, tomando-a como recurso extremamente valioso para poder dar continência a situações de tão profunda dramaticidade.

O grupo terapêutico pode servir de matriz de identidade provisória até que as condições egóicas estejam prontas para um trabalho individual, na medida em que permite aos indivíduos repartirem entre si um momento existencial. Neste grupo, os indivíduos deixam de se reunir em função do objeto de necessidade, vivenciando seu espaço de perda e reunindo-se em função de si próprio (SILVEIRA FILHO, 1995).

No atendimento de Rafael, esta estratégia foi de grande valia à medida em que proporcionou-lhe a vivência de que não estava só.

Ao psicanalista, fica a função de propiciar uma relação com o ambiente hospitalar que promova tal dinâmica, que promova a *holding* para que o paciente adicto possa se sentir seguro e reviver transferencialmente a relação simbiótica primordial e a elaboração dos significados de completude na sua relação como o objeto adictivo. Dessa forma o trabalho analítico proporcionará ao paciente sentir-se real, em uma perspectiva em que:

Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (self) para o qual retirar-se, para relaxamento. (WINNICOTT, 1975, p.161).

Para que possa haver a possibilidade da criação deste “eu”, torna-se fator primordial que o terapeuta desempenhe as duas polaridades: do arquétipo materno e da alteridade, sob pena de o paciente transformá-lo em um objeto de adicção.

À Psicanálise, fica, então, a tarefa maior de oferecer ao sujeito a possibilidade de saber de si, de se interrogar a respeito de sua prática de consumo de objetos adictivos; de convidá-lo ao mergulho na obscura incerteza sobre aquilo que sua causa; convidá-lo a assumir

a tarefa de construir seu próprio destino, reconhecendo as verdades de seu desejo e as responsabilidades resultas de suas escolhas.

Quanto ao tratamento de pacientes dessa patologia em hospitais gerais, temos que sempre ter em mente, como nos lembra Ceccarelli (2002), que de alguma forma a sociedade participa do processo de sofrimento do sujeito internado; e tendo, os profissionais “psi”, o hospital como campo de apresentação de tais sofrimentos, podemos fazer uso dele como campo privilegiado da escuta dos sofrimentos, já que encontra-se, de forma própria, no cruzamento sujeito/sociedade. No caso de pacientes de aids internados no terceiro leste do HUIBB, é preciso suportar, muitas vezes, a “contratransferência visceral” (Levy, 2008) que se instala ante o paciente debilitado prostrado ao leito, nos ferindo narcisicamente ao nos lembrar o ensinamento freudiano (FREUD, 1914) de que também somos mortais e, acima de tudo, perecíveis.

Para melhor tratar estes pacientes de aids, tanto em nível hospitalar, quando no relacionamento cotidiano de inserção do indivíduo na sociedade, faz-se mister desprendê-la das metáforas de morte apresentadas. Para tanto, não basta abster-se delas, é necessário desmascará-las e derrubar a questão de guerra armada. É preciso ficar bem claro que:

Não estamos sendo invadidos. O corpo não é um campo de batalha. Os doentes não são baixas inevitáveis, nem tampouco são inimigos. Nós – a medicina, a sociedade – não estamos autorizados a combater por todo e qualquer meio... Em relação a essa metáfora, a metáfora militar, eu diria, parafraseando Lucrecio: que a guardem os guerreiros. (SONTAG, 1988, p. 151).

Encerrada a guerra é necessário desapropriar a aids de seu símbolo mortal, retirá-las do lugar de vergonha e de maldição, retirando o sentido de que a aids, antes de mais nada, é o medo de ter aids; torná-la substantivo comum; enfim, é preciso vulgarizar a aids para que ela seja tratada apenas como uma doença e não como o símbolo totêmico do indizível. É preciso desqualificar a matematização maldita de que *aids igual à morte*. Talvez quando a sociedade tiver conseguido este feito, consigamos, efetivamente, livrar o mundo pós-moderno dessa inquisição medieval.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AULANIER, Piera. **Os Destinos do Prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

BARROS, Monalisa Nascimento. **A história da Psicologia hospitalar**. *In: Diálogos: saúde e Psicologia*. Brasília: Posigraf, 2006.

BARROS E SILVA, Maria Helena, **A Paixão Silenciosa**. São Paulo: Escuta, 2002.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BENTO, Vitor Eduardo Silva. **O Narcisismo em Freud e Paixão “Tóxica” a Partir de Freud**. *Psicologia em Estudo*, nº 3(2), p. 1-37. 1998

_____. **Tóxico e Adicção Comparados à Paixão e Toxicomania: Etimologia e Psicanálise**. *In: Psicologia USP*, nº 17(1), p. 181-206, 2006.

_____. **Para uma Semiologia Psicanalítica das Toxicomanias: Adições e Paixões Tóxicas no Freud Pré-Psicanalítico**. *In: Revista Mal-estar e Subjetividade*. Vol. VII, Nº 1, Fortaleza. 2007, p. 89-121

BERLINCK, Manoel Tosta. **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2000.

BERLINCK, Manoel Tosta. **Editorial**. *In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX, 3, 2006, vii-viii.

BIRMAN, Joel. **A Physis da saúde coletiva**. *In: Physis: Revista Saúde Coletiva*, Nº. 15, Rio de Janeiro. 2005, p. 11-16.

CARDOSO, Marta Rezende. **A Servidão ao “Outro” nos Estados Limites**. *In: Psychê – Ano IX – nº. 16 – São Paulo – jul-dez/2005 – p.65-75*

CECCARELLI, Paulo Roberto. **Pesquisa em Psicanálise**. Texto apresentado no “I Simpósio o Homem e o Método”, juntamente com o “II Encontro das Escolas de Psicologia de Belo Horizonte”, PUC-MG, 2001. Disponível em: www.ceccarelli.psc.br, acessado em 07 de agosto de 2009.

CECCARELLI, Paulo Roberto. **Aspectos Legais, Éticos e Políticos**. *In: Revista de Psicologia Plural, FUMEC, Psicologia Hospitalar, BH, Nº. 17, 2002, p.71-78.*

CECCARELLI, Paulo Roberto. **A Contribuição da Psicopatologia Fundamental para a Saúde Mental**. *In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, VI, I, março 2003, p. 13-25.

CESAROTTO, Oscar. **O que era Sinistro para Freud**. *In: No Olho do Outro*. São Paulo: Iluminuras, 1996, p. 109-126.

CHNAIDERMAN, Miriam. **Rasgando a Fantasia para Outras Tantas Mil e Uma Noites: Sobre o Texto de Freud ‘O Estranhamente Familiar’**. In: ALONSO, S.; LEAL, A. (Orgs). *Freud: um ciclo de leituras*. São Paulo: Escuta/FAPESP, 1997, p. 219-233.

CUNHA, Antônio Geraldo, **Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. **Aids, a Terceira Epidemia: Ensaio e Tentativas**. São Paulo: Iglu, 1991.

FÉDIDA, Pierre. **O sítio do estrangeiro**. In: Nome, Figura e Memória: a Linguagem na Situação Psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1991, p. 51-64.

_____. **A Vertical do Estrangeiro**. In: Nome, Figura e Memória: a linguagem na situação psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1991, p. 65-76.

_____. **Depressão**. São Paulo: Escuta, 1999.

_____. **Dos Benefícios da Depressão: Elogio da Psicoterapia**. São Paulo: Escuta, 2002.

FENICHEL, Otto. **Teoria Psicanalista das Neuroses**. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Ateneu, 1981.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**, Petrópolis: Vozes, 2009.

FRANCÊS, Igor. **HIV: Da possibilidade à aceitação - Terapeuta e paciente frente ao diagnóstico**. Belém, 2008. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Pará.

FREUD, Sigmund (1895). **Projeto para uma psicologia científica** In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1914). **Sobre o Narcisismo: Uma Introdução** In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1917-[1915]). **Luto e Melancolia** In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1917-1919). **O Estranho**. In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1920-1922). **Psicologia de Grupo e a Análise do Ego**. In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1923). **O Ego e o Id**. In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1926-[1925]). **Inibição, Sintoma e Angústia**. In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1927). **O Futuro de uma Ilusão**. In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GREEN, André. **Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte**. São Paulo: Escuta, 1988

GURFINKEL, Décio. **A Pulsão e seu Objeto-Droga: Estudo Psicanalítico sobre a Toxicomania**. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **Adições: da Perversão da Pulsão à Patologia dos Objetos Transicionais**. In: *Psychê*. São Paulo, ano XI, nº. 20, p. 13-28, jan-jun de 2007.

_____. **O Episódio de Freud com a Cocaína: O Médico e o Monstro**. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 11, nº 3, p. 420-436, setembro 2008.

HANNS, Luiz Alberto. **Dicionário Comentado do Alemão de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HASSOUN, Jacques. **A Crueldade Melancólica**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

HOLANDA, Aurélio Buarque de. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

KOLTAI, Caterina. **O Estrangeiro**. São Paulo: Escuta/FAPESP, 1998, p. 105-111.

_____. **Curso e Percurso do Estrangeiro**. In: CARIGNATO, T.; ROSA, M.; PACHECO FILHO, R. (Orgs). *Psicanálise, Cultura e Migração*. São Paulo: YM, 2002. p. 67-77.

LEVY, Elisabeth Samuel. **Desamparo, Transferência e Hospitalização em Centro de Terapia Intensiva**. Belém, 2008. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Pará.

LIMA, Maria Lúcia Chaves; MOREIRA, Ana Cleide Guedes. **Aids e Feminização: os Contornos da Sexualidade**. In: Revista Mal-estar e subjetividade. Fortaleza, vol. VIII, nº 1, p. 103-118, março de 2008.

MCDOUGALL, Joyce (1989). **Teatros do Corpo: O Psicossoma em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

_____. **Teatros do Eu**. São Paulo: Martins Fontes. 1992.

_____. **As Múltiplas Faces de Eros: uma Exploração Psicanalítica da Sexualidade Humana**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Site do Ministério da Saúde**, disponível em www.aids.gov.br, acessado em junho de 2010

MOREIRA, Ana Cleide Guedes. **A Clínica da Melancolia**. São Paulo: Escuta/Edufpa, 2002.

_____. PAMPLONA, Cassandra Rodrigues A. (2006). **Dispositivos Clínicos em Hospital Geral**. In: Psicologia Clínica, Rio de Janeiro. 2006, v.18, p. 13-24.

_____. **Tratamento Psicológico em Hospital Geral: Contribuições da Clínica da Melancolia e dos Estados Depressivos**. Projeto de Pesquisa. Belém, 2006, Mimeo.

MOURA, Ana; NIKOS, Isaac. **Estudos de Caso, Construção de Caso e Ensaio Metapsicológico: da Clínica Psicanalítica à Pesquisa Psicanalítica**. In: Pulsional Revista de Psicanálise, ano XIII, Nº. 140/141, novembro/2000, p. 69-76.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **As Pestes do Século XX: Tuberculose e Aids no Brasil, uma História Comparada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NOGUEIRA FILHO, Durval Mazzei. **Toxicomanias**. São Paulo: Escuta, 1999.

NUNES, Otávio Augusto Winck. **Vou Apertar, mas não Vou Acender Agora**. In: Tóxico e Manias, Revista Nº. 26. Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA, Revista online. Disponível em: http://www.apoa.com.br/revista_26_textos.php, acessado em setembro de 2010.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso; MOREIRA, Ana Cleide Guedes. **Sofrimento Psíquico e Trabalho Hospitalar**. In: Revista Pulsional, Março de 2006.

PACHECO FILHO, Raul Albino. **Toxicomania: um Modo Fracassado de Lidar com a Falta Estrutural do Sujeito e com as Contradições da Sociedade**. In: Mental, ano V, Nº. 9, Barbacena, nov. 2007, p. 29-45.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico**. São Paulo: Editora Escuta, 2008.

PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa. **Uma casa com paredes de cristal: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar**. Rio de Janeiro, 2003. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa; VILHENA, Junia. **Entre o público e o privado: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar**, *In: Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, N° 2, 2007, p. 201-216.

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

POSTIGO, Vanuza Monteiro Campos. **Adicção: Um Estudo Sobre Passividade e Violência Psíquica**. Curitiba: Juruá, 2010.

QUEROLIN NETO, Luiz. **A Face Oculta da Aids**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1989.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SALLES, Ana Cristina Teixeira da Costa; CECCARELLI, Paulo Roberto. **A Invenção da Sexualidade**. *In: Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais*, ano XXXII, N° 60, p. 15-24, 2010.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier. **DROGAS: uma Compreensão Psicodinâmica das Farmacodependências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

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

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

TEIXEIRA, Geovana Ferreira. **Depressão Materna e sua Repercussão na Relação Inicial Mãe-Bebê**. *In: Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, N° 02, p. 300-309, Abr-Mai-Jun de 2007.

TRONCA, Italo A. **As Máscaras do Medo: Lepra e Aids**, Campinas: Editora da UNICAMP, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Site da Universidade Federal do Pará, disponível em <http://www2.ufpa.br/webhujbb>. acessado em junho de 2009.

VILHENA, Junia de. ; AMARAL, Maria Elizabeth. **Em busca de uma certa singularidade. Reflexões acerca da psicanálise infantil em uma instituição**. *In: PSYCHÊ*, Ano VI, N° 9, São Paulo, p. 197-211, 2002.

VILHENA, Junia de & SANTOS, Aline (2000) **Clínica psicanalítica com comunidades. Um desafio contemporâneo**. *In: CADERNOS DO TEMPO PSICANALÍTICO*. Rio de Janeiro, SPID n.32 pp 09-35.

WINNICOTT, Donald W. (1951). **Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais**. *In*: WINNICOTT, Donald W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, Donald, W. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos Sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

Bionet on Line. Disponível em: www.bionetonline.org/portugues/content/hiv_tool.htm, acessado em 15 de maio de 2011.

VALENTIM, José Henrique; MATTOS, Paulo Roberto. **Psicanálise e Hospital Geral: Algumas Considerações sobre o Serviço de Psicologia da Área Cirúrgica do Hospital Universitário Antônio Pedro**. *In*: Pulsional. Revista de Psicanálise, Nº. 120, p. 14-19, 1999.