



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

WARLINGTON LUZ LÔBO

**PSICOTERAPIA BREVE GESTALTICA PARA HOMENS COM
HIV/AIDS EM CONTEXTO DE CLINICA AMPLIADA.**

BELÉM
2013

WARLINGTON LUZ LOBO

**PSICOTERAPIA BREVE GESTALTICA PARA HOMENS COM
HIV/AIDS EM CONTEXTO DE CLINICA AMPLIADA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, nível mestrado, da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Orientadora: Prof^ª. Dra. Adelma Pimentel.

BELÉM
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFPA

Lobo, Warlington Luz, 2013-*Psicoterapia breve gestaltica para homens com HIV/AIDS em contexto de clinica ampliada* /Warlington Luz Lobo. - 2013.

Orientadora: Adelma Pimentel.

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

1. Gestalt-terapia. 2. Psicoterapia. 3. HIV (Vírus). 4. AIDS (Doença). 5. Hospital Universitário João de Barros Barreto. I. Título.

CDD 22. ed. 616.89143

WARLINGTON LUZ LOBO

**PSICOTERAPIA BREVE GESTALTICA PARA HOMENS COM
HIV/AIDS EM CONTEXTO DE CLINICA AMPLIADA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, nível mestrado, da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Adelma Pimentel (Orientadora) (UFPA)

Profª. Dra. Cristiane Gonçalves Silva ((UNIFESP)

Profª. Dra. Airle Miranda (UFPA)

Profª. Dra. Ivany Pinto Nascimento (UFPA)

Aprovado em: ____/____/____

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

Quero aqui agradecer, e lembrar de pessoas que foram extremamente importantes nesse período de dois anos na conclusão da dissertação de mestrado.

Agradeço a Deus, por todas as maravilhas que tem me proporcionado, pelas bênçãos e vitórias. Obrigado Senhor.

Aos meus Pais Maria Jose Lobo e João Batista Lobo pelos momentos de apoio e conquistas acadêmicas, pois estão sempre perto de mim, torcendo e me acolhendo.

As minhas Irmãs Aliny Lobo e Cinthia Lobo pela força e alegria em momentos onde a angustia teimava em permanecer.

Aos meus amados e abençoados sobrinhos Amanda Lobo e André Thalís Lobo. Obrigado pelo carinho tê-los por perto foi fundamental nesse processo de grande felicidade.

Todo carinho e afeto a Prof.^a Dra. Adelma Pimentel, pela troca de conhecimento, apoio, e confiança que estabelecemos, fruto de amizade sincera. Meus emocionados agradecimentos.

Aos pesquisadores do Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas (NUFEN/UFGA) pela dedicação existente entre os pares.

As minhas colegas Psicólogas do HUIBB; Katia Kós, Lúcia Helena e Wânia Guimarães exemplos de dedicação e luta.

Ao Nei que sempre me recebeu muito bem quando ia à secretaria do PPGP solicitar-lhe algo.

Aos/as Amigos/os, Allyne Lobo, Robson Cardoso, Wladirson Cardoso, Glaucia Macedo, Roberta Bayma, Paula Ramos, Lyah Correa (Flor), Tânia Souto, Andreza Lopes, Ocilene Barreto, Cléfea Pacheco, Klézio Kleber, Milton Ribeiro. Obrigado pela amizade e companheirismos.

RESUMO

LOBO, Warlington Luz. **Psicoterapia breve gestáltica para homens com HIV/aids** em contexto de clínica ampliada. 2013. 104p. Dissertação (Mestrado)- Programa de pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém,2013.

O presente trabalho visou investigar qual a importância da Psicoterapia em homens doentes de aids marcados pela proximidade com a morte ou a finitude existencial internados em uma enfermaria hospitalar. A intervenção psicológica, na área da saúde e da clínica psicológica, foi procedimento interventivo que permitiu efetivar a escuta socialmente engajada visando superar a premissa acerca da doença enquanto centro do tratamento, transmitida ao longo da história e veiculando a concepção de um sujeito patológico. Nesta perspectiva, o objetivo deste trabalho foi incentivar os participantes da pesquisa a vivenciar a atenção à própria saúde reconhecendo-a enquanto um direito de cidadania básico a todos os homens. Sobre os procedimentos a psicoterapia breve gestáltica e os cuidados paliativos foram as estratégias utilizadas nos atendimentos realizados no Hospital Universitário João de Barros Barreto em Belém do Pará-Brasil. Os participantes da pesquisa foram quatro homens adultos, com faixa etária entre 18 e 49 anos de idade. A seleção iniciou com a pesquisa documental dos relatórios e documentos elaborados pelos profissionais que atendem na enfermaria da clínica infecto-parasitária (DIP) como fichas de identificação, prontuários de identificação dos casos, onde estava descrita o diagnóstico, o histórico de saúde. Tratou-se de uma pesquisa clínico-qualitativa, que utilizou o método fenomenológico e concepções existencialistas, e referencial teórico da Gestalt-terapia. Para a análise do discurso dos informantes se valeu da Hermenêutica da linguagem proposta em Paul Ricoeur, que propõe a compreensão da dimensão linguística (sentido) e dimensão extralinguística (referência), partindo da análise gramatical da frase do locutor, perpassando pela análise semântica da fala, com atenção às funções e atos da linguagem. Nas análises nos atentamos unicamente à assimilação da função Expressiva ou Emotiva, em que o sujeito que se destacou foi o EU, e aos atos do discurso: locucionários (ato de dizer; expressão verbal), ilocucionários (aquilo que fazemos ao dizer; recursos não verbais que acompanham a fala) e atos perlocucionários (reflexo da linguagem no outro). Os resultados mostraram que os homens são responsáveis por suas próprias habilidades, e que podem ampliar as possibilidades em suas vidas, mesmo em situação de fragilidade e sem possibilidade de cura, identificando os meios a sua disposição, que permitiram lidar com uma situação de dificuldade. Quanto à psicoterapia ela foi um facilitador, e proporcionou a possibilidade de se compreender alguns modos de vinculação, subjetivação e relação dos homens atendidos no hospital.

Palavras-Chave: Psicoterapia Breve; HIV/aids; Gestalt-Terapia; Clínica ampliada

ABSTRACT

LOBO, Warlington Luz. **Gestalt Psychotherapy brief for men with HIV / AIDS in the context of expanded clinical**. 2013. 104 f. Dissertation (Mastering) – Post Graduate Program in Psychology. Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

The present study aimed to investigate what is the importance of psychotherapy in men with aids marked by the proximity to the death or the existential finitude interned in a hospital ward. Psychological intervention in the area of health and psychological clinic, was imaginatively procedure which allowed effect socially engaged listening to overcome the premise about the disease while treatment center, passed along the story and conveying the idea of a pathological subject. In this perspective, the objective of this work was to encourage participants to experience research attention to own health recognizing it as a basic citizenship rights to all men. About gestalt psychotherapy procedures and palliative care were the strategies used in the consultations carried out at the University Hospital Barros Barreto in Belém do Pará-Brazil. Survey respondents were four adult men, with track is 18 and 49 years of age. The selection started with documentary research reports and documents drawn up by professionals who meet in the infirmary of the infectious parasitic clinic (DIP) as identification cards, medical records of identification of cases, where it was described the diagnosis, health history. It was a clinical-qualitative research, which used the phenomenological and Existentialist concepts, method and theoretical framework of Gestalt Therapy. For the analysis of the discourse of informants if it was proposed in language Hermeneutics of Paul Ricouer, which proposes the understanding of linguistic dimension (sense) and extralinguística dimension (reference), starting from the grammatical analysis of the sentence of the announcer, bypassing the semantic analysis of speech, with attention to the functions and acts of language. In the analysis we pay attention only to the assimilation of Expressive or Emotional function, in which the subject that stood out was the I, and the acts of speech: locutionary (Act say; verbal expression), illocutionary (what we do to say; non-verbal features accompanying the speech) and perlocutionary acts by Austin (reflection of the language in the other). The results showed that men are responsible for their own abilities, and that can expand the possibilities in their lives, even in situations of fragility and without possibility of cure, identifying the means at your disposal, which allowed to deal with a difficult situation. With regard to psychotherapy she was a facilitator, and provided the opportunity to understand some modes of subjectivation, linkage and relationship of the men met at the hospital.

Key-words: Brief Psychotherapy, HIV / aids; Gestalt Therapy; expanded clinical

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da compreensão dos processos subjetivos..	61
Figura 2 - Fluxograma da compreensão dos processos subjetivos de Felipe..	70
Figura 3 - Fluxograma da compreensão da vivencia no hospital- Percepção e Compreensão..	75
.....	75
Figura 4 - Fluxograma da compreensão dos processos subjetivos de Fernando..	80
Figura 5 - Fluxograma da compreensão dos processos subjetivos de Pedro.....	83

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
PASSEMOS AGORA PARA A INSERÇÃO NO CAMPO:.....	26
I. HIV/AIDS: UMA LEITURA DAS RESSONÂNCIAS A SAUDE DOS HOMENS NO BRASIL	27
1. RESSONÂNCIAS NA SAUDE DO HOMEM NO BRASIL.....	28
1.1 VULNERABILIDADE, HOMENS E AIDS.....	30
II. PSICOTERAPIA : UMA MODALIDADE CLINICA DE CUIDADO E CLINICA AMPLIADA:	34
2.1 BREVE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA CLINICA.....	36
2.2 A PSICOLOGIA CLINICA MODERNA E A CLINICA AMPLIADA	39
2.3 PSICOTERAPIA BREVE GESTALTICA	47
2.4 ADESÃO DO INDIVÍDUO AO TRATAMENTO	52
III. HOMENS QUERENDO FALAR: PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	56
3.1 PROCEDIMENTOS	57
3.2 OS CLIENTES ATENDIDOS:.....	58
3.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	59
IV. AS VOZES TEM RESSONANCIA: CASOS CLINICOS	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS:	84
REFERÊNCIAS	89
A P Ê N D I C E	100
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101

INTRODUÇÃO

Estudamos o que tem sentido em nossas vidas. O Tema aids adentrou em minha existência enquanto estudante de Psicologia. Prestes a concluir o curso, no ano de 2009, escutava sobre a “doença” um misto de informações “assustadoras” e bastante confusas. Sobretudo, o assunto era pouco comentado entre os amigos. No ano seguinte, em 2010, Psicólogo recém-formado, deparei-me com uma amig@¹ querid@, alguém muito próxima de meu cotidiano que recebera o diagnóstico positivo pela infecção do HIV.

Foi um choque indescritível, já que na ilusória sensação de onipotência tinha a impressão que nunca, jamais a doença acometeria alguém tão próximo a mim. Conhecendo as práticas de cuidado sexual de minh@ amig@, passei a indagar: como pode acontecer? Aos poucos fui retornando ao sentido da potência e pude responder que a aids² é uma doença que não escolhe pessoas, e pode fazer parte do cotidiano daqueles que vivenciam práticas sexuais de risco ou compartilham seringas, etc. Adonei-me da compreensão e possibilidade de que a doença poderia ser um acontecimento que acometeria “*não apenas o outro*”, ou seja, que seria uma “doença longínqua”.

A percepção gerada pela via do senso comum se tornou uma inquietação e demanda profissional: o que fazer enquanto psicólogo, que tipo de intervenção poderia oferecer? Assim, adentrei no mestrado em Psicologia e a psicoterapia passou a ser o objeto reflexivo, posto que vislumbro a perspectiva da intervenção ser uma fonte mediadora do fortalecimento do potencial criativo do ser humano em situações de medo, crise no seu cotidiano, luto existencial, e quiçá daqueles que vivem/convivem com o HIV/aids.

Com essa expectativa passei a indagar, informalmente, colegas de profissão acerca da prática clínica do atendimento psicoterápico. Assim, confirmei a premissa da importância de realizar psicoterapia com homens doentes de aids, posto que são demandantes pouco frequentes, seja por medo ou por receio de sofrerem preconceitos por parte de profissionais e/ou familiares, pois pessoas com HIV/aids relatam problemas sociais e psicológicos (SOUZA JR., 2009).

¹ Utiliza-se o arroba em palavras que pretende abranger os dois gêneros humanos e, dessa forma, evitar aquilo que se considera ser uma discriminação sexual através da linguagem.. Ver em Mendes, 2011.

² Utilizarei o termo aids em caixa baixa, seguindo recomendação do Departamento Nacional de Doenças Sexualmente transmissíveis, pois no Brasil, o processo de dicionarização do termo AIDS deixa de ser uma sigla e passou a representar uma doença. Disponível em URL:<http://www.aids.gov.br>.

[...] mesmo com as importantes conquistas alcançadas em relação à garantia dos direitos dos portadores de HIV/aids, apesar das campanhas de prevenção e mesmo diante da promoção de uma melhor qualidade de vida do portador, é inquietante observar que o estigma e a discriminação permanecem quase intocáveis, através de inúmeras formas de violência exercida contra portadores de HIV/aids. (PASCUAL, 2008, p. 27).

Batista e Gomes (2000) destacam que compreender a aids sob um ponto de vista de que existe um “outro”, diferente e portador, acaba nos faz criar uma falsa ilusão de que a epidemia esta distante e atinge somente a determinados grupos (homossexuais, usuários de drogas e etc).

O conceito de “grupos de riscos” é extemporâneo considerando que a aids pode alcançar a qualquer sujeito; mesmo que muitos, ainda mantenham a crença na tese que aids e “mau comportamento” ainda são sinônimos conforme destaca (ANDRADE et al, 2000; BATISTA; GOMES, 2000). Essas preocupações são pensadas e pertencendo a diferentes realidades de uma mesma esfera e que envolve aspectos subjetivos dos indivíduos, e também aspectos biológicos, psicossociais e culturais, Duarte (2003).

Segundo Brito, Castilho e Szwarcwald (2000), o impacto causado pelo surgimento da epidemia da aids configurou-se como um fenômeno global na saúde pública tornando-se um marco na história das sociedades. Além da premissa de considerar a aids uma demanda que exige políticas de saúde arrojadas, também usamos na dissertação a compreensão da perspectiva da saúde enquanto direito humano, o que permite enfrentar o tema do estigma e do preconceito, via de regra, sempre aplicados à pessoa vivendo com HIV/aids. Dentro desta perspectiva, o termo “Pessoa Vivendo com HIV/aids (PVHA) é uma forma muito utilizada por ativistas em Direitos Humanos e técnicos em saúde em contraposição ao termo estigmatizante “*aidético*” (Lima, 2011). Levando-se em consideração que a literatura acerca do estigma, denota uma amplitude conceitual, é oportuno fazer um recorte específico para abordar o modo como o conceito de estigma pode ser relacionado à pessoa vivendo com HIV/aids. Moreira & Melo (2008); Guerra & Seidl (2009), Lima (2011) e Almeida & Labronici (2007).

Atualmente, percebemos grandes avanços em relação ao controle da epidemia de aids no mundo. As respostas a essa epidemia, são visíveis ao analisarmos o volume dos investimentos governamentais que visam à prevenção e o tratamento, por exemplo, no Brasil, o percentual de 93% das unidades, o paciente sai da consulta inicial com o retorno agendado o qual acontece em até 30 dias, na quase totalidade das vezes (92%), com isso, o País em lugar de destaque no cenário de atenção a saúde publica por ter uma das melhores respostas em

relação a outros países. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) Contudo, o país retrata uma polaridade ao que se refere ao estigma e ao preconceito em relação ao HIV/aids, isto é, ainda não conseguiu reformular a tese que circula no imaginário popular de que o HIV/aids é um acometimento parecido de morte rápida.

De acordo com a United Nations Programme on HIV/Aids [UNAIDS], 2007, apud Guerra & Seidl (2009), o estigma em HIV/aids define-se como “a desvalorização de pessoas vivendo com essa condição”. O alto grau de depreciação que a pessoa tem de si a partir dos valores e construções sociais estabelecidos para esta síndrome a colocam à margem de suas fragilidades vivenciais. Com isso, a pessoa vivencia mais facilmente sentimentos e emoções como: vergonha, medo, isolamento, ansiedade, depressão e culpa.

Os autores ainda destacam a pesquisa de Ayres e cols (2006), quando estes entrevistaram jovens vivendo com HIV/aids :

“Pela análise desses relatos, os autores definiram duas categorias de estigma: sentido e decretado (*enacted stigma*). O primeiro diz respeito aos sentimentos subjetivos de vergonha associados à discriminação social e internalizados como parte da identidade. O estigma sentido esteve presente nos discursos dos cuidadores com relação aos medos das reações pós-revelação por parte dos adolescentes. Nos discursos dos jovens, esse tipo de sentimento foi evidenciado ao relatarem o medo de contar seus diagnósticos para amigos e parceiros” (Guerra e Seidl, 2009, p. 63).

As duas categorias de estigma citadas associam-se ao medo de evidenciá-la, de externalizá-las e até mesmo de senti-la. A aversão social ao vírus HIV pode ser tanta que o indivíduo, muitas vezes, prefere guardar para si esse fato, segregando-se e isolando-se. O estigma se relaciona ao preconceito é praticado por quem tem que carregar o peso de tal aversão, também conhecida pelo termo “*aidsfobia*” situada em contexto de medos e aversões que se tem da aids ou por quem vive com o vírus HIV (Lima, 2011).

A aidsfobia causa impacto na vida das pessoas vivendo com HIV/aids, pois, muitas vezes, a aversão compromete as possibilidades de levarem uma vida normal como qualquer outra pessoa. O medo de não conseguirem emprego por causa do vírus (preconceito institucional), a ansiedade de contar para um parceiro sexual a sua atual condição de pessoa vivendo com HIV/aids, etc, configuram uma série de circunstâncias que modificam a maneira de pensar e de agir de uma pessoa vivendo com HIV/aids.

A questão se torna relevante quando se pensa, por exemplo, em estratégias de cuidado das pessoas infectadas pelo vírus HIV, principalmente quando se fala em crianças e adolescentes que estão

em uma fase de crescimento, desenvolvimento, socialização e construção de suas subjetividades e identidades de gênero³.

A estigmatização da aids ou, por que não falar, a estigmatização do próprio indivíduo vivendo, começa quando alguém recebe um diagnóstico positivo para a infecção do HIV e, a partir daí, ocorrem vários processos de ressignificações que influenciam o momento existencial da pessoa. A recepção do diagnóstico instala o luto simbólico pela perda da sensação de “indestrutibilidade”. Este pode ser momentâneo ou durar por toda a vida.

Uma contribuição da psicoterapia para a promoção da qualidade de vida e saúde de homens que vivem com HIV/aids é colaborar para a autoaceitação e a recuperação da necessidade de viver, sem a sensação imaginária/real de que pode morrer a qualquer momento.

Maria Lúcia Lima argumenta que:

“A notícia de diagnósticos de sorologia positiva para o vírus HIV ou para o vitiligo (doença que se manifesta com manchas brancas na pele, que aumentam progressivamente e disseminam-se por toda a extensão do corpo); ou a descoberta de que por causa do diabetes será necessário amputar uma perna; ou ainda saber que desenvolveu câncer e que terá que submeter-se à cirurgia e tratamento quimioterápico é, na maioria das vezes, sentida por alguns indivíduos como um torpedo em seu peito, como uma ferida mortal que provoca desespero, sem perspectiva de vida futura. Há pacientes que se referem a esse momento como se o mundo estivesse desabando, ficam em pânico, acreditam que irão morrer em breve” (LIMA, 2011, p. 31).

A necessidade de continuar a vida entra em choque com a vontade de desistir dela, e constitui uma polaridade que emerge ao mesmo tempo e dificulta a auto-reflexão do indivíduo sobre o si-mesmo. A ideia estigmatizante de que aids é sinônimo de morte dificulta a vida social do indivíduo, pois ele passa a ser olhado como “doente”, “coitadinho” e inserido dentro de uma cadeia moral repressora que o culpa por um “pecado cometido” e que agora está pagando por isso.

O estigma, vivido ou sentido, trás consequências psicossociais que podem ser irreversíveis como em casos, por exemplo, de suicídios provocados pela intensa incapacidade dos sujeitos lidarem com os preconceitos oriundos da “marca” da sorologia positiva para o HIV.

³ Refere-se ao gênero em que a pessoa se identifica, se ela se identifica como sendo um homem ou mulher, também podendo ser usado para referir-se ao gênero que a pessoa atribui ao indivíduo.

É relevante mencionar, também, a questão da imperatividade e intempestividade com que muitos profissionais da saúde têm ao comunicar o resultado para a pessoa. Muitas vezes, a informação é acompanhada por pré-julgamentos morais.

Notificar o diagnóstico requer levar em consideração os componentes simbólicos da doença, na medida em que a aids tem uma história estigmatizante muito difícil de ser esquecida, bem como, aspectos negativos fortemente enraizados na atualidade.

Outra consequência do preconceito é a interdição ou a participação nas práticas cotidianas a pessoas vivendo com HIV/aids. No entanto, os movimentos sociais de Direitos Humanos lutam constantemente para que ocorra a garantia plena da cidadania das pessoas, pois constitucionalmente, somos iguais perante as leis.

Maria Lúcia Lima, em sua obra, cita um depoimento de uma cidadã vivendo com HIV/aids que ilustra o argumento presente no referido tópico.

“O mais interessante de tudo isso é conseguir entender que mesmo sem o diagnóstico de Aids, o mundo é injusto, que mesmo sem sermos portadores de doença infecto-contagiosa e crônica nosso sistema de saúde tem muitas falhas e perceber que o preconceito e a discriminação são frutos da relação da sociedade. O viver com HIV/aids não pode ser o fim da vida para nenhum de nós. O que temos que aprender é a administrar tudo o que acontece na nossa vida da melhor forma. Haverá as depressões e alegrias, a solidão, o carinho e o amor... Afinal, sempre acreditei que a vida é assim, feitas com altos e baixos” – Depoimento de uma cidadã vivendo com HIV/aids (LIMA, 2011, p. 31).

Estudos sobre a aids como os de Moreira & Melo (2008, P.305), destacam que “Compreender qualitativamente o significado da experiência do estigma é fundamental para o desenvolvimento do conhecimento sobre este processo, que gera tanto sofrimento ao doente e àqueles que convivem com ele”.

As ações interventivas no campo da saúde, e o contexto social para HIV/aids requerem um diálogo entre a pesquisa clínica que produz o avanço das terapias antirretrovirais e os processos de subjetivação dos sujeitos vivendo com HIV/aids, sobretudo o fator motivacional. Deste modo, a pessoa pode se permitir refletir qualitativamente sobre sua vivência com o vírus HIV.

Almeida & Labronici (2007) ponderam:

“o que parece ficar claro é que, a despeito desses avanços, dentre eles o advento dos antiretrovirais que melhoraram a qualidade de vida das pessoas, afastando-as da grande letalidade da doença, persevera a triste constatação de que a epidemia ainda é soberana e que a relação do conviver com o HIV e a Aids continua cobrando um alto custo em sofrimento humano advindo do estigma, preconceito e discriminação que a doença impõe” (ALMEIDA & LABRONICI, 2007, p. 264).

Pensamos com base as considerações citadas acima que as autoras afirmaram e as nossas reflexões críticas acerca da estigmatização do HIV/aids, que os avanços nas medicações são importantes para o aspecto orgânico da saúde, contudo, quando o indivíduo com sorologia positiva pela infecção do HIV ou o doente de aids, assume para si uma culpa imposta socialmente; e/ou, recebe passivamente situações em que é violado, humilhado e discriminado, ele pratica violência auto-infligida que possivelmente pode influenciar no tempo de vida (REIS, PIMENTEL 2012).

Almeida & Labronici (2007), também afirmam que:

“A existência de tais questões faz com que muitas pessoas afetadas pela Aids caminhem solitária e silenciosamente, limitadas em suas possibilidades de direitos e de acesso aos meios de proteção, promoção e assistência, obrigando-as muitas vezes a esconder sua condição sorológica pelo medo de se expor e de padecer de preconceito ou discriminação, respostas provocadas pelo estigma” (ALMEIDA & LABRONICI, 2007, p. 264).

A omissão da comunicação social da atual condição vivencial é um mecanismo estratégico utilizado por muitas pessoas vivendo com HIV/aids, como sendo uma tentativa de não sofrer com os preconceitos e processos de estigmatização. É o modo também encontrado de manter a privacidade e evitar conflitos, principalmente os de ordem social. Por outro lado, muitas pessoas vivendo com HIV/aids também encontram na revelação pública de condição formas de encarar isso abertamente. Lima (2011) cita em sua obra *Fio de Esperança: recriando qualidade de vida*:

“Mostrar a cara’ significa assumir a nova identidade de pessoa vivendo com HIV/aids, é tomar para si a responsabilidade de diminuir o estigma social da doença e, antes de tudo, dar uma grande contribuição para a humanidade.[...] Não quero com isso que superar o preconceito seja algo simples e fácil de realizar, pelo contrário, trata-se de uma missão desafiadora e ousada” (LIMA, 2011, p. 32).

Assim, cada pessoa cria uma estratégia de comunicação social da infecção pelo HIV, uma tarefa nada fácil. Os profissionais da saúde têm a tarefa de contribuir para facilitar a adoção de uma forma de escolha que permita encarar a nova etapa da vida.

“Faz-se necessário tomar consciência da importância social de sua atitude. Seja ela qual for, fará diferença. Permanecer nos bastidores, em silêncio no ‘seu cantinho’, com medo da opinião alheia, ou assumir o papel de protagonista desta história, mostrando que é um cidadão comum, um contribuinte de impostos que exige respeito. Esta é uma decisão de extrema importância para todos nós” (LIMA, 2011, p. 33).

Essas freqüentes ocorrências geralmente fazem com que muitas pessoas continuem, ainda hoje, sendo vítimas de discriminação em função do diagnóstico de HIV/aids sendo ele positivo, ou até mesmo por se suspeitar ter o resultado positivo pela infecção do HIV. A não aceitação de sua soropositividade é geralmente a primeira figura que emerge acompanhada de sérios abalos a promoção do acesso universal a saúde. Pessoas com HIV/aids expressam diferentes reações psicológicas em relação a sua soropositividade (BRASIL, 2003).

Grandes partes dos problemas suscitados pela epidemia estão relacionadas ao preconceito em diferentes esferas do convívio social. O despreparo dos seus integrantes para responder às questões morais, éticas e sociais relacionadas à epidemia, a repercussão limitada da ação judicial individual, que provoca mudanças apenas na vida das pessoas diretamente envolvidas no processo, e sua impossibilidade de fortalecer os portadores enquanto grupo coletivamente organizado. (MIRANDA; GARCIA, 2005, p. 21)

A partir do avanço da epidemia e da falta de informação que pairava na sociedade brasileira na década de 80, o diagnóstico de HIV- positivo é extremamente preocupante, pois não existia até então uma medicação específica, tampouco tratamento. Em face da falta de informação e de políticas públicas voltadas para atender aos novos casos que foram surgindo, as pessoas vivenciavam um desespero ante a recepção do resultado do exame HIV – positivo. O impacto imediato a escuta, ou a primeira gestalt que se formava no imaginário coletivo era geralmente a de pessoas enfermas, magreza excessiva, beirando a morte, por ser a aids uma doença incurável, a imagem de alguém definhando com a doença em estado avançado de terminalidade eram comuns.

Silva (2010) cita Cazuzo como o primeiro artista brasileiro a assumir que vivia com o HIV/aids. Pois o mesmo apresentava uma imagem abatida, o corpo esquelético, o que acabou sendo massivamente mostrados pela mídia brasileira. Na primeira fase da epidemia do HIV/aids, nos anos de 1980 a 1986, segundo dados do Ministério da Saúde, a sua forma de transmissão era então caracterizada apenas pela transmissão homo/bissexual masculino, e escolaridade elevada. De 1987 a 1991, caracterizou-se pela difusão sanguínea e uso de drogas injetáveis por dependentes químicos. De 1992 até a atualidade, sobreveio uma inversão dos atores infectados em relação a forma de transmissão, ocorrendo um grande aumento de casos em indivíduos heterossexuais, destacando que em mulheres infectadas vem aumentando a incidência, ocorrendo uma feminilização da epidemia.

Três décadas se passaram e no Brasil segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) indicam que o SUS mantém a epidemia de aids estabilizada no Brasil e com níveis de concentração em alguns subgrupos populacionais em situações de vulnerabilidade.

Conforme foi divulgado no Boletim Epidemiológico MS (ano base 2010) foram notificados 608.230 casos de Aids acumulados de 1980 a junho de 2011, em que 397.662 (65,4%) eram do sexo masculino e 210.538 (34,6%) do sexo feminino. Em 1985 ainda segundo MS, para cada 26 casos entre homens, havia um caso entre mulher. Em 2010, para cada grupo de 100 mil adolescentes, registrou-se 2,9 casos da doença entre elas e 2,5 entre eles.

Entretanto, Galvão (2000 apud SILVA, 2010, p. 173) nos diz que a imagem do HIV permanece associada a homossexuais masculinos, “a identificação dos primeiros casos entre homossexuais masculinos estabelece um vínculo, que até hoje não foi rompido, entre aids e homossexualidade masculina”. Mesmo com a elevação do HIV entre heterossexuais (OLTRAMARI, 2007).

Acerca dessa informação o autor pondera que,

Naquele momento, a aids, então denominada na mídia por nomes como “doença dos homossexuais” e “câncer gay”, era a perfeita notícia para a abertura política do país: remetia à década de 70 no que havia de mais “escandaloso” – sexo e drogas –, sem fazer menção ao contexto político. (GALVÃO, 2000, p. 52)

A sensação de invulnerabilidade suscitou uma forma de se pensar sobre o HIV/aids de que era uma patologia “gay”, tanto que ficou conhecida na década de 80 como “peste gay”, além de acometer outras categorias sociais. Permanecendo por muito tempo essa ideologia sobre a síndrome da aids. No entanto, a mudança paradigmática só veio a ocorrer quando novos casos surgiram em outros segmentos sociais, além daqueles já estigmatizados. Agora, eram donas-de-casa, estudantes, pais de família todos estavam vulneráveis, ainda que de forma diferenciada.

Para Domingues (1998), não é de se negar que a mídia também difundia os segmentos afetados pela síndrome. Homossexuais, prostitutas e viciados em drogas injetáveis, passaram a ser considerados como únicos em grupo de risco, excluídos e fadados a carregarem o estigma de uma moléstia considerada fatal. Isso possibilitou certo grau de insegurança e segurança por parte da sociedade. Saber que apenas determinados segmentos eram os acometidos gerava tranquilidade nos demais. O autor afirma que o choque foi tão grande ao perceber que outras categorias sociais também eram vulneráveis à síndrome, que as pessoas evitavam falar sobre o assunto enquanto forma de negação e defesa em face de algo que não tem cura. Para o pensamento da época, era melhor nunca saber da própria condição de saúde ou sobre o assunto, pois a ignorância era mais segura frente à angústia provocada pela impotência diante de uma “possível” morte anunciada.

No entanto, o estigma acerca da “peste gay”, o preconceito e a discriminação ainda são fortes socialmente e tornam-se os maiores inimigos da qualidade de vida do indivíduo. Segundo Guimarães (1998), as pessoas internadas em hospitais por já apresentarem um quadro clínico da síndrome dentre outros fatores, manifestam perda de memória, apatia, confusão e depressão, além de um aumento crescente no sentimento de perda de controle sobre si mesma, principalmente aqueles pacientes, designados por Paulini (2007), como “pacientes sem possibilidades de cura”.

As possibilidades de ressignificações de viver com HIV/aids são múltiplas e singulares, variando de indivíduo para indivíduo. Após o diagnóstico soropositivo para o HIV, geralmente, a vivência de um processo de luto faz emergir essas diversas maneiras de olhar para si e para o mundo.

Ferraz (1998, p. 10) enfatiza essa questão muito bem no trecho a seguir: “A revelação do diagnóstico marca um tempo de transição do status de ‘pessoa saudável e imortal’ para portadora de um vírus que desencadeia uma doença estigmatizante e ainda incurável, a despeito dos recentes avanços”.

Descobrir-se nesse processo, vivendo com HIV ou doente de aids, coloca o indivíduo frente a limites reais. O enfrentamento passa a ser uma questão pessoal que pode fazer dessa experiência uma chance de aprender com a própria vida e para a vida. As pessoas vivendo com HIV/aids não devem ser tratada com preconceito, principalmente nos espaços de atenção à saúde onde muitas são atendidas. No que tange ao profissional da psicologia, nessa cadeia multiprofissional da rede de atenção básica, é necessário atentar-se para ouvir aquele sujeito, perceber as múltiplas maneiras como ele próprio vivencia suas angústias, medos como qualquer outra pessoa que procura ou é encaminhada para o serviço psicológico.

Os casos clínicos são vistos a partir das particularidades que os evidenciam. O luto pela possibilidade de vivenciar uma nova forma de vida com a presença do vírus HIV deve ser percebido pela equipe que atua com essa temática, principalmente a psicologia. Ressignificações constantes são vivenciadas pelo indivíduo e seus múltiplos olhares acerca do viver com HIV/aids e devem ser respeitadas pela equipe de saúde e não rejeitadas. A mera possibilidade do atendido nos hospitais, principalmente quando já apresenta o quadro clínico da aids, e se ver como patologia, forma esta reforçada pela equipe médica, pode fazer o indivíduo abrir mão de suas atitudes perante a si e à vida. Espera-se da equipe médica uma possível “salvação” de sua condição patológica, já que não consegue se ver atuante de sua própria realidade. Nesse sentido, a compreensão da escuta clínica que possibilite resgatar a condição de pessoa e não de um mero “paciente”, é buscar estimular o indivíduo para ter

consciência sobre si mesmo e assim poder escrever sua própria história com as possibilidades que tem.

A atuação da Psicologia, principalmente a clínica, tem uma importância ímpar na medida em que possibilita uma facilitação dessa escuta por meios próprios e aperfeiçoados ao longo da história que veio desde a concepção de um sujeito patológico até a de um sujeito com potencialidades a serem desenvolvidas.

O Brasil vem ampliando as políticas públicas e estratégias que possam garantir qualidade de vida a este grupo da população (Pessoas vivendo/convivendo com HIV/aids), ressaltando a necessidade da atenção quanto à prevenção, controle e tratamento da doença. Outro aspecto diz respeito a clínica ampliada que tem como proposta construir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques multidisciplinares. Ou seja, a clínica ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que as pessoas se responsabilizem por pessoas, assim as proposições do cuidado da política de saúde para o homem e a clínica ampliada fornecem fundamentação teórica para nossa pesquisa.

Matsumoto e cols. (2007) afirmam a importância da clínica ampliada nas intervenções, a questões referentes às doenças crônicas, e também ao HIV/aids, deve-se a uma perspectiva de ver esse indivíduo de uma forma mais abrangente. A equipe multidisciplinar de saúde fundamenta-se nas relações dialógicas entre si para as discussões dos casos clínicos coletivamente sem hierarquização.

Pensar na clínica ampliada enquanto uma possibilidade de proposta interventiva e que considera todas as formas contextuais das quais o sujeito está inserido, é perceber a responsabilidade em lidar com essa complexidade. Apesar de a clínica ampliada ser um princípio da saúde, entende-se esta enquanto a relação harmônica entre as instâncias biopsicossociais. Portanto, o indivíduo tem que ser visto em sua integralidade.

Há também que se levar em consideração o compromisso com o sujeito e seu coletivo, considerando seu contexto. E nesse momento e em outros contextos, a psicologia assume esse papel de compromisso social, pois sai da perspectiva de um sujeito isolado para alcançar a dimensão contextual em suas múltiplas nuances.

A clínica ampliada é uma clínica para qualquer um na sua singularidade. Muito mais do que uma proposta política para todos como se todos fossem iguais. É buscando a autonomia e a co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários que haverá a promoção da saúde. No texto básico de saúde do Ministério da Saúde, intitulado “Clínica Ampliada, equipe de Referência e projeto Terapêutico singular” enfatiza que nem sempre a clínica ampliada alcança os objetivos dos quais se propõe porque há o reconhecimento de que

o próprio SUS ainda é falho, principalmente no quesito de humanização. Isso fica claro no trecho a seguir: “A humanização da atenção e da gestão no SUS é uma prioridade inadiável. Sabemos que, se por um lado, a falta de recursos compromete a qualidade, por outro, a existência deles pode não ser suficiente” (BRASIL, 2007, p. 3).

Para que a clínica ampliada se efetive na prática, há que se levar em consideração o contexto do Brasil, que lentamente tenta fechar suas próprias lacunas, tais como: a desigualdade socioeconômica, a própria desvalorização dos profissionais de saúde, bem como as péssimas condições de trabalho e pouco investimento na qualificação dos profissionais da saúde, além da pouca participação da gestão pública.

A clínica ampliada não pode ser desconexa a esse contexto situacional do país e das próprias dificuldades do SUS em tentar se estabelecer enquanto política de promoção de saúde. Não se pode ter uma efetivação dos serviços se não há, por exemplo, profissionais capazes de lidar com toda a dimensão subjetiva que as práticas de saúde exigem. Nisso, entende-se que o processo de mudança perpassa por todos os envolvidos que vai da gestão pública até os profissionais, pois a aids é uma doença emergente, que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade (BRASIL, 2005).

Na base teórica desta dissertação – visando compreender a dinâmica da dificuldade masculina em receber cuidados agregamos algumas questões relacionadas ao gênero: os modelos de masculinidade que orientam o processo de subjetivação de alguns homens muitas vezes carregam a premissa do descuido a saúde, o que os induz a assumir comportamentos considerados pouco saudáveis (CONNELL, 1995).

Diversos estudos têm buscado identificar os comportamentos masculinos de recusar a busca dos atendimentos em saúde.

Os homens são os mais resistentes em falar de si para o outro, familiares, amigos. E quando falam é em função somente da própria visibilidade de sua doença, diferentemente das mulheres que consideram a revelação do seu estado de saúde como um compromisso do caráter de confiança e fidelidade (KNAUTH, 1996, p. 57-65).

Figueiredo (2005) nos revela que entre homens, as taxas de mortalidade e morbidade são extremamente excessivas, em função da baixa procura dos homens pelos serviços de atenção primária a saúde, e em função do péssimo atendimento e a dificuldade de acesso as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) fortalecem o distanciamento masculino do serviço de saúde, uma vez que o tempo de espera pela consulta, segundo o autor surge como incompatível à realidade masculina. Na grande maioria das vezes, esse homem (e mulheres

também) precisam trabalhar, dar o sustento para sua família e o tempo de espera na fila o impossibilita de dar atenção a sua saúde, deixando-a sempre em último plano.

Passos (1999, p. 114) ressalta que:

A identidade de homens e mulheres e os significados de gênero são construções históricas e socioculturais, [...] decorrem, entre outros motivos, do modo como o mundo lhes foi apresentado, da educação, recebida, da cultura dominante, das relações que trava, de como é reconhecido pelo grupo e como conduz seus atos. Apesar das muitas conquistas do movimento feminista e das mulheres, no Brasil ainda convivemos com desigualdades de gênero marcantes: tradicionalmente, homens e mulheres recebem educação diferenciada, não por respeito às diferenças entre os sexos e sim para torná-los desiguais e com isto marcá-los, rotulá-los e destiná-los a lugares e papéis.

Não é uma tarefa fácil mudar a forma como educamos nossas crianças seja na escola e/ou ambiente familiar, mas questões sobre igualdade e diferenças de gêneros são possíveis e podem ser ressignificadas com mudanças de atitudes e comportamentos respeitosos em relação à diversidade sejam jovens, adultos, idosos, mulheres e em relação a pessoas vivendo/convivendo com HIV/aids.

As pesquisas com participação de homens têm comprovado que os mesmos são mais vulneráveis às doenças, principalmente as infecto-contagiosas, principalmente às enfermidades graves e crônicas, pois geralmente morrem mais precocemente que as mulheres (COURTENAY, 2000; NARDI; GLINA; FAVORITO, 2007; LAURENTI et al, 2005; LUCK, BANFORD; WILLIAMSON, 2000).

Gomes (2003); Pimentel (2011) destacam para pesquisar as masculinidades e compor uma literatura específica sobre o assunto, é necessário refletir sobre a condição masculina para que os estudiosos do tema construam uma compreensão dos fatores que contribuem para os comprometimentos da saúde do homem. Ressaltamos: à socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina como um dos determinantes.

Acerca da prática do cuidado de si, Korin (2001), Sabo (2000) e Courtenay (2000) demonstram que, na construção das identidades, muitos homens assumem riscos que interferem na sua condição de saúde, influenciam as decisões e comportamentos relacionados à prevenção. Neste sentido, faz-se necessário compreender que cada indivíduo é singular, e suas atitudes e comportamentos denotam a elaboração de uma rígida condição masculina, uma aprendizagem relacionada a vivência nos diversos contextos relacionais: familiares, sociais e às suas experiências subjetivas de vida (BARKER, 2005; RICARDO et al, 2006; WELSH, 2001).

Com a necessidade de fazer com que os homens tivessem acesso as políticas públicas voltadas para a saúde, e ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. O Ministério da Saúde, no ano de 2009, criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem vinculada com a Política Nacional de Atenção básica, estando em conformidade com os princípios do SUS que são a Universalidade em que a saúde passa a ser é reconhecida como um direito fundamental do Ser humano; a equidade, isto é, justiça social buscando diminuir as desigualdades, e a Integralidade sendo a garantia do fornecimento de um conjunto articulado, contínuo de ações e serviços preventivos curativos e coletivos, e exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência (PNSH, 2009).

Esta política é uma diretriz que engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, norteando ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado, sobretudo, objetivando que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os na atenção à própria saúde, sendo um direito de cidadania e básico a todos os homens (BRASIL, 2009).

Desta forma, a política pública funciona como uma ferramenta que se soma ao trabalho das ciências humanas e sociais no que se refere à sociabilidade masculina, saúde e prevenção da violência, sobretudo a psicológica. Segundo Sousa (2005) O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima, uma vez que a socialização geralmente é uma das responsáveis pela tendência ao envolvimento em episódios agressivos e de violência por dos mesmos (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Welzer-Lang (2001), pondera que a violência pode ser entendida como processo de sociabilidade masculina, sendo as masculinidades construções culturais, sujeitas a contradições internas, e daí o autor ressalta a importância de se (Re) pensar múltiplas masculinidades.

O cuidado com a saúde dos homens doentes de aids pesquisados nesta dissertação corroboram com Almeida (2000) que observou o psicólogo tendo um papel importante na humanização dos cuidados com o cliente na qualidade do atendimento realizado, na elaboração de sua experiência vivenciada com a hospitalização, atuando juntamente com a equipe de saúde, portanto, a pesquisa ocorreu no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), na Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), referência na Região Norte no tratamento de clientes doentes de aids, sendo realizada com homens adultos internados na referida enfermagem. Constituindo-se pela utilização de planos/métodos qualitativos com articulação da metodologia clínica gestáltica para examinar a sua

contribuição no processo de subjetivação dos clientes, sobretudo para o enfrentamento do preconceito social na sua expressão coletiva. A psicoterapia como ferramenta de pesquisa permitiu o esclarecimento da consciência das necessidades que cada um tem de si mesmo, de suas interações e relações, repercussões psicológicas em seu cotidiano existencial, (PIMENTEL, 2003).

Ao inserir-me na enfermaria hospitalar masculina do hospital universitário João de Barros Barreto, em Belém/Pará, utilizei Gestalt Terapia (GT⁴), nos atendimentos individuais com clientes do sexo masculinos, facilitando-os terapeuticamente a falar sobre a doença, o medo sobre a morte e o morrer, auxiliando-os em relação ao problema que vivenciavam (PERLS, 1979).

A Gestalt-terapia é um sistema teórico da psicologia clínica elaborado nos anos 50, sendo inicialmente baseada em conceitos da psicologia da gestalt, constituindo-se como visão de homem a partir da filosofia humanista existencial, que para (ROBINE, 2006, p. 21) é “Um sistema teórico composto, que se originou da psicanálise, da psicologia da gestalt e da fenomenologia, e de algumas de suas extensões, do lado dos existencialismos”. Sendo desenvolvida por Friederich Perls, Laura Perls e Paul Goodman (PIMENTEL, 2000). Utiliza o método fenomenológico e concepções existencialistas, de campo e dialógicas. Pimentel (2000) considera a gestalt-terapia uma proposição na qual o aprofundamento do diálogo e do estudo das linguagens consente a sua fundamentação teórica para a clínica e pesquisas qualitativas.

Segundo Pereira (2008) a Gestalt-terapia nos fornece elementos teóricos para que os terapeutas possam compreender o que se passa com o cliente, a partir de conceitos como relações de contato⁵, fronteiras de contato⁶ e relações terapêuticas. Dentro da abordagem gestáltica, todo e qualquer objeto de investigação deverá ser analisado dentro de uma reação figura-fundo ou parte-todo (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

Pimentel (2003) pondera que a GT é considerada a terapia do contato, pois o indivíduo direciona-se para a integração com o ambiente que é o provedor das matérias primas da satisfação psicossocial, gerando uma aliança com os componentes do campo fenomenológico,

⁴ Gestalt-terapia, doravante GT, ver mais em: Pimentel (2003).

⁵ A palavra “contato” é geralmente utilizada para definir o intercâmbio entre indivíduo e o ambiente que o circunda dentro de uma visão de totalidade, sendo o organismo e meio são um todo indivisível. Perls, 1977.

⁶ A fronteira de contato é ao mesmo tempo o ponto de divisa e o ponto de união, à medida que delimita, ela não é fixa, possibilita o encontro com o novo, o diferente. Sendo na fronteira de contato que pode ocorrer mudanças, transformações. Onde indivíduo precisa aproximar-se ou retrair-se na fronteira de contato a fim de satisfazer suas necessidades PERLS (2002).

já que através do contato a pessoa desenvolve o auto-suporte⁷, identificando as fronteiras de contato com o outro meio, possibilitando que o cliente possa experimentar vivenciar as coisas para que se possa obter uma compreensão total. A autora, ainda ressalta que o terapeuta trabalha com o cliente centrado na temporalidade presente, no aqui agora, sendo o momento atual a fonte para dar fechamento às dificuldades do cliente. Os procedimentos clínicos incluem trabalhar o auto-suporte e as potencialidades que a pessoa possui de modo que reconheça suas necessidades e realiza o permanente ciclo homeostático: equilíbrio-desequilíbrio-re-equilíbrio. (PIMENTEL, 2009).

A postura que o terapeuta gestáltico adota é a de relacionar-se na maneira existencial Eu-tu (BUBER, 1997) entendendo o encontro entre dois sujeitos. Na pesquisa a mesma atitude é mantida com a inclusão da redução fenomenológica para que a experiência flua; portanto, o pesquisador desvela o novo não se atendo ao conhecido, para além daquilo que já está pronto descreve o fenômeno tal qual ele ocorre tornando o significado do vivido compreensível e a relação entre sujeito-mundo-sujeito (BUBER, 1997).

Segundo AmatuZZi (2001, p. 19):

A pesquisa fenomenológica é a pesquisa do vivido, ele pode não ter sido acessado antes. O “vivido” não é necessariamente “sabido” de antemão. É no ato da relação pessoal, quando surge a oportunidade de dizê-lo, que ele é acessado. “Diríamos que o vivido é surpreendido na relação, pela própria pessoa, que então o comunica, facilitando o pesquisador”.

Consideramos que é de extrema importância, sobretudo para a população masculina, em específico o homem com HIV/aids. Em sua efetiva ação no âmbito da promoção e prevenção da saúde voltada para a ética do cuidado.

Pimentel (2011) afirma que cuidar⁸ é um verbo e um princípio ontológico, ou seja, uma ação comum a todos os viventes. Implica em desdobramentos do/a: a) auto-cuidado, perceber a si mesmo em termos de necessidades e prover respostas a elas; b) prevenção evitando expor a si e ao outro a situações de perigo; c) estender ao campo das relações humanas a solidariedade como prática cotidiana que possibilita criar vínculos; d) desenvolver a comunhão de atitudes e sentimentos, e constituir sociedades capazes de reproduzir a vida, sobretudo no que diz respeito aos valores éticos.

Cuidado é zelar pela preservação dos desdobramentos do cuidar. Envolve as diversas estratégias preventivas e interventivas em torno de pessoas e instituições para o enfrentamento

⁷ Auto-suporte para Perls, (1960) refere-se ao potencial da pessoa, a independência pessoal e ao processo de amadurecimento do sujeito.

⁸ Latim cogitare.

da violência psicológica que ocorre nas famílias. No trabalho da/o Psicóloga/o em instituições públicas, o cuidar e o cuidado são entendidos como fio condutor tanto para a área da clínica quanto para a área da saúde. O contraponto ou a fronteira nas intervenções das áreas deriva da observação aos pleitos da clientela.

O ser humano não pode ser definido em relação a si mesmo, porque não vive isolado, e sim, em relação com as coisas, com os outros e com o mundo, mesmo antes de pensar e de falar. O filósofo Heidegger (1988) postula que o cuidado se constitui como essência da existência humana e, no mesmo sentido heideggeriano, Boff (2008) ressalta que o ser humano é um ser de cuidado em essência e, para ver projetado a imagem de sua solicitude, desvelo e atenção para com o semelhante, basta que coloque cuidado em tudo o que pensa e faz. Para o autor, abrindo-se ao sensível e ao exercício da empatia, o ser humano passa a ter mais preocupação e envolvimento com o que diz respeito a si e ao outro, momento em que se pode dizer que ele constrói uma espécie de responsabilidade. Nessa responsabilidade, inclui, às vezes, o eu e, às vezes, o outro, num equilíbrio que faz entre cuidar de si mesmo e de cuidar dos demais.

Cabe ressaltar que, neste contexto, o cuidado é tomado como apoio para o entrelaçamento da construção das histórias de vida individual e coletivas, ou seja, existir como sujeito de relação solicita à aceitação do outro como alteridade, pois, a vida é uma troca contínua em que compartilhamos alegrias, tristezas, felicidade e prazer em casa, no trabalho, na escola e no dia a dia (PIMENTEL; GUTIERREZ; MINAYO, 2011).

Ao buscar um psicoterapeuta e receber um acompanhamento psicoterápico o homem com HIV/aids pode ampliar o auto-conhecimento, desenvolver formas de contatar criativas, compreender os ajustamentos funcionais⁹, maneiras de resolução consciente. Fazer contato com as próprias necessidades e sentimentos que provem das relações propicia mudanças (POLSTER; POLSTER, 2001). O terapeuta orientado pela experiência fenomenológica do cliente consegue entrar de maneira respeitosa no seu mundo psicológico, proporcionando acolhimento, conforto, respeito e proximidade interpessoal pertinente ao contexto envolvido (YONTEF, 1998).

No que diz respeito ao acolhimento, Cunha (2010, p. 350) apontou que:

O acolhimento acredito, que faz parte de todas as abordagens terapêuticas e práticas clínicas, mais a forma deste acolhimento me leva a pensar no que considero ser o segundo momento de uma postura gestáltica na prática clínica. O olhar fenomenológico.

⁹ Nos ajustamentos funcionais, o excitamento é identificado e viabilizado de forma a satisfazer a necessidade do organismo no meio. Rosa, 2008.

Neste sentido, nos esforçamos com a pesquisa, que se valeu da psicoterapia breve, contribuindo para que o homem doente de aids vivenciasse o contato e o autocontato de modo ajustado criativamente. No decorrer da vinculação psicoterapêutica foi indispensável procurar estabelecer uma relação EU-TU e aprender os modos que os clientes instituíaam contatos com o meio e consigo mesmo. Procuramos não vê-los como doentes, sim enquanto sujeitos adoecidos, mesmo que em fase terminal, que permaneciam inseridos em um contexto, uma rede social, e, sobretudo usando os serviços da rede de saúde (CUNHA, 2010, PIMENTEL, 2012).

Ancorados com os objetivos da pesquisa, o Gestalt-terapeuta se propõem a ajudar a pessoa a recuperar a autenticidade da experiência. No caso de clientes doentes de aids no ambiente hospitalar, caminhos diversos foram traçados para a promoção da clinica que pratica a ética do cuidado e a realização de compromisso com um atendimento socialmente engajado, por exemplo, o respeito à alteridade sem busca encaixá-los em categorias nosográficas e/ou patológicas; ajudando o cliente a compreender o que esta lhe estava impedindo de alcançar e almejar a consciência criativa. (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997; PIMENTEL, 2003, 2011).

Ponderando que pessoas hospitalizadas encontram-se longe de seus lares, da família, e do seu contexto social e existencial deparando-se, geralmente com um estado psíquico em que houve tristeza e fragilidade emocional, a realização de atendimento psicoterápico e a elaboração de novos vínculos foi de grande relevância para o individuo hospitalizado.

Kubler-Ross (1975) nos diz que nem todos os clientes conseguem ou desejam falar sobre a morte direta e clara. O papel do terapeuta visou ultrapassar a relação de observador/observado (YONTEF, 1998), e a psicoterapia, no ambiente de um hospital exigiu certa familiaridade do psicólogo com realidade da instituição, seja do contato direto com o novo contexto de trabalho, onde tivemos que atuar em constante interação, com a equipe multiprofissional de saúde.

A Psicoterapia breve foi uma proposta de atendimento com dinâmica própria, e conforme destacou Ribeiro (2009) ela deve ser pensada como decorrência de quatro elementos básicos: o cronológico, no qual as três dimensões do tempo passado, presente e futuro – têm um papel importantíssimo no planejamento do aqui-e-agora psicoterapêuticos; o experimental; o experiencial e o existencial. Em função da delimitação do tempo, o terapeuta não se propõe a trabalhar com toda dinâmica psíquica do indivíduo, o fechamento de todas as suas gestaltens existenciais. O terapeuta vai atuar segundo o autor, como facilitador, no

sentido que o indivíduo alcance um nível de integração eficiente, que possa lhe permitir levar adiante o seu processo de desenvolvimento, retomando o seu fluxo de processo de auto-regulação organísmica¹⁰ (RIBEIRO, 2009).

O trabalho de psicoterapia breve na abordagem gestáltica é fundamentado na teoria de campo e na psicologia organísmica, e nos princípios da homeostase e da pregnância, e ciclo de auto-regulação organísmica. Ainda, conforme destaca Ribeiro (2009, p. 36) “Psicoterapia é um encontro cuja finalidade é ajudar o cliente a se desdobrar pedacinho por pedacinho, até que ele ‘veja’, sua essência consumada”. Ou seja, “Psicoterapia é sempre um processo de busca, de aceitação e compreensão dinâmica da sua própria realidade” (RIBEIRO, 2009, p. 57). Pois, quando nos descobrimos diversas habilidades, o potencial que podemos ampliar novos horizontes, encontrou os meios, e disposição, que permitirão lidar com uma situação de dificuldade (PERLS, 1979).

Entendemos que a psicoterapia foi uma modalidade clínica de cuidado, portanto eficaz na qualidade de vida. Porém, tradicionalmente o manejo técnico requereu o diálogo, a participação da linguagem verbal, não verbal, corporal do cliente. Nesta pesquisa, todo o material empírico recolhido nas interações clínicas foi um recurso enfatizado nas análises dos dados. Sobretudo, ressaltamos a importância da Hermenêutica da linguagem semiótica, isto é, de desvelar os silêncios, os gestos, os olhares, os pequenos momentos quando a palavra se fazia ausente.

PASSEMOS AGORA PARA A INSERÇÃO NO CAMPO:

O Início da pesquisa; *Momentos de por em prática, tudo que aprendi na academia, a teoria, etc. Só que não me ensinaram como lidar com os mais variados sentimentos humanos, a dor, a perda e a finitude existencial, única certeza que vivenciamos desde o nascimento.*

Não havia atuado na clínica da DIP, já havia realizados anos antes, atendimentos na clínica cirúrgica feminina, para então me fazer a seguinte indagação: minha leituras sobre clínica ampliada, humanizaSus, e tantas outras durante a graduação foram por água abaixo?

Não, não poderia aceitar tudo aquilo, fiz diferente, li prontuários, busquei clientes, dei suporte familiar várias vezes, pois quando liam no meu jaleco Psicólogo, Warlington....., eu me apresentava pelo meu nome, não queria o status, gostaria de ajudar e me sentir útil, devolver pra sociedade cada centavo que foi investido durante a minha graduação, meu

¹⁰ Para Perls et al (1987) pela autorregulação organísmica, a necessidade que predomina é a organização de nossa percepção, abrindo um novo ciclo de experiência.

ensino foi em uma universidade pública, porém não foi de graça. De alguma forma tinha essa dívida com a sociedade e precisava, de alguma forma ser paga.

Não, de qualquer forma, e nem um mero favor, e sim com atendimento respeitoso e humano, atendimentos com e para pessoas, que tinham vozes, porém não eram ou quase nunca eram escutadas. Contribui para revelar as vozes desses sujeitos. Assim, precisava estar bem, emocional, fisicamente e bem com a equipe.

Trabalhar em equipe de saúde de modo integrado, interdisciplinar, não foi fácil. Às vezes tive que “engolir” alguns “desaforos”, outras vezes falei, não me acomodei. Muito precisava ser feito, a Universidade poderia e deveria fazer concursos públicos. A demanda é grande por parte dos que buscam utilizar o serviço público de saúde. Humanamente é impossível apenas dois profissionais da Psicologia atenderem mais de vinte leitos. Além do que, no final do semestre os estagiários, os pesquisadores vão embora, após os estágios a coleta de dados. (DIÁRIO DE CAMPO, 2012).

Considerando que o objeto desta dissertação é uma discussão sobre a Atenção a saúde masculina através da psicoterapia para homens que vivem doentes de aids em estágio de terminalidade a partir da contribuição da psicologia clínica e da saúde.

A estrutura da dissertação é articulada em quatro sessões integradas: 1) HIV/aids: Uma leitura das Ressonâncias a Saúde dos homens no Brasil; Vulnerabilidades, Homens e aids 2) Referencial teórico metodológico; 3) Resultados e discussão; 4) Considerações finais.

I. HIV/AIDS: UMA LEITURA DAS RESSONÂNCIAS A SAÚDE DOS HOMENS NO BRASIL

Neste capítulo apresentaremos discussão em torno da supremacia da masculinidade, tendo em vista que as representações sociais enraizaram-se e fizeram do gênero masculino um ente caracterizado, predominantemente, pela racionalidade, força e invulnerabilidade, reflexão sobre as políticas para a Saúde do Homem, e contribuição da Psicoterapia breve gestáltica para a qualidade da saúde psíquica de Homens vivendo com HIV/aids.

1. RESSONÂNCIAS NA SAUDE DO HOMEM NO BRASIL

Uma nova doença surgia entre o final da década de 70 e início da década de 80, causando estranhamento e medo na população, que até então pouco se sabia em relação a esta epidemia conhecida como aids: síndrome da imunodeficiência adquirida.

A aids é uma doença transmissível, letal e envolve uma série de questões que ultrapassam os aspectos sociais. As formas de infecção e transmissão do vírus são: relações sexuais sem o uso do preservativo com parceiros/as infectados/as pelo vírus HIV¹¹, sangue, esperma, leite materno que caracterizam a transmissão vertical. Por fluidos corporais que definem a identidade individual, e as relações sociais, as relações de filiação, o parentesco, consangüinidade (HÉRITER, 1985; BALANDIER, 1988; THOMAS, 1991); e a transmissão ocupacional, originada por acidente de trabalho, em profissionais da saúde.

Quando foi identificado no início dos anos 1980, o vírus HIV pegou a ciência totalmente desprevenida. Ninguém imaginava que, nas duas últimas décadas do século XX, pudesse surgir uma doença para a qual não existisse, pelo menos, um recurso terapêutico que controlasse sua disseminação.

No início da década de 80, a aids estava concentrada nas grandes cidades brasileiras, por exemplo na cidade de São Paulo, muito mais que hoje inclusive, e pela predominância de casos em pessoas do sexo masculino, pois segundo Brito et al (2000), no início da epidemia, o segmento populacional era constituído dos homens que fazem sexo com outros homens – homossexuais e bissexuais – sendo este o grupo mais atingido.

No Brasil, a aids foi diagnosticada pela primeira vez somente em 1982, em homens homo ou bissexuais, Sendo o Estado de São Paulo, o primeiro a implantar o programa governamental brasileiro de DST/aids criado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em 1983, sob a coordenação da Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária (DHDS), em resposta às demandas de grupos homossexuais militantes, que cobravam uma posição do estado frente à nova epidemia (GOMES apud TEIXEIRA, 1997, p. 44); contudo, um caso foi reconhecido retrospectivamente, no Estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980.

Gomes (2010) em seu estudo sobre Representações Sociais sobre a aids e a Terapia Anti-Retroviral e Influências no Tratamento de Pessoas Vivendo com HIV/aids revelou que no Estado , em cada grupo de 100 mil habitantes, 14,7 estão infectados com o vírus HIV, segundo dados do Boletim Epidemiológico DST/AIDS (BRASIL, 2009).

¹¹ Ver entre outros: Caldwell et al (1989), Campbell (1990), Carrier (1989), Danzinger (1985), Parker (1994), Pollak (1998), Singer (1994).

O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde revela que em 2011 esses números são 14,1 infectados com a doença. Ainda segundo levantamento da Sesp¹², nesse mesmo ano, o Estado do Pará tem a sexta maior taxa de mortalidade dentre os Estados da Federação. Sendo que a cada grupo de 100 mil paraenses no ano de 2010, 7,2 pessoas morreram em razão da aids. No anterior, esse número era então de 6,6 a cada 100 mil habitantes.

Ainda no Pará segundo a SESPÁ no período de 1985 a 2010, foram registrados 1.128 casos de aids entre os homossexuais, enquanto que, no mesmo período, 4.216 heterossexuais foram diagnosticados com a doença. Percebe-se mudanças no comportamento dos homossexuais, hoje eles se previnem e utilizam o preservativo. (LOBO; PIMENTEL, 2012).

Segundo dados da Sespá, o Pará é campeão regional de casos de aids, são 12.532 casos acumulados nesse período. Somente no ano de 2010, aconteceram 923 óbitos na Região Norte do Brasil, sendo 480 (52,0%) no Pará, 277 (30,0%) em Rondônia, 37 (4,0%) no Tocantins, 32 (3,5%) em Roraima, 14 (1,5%) no Acre e 12 (1,3%) no Amapá e no Amazonas, 71 (7,7%). (BRASIL, 2012b, p. 29). Destaca-se Belém, que está entre as capitais com maior incidência de casos, são 41,3 a cada 100 mil habitantes, é a 3º capital com maior incidência, perdendo apenas para Manaus e Boa Vista, além dos altos números da capital, os municípios de Paragominas/PA (54,2/100.000 hab.), Benevides/PA (40,7), Redenção/PA (35,7), Marituba/PA (32,3), Ananindeua/PA (27,5) e Bragança/PA (27,4) apresentam as maiores incidências de casos da região nos municípios com mais de 50 mil habitantes. Em relação aos óbitos, entre 1980 a 2010, na região norte 8.154 pessoas morreram em decorrência da aids e suas complicações, a maioria no Estado do Pará, foram 4.186 óbitos acumulados nesse período; equivalendo a 51,3% das mortes de aids na região norte. Apenas em 2010, 277 pessoas morreram no Pará devido à aids, e o Pará tem o mesmo coeficiente de mortalidade nacional que é de 6,3 para cada 100 mil hab., estando acima da média regional que é de 5,8 mortes devido à aids para cada 100 mil hab.

Em 2012, segundo o Ministério da Saúde, De janeiro até junho de 2012, Belém teve uma taxa de 13,71 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2012a).

¹² Secretaria Estadual de Saúde do Pará.

1.1 VULNERABILIDADE, HOMENS E AIDS

Falar sobre o conceito de Vulnerabilidade, nos remete diretamente ao contexto da epidemia da aids, que segundo (PAULILO, JEOLAS, 2005) o referido conceito foi adotado do movimento dos Direitos Humanos, sendo cunhado por Mann e colaboradores (Mann, 1992), no que se designava a pensar a epidemia da aids como inserida no contexto da Saúde Pública. E desde então, ressalta os autores, o conceito de vulnerabilidade vem sendo empregado por pesquisadores brasileiros (Ayres, 1996; Villela, 1996; Paiva, 1996; Ayres, Calazans e França Junior, 1998 apud PAULILO e JEOLAS 2005),

O tema da vulnerabilidade tem várias dimensões: A) social, sendo caracterizada pela exclusão social, falta de emprego, de moradia e pobreza; B) pessoal, relacionada à forma de como o indivíduo lida consigo mesmo e com o mundo. A própria condição humana pode relacionar-se a um caráter de vulnerabilidade, mas não a uma vulnerabilidade apenas social, e sim também, existencial. A condição de ser-estar no mundo implica em sucessivas ressignificações, as quais propiciam novas formas de agir perante si e perante a realidade apresentada; C) programática, abrangendo fatores relacionados com a prestação e disponibilidade dos serviços de saúde, além dos profissionais, envolvendo ações e planejamento de prevenção, e controle das doenças nas três esferas de governo, sejam elas nacional, estadual e municipal com o dever de direcionar os recursos em seus distintos aspectos. (GONÇALVES DA SILVA, 2011).

As singularidades de cada pessoa são constituídas por sensações, sentimentos, emoções, cognições, comportamentos, etc. O modo como cada sujeito elabora a síntese destes elementos constitui sua subjetividade cujos processos podem gerar angústia, desesperos, alguns elementos indicativos de vulnerabilidade que podem dificultar a vivência psicológica plena da pessoa.

Também, as dificuldades de auto-realização, temor de fracassar podem ocasionar a imobilidade do sujeito devido à sensação de impotência, o que contribui para aumentar o quadro existencial de vulnerabilidade, assim como das formas de cuidar de si.

Sodelli (2010) argumenta que na compreensão fenomenológica existencial, o ser humano, por sua própria constituição ontológica, apresenta-se vulnerável em relação ao cuidar do seu existir. O autor afirma: *“Esta vulnerabilidade, por sua vez, possibilita uma procura interminável em minimizar os sentimentos de angústia e de culpa”*. (p. 639).

E complementa,

“Ao dar-se conta de ser, de poder-ser, o homem percebe que tem que dar conta de seu ser, ou seja, tem que dar conta de sua existência e, sobretudo, isto está sob sua reponsabilidade. Assim, o homem tem que ‘cuidar de ser’. Os homens tomam para seu cuidado tudo o que pertence à existência: o mundo, as coisas do mundo, os outros homens, si mesmos” (SODELLI, 2010, p. 639).

Portanto, estar vulnerável na dimensão pessoal envolve o campo ontológico existencial, indissociado da dimensão social. A escolha de algumas vivências de risco, como uso de droga por meio de seringas compartilhadas, realizadas ao longo da vida, podem levar o sujeito a infecção do HIV/aids e o aproximar da finitude existencial.

No que tange à esfera sexual, a vulnerabilidade assume um caráter específico, pois se relaciona ao corpo, às sensações e aos desejos. Levando-se em consideração a educação masculina, a construção da masculinidade, Ainda é comum atribuir, socialmente, ao homem, a indestrutibilidade e à mulher, a fragilidade. Mesmo os indivíduos sendo únicos em suas existências, os aspectos representacionais ainda demarcam normas e padrões, principalmente comportamentais, o que atribui o “sexo forte” ao homem. Assim, a dinâmica da vulnerabilidade masculina pode ser obscurecida pelas convenções sociais.

Dessa forma, a saúde masculina fica comprometida, pois:

“Eles também são oprimidos pela própria sociedade patriarcal. Cabe aos homens e mulheres mudarem seu enfoque em relação ao modo como se reproduzem, ainda, as relações de gênero, que não beneficiam nenhum dos dois. A mulher paga com a desvalorização de seu papel social, e o homem paga com sua vida” (BRAZ, 2005, p. 103).

A partir desse entendimento, o caráter de “sexo forte”, para o homem, esconde a vulnerabilidade de sua existência. O bem-estar biopsicossocial fica à mercê das representações sociais, que implicam em expressar o poder, a força e o controle. Tais elementos dificultam a percepção da própria vulnerabilidade que os homens possam ter de si o que pode ocasionar, inclusive, exposições a diversas doenças, dentre elas, as DST's e aids, por exemplo. Em termos, a perspectiva da invulnerabilidade esconde a fragilidade existente nesses indivíduos.

É importante perceber também as concepções de masculinidade concebidas socialmente para que se contribua para a diminuição das vulnerabilidades sexuais. Além disso, estabelecer estratégias efetivas de prevenção, principalmente quando se fala em doenças sexualmente transmissíveis.

Guerreiro et al (2002) afirmam que “é importante conhecer e intervir sobre as concepções de masculinidade não só porque elas podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade ao HIV, mas também porque podem apontar caminhos mais efetivos para a prevenção”.

Desconstruir as ideologias a cerca da concepção de masculinidade hegemônica permite inserir o homem dentro de uma percepção de realidade factível, concreta das possibilidades e das fragilidades como um indivíduo potente e não Super-homem, cujos “impulsos são incontroláveis”.

No que tange ao debate acerca da propagação do vírus HIV, percebe-se o quanto tal equivoco ideológico pode suscitar vulnerabilidade, pois afasta o homem da ideia de se perceber enquanto sujeito passível de contrair e disseminar a doença. Deste modo, podem vivenciar uma exposição ao risco e a doença.

No artigo “Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/aids”, os autores destacam o seguinte:

“Partimos da premissa de que as construções socioculturais da masculinidade hegemônica contribuem na forma como os sujeitos atribuem sentidos à prevenção, pois, este referencial torna-se o mais vulnerável na medida em que diminui sua percepção acerca da suscetibilidade à infecção pelo HIV/AIDS” (JUNIOR et al, 2012, p. 512).

Só é possível entender as dimensões da vulnerabilidade psíquica quando se parte da auto-percepção enquanto sujeito único, potencial, mas que possui fragilidades inerentes à existência humana..

Maia et al (2008) em pesquisa intitulada “Vulnerabilidade ao HIV/aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável, realizada com o objetivo de compreender os comportamentos preventivos e percepções em relação ao HIV/aids demonstram que as mudanças nas abordagens epidemiológicas de “grupos de risco para comportamentos de risco” e em seguida para “vulnerabilidade” permitiram ampliar o foco de atenção para a sociedade como um todo e não somente para grupos isolados. No entanto, segundo os autores, essa mudança de percepção pela sociedade não foi capaz de promover uma mudança efetiva no que se refere ao estigma agregado à doença.

Nesta perspectiva, segundo o Ministério da Saúde “Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer” (BRASIL, 2008, p. 6). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem evidencia que os homens utilizam os serviços de saúde por meio da atenção especializada,

pelos serviços de média e alta complexidade, e por isso, propõe fortalecer e qualificar a atenção primária “Para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis” (BRASIL, 2008, p. 5). Sobretudo, esta política objetiva que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os na atenção à própria saúde (BRASIL, 2009).

Assim, o desconhecimento sobre o próprio corpo afasta a discussão e as possibilidades de se criarem estratégias eficazes, na área da saúde, que atendam às demandas das vulnerabilidades masculinas.

Em nossa pesquisa sobre os processos de subjetivação masculina, falaremos agora sobre a psicoterapia como uma modalidade clínica de cuidado e as possibilidades de se pensar sobre a totalidade humana dentro de uma perspectiva gestáltica e pautada na clínica ampliada.

II. PSICOTERAPIA : UMA MODALIDADE CLÍNICA DE CUIDADO E CLÍNICA AMPLIADA:

Neste capítulo discorreremos sobre a clínica ampliada configurando-se enquanto uma política pública que permite com que as especificidades da Psicologia, sua linguagem e instrumentos dialoguem com outras áreas da saúde a fim de se alcançar a humanização dos trabalhos.

Entende-se a Psicologia Clínica enquanto um leque de possibilidades no qual o saber psicológico se desenvolve. A partir disso, a psicoterapia corresponde a um dos instrumentos em que a subjetividade é expressa dentro de linguagens específicas.

As diversas particularidades em cada profissão dialogam-nos diversos espaços propostos, tais como: hospitais, centros de atendimentos psicossociais, unidades básicas, etc.

A humanização no processo da clínica ampliada consiste no rompimento com o saber médico, patologizante que reduz o indivíduo a uma doença orgânica. Assim, há que se levar em consideração a reelaboração desse modelo biomédico bem como a manutenção da linguagem peculiar de cada profissão da saúde. No caso da técnica psicoterápica, planejar e executar psicodiagnósticos corresponde ao “fazer” exclusivo dela, pautado na perspectiva epistemológica hermenêutica.

As ações na psicologia clínica incidem na visão do indivíduo enquanto alguém dotado de desejos e sociabilidades. Tanto que no processo de subjetivação (eu e outro) a compreensão está pautada na contextualização do ambiente que o indivíduo esteja inserido.

Nesse sentido, a clínica ampliada pauta-se nas particularidades das profissões de saúde para que haja um trabalho conjunto, garantindo a integralidade na compreensão do bem-estar do indivíduo. E enquanto política pública considera que o que se chama de adoecimento pode ir além dos limites do corpo, refletindo nos aspectos sociais.

É importante perceber que a clínica ampliada propõe um processo de transformação em um sistema de saúde deflagrado pelas dicotomias limitadoras da amplitude humana.

Pimentel (2012) destaca a importância de alguns princípios primordiais para que referenciam a equipe de saúde na política da clínica ampliada, tais como: o compromisso de cada profissional com o sujeito doente, levando-se em consideração as peculiaridades deste; responsabilidade acerca do fornecimento dos encaminhamentos aos usuários do sistema de saúde; a procura de orientações em outros setores, reconhecer limites de suas práticas profissionais e de tecnologias empregadas e, também, buscar a humanização do trabalho.

É uma tarefa árdua, porém, não impossível. Árdua porque consiste em reorganizar as próprias práticas clínicas no contexto da clínica ampliada, já que o histórico da Psicologia Clínica é constituído por uma trajetória elitista/ patologizante e que ainda segue os conhecimentos impostos pela medicina, fisiologia e neurologia. Não impossível porque o contexto atual permite a maior integralidade e intersectorialidade das práticas de saúde como um todo e a psicologia está inserida nesse processo que é dinâmico.

Nesse sentido, as diretrizes das faculdades de Psicologia, o tipo de demanda que esses profissionais irão encontrar e a adequação dos cargos aos saberes sugerem diálogos a se estabelecerem a fim de se reduzirem as ambiguidades entre a clínica ampliada e a psicoterapia.

A compreensão epistemológica da Psicologia Clínica ajuda a compreender o paradoxo de um modelo de atendimento clínico privado para um atendimento de uma instituição, pois acaba “excluindo a intencionalidade e o arbítrio atravessa as decisões éticas” (Pimentel, 2012, p. 168).

Neste sentido, a Gestalt-terapia configurando-se em uma perspectiva compreensiva baseada nas construções teórico-metodológicas que objetivam os processos de subjetivação do eu e do outro. E esse processo de compreensão, dentro de uma visão epistemológica, caracteriza-se por transcender o senso comum e contribuir para as práticas psicoterápicas.

Muito antes de se pensar em uma clínica ampliada, a psicoterapia compreensiva já trabalhava na perspectiva da humanização bem como com o questionamento da dicotomia saúde/doença e quantidade/qualidade. No entanto, a psicoterapia compreensiva não leva em consideração os ditames pressupostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a equipe de saúde, mas sim, para as questões clínicas consideradas primordiais, que, segundo Pimentel (2012, p. 170) são: “*a duração de um dado atendimento, o tempo consignado para a realização de um processo, as formas mais adequadas de intervenção, tempo necessário para registros clínicos adequados, intervalos entre sessões de atendimento de pacientes visando garantir a qualidade do trabalho*”.

Dentro dessa questão, a autora produziu o conceito de *clínica social engajada*, que considera visibilizar a dialética entre sujeito e sociedade, já que a individualização da subjetividade corresponde a um processo normativo da identidade moderna.

Morin (2006, apud Pimentel, 2012, p. 173) assim argumenta:

A psicoterapia “neutra ou ingênua” torna-se ineficaz, pois não consegue articular a crítica e a ruptura. Portanto, a formação em psicologia solicita diversas configurações e parâmetros geradores de ciência sobre uma realidade complexa, tais como: abrir espaço para o reconhecimento das incertezas científicas; transgredir os limites do

universal; superar a busca da unidade; promover reflexões mais amplas que integrem os vários modos de conhecer (arte, religião, senso comum) etc.

Nesse sentido, a psicoterapia situa-se em seu campo claro de atividade, reconhecendo seus limites e dialogando sempre com as outras profissões para que a clínica ampliada (prática na equipe de saúde) de fato se torne efetiva dentro dos espaços da sociedade contemporânea.

2.1 BREVE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA CLÍNICA

Pensar em psicoterapia dentro de uma perspectiva fenomenológica existencial implica na possibilidade de se observar os contextos históricos pelos quais passou, pois a psicoterapia implica de uma forma mais ampla, em diferentes métodos, técnicas e olhares. A Psicologia clínica insere-se dentro de um imaginário popular no qual o psicólogo clínico é o profissional predominante das práticas psicológicas. De certa forma, isso significa um grau de estereotipia, significação que pode estar relacionada ao modelo médico, influenciado pela psiquiatria. Isso favoreceu os contornos das práticas clínicas a partir de toda a credibilidade e influência do saber médico (SCHNEIDER, 2006, p. 102).

Etimologicamente, a palavra psicoterapia vem do grego *psykhē* - mente, e *therapeuein* - curar. Daí já se percebe as significações médicas implícitas nesse sentido, como a questão da cura. O próprio conceito de Psicologia Clínica também faz alusão aos posicionamentos médicos, já que significa cama ou leito. Esse tipo de clínica pauta-se em estudos de casos (SCHNEIDER, 2006).

Agora, levando-se em consideração também que “cura” em psicologia clínica em uma perspectiva sartriana, pressupõe a situação da outra pessoa superar a situação conflituosa que esteja inserido de forma a perceber aquilo que os outros fizeram dele, “curar” implica transcender os problemas vividos pela outra pessoa e colocar as questões situacionais em novos parâmetros para que os anseios e desejos sejam viabilizados.

Cura, em uma perspectiva sartriana, nunca poderia ser, portanto, uma conformação ao que o paciente é, um assumir a sua condição, uma aceitação de si mesmo, um autoconhecimento, uma adaptação às circunstâncias sociais, como pregam muitas outras psicoterapias. Não! A psicoterapia existencialista sartriana só faz sentido se possibilitar ao paciente o seu estatuto de sujeito, ou seja, enquanto sujeito que tem de se escolher em situações concretas, com clareza de seu compromisso ontológico com os outros, com a sociedade. (SCHNEIDER, 2006, p. 109)

Schneider (2006) enfatiza em seus estudos que Sartre propôs uma nova Psicologia clínica com outros contornos e metodologias. Embora não tendo sido um clínico e nem ido ao

consultório atender, Sartre contribuiu de forma significativa com suas proposições, principalmente no que tange aos aspectos epistemológicos.

Os conhecimentos psicológicos e filosóficos propostos por Sartre fornecem as condições necessárias para a viabilização de um momento pós-psiquiátrico, que supere os impasses gerados pela dialética entre a tese psiquiatrizante e sua antítese antipsiquiatrizante ou antimanicomial. (LEONE, 2000 apud SCHNEIDER, 2006, p. 111).

A formação das práticas clínicas esteve ligada ao direcionamento médico para o campo dos signos e sintomas em que aqueles designam estes. É primordial, no saber médico, a descrição da sintomatologia e o conhecimento da enfermidade. E é nesse contexto que a clínica psicológica esteve há tempos inserida, pois era herdeira de um modelo médico baseado em concepções curativas dos sintomas (FOUCAULT, 1987).

No entanto, a grande mudança epistemológica ocorreu com a descoberta da anatomia patológica em que a doença não mais era vista enquanto algo inserido no corpo, mas era o próprio corpo em adoecimento. O estado cadavérico propiciou a valorizou da análise do corpo. Dessa forma, morte, vida e doença passaram a ser uma tríade técnica e conceitual no campo médico.

O auge da clínica médica se situa entre o final do século XVIII e o início do século XIX. Esse último foi, sem dúvida, um dos séculos mais prósperos para a área, devido às muitas descobertas no ramo da Biologia e às invenções que possibilitaram a instrumentalização médica. (MOREIRA e cols., 2007, p. 69)

O método anátomo-clínico permitiu uma nova visão acerca dos fatores que geravam as patologias, pois era bem mais acessível trabalhar com prevenção e a cura. Isso evidenciou novas perspectivas tanto no campo ontológico quanto epistemológico e também na própria consolidação da medicina científica.

A constituição da clínica médica, principalmente no século XIX, tornou-se um marco histórico na ocidentalidade acerca das práticas desenvolvidas para um corpo doente. Nesse sentido, é importante perceber as críticas e leituras do filósofo francês Michel Foucault (apud MOREIRA e cols., 2007, p. 48): “Articula o discurso médico [...] que evidencia as relações discursivas que ‘fabricam’ a doença e seu tratamento”.

Portanto, percebe-se o caráter discursivo que passou a imperar sobre o corpo doente e que promoveu uma reordenação acerca das práticas que organizam a Medicina moderna. Criou-se uma nova práxis de intervenção na direção à cura do sofrimento do indivíduo, como também a Medicina garantiu que o corpo torna-se motivo de controle disciplinar e tecnológico.

Essa coexistência de saber e poder permitiu que os discursos produzidos e tidos como verdadeiros fossem ditos sobre algo considerado como o objeto do saber. A partir disso, muitas verdades foram questionadas, por exemplo, acerca da própria produção da subjetividade. Os discursos médicos incidiram sobre os corpos e os sujeitos, enfatizando o poder maior sobre estes.

O termo biopoder foi concebido no século XIX para justificar esse processo de controle discursivo sobre o sujeito e a espécie humana. É o poder sobre a vida. E esse poder se estabelece tanto do ponto de vista de uma biopolítica, quanto de uma esfera disciplinar. Essas práticas discursivas passam a exercer um caráter de controle social exercido não só pela Medicina, mas também pela Psicologia. Nesse sentido, criam-se os estatutos do que se é considerado normal e patológico e a partir daí o biopoder passa a ter forma. Essa perspectiva entra no século XX com todo um arcabouço de controle disciplinar, no qual a medicina passa a ajustar o cotidiano dos sujeitos, moldando-os, normatizando-os e regulando as políticas de saúde através de todo um aparato tecnológico.

Moreira e cols. (2007) afirmam que o conhecimento médico acumulado, aliado às novas tecnologias possibilitou revoluções nas práticas médicas, tais como: maiores especialidades, tratamentos sofisticados. No entanto, a clínica médica acabou se fragmentando em inúmeras especializações e ainda delegou ao paciente a decisão sobre que especialidade escolher. É um momento que o paciente vai até o médico.

A reflexão histórica da clínica médica é de suma importância para o entendimento da clínica psicológica, pois foi naquela que esta se contextualizou. Moreira e cols. (2007) inclusive ressalta a importância de Sigmund Freud, que era da área médica e que foi o criador da clínica psicanalítica. Nesse momento, houve uma translocação do saber. O paciente passa a detê-lo. É reconhecível esse potencial. A função do analista é facilitar a emergência desse saber que está inconsciente no paciente. Percebe-se, portanto, que a clínica freudiana enfatiza mais a escuta do sofrimento em detrimento dos processos de observação da doença praticados pela clínica médica.

É importante reiterar a posição explicitada por Schneider (2002 apud MOREIRA e cols. 2007, p. 28) quando afirma a importância da clínica psicológica introduzida por Freud que pressupõe “A perspectiva de tratar o cliente como um sujeito de sua história de adoecimento, e não como mero objeto”. A isso, a clínica psicanalítica introduz o segredo enquanto parâmetro do processo terapêutico, enquadrando-se aos moldes individualistas. O paradigma da psicoterapia tem no segredo o imaginário de que a clínica individual é a mais efetiva para tratar o sofrimento psíquico.

A psicologia clínica é herdeira direta da medicina, em que a questão da observação, intervenção, tratamento e cura eram ações fundamentais. Isso distanciava a prática psicológica das demandas sociais. A psicanálise freudiana foi responsável pelo deslocamento do olhar sobre a doença para a escuta, o que corresponde a uma demanda do sujeito e não a uma patologia (GUERRA, 2002 apud MOREIRA e cols., 2007, p. 613).

2.2 A PSICOLOGIA CLÍNICA MODERNA E A CLÍNICA AMPLIADA

Essa nova possibilidade de construção da Psicologia clínica se intensificou com o surgimento do sujeito e do individualismo e, como tal, com novas demandas e a necessidade de uma ciência que as pensasse. Em plena era moderna, o que se via era um sujeito que se via como singular, único e que sua individualidade passava a ter um caráter sigiloso, de forma a resguarda-se do público. Nesse sentido, Moreira e cols. (2007, p. 25) assim explicita: “Somente com o pensamento moderno vamos assistir à valorização da categoria sujeito e da experiência de intimidade, de individualidade”.

Durante a modernidade, a clínica psicológica aprimorou-se em função do acolhimento desse sujeito individual. É importante perceber que tal sujeito ainda era o sujeito considerado “anormal”, “desajustado” perante os olhos da medicina. Mesmo com todo o trabalho da clínica psicológica de escutar o sofrimento, ainda tinha que se inspirar em um modelo de terapia do corpo, ramo da medicina, a fim de ser reconhecida como ciência.

Nesta lógica e o contexto histórico adveio à ênfase positivista, a Revolução Industrial e o surgimento das ciências humanas, em que a Psicologia esteve atrelada à burguesia, dando contornos ao que se consideraria como clínica psicológica. No que tange ao positivismo, por exemplo, observa-se a entrada da quantificação dos elementos psicológicos, principalmente com a criação dos testes psicométricos e o desenvolvimento da psicologia experimental (SCHNEIDER, 2006).

Ainda assim, com essas transformações, permaneceu a clínica individual abocada a padrões neoliberais que tornaram esse individual em individualista, muitas vezes perverso, que se esquece do homem em prol da lógica do capital. No entanto, o contexto social também foi entrando no consultório quando se percebeu que na clínica do segredo havia limitações, portanto requeria novas formas de intervenções (MOREIRA e cols., 2007). Havia a necessidade de se redesenhar uma Psicologia tradicional para que a mesma passasse a ter um engajamento social e, assim, responder a demandas vindas das relações humanas, por exemplo, a da valorização da alteridade.

O conceito de subjetividade passou a ser uma referência teórica que atualizava a psicoterapia, ressaltando a interação, o encontro com o intersubjetivo, no qual o outro possibilita a entrada do eu no mundo social. (MOREIRA, 2004 apud MOREIRA e cols., 2007, p. 615).

Psicologia, ou melhor, as psicologias, devem encontrar seu compromisso social, pois o eu não se constitui sem o outro, ou seja, não há individualismo que se sustente na ausência do social. Se o paradigma moderno é o da consciência que propicia o individualismo, o paradigma contemporâneo é o da linguagem que pressupõe o encontro intersubjetivo. (MOREIRA e cols., 2007, p. 616).

A saída do consultório e a ocupação de outros ambientes sociais se estabeleceram desde o início do século passado, em que o psicólogo tornou-se cada vez mais presente em diversos espaços dos sistemas de saúde pública, dos asilos e hospitais psiquiátricos, penitenciárias e de comunidades. Isso possibilitou uma visão de psicologia clínica baseada não simplesmente na figura do consultório, mas na qualidade da escuta que se pode dar independente do espaço de atuação. Moreira e cols. (2007) deixam claro que o profissional reflita em suas práticas sociais, pois novos modos de produção, subjetivação, formas de se criar a si mesmo e o mundo são deparados constantemente e tudo isso incide sobre o espaço social.

Nas pesquisas de Ferreira Neto (2003), as questões das práticas sociais da psicologia não se aplicavam à clínica, principalmente em meados dos anos 70, quando já havia grupos de psicólogos engajados em ações sociais e reflexões políticas. O que se observava era uma clínica ainda distante do social e apolítica. Se de um ponto, um grupo de psicólogos ia para além das dimensões clínicas, outros, perpetuavam o contexto individualista e indiretamente ligados às concepções médicas e ideologias políticas dominantes.

Coimbra (1999 apud SALDANHA, 2004), enfatiza que na década de 70, no Brasil, havia uma psicologização do cotidiano, em que:

Os acontecimentos sociais são esvaziados e analisados unicamente pelo prisma psicológico-existencial. Com essa 'tirania da identidade', qualquer angústia do cotidiano, qualquer sentimento de mal-estar é remetido imediatamente para o território da 'falta', da 'carência', no qual os especialistas 'psi' estão vigilantes e atentos. Para essa família 'em crise' e para esses filhos 'desviantes' há que se ter atendimentos específicos, peritos que lhe digam como sentir, pensar, perceber, agir, viver neste mundo. (COIMBRA, 1999, p. 80)

Em meados da década de 80, quando já houve uma abertura política e crescimento dos movimentos sociais, as práticas da psicologia clínica entram em confronto com toda essa

transformação, pois até então seus laços eram muito fortes com as classes econômicas dominantes. As atividades da clínica eram consideradas neoliberais e privadas, portanto, de caráter excludente.

O próprio Conselho Federal de Psicologia, à época, criticava esse tipo de clínica tradicional e hegemônico centrado na concepção individualista.

De acordo com o órgão, essa atividade tem objetivos analíticos, psicoterapêuticos e/ou psicodiagnósticos, e baseia-se em uma concepção da clínica como um saber/fazer universalizado, associado a uma concepção de sujeito universal e a-histórico, metas e fundamentos que, sem dúvida, circunscrevem a clínica como espaço de reprodução e mantêm a cisão entre clínica e política. (MOREIRA e cols., 2007, p. 618).

Essa concepção de uma clínica fundamentada nos moldes tradicionais ainda predomina entre muitos estudantes e profissionais de psicologia. Ferreira Neto (2004 apud MOREIRA e cols., 2007), afirma que as práticas da clínica social sempre estão em processo de construção e que a clínica liberal curativa não consegue dar conta das múltiplas demandas sociais, as quais sempre emergem. Portanto, é a partir da década de 80 que as práticas sociais da psicologia passam a abranger uma demanda popular muito elevada com suas particularidades, mas ao mesmo ainda se observa uma psicologia tentando partir para uma politização de fato. As ações voltadas para a camada popular da sociedade ainda estava sob a égide do assistencialismo.

Atualmente, observa-se uma atuação clínica associada a processos de politização e flexibilização cada vez mais crescentes e necessárias frente a toda multideterminação de fatores que perpassam pela atividade profissional nos diferentes campos de atuação. Nesse sentido, a intervenção psicológica deve estar pautada numa base que busque associar o sujeito psicológico ao sujeito político e, conseqüentemente, chegar ao um sujeito histórico capaz de se envolver com sua própria história, a história de sua comunidade e da própria humanidade.

No contexto da saúde, por exemplo, teve-se uma abrangência de atuação principalmente nas unidades básicas de saúde articuladas com os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), os quais são espaços considerados alternativos para o tratamento manicomial. No desenvolvimento das atividades psicológicas para além do consultório, a psicologia da saúde constituiu-se em um grande campo de atuação ancorado na perspectiva da psicologia social.

A primeira característica é o compromisso com os direitos sociais pensados numa ótica coletiva. Foge, portanto, das perspectivas mais tradicionais da psicologia voltadas à compreensão de processos individuais ou intra-individuais. Dialoga com teorias e autores que pensam as formas de vida e de organização da sociedade

brasileira contemporânea. Tende a pesquisar e atuar em serviços de atenção primária, em contextos comunitários, em problemas de saúde em que pesa a prevenção à doença e a promoção da saúde ou onde há necessidade de acompanhamento continuado (como as doenças crônicas e a saúde mental). Tende ainda atuar na esfera pública. (SPINK, 2003 apud SALDANHA, 2004, p. 19)

É importante perceber a necessidade da superação dos enfoques intra-individuais predominantes em muitas práticas. Esse campo de atuação também deve pautar-se na discussão acerca dos processos de saúde-doença partindo-se da premissa de que este é um processo histórico e multideterminado. Na prática, pensar na possibilidade de superar tais questões implica em confrontar-se com todo um sistema político, social e ideológico mantenedores do modelo centrado no indivíduo e no próprio atendimento individual. Nas práticas dos profissionais de saúde ainda é perpetuada a idéia do “paciente”, daquele que deve ser orientado, tratado e treinado para aderir às atividades decididas pelo corpo técnico. A participação do sujeito, naquele momento, enquanto parte do processo, é limitada.

No bojo das reconfigurações da Psicologia clínica e da concepção de saúde, o Estado Brasileiro organizou O Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentando-o pela Lei nº 8.080/90 com os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade propôs uma atenção integral à saúde, meta que subsidiou as Ações Integradas de Saúde (AIS).

A Psicologia clínica se inseriu nos debates sobre políticas de saúde e também começou a atuar com outros profissionais da saúde. É nesse momento que o conhecimento psicológico passou a ter espaço na discussão da saúde pública.

Numa trajetória que passa pelo SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde) e chega à implantação do SUS (Sistema Único do SUS) o que se observa é que o psicólogo vem sendo absorvido pela saúde pública- ainda em proporções distantes do desejado- sem uma revisão mais ampla do seu processo de formação, ainda direcionado para a sua atuação dentro do modelo ‘clássico’. Na realidade, não seria errôneo afirmar-se que toda a equipe não se encontra preparada pelos seus cursos de graduação, para atuar nesta nova concepção de prestação de serviços. (BIANCO et al, 1994 apud SALDANHA, 2004, p. 26)

O campo da saúde tem se construído a partir de tensões surgidas no próprio contexto histórico e na busca de profissionais compreenderem seus lugares no espaço das práticas em saúde. Tal entendimento se compreende porque historicamente a psicologia clínica destacou-se enquanto independente e sua inserção recente nas instituições de saúde pública e implicou na reprodução das práticas clínicas nesses espaços, principalmente nos ambulatórios e hospitais.

Com a participação da psicologia nas discussões acerca da saúde pública, suas práticas passaram a ter outros contornos, pois passa a trabalhar com outros profissionais, com grupos atendidos em unidades de saúde. Deve-se destacar a VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 que possibilitou esse novo entendimento baseado na política de atenção integral à saúde.

Segundo Saldanha (2004), quando se trabalha na perspectiva da saúde, não se pode deixar de compreender a questão da relação saúde-doença, em que o saber médico potencializou essa dicotomia transformando a sociedade em duas grandes camadas: dos “normais” e dos “patológicos”. Tais camadas acabaram se tornando institucionalizadas e servindo para o direcionamento de muitas práticas da saúde.

No entanto, com o processo de debates sobre as políticas de atenção integral à saúde, o discurso médico direciona o entendimento sobre saúde e doença para dentro de uma perspectiva social, canalizando suas atividades para metas educativas, principalmente com a prestação de serviços médicos. É uma proposta preventista e que se constitui em três modelos: a prevenção primária, baseada na promoção da saúde e da proteção específica em relação a um agravo; prevenção secundária, presente no diagnóstico e tratamento; e a prevenção terciária, relacionada à recuperação do dano e à reabilitação. Pensar na possibilidade das práticas psicológicas em saúde de estarem condizentes com a proposta de atenção integral à saúde mostra dificuldades relacionadas aos tensionamentos entre a forma que se pensa a relação saúde-doença.

Saldanha (2004, p. 50) esclarece essas questões de tensão quando afirma que “A existência de várias ‘psicologias’ que atravessam os encontros entre Psicologia e saúde demonstram a impotência da visão compartimentada”. Velhas e novas práticas psicológicas coexistem em um sistema ainda dicotômico entre saúde-doença.

Entre os anos de 70 e 90, ocorrem no Brasil manifestações, como parte da luta pela democratização do Estado. Isso se reflete no campo da saúde, onde transformações de ordem política possibilitaram a inserção do profissional nas ações integrais de saúde. Foi um período de ressignificações das relações entre saúde-doença, bem como da possibilidade de se perceber a doença enquanto um processo no qual necessita ser visto em suas dimensões biopsicossociais.

O SUS através da sociedade e movimentos sociais criou a Humanização da saúde enquanto política transversal, destacando a questão de se perceber o indivíduo em toda a sua complexidade e avultando os aspectos subjetivos nas práticas de saúde e humanização dos cuidados, indo desde o respeito no atendimento, priorizando a atenção primária. O Ministério

da Saúde (BRASIL, 2009), através da Secretaria de Atenção a Saúde, criou a Política Nacional de Humanização, visando à valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, sejam eles usuários, trabalhadores e gestores, o que aumentou a atuação da psicologia no campo das políticas públicas no Brasil, na atenção básica (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005), média e alta complexidade (TONETTO; GOMES, 2007). Percebendo a necessidade de se humanizar os atendimentos realizados pela equipe de saúde, outra possibilidade de se humanizar esses atendimentos são os cuidados paliativos, em específico para pacientes sem possibilidade de cura. No caso de nossa pesquisa, os homens com HIV/aids. Vieira (2010) revela que os cuidados paliativos são segundo a Organização Mundial de Saúde, “Uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente a problemas relacionados à doenças sem possibilidade de cura, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando e avaliando e tratando a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” sendo as práticas de cuidados paliativos bastante utilizadas em ambiente hospitalar, objetivando a qualidade de vida dos pacientes em situação de intenso sofrimento, além do apoio à família, em internamento ou no domicílio. Ou seja, os cuidados paliativos destinam-se a doentes que não têm perspectiva de tratamento curativo, sem possibilidade de cura, com doença progressiva, cuja expectativa de vida é limitada, sendo o seu sofrimento intenso e com problemas de difícil resolução que exigem apoio específico da equipe que o atende o/os pacientes.

Michelin et al (2010) ressalta que os cuidados paliativos tem sido um grande aliado de pessoas vivendo com aids, pois segundo os autores é possível oferecer uma melhora na qualidade de vida, ainda que a doença não apresente possibilidade de cura.

O maior aliado a qualquer paciente é o diálogo, porém, em se tratando de um paciente em cuidado paliativo, isso deve ser muito mais trabalhado. Atender um paciente que esta sem possibilidade de cura é uma tarefa para pessoas que estejam dispostas a se envolver intensamente com o paciente e sua família. (MICHELIN et al, 2010, p. 3)

Nesta perspectiva a autora ressalta que para um melhor entendimento dos profissionais da área da saúde, é necessário que saibam os princípios dos cuidados paliativos que são; promover o controle da dor e sintomas desconfortantes, considerando a morte como um evento natural da vida; oferecer um tipo de suporte que possa fazer com que o paciente viva tão ativamente quanto possível a chegada de sua terminalidade. Sendo o cuidado iniciado precocemente e unindo esforços juntamente com a equipe multiprofissional oferecendo o cuidado mais abrangentemente possível.

O Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS - HumanizaSUS destaca como um dos princípios dessa política o “Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade”. É um momento em que a psicologia atravessa o campo da multiprofissionalidade e atua com outros profissionais sem perder de foco seu objeto de estudo: o indivíduo com toda a sua singularidade. Ampliam-se as possibilidades de atuação.

Portanto, quando se fala em “Humanização do SUS” subentende-se a valorização desses personagens que compõe o quadro da saúde, no entanto, a humanização em si pressupõe uma instância pertencente a cada indivíduo. Ela não vem de fora para dentro do sujeito. Quiçá o que essa ação pressupõe seja a consciência de que há necessidade de conscientizar-se acerca da importância que o outro tem no processo de crescimento individual e social.

Assim, a humanização preconizada pelo SUS é um elemento essencial para a prática da clínica ampliada, pois colabora com a eficácia desta. Voltando ao texto básico do Ministério da Saúde, percebe-se que a clínica ampliada “propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida” (BRASIL, 2004).

Dadas às realidades locais do país, a sistematização da clínica ampliada pode incidir em um processo dinâmico em um dado local e mais lento, em outro. A gestão e as equipes trabalham com suas próprias singularidades também e adaptam suas linhas de ação dependendo do contexto onde estão inseridas.

Em Centros de Apoios Psicossociais (CAPS) pode haver o trabalho envolto no que preconiza a clínica ampliada. Com os serviços de psicologia, por exemplo, é possível encontrar nessa modalidade (a da clínica ampliada) a oportunidade de executar objetivos para a reabilitação psicossocial.

Ainda se observa um modelo biomédico baseado numa perspectiva reducionista do sujeito, no qual este é visto apenas como uma patologia, um número no prontuário. Isso dificulta ações que tentem promover a integralidade na saúde. Esse modelo negligencia toda e qualquer forma de experiência subjetiva do sujeito o que implica em dificuldades relacionais entre profissional e usuário.

O acolhimento no sistema de saúde é seriamente prejudicado por toda essa construção ideológica de poder que a medicina construiu. Nesse sentido, o médico na maioria das vezes se posiciona como o detentor do conhecimento acerca da patologia do indivíduo e este se

resume a um mero “paciente”, aquele que é passivo e não participativo dos acontecimentos ocorridos consigo próprio.

Além disso, há que se levar em consideração a divisão sexual do trabalho, a qual, historicamente, estabeleceu seus critérios de gênero em relação às atividades de saúde.

Até o momento, o entendimento da relação entre as práticas psicológicas, principalmente, as da clínica, acabaram se moldando às mudanças e necessidades do próprio processo histórico. No entanto há que se levar em consideração que o foco é o indivíduo, mas um indivíduo que se expressa de múltiplas formas e constantemente ressignifica a vida dele.

Quando se atenta para a questão da saúde, preconiza-se o estabelecimento de relações significativas entre todas as instâncias, como os gestores, os profissionais e os usuários. Há que se ter uma visão crítica para que cada profissional, dentro de sua especificidade, atue de forma consciente e respeitando o outro enquanto humano.

Um exemplo típico de como a “humanização” pode ser estabelecido, são nas relações dos pacientes com doenças infecto-parasitárias e os “cuidadores” deles nos hospitais. Essa questão envolve o rompimento de preconceitos e lógicas pré-estabelecidas que acabam separando o atendido do profissional de saúde e, conseqüentemente, do mundo.

Quando se fala dos pacientes com HIV/aids, muitos estigmas são levantados e necessitam ser superados para que haja de fato um atendimento humano.

Bezerra (2001) pensa nessa interioridade psicológica do sujeito, no entanto, lida com toda a rede de subjetividade envolta dele, implicando todas as formas de estímulo que, no campo da alteridade, apresentam-se para o sujeito. Autores como (COSTA; BRANDÃO, 2005; DUTRA, 2004; PORTELA, 2008; FERREIRA NETO, 2008). Têm discutido a atuação do psicólogo clínico para além do *setting* tradicional. A atuação clínica em outros contextos tem recebido diferentes denominações, como “clínica ampliada”, “clínica social” e “clínica transdisciplinar” (FERREIRA NETO, 2008). A entrada dos psicólogos no campo da saúde pública muito contribuiu para tal expansão (SPINK; MATTA, 2003).

A própria clínica também nesse momento de ruptura, tentando sua articulação com a política, daí o termo “clínica ampliada”, cuja proposta é a superação do modelo da clínica tradicional. Obviamente, isso necessitou de uma redefinição do próprio objeto, dos objetivos da clínica, bem como dos meios de trabalho na assistência individual, familiar e de grupos. A noção de clínica ampliada deve ser pensada na possibilidade de instrumentalização, modalidades intervencionistas com objetos, palavras, silêncios de modo a instigar o sujeito em sua capacidade de organizar suas próprias práticas psicológicas e sociais de maneira mais criativa e adaptativa.

Ferreira Neto (2008) afirma que no processo de trabalho em saúde, o modelo clínico tradicional, principalmente, o psicanalítico, acaba perdendo seu apogeu, seu saber absoluto em face de novos reordenamentos frente a uma realidade complexa. Desta forma, evidencia-se a relevância de se teorizar acerca da prática do psicólogo em atendimentos no hospital, dentro das especificidades que a instituição oferece, sempre com respeito e ética para com o outro e nas perspectivas através de psicoterapia na modalidade breve com pacientes sem possibilidade de cura, sendo uma tentativa de facilitar um canal de comunicação que amenize a dor e o sofrimento, proporcionando ao cliente falar sobre suas experiências que dão sentido a sua existência.

Leitão (1993) destaca que o trabalho de psicoterapia no ambiente de um hospital exige do psicólogo um prévio conhecimento da realidade na instituição, seja do contato direto com o novo contexto de trabalho, onde terá que atuar em constante interação com a equipe multiprofissional de saúde. O psicólogo deverá “hospitalizar-se” não da mesma forma e sentido que o paciente adoentado se encontra, mais da mesma forma e sentido que todos os demais membros da instituição que ali estão inseridos.

Nesse contexto, é importante a incorporação de homens dentro de uma perspectiva de gênero em políticas de saúde e outras que sejam relevantes para a prevenção, tratamento e acompanhamento de pacientes com aids.

2.3 PSICOTERAPIA BREVE GESTÁLTICA:

Do ponto de vista teórico, o pensamento gestáltico e as concepções sobre gênero e masculinidades permitiram compreender os dados empíricos pesquisados. Segundo (PERLS; POLSTER; POLSTER, 1975), a fronteira de contato não é tanto parte do organismo como o é um órgão; entretanto trata-se de uma relação particular entre o organismo e o ambiente. É o ponto em que a pessoa experimenta o “Eu” em relação aquilo que não é “eu”.

As principais Fronteiras de contato são: Fronteiras do Eu, do corpo, valor, familiaridade, expressivas e fronteiras de exposição (PERLS, 1977; POLSTER E POLSTER, 1975).

A relação de contato é a relação do indivíduo consigo mesmo, com o outro e com o mundo, pois a satisfação de nossas necessidades ocorre no meio, implicando no fato do homem ser por natureza um ser relacional. O Contato diz respeito ao meio de modificação da pessoa e das experiências que ela tem com o mundo, e a mudança é um produto inescapável

do contato porque a aproximação da novidade assimilável ou a rejeição da inassimilável levará inevitavelmente à mudança (PERLS, HEFFERLINE; GOODMAM, 1997).

Contatar é função dos sentidos que permite a identificação de necessidades derivadas de um fundo ilimitado no qual emergem figuras; ou seja, cada fundo esvazia-se para o surgimento da figura que por sua vez, torna-se fundo para outra figura (PIMENTEL, 2000). E ainda segundo a autora, contato final é a satisfação, o relaxamento, formação de uma unidade perceptiva de pensamento, sentimento e movimento.

Outra categoria importante é a Consciência que se refere à capacidade do indivíduo perceber o que acontece fora e dentro de si, no presente momento, nas várias dimensões do acontecimento percebido: moral, mental, emocional, etc. Diferente da awareness pelo caráter limitado, não é um fluxo e sim episódios de contato (PIMENTEL, 2000). Portanto, significa tornar-se consciente das necessidades de natureza fisiológica e psicológica utilizando as funções de contato e as disfunções de contato que nada mais são que as nossas resistências. (SILVA, 2004).

Perls, 1997 afirmou que os sujeitos não podem ser compreendidos fora de seu meio psicológico, também, que não estão diluídos nesse meio, mais que se interrelacionam mediados pela fronteira de contato, um limite intangível, porém sentido, vivenciado que diferencia o eu, o outro e o meio. Perls, Hefferline e Goodmam (1997) delimitam o contato como a tomada de consciência de alguma necessidade, o resultado final desse processo de contato é a formação da personalidade, a experiência é vivenciada pelo indivíduo nestes termos, e só pode ser entendida como uma função das partes ou todos dos quais é feita.

Em nossa fenomenologia do cuidado em saúde masculina, observamos que os construtos Contato, Funções e Disfunções de contato possibilitaram a importância de considerar que os homens sem possibilidade de cura fazem parte de um processo de interação e que não são sujeitos isolados, mais que estão sempre mantendo contatos com pessoas, momentos, se relacionando, em processos conscientes ou não, ação de vontade, sentimentos, pensamentos, modos de expressão, ação, tendo determinado estilo pessoal, não sendo somente o “ser”, mais o “ser” no mundo.

Para a Gestalt-Terapia, é importante que o cliente seja tratado como um ser digno de confiança, isto é, responsável por si mesmo, pois, se escolhe ser o que é, é uma totalidade que pode ser integrada, voltado para a consciência, auto-regulado, em permanente energia de auto-

realização e presentificação, e em busca de dar um sentido às suas percepções, às suas experiências, à sua existência (Ribeiro, 1999).

Nesse sentido, compreender a gestalt-terapia é compreender o indivíduo dentro dessa totalidade e possibilidades de integração, restaurar o contato consigo mesmo. É o rompimento com as práticas terapêuticas tradicionais.

Embora a Gestalt-terapia tenha emergido junto com as psicoterapias tradicionais e, como estas, dentro de um contexto considerado elitista, ela não desconsidera os fortes conflitos de ordem social, e políticos vivenciados pela sociedade ocidental que dificultam a plena expressividade e favorece as problemáticas na ordem da saúde pública e mental.

Levando-se em consideração toda essa emblemática, a psicoterapia breve, em Gestalt-terapia, localiza-se enquanto uma técnica que considera a totalidade e a importância social que o meio implica para o indivíduo. Pretende-se com essa técnica evitar as possíveis dificuldades que venham a afetar significativamente a vida do indivíduo.

Vanzuita (2006, p. 34) argumenta que:

A fenomenologia dará o suporte necessário para que o gestalt-terapeuta olhe para esse paciente com um olhar despretenso, ingênuo e sem um conceito já pronto, é olhar essa pessoa como uma realidade única a ser conhecida e desvendada. A metodologia de fundo do gestalt-terapeuta, independente se for a psicoterapia breve ou tradicional, é a fenomenologia, e esta se baseia na descrição do fenômeno para a compreensão da realidade.

Como a psicoterapia breve tem uma duração determinada, a entrevista inicial é de suma importância para o estabelecimento do contrato terapêutico bem como perceber as particularidades de cada pessoa.

Freitas & cols. (2010, p. 142) afirmam que “incluir a dimensão ontológica dos usuários dos serviços de saúde possibilita o resgate da intersubjetividade e da humanização nesse espaço moldado pela impessoalidade de técnicas invasivas e da pretensa neutralidade científica”.

Portanto, em um âmbito da área da saúde, a Gestalt-terapia assume o comprometimento, engajamento e envolvimento de suas práticas às questões sociais, e não desvinculadas destas.

Isso só é capaz também a partir do estabelecimento também de um diálogo genuíno dentro de um campo repleto de contradições em que a pessoa possa se encontrar.

Tal campo de contradições pode ser o que Freitas & cols. (2010, p. 142) também afirmam como a prevalência do modelo cartesiano mente-corpo enquanto motivação para a

atuação profissional na área da saúde. No entanto, um modelo que não consegue abranger a totalidade humana, já que o indivíduo, ao procurar o serviço de saúde, queixa-se de sua condição de adoecimento somático.

Diante disso, Vanzuita (2006, p. 40) propõe que nas relações terapêuticas não sejam desconsideradas essas dicotomias, mas que o momento terapêutico possibilite que a pessoa se perceba em sua totalidade:

A maioria das pessoas que procura a terapia está sem um contato saudável e fluido com suas próprias coisas e sua vida. Estão presas a comportamentos antigos e estereotipados. Não conseguem manter-se em contato com o seu próprio contexto-campo e assim não permitem que novas experiências possam ressignificar o seu self. As pessoas precisam aprender a resgatar a saúde, que é um movimento natural para a vida, para o contato, para as trocas, enfim para um mundo cheio de possibilidades. As sequências terapêuticas têm como objetivo esse movimento de reconectar experiências a fim de recuperar a fluidez do self do paciente. E a conexão dessas experiências podem ser feitas através de simples conexões a momento na terapia.

Essa autora trás a reflexão de que na relação terapêutica, a pessoa vê seu corpo não como algo que tem, mas o que ela é. A somatização é o centro da relação e irá se desmembrar nas várias possibilidades que a pessoa possa a vir se perceber. “Sem perder de vista o sintoma, que deve merecer atenção especial, o psicoterapeuta atuará sobre hábitos, estilos de vida, expectativas, valores, medos, garantias que a pessoa espera da vida” (Ribeiro, 1999, apud Vanzuita, 2006, p. 40).

Vanzuita (2006) considera que há diferenciações entre a psicoterapia breve e as de longa duração. Ela destaca que naquela, encontra-se um problema específico, um sintoma “gritante”, o qual necessita de solução. É nesse momento que a essa dificuldade emergencial é dada uma atenção mais especial, ao passo que na psicoterapia tradicional, há mais de um foco a ser trabalhado.

Rodrigues (2000) reafirma tal questão, pois compreende que o trabalho do gestalt-terapeuta enfatiza as vivências do aqui-e-agora da outra pessoa.

Deve-se perceber também a questão dos fatores prejudiciais ao processo psicoterápico que, segundo Ribeiro (1999), estão relacionados a pouca capacidade egóica, como estruturas de personalidade muito prejudicadas ou psicopatologias graves presentes na outra pessoa.

Para este autor, a psicoterapia breve estaria mais indicada a pessoas com percepções claras acerca do caminho a seguir, além daquelas pessoas que apresentem enfermidades crônicas, culpas e não sabem como se organizarem diante disso.

É o método fenomenológico, o guia para que o terapeuta possa abordar a outra pessoa de forma a descrever o que aparece, sem ser explicativo e impositivo. E a descrição relaciona-se com a maneira como o terapeuta percebe o intuído.

Vanzuita (2006, p. 11) também argumenta que:

A Gestalt-terapia através da exploração fenomenológica e do existencialismo propiciou ao cliente uma maneira de ser autêntico e significativamente responsável por si próprio. Assim sendo, a Gestalt-terapia é fenomenológica aplicada uma vez que a única maneira pela qual podemos conhecer é tal como é apresentado à consciência e o método fenomenológico não supõe um deixar-fazer, uma neutralidade silenciosa. Isso significa que o terapeuta é ativo, está ligado no fenômeno e atento às mudanças que acontecem a todo o momento. Numa psicoterapia breve ou de curta duração isso é fundamental, pois a cada instante o paciente é convidado a ampliar sua percepção, a sua awareness de si, para poder ver as coisas exatamente como são e assim descobrir possibilidades durante esse encontro.

Freitas & cols. (2010) reafirmam essa questão quando enfatizam essa relação, tendo o contexto hospitalar enquanto uma prática de atuação do Gestalt-terapeuta. Nesse ambiente, fica claro o aspecto do adoecimento em todas as suas dimensões, não somente restringindo-se ao aspecto orgânico.

Esses autores contribuem ainda quando criticam o modelo biomédico baseado em um modelo de cura romântica, em que o indivíduo busca o restabelecimento de um estado imaginário anteriormente vivido. No entanto, o que se pretende é facilitar a compreensão, pelo indivíduo, de suas possibilidades de agir mediante seu momento presente.

Entender o homem como um campo organismo/meio que se estrutura em uma corporeidade expressiva é, especialmente em nosso contexto, falar de alguém que sofre sendo seu corpo material, visível e sensível à dor, ao toque, ao olhar do outro, ao cheiro que se desprende, ao processo de transformação física, aos sentimentos que dele e com ele vivencia (Freitas & cols, 2010, p. 145).

As práticas na Gestalt-terapia propiciam relações significativas em que a ressignificação existencial é uma constante frente ao adoecimento. Portanto, a relação Eu-Tu é genuína e dinâmica, na medida em que o Gestalt-terapeuta e a outra pessoa estabelecem juntos a busca de novos sentidos para a experiência deste.

De acordo com Vanzuita (2006), as teorias de Kurt Goldstein foram imprescindíveis para a Gestalt-terapia porque possibilitaram a apresentação de uma visão de homem uno, integrado, questionando a dicotomia cartesiana mente/corpo. Assim, também houve a possibilidade de seguir caminhos para além desse limite binário.

Dentro dessa questão, Ribeiro (1999, apud Vanzuita, 2006, p. 16) destaca que “o organismo é uma só unidade; o que ocorre em uma parte, afeta o todo”. Portanto, faz-se necessária a compreensão da dinâmica integral do indivíduo.

Na área da saúde pública, compreender isso é transcender, inclusive, as barreiras culturais impostas historicamente de que o indivíduo seja um mero objeto a ser medicalizado mecanicamente. Sendo que tais barreiras têm raízes profundas na vida, na história do indivíduo e que só este pode ultrapassar, percebendo a si como tendo limites e potencialidades. Neste sentido, durante a coleta de dados da pesquisa, inúmeras vezes *encontrei pacientes triste e chorando, precisando de uma escuta, um aperto de mão, um olhar carinhoso, e mesmo não sendo os meus clientes, como profissional e pessoa ética, fazia atendimento focal e dava suporte aos familiares que me chamavam, com dúvidas, anseios e medos da morte e o morrer, voltava para a UFPA com o pensamento no hospital, (DIÁRIO DE CAMPO, 2012)*

2.4 ADESÃO DO INDIVÍDUO AO TRATAMENTO

Atualmente, o Tratamento Antirretroviral (TARV) se estabelece como um mecanismo terapêutico, mas ainda não é completamente efetivo dadas as dificuldades que muitos têm de aderir ao tratamento que é para a vida toda.

Ao descobrir a sorologia positiva para o HIV/Aids, o indivíduo entra em uma nova etapa que pode ser decisiva para si, na medida em que lhe é exigida uma prática de autocuidado, talvez, anteriormente inexistente. Deste modo, aderir a um tratamento que inclui anti-retrovirais e acompanhamentos médicos perenes nem sempre é bem visto por muitos. A rotina muda e o indivíduo tem que adotar uma forma de vida diferenciada se quiser manter a qualidade de vida. Tal imperativo pode tornar-se um fardo muito intenso para alguns sujeitos.

Lima (2012) enfatiza que “o tema adesão constitui-se uma área de grande importância para a Saúde Pública e um desafio para a educação. Aderir a um tratamento é bem mais do que simplesmente cumprir as ordens prescritas”, (p.57) significa toda a complexidade que esta temática aborda, pois requer toda uma reelaboração de vida.

É importante perceber que o indivíduo tem que ser visto e respeitado em todos os seus aspectos biopsicossociais e não simplesmente ser considerado um mero receptor mecânico de remédios. O indivíduo está vulnerável e imerso em um contexto estigmatizante que torna a adesão ao tratamento algo muito mais complexo do que se imagina.

O Brasil é um país com diferentes culturas, hábitos e formas de ser e agir, e tais particularidades têm que ser observadas na adesão ao tratamento. O indivíduo tem que encontrar um sentido para o mesmo, isto é, o tratamento, tem que ser significativo para ele. Uma forma disto suceder é o modo como a equipe de saúde o trata, indicando que ele não é a doença em si, mas que está vivendo com ela.

Atualmente, as pessoas diagnosticadas com HIV/aids têm acesso gratuito ao Tratamento Antirretroviral (TARV), no entanto, o abandono é constante. Assim, há a necessidade de reflexão sobre esse assunto. Lima (2012) chama a atenção para a importância da adesão, que implica a participação do próprio indivíduo e daqueles que dele cuidam, o meio familiar, os profissionais de saúde e até mesmo dos gestores públicos.

Historicamente, o Brasil ainda se destaca em relação a outros países na questão da adesão aos tratamentos antirretrovirais. O acesso gratuito às medicações foi de suma importância para que a gestão pública pudesse traçar novas estratégias para tornar os tratamentos mais eficazes.

Devido ao abandono constante dos tratamentos com antirretrovirais, as respostas ao combate do HIV/aids se tornam menos eficazes fazendo o governo e o setor da saúde estabelecerem formas que possam aumentar tais respostas. Um desses mecanismos está na própria questão do compromisso do indivíduo portador com sua qualidade de vida.

No entanto, como se falar em adesão satisfatória se os efeitos colaterais das medicações, mudanças de hábitos de vida implicam seriamente nos aspectos psicológicos do indivíduo portador? Aqui, sinalizamos a importante e indispensável participação do psicólogo na equipe de saúde como um facilitador da autorreflexão e reavaliação pessoal das estratégias existenciais e da adesão do indivíduo ao tratamento.

O investimento psíquico pode ser muito alto se a pessoa vivendo com HIV/aids quiser ter uma boa qualidade de vida. Essa alta liberação de energia pode provocar sentimentos de desesperança e baixa autoestima levando-se em consideração que a rotina de vida acaba mudando com a utilização de medicamentos em horários específicos. A relação entre psicólogo e usuário pode influenciar também positiva ou negativamente para a adesão ao tratamento. Daí, a necessidade de se repensar esses aspectos, de ordem de saúde pública para que de fato o indivíduo se reconheça capaz e responsável para assumir o compromisso sobre si mesmo.

Seidl et al (2007, p. 2306) consideram que “em HIV/aids, a relação com o usuário deve caracterizar-se por uma postura de acolhimento, para o atendimento de demandas específicas e sua participação no planejamento e decisão acerca do seu próprio tratamento”.

Percebe-se, portanto, que o processo de adesão ao tratamento não é unilateral, algo vindo de um poder superior até chegar ao indivíduo, mas sim, um processo relacional que depende da pessoa para tornar-se efetivo. Além disso, os autores destacam a necessidade de estudos mais efetivos relacionados à adesão,

“A existência de uma política pública de acesso universal à medicação anti-retroviral em nosso país faz com que estudos sobre adesão à TARV sejam de grande relevância, para propiciar melhor compreensão do problema e atuação adequada das equipes profissionais, visando garantir boas condições de saúde e qualidade de vida a pessoas vivendo com HIV/AIDS” (SEIDL, 2007, p. 2313).

Lima (2012) reitera que os Programas de Tratamento Integral ou Plano Individual de Adesão constituem-se como estratégias importantes para adesões mais significativas. De acordo com esta autora, esses programas fazem parte de projetos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que objetivam tratamentos baseados nas realidades individuais, incluindo limites e possibilidades de adesão. Compreende-se O Plano Individual como um compromisso do indivíduo e da própria rede de saúde no estabelecimento de ações efetivas para se chegar numa significativa qualidade de vida.

Na busca da almejada qualidade de vida significativa ao portador do vírus HIV, deve-se levar em consideração também mudanças paradigmáticas na maneira, por exemplo, que muitos profissionais da saúde têm ainda do indivíduo. Uma visão de que este é um “paciente”, ou seja, alguém passivo e sem voz ativa em seu processo de restabelecimento.

Nesse sentido, Lima (2012) pondera que:

“Os profissionais não-médicos têm participação fundamental neste processo de assistência na saúde-doença, desde a revelação diagnóstica ao paciente até a facilitação da adesão. O paradigma médico-centrado, prescritivo, tem sido ampliado e vêm incorporando os conhecimentos específicos dos psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, com objetivo de oferecer o melhor tratamento possível ao pacientes. A aids, dada a complexidade de seu tratamento, a longa duração e (até aqui) a impossibilidade de cura, requer estratégias inovadoras, planejadas, avaliadas para que os pacientes infectados pelo HIV tenham adesão” (LIMA, 2012, pp. 23-24).

Não há um padrão específico que indique se a adesão está sendo eficaz ou não. O que se pode destacar são demarcadores que vão desde a ordem biológica, subjetiva até os sociais que contribuem para a parada ou continuidade do tratamento. Assim, dieta, excreção, alimentação (ordem biológica), auto-estima, aceitabilidade da doença (ordem subjetiva),

preconceitos, estigmas, participação social (ordem social) podem ser considerados como alguns desses demarcadores.

O caminho a se trilhar, ainda é longo, contudo, apontamos um percurso com alguns avanço no processo complexo que é viver com HIV/aids em meio as diversas vulnerabilidades e estigmas, lacunas no ambito das políticas publicas e impedimentos de várias ordens para efetivar a adesão ao tratamento da síndrome da Imunodeficiência adquirida (SIDA).

III. HOMENS QUERENDO FALAR: PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Esta pesquisa se fundamentou na perspectiva qualitativa de enfoque descritivo interpretativo. Esta modalidade trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização da variável, buscando revelar o significado dessas relações, expondo o que escapa das médias estatísticas (MINAYO, 2010).

Por sua vez, Turato (2003), ressalta que por meio da investigação qualitativa é possível conhecer a fundo as vivências dos informantes.

Holanda (2006, p. 363-364) em relação à metodologia qualitativa destaca que:

Os métodos qualitativos são métodos das ciências humanas que explicam, explicitam, analisam fenômenos (viáveis ou ocultos). Esses fenômenos por essência não são passíveis de serem medidos (uma crença um estilo pessoal de relação com o outro, uma estratégia face um problema, um procedimento de decisão...) eles possuem as características específicas dos fatos humanos. O estudo desses fatos humanos se realiza com as técnicas de pesquisa e análise que, escapando a toda codificação e programação sistemática repousam essencialmente sobre a presença humana e capacidade de empatia, de uma parte, e sobre a inteligência indutiva e generalizante de outra parte.

Para Minayo, (1994, p. 21) “A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares”. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. O que significa que,

A pesquisa qualitativa admite ao pesquisador imergir de maneira compreensiva no desvelamento das camadas que obscurecem a significação dos fenômenos estudados, estimula-o a aprender o sentido subjacente ao acontecimento, levando em conta sua complexidade e particularidade, não objetivando alcançar a generalização, sim o entendimento das singularidades, ou subjetivo e da comunalidade, ou do intersubjetivo. (PIMENTEL; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009, p. 26)

Esse tipo de pesquisa oferece um ponto de vista do indivíduo ou grupos em relação ao fenômeno, sendo extremamente utilizada, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento das Ciências que se valem dos seus pressupostos. Lopes (apud GOLDENBERG, 2003).

Desta forma destaca-se que:

A metodologia permite o esclarecimento da consciência das necessidades que cada um tem de si mesmo, das interações e relações que estabelece, do contexto geográfico e suas repercussões psicológicas, da inserção em uma cultura e da sua historicidade. Os modos que delimita o esclarecimento são construídos e desconstruídos na cotidianidade existencial (PIMENTEL; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009, p.31).

Dentro da abordagem gestáltica, todo e qualquer objeto de investigação deverá ser analisado dentro de uma reação figura-fundo ou parte-todo (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

Importante destacar que ao falar, o paciente se anuncia, e ao se expressar, ele está agindo e essa ação é discursiva e ocorre por meio da linguagem. Os seus atos são os atos do discurso. Ricoeur com sua hermenêutica busca compreender a existência humana a partir do sentido do discurso, percebido pela sua real totalidade (RICOEUR, 1978).

Segundo Ricoeur (1988) o discurso se revela na exteriorização da intenção de quem fala, residindo assim na própria enunciação e atribuindo-lhe a dimensão de “autoreferencial”. Este autor afirma que o discurso pode ser compreendido a partir de dois pólos que o constituem: o discurso enquanto evento (acontecimento de linguagem) e o discurso enquanto significação (sentido da linguagem), sendo este último exposto à interpretação, na dialética da explicação/compreensão. Segundo o autor a significação de um discurso

Nesse sentido a análise do discurso na fenomenologia hermenêutica sustentada por Ricoeur (1973 apud RIBEIRO, 2002, p. 127), pressupõe a compreensão da dimensão linguística (sentido) e dimensão extralinguística (referência), partindo da análise gramatical da frase do locutor, perpassando pela análise semântica da fala, onde há atenção às funções da linguagem; “[...] e é a partir daqui que a linguagem [...] começa a requerer uma hermenêutica, isto é, uma interpretação com uma vertente explicativa, epistemológica, e uma vertente compreensiva, ontológica”. Esta é a fundamentação teórica do percurso metodológico empreendido para alcançar os objetivos da pesquisa que classificamos como qualitativa.

3.1 PROCEDIMENTOS

Após aprovação deste projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará ICS/UFPA, a pesquisa foi realizada na Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), conhecida também como Terceiro Leste, que é referência regional no tratamento de pacientes HIV/aids. Que atua com diversos

profissionais da área da saúde tais como médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e técnicos de enfermagem.

A escolha do local da coleta de dados, como abordado nas notas introdutórias, deveu-se à facilidade de acesso e de contato com os profissionais, e por ter sido estagiário no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) Quando cursava a graduação em Psicologia. Outro razão revelou-se no contato prévio com a instituição, onde foram esclarecidos detalhes sobre a pesquisa e seus objetivos, foi assinada Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas. Neste contato a instituição demonstrou total interesse na realização do estudo como forma de implementar as intervenções dos profissionais que atuam no local.

A seleção iniciou-se com pesquisa documental dos relatórios e documentos elaborados pelos profissionais que atendem na DIP como fichas de identificação, prontuários de identificação dos casos, onde está descrita o diagnóstico, o histórico de saúde. Após a identificação dos informantes que atendem aos critérios de inclusão na pesquisa, selecionaremos os pacientes que serão contatados para realização do estudo. Mediante aceite dos mesmos seguindo as orientações constantes da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, e apresentaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi devidamente assinado. Após isto, foi realizada a coleta de dados. Como instrumento para coleta de dados empíricos, usamos entrevista clínica ampliada individualmente.

3.2 OS CLIENTES ATENDIDOS:

Os atendimentos foram realizados no mês de fevereiro a junho de 2012, totalizando quatro homens, ressaltando que os sujeitos da pesquisa precisavam atender os seguintes critérios de inclusão; homens doentes de aids, faixa etária dos 18 aos 49 que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A partir de então entrei em contato com o Serviço de Psicologia do HUIBB para apresentação do projeto e minha inclusão/entrada no hospital para realizar a pesquisa. Fui informado pela Psicóloga chefe do setor que existem duas psicólogas responsáveis pela clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), onde as mesmas me apresentaram o espaço utilizado para realização dos registros dos atendimentos, procedimentos de cuidado e bioética no hospital, sala de prescrição médica, acesso ao prontuário e localização da enfermaria masculina, para onde realizei os atendimentos.

No dia seguinte, me apresento para as psicólogas da DIP, precedendo aos atendimentos, me dirigindo ao prontuário dos pacientes, verifico quem está com acompanhamento psicoterápico e em fase terminal na enfermaria.

DIÁRIO DE CAMPO

Na semana seguinte, pós Carnaval, Jamyle (nome fictício da funcionário) me levou ao terceiro andar do HUUJBB, e me identificou a “micro” sala do setor de psicologia na DIP me levou-me para conhecer a sala de prescrição. Lá havia um caderno de registros para os estagiários e psicólogos, pois depois dos atendimentos era importante que se registre-se o que havíamos realizado em termos de atendimentos para que os demais profissionais soubessem que o cliente estava recebendo acompanhamento psicológico. Ao lado da sala de prescrição existe um espaço para os cuidados com a nossa higiene, contendo uma pia para lavar as mãos álcool em gel e iodo. /fui informado que ao nos dirigirmos para as enfermarias era necessário usarmos máscaras 3N, sendo estas mais resistentes e quando necessário, utilizarmos luvas. Percorremos o corredor e entramos na enfermaria masculina. Eu estava nervoso, comecei a suar, o jaleco de tecido grosso contribuiu para o aumento de minha temperatura corporal, além do andar ser um pouco abafado A ventilação somente ocorria por meio da área externa. Dentro das enfermarias só tínhamos as camas e duas poltronas velhas, surradas, sem ventilador, sem conforto algum, cores mórbidas nas paredes, um amarelo opaco, lembrando a cor de uma traça. Adentramos na enfermaria, e de cara fui impactado pela sensação de um ar sombrio. Vi pessoas pelos corredores que não faziam parte da rotina do hospital, eram eles ;pastores, padres, e pessoas vindo fazer um trabalho de evangelização com os pacientes que se disponibilizam em recebê-los. Mesmo em um ambiente de dor, ouvi músicas em quase todas as enfermarias, geralmente os clientes e seus familiares ouviam músicas gospel, e também os funcionários da limpeza colocavam no volume máximo as canções. Seguimos eu e Jamyle, para uma visita psicológica e observei o ambiente detalhadamente. Para então começar os atendimentos e dar início a pesquisa do mestrado.

3.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise e a discussão dos dados partirão do diálogo entre a realidade e a perspectiva da lógica compreensiva da hermenêutica proposta na Teoria da Interpretação de Paul Ricoeur, dando especial ênfase à linguagem enquanto produção do discurso do sujeito sobre si e sobre

a realidade que percebe. A pesquisa é caracterizada pela não preocupação com generalizações. Para facilitar as análises, usaremos uma grelha criada por Pimentel (2011).

A partir da **Grelha Metodológica para análise do discurso/texto**¹³. Partimos da definição de linguagem¹⁴ enquanto unidade entre *langue* e *parole*. Ela é o meio para alcançar a compreensão hermenêutica do discurso, do texto, do sentido particular de cada sujeito, dos significados gerais temáticos e dos processos psicológicos dos sujeitos. Para as análises, o pesquisador requereu entender primeiramente o código da fala, ou seja, dominando a língua formal, e o estilo lingüístico do(s) falante(s); em seguida, captar a mensagem. Realizar esta ação metodológica solicitou fazer uma redução fenomenológica das referências que tem sobre o tema investigado, isto é, o conhecimento circundante no contexto (senso comum e científico) (PIMENTEL, 2011; RICOEUR, 1988; REIS; ROCHA, 2000).

Após a transcrição do discurso, surge o texto que será o objeto das apreciações voltadas para a compreensão das coisas, pessoas e do cotidiano contextual em que elas habitam. Pragmaticamente, os elementos que serão identificados no texto são os atos e as funções da linguagem que permitem analisar a mensagem, o código, a comunicação e os agentes (PIMENTEL, 2011; RICOEUR, 1988; REIS; ROCHA, 2000).

As funções da linguagem são oito, entretanto, devido à preocupação em compreender os processos de subjetivação dos clientes entrevistados, em nossa análise nos ateremos unicamente à assimilação da função Expressiva ou Emotiva, em que o sujeito que se destaca é o EU. A linguagem usada foi a Primeira pessoa do singular. No parágrafo pode ser encontrada em frases que denotem atitudes, emoções, idéias, marcas da subjetividade do emissor, nas interjeições e exclamações (GUITTET; AMADO, 1982).

As demais funções são: Conativa, em que o sujeito é o receptor: TU, ELA/E. A Mensagem exerce uma ação sobre o receptor, por exemplo, Pedido, ordens, injunções. A Referencial: alude ao objeto/tema da mensagem; a Fática visa estabelecer ou manter a comunicação e se vale do Uso de expressões para chamar a atenção do interlocutor. O conteúdo é menos importante que a relação; Poética, há destaque para a mensagem; Metalingüística: explica o código usando o próprio código – ex. dicionário e Apelativa: refere-se ao receptor. A mensagem é voltada a persuasão (GUITTET; AMADO, 1982).

Identificamos, também, os atos de linguagem que nos informam sobre os afetos, motivações, cognição e são identificados nos gestos, nas mensagens, em toda expressão não verbal e estão relacionadas ao contexto: lugar e tempo: **Locucionários**: coligar na mensagem

¹³ Criação: Profa. Dra. Adelmá Pimentel.

¹⁴ Sentido denotativo: convencionado; conotativo: sentido criativo.

os pedidos, as ordens e qualificar a mensagem e a intencionalidade interpretada; **Ilocucionários**: podem ser encontrados através da identificação na mensagem de efeitos no interlocutor das ordens, pedidos, injunções; e **Perlocucionários**: podem ser localizados através da identificação de frases que denotem omissões, silêncios, risos, respiração (PIMENTEL, 2011; RICOEUR, 1988; REIS; ROCHA, 2000).

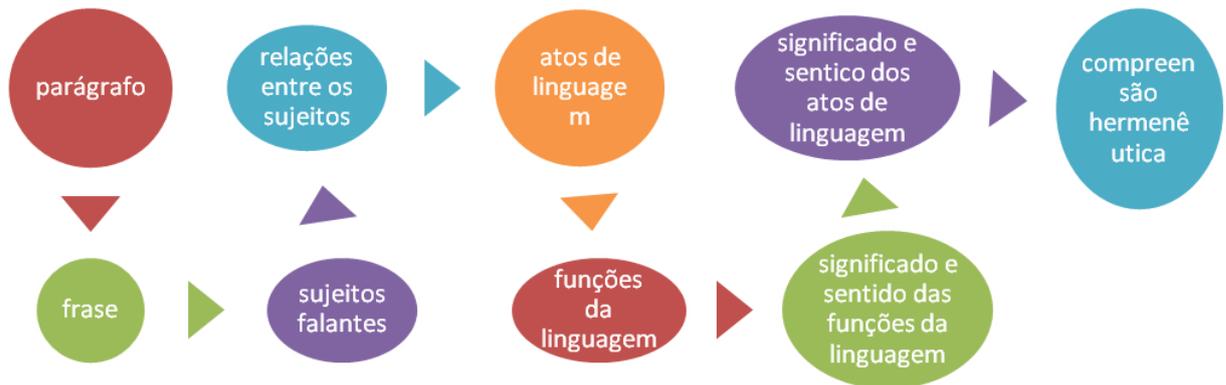


Figura 1 - Fluxograma da compreensão dos processos subjetivos. Fonte: Pimentel (2011).

IV. AS VOZES TEM RESSONANCIA: CASOS CLINICOS

Neste capítulo entrelaçarei recortes dos atendimentos a alguns trechos de sentimentos vividos ante ao impacto que sofri durante a coleta de dados no hospital. O material foi registrado em meu diário de campo. Assim, os resultados e a discussão do material constituirá a sinfonia das vozes dos homens vulneráveis em psicoterapia, todos marcados pela finitude existencial.

OS SUJEITOS FALANTES:

Primeiramente me dirijo a sala onde ficam guardados os prontuários das pessoas internadas na DIP, e faço uma análise detalhada e verifico quais clientes se enquadram na amostra da pesquisa, em seguida percorro corredor do terceiro leste, diretamente ao leito do cliente Felipe* (nome fictício) que é uma pessoa vivendo com HIV/aids de 47 anos de idade, conversamos, e no terceiro encontro, pergunto se Felipe estaria disposto a participar da pesquisa que realizo na enfermaria (psicoterapia na modalidade breve), que é um tratamento psicológico de curta- duração sem imposições, sem discriminações dando ênfase na experiência do cliente, que não deixa de ser único, e em constante processo de construção.

Percebo Felipe aparenta estar com dor nas pernas, ao passar as mãos nas mesmas e emitir um rosto com aparência de desconforto, suas pernas tem a tonalidade escura e um pouco inchada. O que confirmo quando pergunto como Felipe se sentia naquele momento, o mesmo alega sentir dor, e um pequeno desconforto ao respirar. Felipe estava fazendo o uso do aerossol antes de minha chegada. Indago se Felipe estava tendo algum tipo de acompanhamento psicológico com as psicólogas do hospital.

Felipe alega que não, e que gostaria de poder ter um acompanhamento, pois achava importante naquele momento de vivência no hospital, poder falar sobre o que pensava e sentia. A partir daí, explico como serão os nossos encontros, sempre pautados na empatia e confiança, além dos horários de atendimentos, que seriam sempre depois das 10:00 hs da manhã, pois esse horário segundo Felipe era mais agradável, pois já tinha feito a medicação e tomado o seu banho. Conforme explicado, perguntei para Felipe se o mesmo permaneceu com alguma dúvida em relação aos nossos encontros, e se estava realmente disposto a participar da pesquisa. Nos despedimos e acertamos que as terças e quintas nos encontraríamos. Num total aproximado de 10 sessões.

1ª Sessão:

Felipe era solteiro, homossexual, trabalhava como artista plástico e designer. Sem contato com nenhum parente próximo e nem amigos. Felipe se definiu como evangélico, ora afastado da igreja por questões pessoais. Revelando que quando mais jovem frequentava uma Igreja Evangélica próximo de sua casa (Assembleia de Deus). Havia estudado apenas o ensino fundamental incompleto e que havia descoberto ter sido infectado pelo vírus HIV em relações sexuais desprotegidas, já que estava muito doente.

“[...]Vim pra cá porque passei muito mal, foi durante o carnaval em Vigia, estava na loucura, bebendo, fumando, fazendo de tudo. Jamais pensei que fosse voltar pra cá, não tinha nada, estava bem. Num simples exames de rotina me falaram, depois foi só para de tomar os remédios e deu nisso. Deixei de fazer o tratamento. Uma fuga mesmo [...]”

(Felipe)

Percebe-se na fala de Felipe que ao obter uma melhora devido a terapia medicamentosa, ocorreu o abandono do tratamento, e Felipe voltou a levar uma vida “normal”, porém nesse momento é quase impossível não passar por uma sobrecarga emocional, quando num relance todos os maiores medos se tornam reais e próximos, o “vazio” se instala e a sensação de que tudo se acabou o dominava, que o chão esta se abrindo e que nesse momento você não tem forças e nem sabedoria para reagir frente a uma doença que se impõem, sem cura e alcançando toda pluralidade do seu ser. Felipe vivenciava certa negligência em relação a sua própria saúde, pois as práticas de cuidado em saúde não existiam até então e, quando ocorriam, era de forma inadequada.

Minha maior preocupação também hoje é o diabetes, minha mãe morreu dessa doença, tem tanta coisa que eu ainda tenho duvidas doutor, queria muitos esclarecimentos. Isso me deixa muito preocupado.

(Felipe)

É interessante notar na fala do cliente a busca por informações sobre sua atual condição existencial, pois ao identificar os mitos e que envolvem a doença e as possibilidades de tratamento Felipe poderá ter um outro olhar sobre a patologia e (Re) significar seus objetivos de vida a partir dessa nova condição de pessoa doente de aids.

Sabe doutor, aqui eu acho que vai fazer uns dois meses que estou aqui, eu acho.? Sei porque estou aqui, e não acho que foi castigo de Deus e sim dos meus próprios atos, sexo e as drogas, usei de tudo um pouco. Eu tenho consciência disso. Não busquei ajuda, abandonei o tratamento. Estava tudo bem, não pensei que fosse ter essa “quedra” Essa é minha segunda internação. Minha mãe morreu de diabetes. Baixando essa taxa, vai me deixar bem mais calmo. Até por que não me importo com o que os outros falam.

(Felipe)

Nesta situação, a ansiedade foi observada na fala do cliente, pois se tratava de atuar sobre algo novo, de situação desconhecida, de medo diante julgamento alheio, o que parece ficar claro quando o cliente diz o inverso “*Não me importo com que os outros falam*”. Ou a culpa, no desenvolvimento da doença, da necessidade de ver as coisas acontecerem rapidamente para não se perder tempo ou de se “voltar no tempo” para não se repetir os erros.

Felipe alega ter consciência sobre o motivo de estar no hospital, abandonou o tratamento, característica comum em clientes vivendo com HIV/aids, geralmente muitos não suportam os efeitos colaterais do coquetel e preferem não tomar mais a medicação, nessa fala em específico o cliente achava que não ficaria mais doente e por isso não teria motivos para continuar se tratando. Além da aids, Felipe se tratava de Tuberculose e do diabetes. A aids não era figura naquele momento, o diabetes era o que mais o deixava preocupado.

Retomamos ao discurso de Felipe, percebo uma desorientação temporal; “*bom dia doutor, tudo indo né? Que bom te-lo aqui comigo me atendendo sabe doutor é a vida a gente vai levando. Lutando e não se entregando. Estou aqui uns dois meses, que dia é hoje?*”

Terapeuta: Hoje é terça-feira, dia 27 de março. Felipe gostaria primeiramente de agradecer por esses nossos encontros que pra mim serão muito importantes e creio que para você também. Agradecer pela disponibilidade e deixando claro que não estou aqui para fazer nenhum juízo de valor e oferecendo meu apoio e escuta respeitosamente, momento este que o senhor pode falar de suas experiências ao longo da vida e as reflexões hoje. Nossos atendimentos serão pautados na ética e no respeito, sendo dimensão fundamental da experiência humana, uma vez que ao nos relacionarmos com o outro podemos compartilhar, medos, angustias, dúvidas e o sofrimento mediante a situação no hospital.

Ressalto ainda que a qualquer momento o senhor pode desistir dos atendimentos e não querer mais participar da psicoterapia e conseqüentemente da pesquisa de mestrado.

Cliente: *Que isso doutor, aceito sim. Com toda certeza, fui com sua cara, o senhor transmite uma paz muito grande. Eu estava precisando, foi Deus que mandou o senhor aqui comigo, é de Deus. Doutor deixa eu desligar o rádio do celular pra gente conversar melhor.*

Terapeuta: Deixe ligado se quiser, não está me atrapalhando. Fique tranquilo quanto a isso.

Terapeuta: Felipe pode me chamar pelo meu nome, Warlington. Confesso que me chamar de doutor me incomoda, sou psicólogo, me chame pelo meu nome se preferir também. Deixemos as formalidades de lado.

Cliente: Então, estou aqui por causa da aids, por responsabilidade exclusiva minha, não era uma pessoa promiscua, uma bicha viçosa, caçadora. Usava drogas, bebia, cheirava pó, cocaína, tudo o que o senhor poderia imaginar. Sei quem me passou isso, continuei levando uma vida normal. Não busquei ajuda, nem incomodei ninguém. Não suporto incomodar os outros. Continuei bebendo, trabalhando e quando tive a primeira queda, me levaram pro pronto socorro do Guamá. Doutor nunca mais quero voltar pra lá, aquilo não lugar pra ninguém. Aqui não, é tudo diferente, tudo maravilhoso, to sendo tratado por uma equipe excelente e competente. Sai daqui pra que? Se aqui estou buscando minha melhora, sair daqui só quando tiver bom, mais sabe doutor o que me preocupa mesmo é o diabetes, meus parentes minha mãe já morreu disso sabe. Isso é minha maior preocupação, mesmo assim não me desespero. Tenho confiança no meu Deus que eu vou sair dessa mais uma vez. Essa é minha segunda internação.

Terapeuta: O que aconteceu para o senhor voltar?

Cliente: Depois da minha teimosia, comecei a tomar os remédios, fazia o tratamento normal. Melhorei e quando vi , já tava bebendo de novo, fumando. Fui pro carnaval em Vigia, daí no segundo dia de carnaval passei mal mesmo, até então minha família não sabia. Falar pra que? Lá fizeram os exames, pra confirmar o que eu já sabia, e tiveram que me transferir pro Barros Barreto. Aqui estou eu, mais sabe que depois dessa vou levar o tratamento a sério. Tenho muitas duvidas, preciso saber a diferença entre Hiv e aids, essas coisas, as doenças venéreas.

Terapeuta: Posso preparar para o senhor uma sessão para tirar as suas duvidas e a diferença de pessoas vivendo com HIV/ Aids e pessoas que apenas tem o vírus no organismo. Adesão ao tratamento e as principais doenças venéreas e suas formas de prevenção.

Cliente: Por favor, eu preciso dessas informações. To aqui mas nunca me esclareceram nada disso. Se o senhor fizer isso eu lhe agradeço bastante.

Terapeuta: Pode deixar faremos isso, essas informações são fundamentais para o seu tratamento, dar continuidade, tomar a medicação e não abandonar em hipótese alguma o seu tratamento.

Cliente: Pretendo não abandonar o tratamento, me cuidar sabe, pois hoje vejo as coisas diferentes... (silêncio prolongado).

Terapeuta: O que o senhor vê de diferente hoje?

Cliente: A minha situação, minhas atitudes. Eu fiz muitas loucuras, curtia a vida adoidado e sem medo. Lembro da minha família que era liberal, nunca me dei bem com meu pai. Minha mãe era liberal comigo, quando ficava em casa ela insistia pra eu sair, hoje faria tudo diferente. Pensaria duas vezes, antes de qualquer coisa.

Terapeuta: Como é o seu relacionamento familiar hoje?

Cliente: Meus pais já faleceram, tenho uma Irmã, evangélica com meus sobrinhos. Não temos um relacionamento muito bom sabe, a gente briga muito por causa da minha opção sexual, ela não aceita. Quer a força que eu virem crente, não é assim. Fui da assembleia eu me afastei e olha o que aconteceu, eu sei disso, sei que Deus fez o homem em a mulher e não Adão e Ivo. Mais também sei que estou assim não por castigo de Deus, Deus é amor, é perdão. Ta acontecendo tudo isso comigo pelos meus atos. Agora ela vem querer por força que eu mude, não é assim, eu que preciso mudar por mim mesmo e não forçado. Aí isso me irrita, essa perseguição dela, me liga, me stresso e chamo logo um monte de palavrão pra ela, não precisa me ligar. Pra querer mandar em mim? Ah me poupe, nunca fui de deixar ninguém se meter na minha vida. Sinto saudades da minha mãe (olhos ficam cheio de lágrimas) Cliente fica em silêncio.

Terapeuta: Neste momento percebo que você ficou em silencio e seus olhos encheram de lágrimas ao falar de sua mãe.

Cliente: Sim, hoje eu faria tudo diferente, hoje talvez não tivesse nessa cama de hospital.

Terapeuta: O que você sente que quer fazer?

Cliente: Eu voltaria a estudar, teria estudado novamente, teria dito que amava minha mãe, eu queria estudar história. E também voltar pra Igreja no momento certo, não no meu momento. Pois eu creio que eu vou ficar bom, Deus tem me dado forças pra lutar, me entregar jamais, nunca faria isso. Vejo paciente aqui, que não anda, não quer comer se entrega. Isso é um absurdo, não podemos nos entregar. Eu vou nos leitos dos outros, animo as pessoas, mando tomar remédio. A vida não é fácil, ai o camarada ainda vai se entregar. Ah não doutor. Por isso que prefiro estar aqui só, sem jogar culpa em ninguém, a culpa é só minha.

Terapeuta: Alcançar o equilíbrio significa que se pode ter a consciência de que se pode conviver com a doença dentro de possibilidades reais. Porém, esse é um momento delicado do processo psicoterapêutico. A busca pelas causas de suas ações pode se tornar extremamente angustiante.

Cliente: é eu sei eu fiz escolhas, muitas escolhas.

Terapeuta: Quais são suas escolha neste momento? Prefere de fato pela melhora da qualidade de vida? Ou prefere enfrentar os sofrimentos e as dores que a vida impõe e acreditar na possibilidade de alcançar voos para “desprender-se”?

Cliente: *conviver com a doença é uma experiência dolorosa, principalmente por um período prolongado, mais pra mim tá tudo ótimo. Tristeza faz parte, às vezes dá um nervoso, mais é assim mesmo. (cliente sorrir)*

T: Como assim tudo ótimo? O senhor acaba de me dizer que é difícil e doloroso, e que pode provocar sentimentos de angustia, depressão e ansiedade.

Cliente: *Melhor impossível, aqui como lhe disse to sendo bem tratado, uma ótima equipe, só não por uma médica infectologista, metida insuportável, só quer ser estrela, a estrela maior aqui sou eu, não ela. Tiraram ela da equipe. Colocaram outra dotora, ela é maravilhosa, humilde e humana com seus pacientes, explica tudo pros seus alunos. Agora sim ta melhor.*

T: O que lhe incomoda na médica, que o deixou vermelho ao me relatar o acontecido.

C: *Gosto de pessoas humildes, que ajudam o próximo, agora me chega aqui uma médica insuportável, arrogante, me deu um ódio dela. Tanto que me neguei, falei na cara dela, ou tiram ela da equipe ou não fazia o tratamento. Afinal eles que precisam de mim aqui.*

T: O Senhor não precisa da equipe também?

C: *Sim, preciso mais a estrela aqui sou eu, onde já se viu dividir meu brilho com ela, jamais, há há (Cliente, sorri em to de deboche)*

T: Finalizamos a sessão hoje esta na hora de seu remédio. Na quinta voltaremos a nos encontrar.

C: Tudo bem doutor lhe espero, fica bem. Tchau.

2ª Sessão:

Terapeuta: Bom dia seu Felipe, tudo bom?

Cliente: *Bom dia, tudo bem que bom que o senhor veio. Por onde começamos hoje.*

Terapeuta: Por onde o senhor quiser, percebo sua feição preocupada, ou estou enganado?

Cliente: *Pois é, ficar aqui parado tem me incomodado um pouco, meu emprego tá lá fora, meus amigos devem estar falando horrores de mim, do coitadinho que ta doente. Por isso que quando sair daqui não vou ficar na casa de ninguém, vou alugar uma kitnet.*

T: Felipe, percebo que o senhor costuma sofrer por antecedência, isso geralmente desencadeia ansiedade, por exemplo, o senhor ainda não recebeu alta do hospital, não recebe visita de nenhum amigo, por escolha própria sua e também supõe que seus amigos irão falar mal do senhor ou chamá-lo de coitadinho, ao invés de procurar viver o momento atual, o agora, o que se passa nesse momento e não o que poderá ocorrer amanhã ou depois, isso se acontecer, o senhor me compreende?

Cliente: *eu conheço as pessoas que estão lá fora, são um monte de cobras, cobras venenosas, o senhor não tem noção. Vão falar mal sim, principalmente a minha irmã quer que eu more na casa dela, pra me levar a força pra igreja.*

Terapeuta : O Senhor quer morar com a sua irmã?

Cliente: Não, nem pensar. Jamais. Eu me conheço, vai rolar briga.

Terapeuta: Então não se cobre, não gaste energia com isso, pense no seu tratamento. Essas situações desencadeiam no senhor um alto nível de desgaste emocional, de estresse. Principalmente levando em consideração que isso pode nem acontecer.

Cliente: *O senhor que pensa. (Cliente fecha a expressão e passa a me olhar com raiva), desse povo eu já to vacinado, eu quero logo sair daqui e me cuidar de verdade, chega de depender dos outros.*

Terapeuta: O senhor havia me dito que não dependia de ninguém pra nada, e agora diz que chega de depender dos outros, não estou compreendendo. Seu Felipe, quero que saiba que estou aqui para ouvi-lo e ajudá-lo dentro das possibilidades ocorridas durante a sessão. Porém é preciso que pra nossa relação terapêutica funcionar, é preciso que haja confiança de ambas as partes. Não estou aqui para julgá-lo, nem condená-lo. Preciso que confie em mim, para que assim possamos caminhar juntos.

Cliente: *O senhor me passar uma confiança muito grande, me sinto à vontade pra falar, eu preciso falar, tem horas que a gente se sente engasgado com toda essa situação, o próprio preconceito da sociedade, com a gente por ter essa doença, dos homossexuais. Eu confio no senhor.*

Terapeuta: Eu também confio no senhor.

Cliente: *Obrigado. A minha irmã de vez em quando vem aqui me visitar, ela entra. Não queria porque eu sei a gente sempre briga, ela tem três filhos e não me meto na vida deles. Só que ela é mandona, isso por que ela é da igreja, julga os outros, critica, diz que se eu não mudar vou pro inferno. Agora o Senhor entende porque eu me aborreço com a presença dela?*

Terapeuta: Entendo e vejo que talvez ela queira tanto lhe ajudar que acaba se precipitando, e tentando fazer as coisas do jeito dela, isso acaba lhe aborrecendo.

Cliente: *é por isso que eu prefiro ficar só por aqui com os amigos que fiz, e não com pessoas que não me entendem e julgam, tipo assim que só atrapalham e querem o mal pelas costas.*

Terapeuta: Faremos uma avaliação de hoje de nosso encontro: Foi bom, produtivo, me sinto melhor ao colocar tudo isso pra fora.

Próximos encontros:

Cliente: Poxa doutor o senhor não veio a semana passada, senti sua falta.

Terapeuta: É verdade, estive doente, com gripe e não pude comparecer, pedi para a psicóloga lhe avisar sobre minha ausência ela lhe avisou?

Cliente: Sim avisou, que bom que o senhor já esta melhor.

Terapeuta E como o senhor se sente agora?

Cliente: *Bem melhor, minha irmã veio aqui, não demorou rolou o estresse, falei alto, discutimos, pois sabe ela é muito difícil. Eu não quero ninguém aqui. Hoje sei que preciso me cuidar, não posso e não vou abandonar mais o tratamento, demorou mais agora, e com o senhor me ajudando percebo essa grande importância. Mas têm horas que bate a saudade, a tristeza, menos a vontade de parar de lutar, isso não posso deixar que aconteça. Até por que tem gente que pode morrer de uma simples gripe, e não de aids.*

Terapeuta: é verdade, isso acontece, não é comum, geralmente em idosos. Porém quem se cuida, e busca ajuda, geralmente obtém a melhora.

As singularidades de cada pessoa são preenchidas por sensações, sentimentos, emoções que a tornam única. Angústia, desesperos e medos são alguns elementos indicativos de vulnerabilidade e vivenciados diferentemente. No entanto, quando não ressignificados, podem dificultar a vivência plena e tornar a pessoa propensa psicologicamente a muitas intempéries.

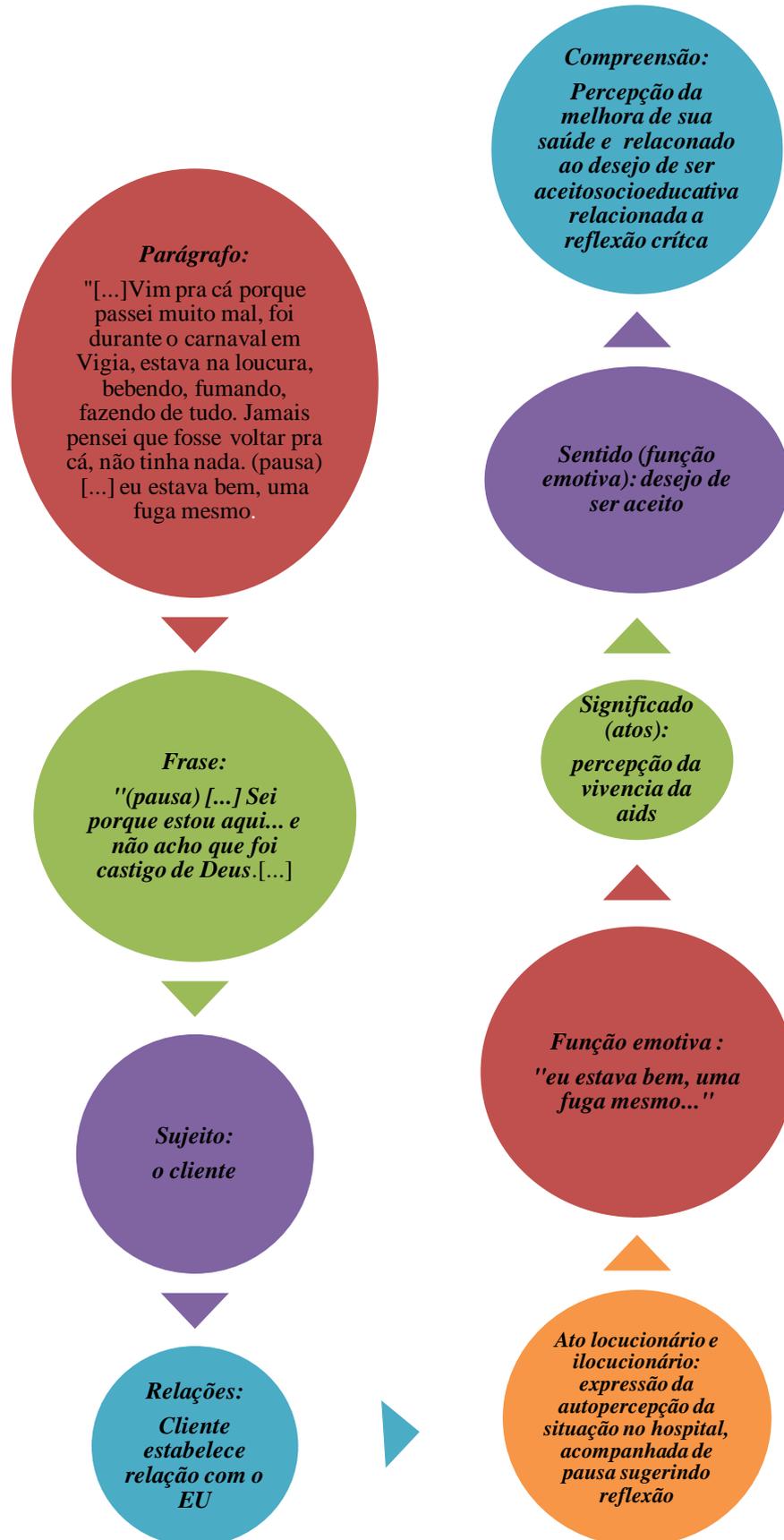


Figura 2 - Fluxograma da compreensão dos processos subjetivos de Felipe. Fonte: Pimentel (2012).

Passemos agora a descrever e analisar os atendimentos de Carlos (nome fictício), moreno claro, de 39 anos, estatura mediana e bastante magro. Ao me dirigir para a enfermaria encontro Carlos deitado e sem os movimentos dos membros superiores e inferiores do lado direito. De imediato me coloquei disponível para darmos início ao processo psicoterapêutico, Carlos aceitou de imediato, e relatou que achava importante esses a necessidade dos atendimentos.

Carlos não estava só na enfermaria, dividia o espaço com mais três clientes, o ambiente era espaço pequeno, sem nenhuma forma de privacidade. Carlos falava baixo, para os clientes dos demais leitos não ouvirem a nossa conversa. Inclusive neste primeiro encontro ocorreram diversas interrupções, para que a medicação fosse aplicada, pelas técnicas de enfermagem. Existia um grande movimento de pessoas dentro das enfermarias. Oram eram os familiares, pastores, padres e equipe de saúde.

Carlos sentia dores pelo corpo, e tinha vontade de ir ao banheiro, porém não conseguia pois não podia se locomover sozinho e fora abandonado pela família. Demos início ao atendimento com Carlos deitado no leito e dentro de suas condições Carlos começou a falar, mesmo com a dicção comprometida em virtude de um AVC.

Carlos fala devagar, apontando para a mão sem movimento, as dores de cabeça que sentia e a febre que não passava, mesmo com a medicação, e da dificuldade em dormir.

‘[...]Eu não consigo me mexer ainda, to aqui só deitado sem poder ir no banheiro, é por que tipo assim, eu tenho que ficar logo bom e voltar a trabalhar, só que não ta dando, pois eu to assim e preciso sair daqui e trabalhar, o meu salão [...]’.

O incômodo é visível em Carlos, porém a doença não é figura na sua vida, e sim fundo. O trabalho neste momento tem mais importância do que a melhora de sua saúde.

Carlos relatou a descoberta do vírus HIV, no ano de 2011,

Cliente: “[...]tava doente e fui fazer exame, pediram esse ai deu positivo, eu tinha um companheiro e expulsei ele de casa, não sei se foi ele que me passou isso, não quero nem saber. Continuei trabalhando, não dei importância, não quis acreditar. Tenho que trabalhar. Não podia ficar parado, continuei bebendo e eu tava na casa da minha sobrinha quando aconteceu o AVC [...]”.

Neste momento começo a perguntar sobre o AVC e sobre os seus movimentos que ficaram comprometidos, Carlos com dificuldade move os braços e mostra que já meche um dos braços, pois esta fazendo fisioterapia e ainda move levemente o pé direito com ajuda da perna esquerda e reforça dizendo.

Cliente: “Olha como já esta melhorando, antes quando cheguei aqui nem fazia isso. Preciso ficar bom logo, as dores são um incomodo grande. É tipo assim, a dificuldade de respirar é chata, não posso fazer muita coisa fico pensando nas minhas coisas que ficaram só lá fora, minha casa ta fechada, meu salão, quem vai tomar conta daquilo?”

O trabalho e os bens materiais consomem maior parte de seus pensamentos. Indago sobre essa preocupação apenas com os bens e não com sua própria saúde.

Cliente: Fico o tempo todo pensando naquilo ali só, as pessoas podem invadir, minha irmã toma conta, mais ela que ficar pra ela, ela me apoia, mais não é nada de graça eu pago pra ela reparar, quando sair daqui vou ter que pagar tudo pra ela, ela mudou a força, mexeu no quintal não mandei mudar nada lá. Esse meu sobrinho aqui é filho do meu irmão, ele vem aqui de vez em quando, mais meu irmão paga, se não ele não vinha pra cá. E eu estaria só.

Pergunto a Carlos o que é para ele ficar só e como se sente, ao saber que o sobrinho só esta ali por conta do dinheiro;

Cliente: Fazer o que, se é desse jeito, eu sempre fui distante da minha família, eu lá eles também, nunca gostei de incomodar ninguém, pra que, eu tenho meu trabalho. Só ficaram sabendo porque eu passei mal na casa da minha sobrinha, minha sobrinha faz fisioterapia na unama e enfermagem na uepa, ela é muito inteligente ela trabalha aqui, faz estagio, já ta pra se formar. Eu me dou bem com ela. Esse meu sobrinho é legal, as vezes grosso, é o jeito dele.

Carlos não estabelece contato visual comigo, percebo quando fico próximo de sua cama ele imediatamente se vira para o outro lado. Sua expressão é sempre séria e apenas quando fala na sobrinha inteligente, noto o rosto com expressão de felicidade. Carlos me apresentou ao seu sobrinho, um jovem alto e magro, que levava-o ao banheiro, e lhe dava água, remédios (e lhe negava afeto). Carlos alega sempre trazia na sessão estar afastado da família, e isso sugeria o motivo de estar só no hospital.

Carlos sempre fixava o olhar na parede, neste apenas o observo, Carlos fica em silencio, silêncio necessário e significativo. Carlos tossia muito durante a sessão, e em determinados momentos não conseguia compreender a sua fala.

Cliente: Pensando na vida nas coisas que fiz e vivi, (pausa..). poderia ter sido diferente, tive meus relacionamentos e não usava camisinha, não ia ao médico, não suporte médico. E se não tivesse passado mal, nem tinha procurado ajuda sabia? Pra que pra incomodar. As pessoas têm preconceito com essa doença, ninguém quer ser discriminado, falam que é doença de homossexuais também. Eu sei muito bem disso.

Carlos relata o medo e preconceito das pessoas além do seu descuido com a própria saúde. Um pratica que pude perceber durante os atendimentos dos clientes doentes de aids.

Neste momento o significado do ato locucionário que nos parece evidente foi o medo de ser discriminado. Quanto à função emotiva, supomos que as expressões “ninguém quer ser

discriminado”; “Não posso ficar parado, podem invadir a minha casa” trazem os significados relacional e da preocupação com a preservação de seu lar. A “adoecer”, para os informantes, significa reconhecer a limitação, a fraqueza, o medo, a perda da saúde, uma vez que, ao não receber visitas, acabam sendo rotulados como coitadinhos, recusando-se a chorar, pois, em nossa cultura machista, heterossexista e homofóbica, homens não choram, são violentos.

A relação entre HIV/aids e homossexualidade, praticas de risco diante a busca do prazer incessante. Nos mostram o quanto o preconceito esta presente em nosso meio, e na fala de Carlos, principalmente quando relacionado ainda hoje com o estigma e exclusão social das pessoas vivendo com HIV/aids.

Infelizmente ainda é comum, muitas vezes até por falta de informação, as pessoas se afastarem de pessoas que descobrem terem sido infectadas pelo vírus HIV. Carlos sofre com esse abandono, tem familiares e esta só. Carlos não demonstrava querer se entregar, lutava contra o vírus, porém essa batalha só teria sentido, se ele tivesse o apoio da família.

Cliente: Ninguém vem ficar comigo, só meu sobrinho porque o pai dele pagou pra vim. Se não, ele nem tava aqui. É por isso que quero ir embora; não sou de dar trabalho pra ninguém, nunca fui. Como te falei, meu trabalho tá lá. Não posso ficar parado, podem invadir a minha casa. As pessoas têm preconceito com isso, ninguém quer ser discriminado, eu não quero passar por isso.

O ato de dizer (locucionário), destaque nesta asserção, faz referência à pressa, inquietude e desconforto pelo incômodo que pode gerar no outro.

Corroborando Sodré (2004, p. 62) percebemos que “a fenomenologia hermenêutica de Ricoeur permitiu uma nova visão da dinâmica da consciência, da linguagem e das significações intencionais, da relação do si-mesmo e da alteridade, levando em conta a perspectiva das comunidades históricas”.

O abandono da família muitas vezes é constante na fala de Carlos: *“A minha família, é toda ocupada, sinto falta, queria alguém aqui, assistente social ligo.... minha Irma veio, depois foi embora não voltou mais”*.

No momento do atendimento, a sobrinha de Carlos passava pelo corredor, e ele acenou com muita dificuldade: *essa é a sobrinha que te falei, cadê a tua mãe?*

De repente Carlos começou a chorar, a sobrinha pedia calma. Dizia que a mãe estava bem, Carlos desmoronou em lágrimas, ao ver que tinha alguém próximo seu, um parente, o deixou extremamente feliz, ainda que diversas vezes Carlos dizia que preferia não incomodar ninguém.

Carlos obteve uma melhora, teria alta no dia seguinte, quando chego na enfermaria o infectologista me informou que a alta precisava ser adiada, em função da febre que não passava.

Fica ai, tanto faz. Tu que sabe. Carlos demonstra irritação, permaneço ali. Chegando a técnica de enfermagem e lhe aplicando a medicação. Carlos gritava de dor, e sem nenhuma condições de falar. O cancelamento da volta pra casa o abalou emocionalmente, é como se suas defesas fossem pulsadas, pois os dias seguintes foram cruciais para Carlos. Sem a família, percebia que seu quadro se agrava, o que me chamou mais atenção foi no momento em que a enfermeira chega e pergunta pelo seu Carlos, ele responde: *“Sou eu, aquele que vai morrer e a família abandonou”*. É isso que vai acontecer. A enfermeira, dizia que ele não está só, existia uma equipe o acompanhando, e ele iria melhorar. Carlos chora em silêncio.

Digo para Carlos que existe o serviço social do hospital, e que ele pode solicitar acompanhante, por lei ele não poderia estar ali sozinho.

Eu já fiz isso, quando ela some, eles chamam, ela só vem assim. Eu não quero ficar só.

Os dias vão se passando e Carlos piora, a família não aparece, nem o sobrinho que recebia pelo serviço de acompanhar o tio.

A expressão de dor no rosto de Carlos mostra o quanto esta sofrendo. Mais com a ausência da família do que com a doença. Carlos tem uma crise de diarreia, é carregado em uma cadeira improvisada ao banheiro, volta nu e molhado. Foi levado com muita dificuldade por um acompanhante de uma paciente do isolamento, pois o hospital não era obrigado a levar paciente sem acompanhante ao banheiro, segundo a técnica de enfermagem. Quando estávamos para finalizar os atendimentos, na penúltima sessão. Terça-feira sem atendimento. Quando volta na quinta fico sabendo que Carlos havia falecido.



Figura 3 - Fluxograma da compreensão da vivência no hospital- Percepção e Compreensão. Fonte: Pimentel (2011).

Atendimento realizado com Fernando (Nome Fictício)

Fernando era um homem de 35 anos, casado, pai de duas filhas, e seguido de sua primeira internação; *“nunca coloquei o pé em um hospital, pra nada”*, seu estado era grave. Quando me apresentei para Fernando, vi que ele estava sendo medicado, tomando soro, Fernando relata estar se sentindo bem, e me diz que na noite anterior havia tido febre e dores pelo corpo, pois sua médica havia iniciado o tratamento medicamentoso com os coquetéis, e que poderia ter algum tipo de efeito colateral.

Fernando alegou estar feliz, peço a ele que me fale desse momento de felicidade;

Cliente; to feliz pois recebi uma bateria de exames que fiz no Evandro Chagas, e os resultados deram todos negativos, eu agradei a Deus por essa vitória e to confiante na minha recuperação.

Foi sorrindo que Fernando descreveu sua felicidade, pois recebeu seus exames, e viu que ainda poderia haver esperanças diante de uma doença sem possibilidades de cura, Fernando sentia-se melhor ao notar gestos de carinho de pessoas que sequer imaginava que fossem visitá-lo no hospital.

Cliente: “Desculpa por me emocionar, pois é bom ver que nessas horas a gente tem amigos, é muito bom sinceramente ainda saber que temos alguém pra contar”.

Neste momento peço que fique a vontade, que se ver com vontade de chorar, é pra chorar mesmo. Pois ao expressar esse sentimento, Fernando ficaria melhor consigo mesmo.

Fernando fica em silêncio, e depois pergunta como serão os nossos encontros, e que ficou interessado e disposto a participar dos atendimentos psicológicos, e como não tinha condições de andar e procurar por um psicólogo, sabia que o hospital tinha esse serviço ainda não tinha recebido atendimentos, ressaltando que *“é bom saber que vou receber atendimento no leito”*. Fernando relata que é portador do vírus HIV, e que demorou a descobrir, pois eram muitas as doenças que estavam se manifestando, e que depois de muitos exames, por eliminação fizeram o teste rápido confirmando positivo para infecção do HIV. Fernando descreveu o desespero ao receber o resultado do teste, chorou, estava com a mãe ao seu lado, e q no primeiro momento achou que fosse morrer. Queria sumir, desaparecer. *“Minha vontade foi sair correndo, sem rumo, morrer, sumir”* O apoio da mãe foi importante. *Cliente; “sem ela aqui, seria mais difícil sabe?”*

Passado esse primeiro momento do impacto com a notícia do diagnóstico, Fernando, relatou-me ser casado, e precisava dizer a verdade para a esposa.

“Eu não posso esconder isso dela, foi minha culpa, assumo os meus erros, ela não merecia passar por isso”.

Fernando sabia quem o contaminou, e a forma como levava a vida;

“Foi uma mulher lá da rua de casa, ela saía com todo mundo. E eu nas minhas farras e bebedeiras nunca imaginei que ela tivesse aids, soube que ela ficou doente e tava muito magra, depois confirmei que ela tinha mesmo aids, só que eu não creditava que eu poderia não ter sido contaminado, fazia sexo com ela sem camisinha”.

Terapeuta: É sempre aquele velho ditado, acontece com todo mundo, menos comigo.

Cliente: Isso mesmo, minha preocupação também é com as minhas filhas, são novas e precisam de mim, a minha família me apoia, não escondi de ninguém e nem da família da minha esposa, meus amigos todos estão sabendo. Cheguei no trabalho, numa oficina perto de casa e disse pra galera, olha tenho aids, deu positivo, to buscando tratamento e vou me cuidar.

Fernando relembra como foi sua vida;

Cliente: Eu sempre fui um cara de ondas, orgias, usava drogas. O senhor nem imagina que eu já fiz muita coisa nessa vida, saía com várias mulheres, fazia de tudo, sexo sem camisinha e não buscava ajuda médica, nunca me consultei de nada, nunca me internei. Não ia mesmo sempre tive que trabalhar, então não podia ficar esperando consulta em médico. Eu não gosto de hospital, pra mim tá sendo muito difícil ficar aqui, uma coisa que eu nunca precisei na vida, e quando precisava não procurava.

Percebemos que estes comportamentos com o descuido a saúde se repetem na fala do cliente, confirmando que homens procuram menos os serviços de saúde, seja por medo, vergonha, ou o próprio machismo que ainda ronda a nossa sociedade, no sentido de que homem não chora, não fica doente, além dessa busca incessante pela realização do prazer a todo custo, proporcionada pelo sexo (sem camisinha) se fez presente na experiência de Fernando. “Quando livremente desejadas, as pessoas se ligam entre si, constroem vínculos, trocam afeto, amor ou prazer. Ou seja, o sexo contém um elevado investimento afetivo representando um conteúdo simbólico forte e de ligação com o ato de viver e de se sentir vivo”. (Paulilo; Jeólas 2005).

Continuando nossos atendimentos, Fernando relata que buscou a Igreja para a solução de sua atual condição.

“Estou frequentando, eu e minha esposa uma Igreja evangélica a Quadrangular, levamos nossas filhas. Sei que Deus está no comando, quando sair daqui do hospital vou descer as águas e me batizar, quero me batizar lá na igreja que a minha mãe

frequenta, ela é obreira na Universal. Quando sair daqui vou fazer isso, eu creio no meu milagre”.

É possível percebemos na fala de Fernando um grande apelo para um significativo refluxo de suas experiências amarradas na moral e na religião, e a referência ao "outro" se faz agora, na pessoa a qual o contaminou; *“saía com várias mulheres, fazia de tudo, sexo sem camisinha e não buscava ajuda médica, sei quem me contaminou, uma mulher que saía com vários homens”*

Terapeuta: Sua esposa foi contaminada também?

Fernando (cliente): *Relatou o seguinte;*

Sim foi, mais ela me deu forças, me perdoou e não me deixou. Estamos juntos nessa batalha, ela chora muito, fica triste ao me ver assim, não por ela, ela tá bem, tá fazendo acompanhamento na Casa Dia, controlando a carga viral. Mais ela sofre muito preconceito da mãe dela, que devia dar apoio pra ela e faz o contrario, humilha, manda ela me deixar, sair de perto de mim, não vim aqui me visitar no hospital, tudo isso deixa ela pra baixo, ao invés da mãe ficar do lado, tem nojo de mim.

As pessoas infectadas pelo HIV/aids sofrem tanto pelos sintomas da doença, quanto pela ignorância em relação ao que é aids seja de seus familiares, ou pessoas do seu convívio social e, ou, conceitos falsos sobre HIV/aids e seus modos de contaminação, que levam ao estigma. Essa discriminação oriunda deste processo pode vir a ser tão incapacitante quanto a doença. Fato confirmado na fala de Fernando; *“Ao invés da minha esposa melhorar, ela só piora, com a tristeza com as atitudes da mãe, ela não tem nada de doenças oportunistas, tá bem, agora com o preconceito da mãe, ela desaba”.*

Fernando destaca a importância de ter o apoio dos seus familiares, e ter “sorte” de ter uma casa e não depender da mãe da esposa, pois seria o fim ter que conviver com a sogra nessa situação.

Cliente; “Pelo menos em nossa casa meus pais nos dão apoio eles não têm nojo da gente por ter essa doença, muito pelo contrario, eles nos acolheram e estão cuidando da minhas duas filhas e mais a minha esposa enquanto estou aqui me tratando. Isso é muito importante, não ter alguém te chamando de culpado o tempo todo, ferindo com palavras duras, a minha sogra quer se meter, mandar na nossa vida, ela não dá nada pra gente e não tem direito de fazer o que ela faz, nem importo que ela fale tudo isso pra mim, mais pra filha dela, que mãe é essa tão cruel, que bebe o dia todo, e depois começa a falar besteira.

Cliente continuou: *Queria lhe dizer que estes encontros estão sendo muito importante para enfrentar essa batalha, isso tem me ajudado bastante, esta sendo ótimo creio que vai melhorar mais, esta me ajudando a falar e passar por isso, que não tá sendo fácil.*

Agradeço pela atenção dada por Fernando a mim, e que esse é o mote de que nossos encontros eram eles bastantes produtivos para os dois, e que todas essas questões que foram trazidas por ele, foram trabalhadas ao logo da psicoterapia. Mesmo aparentando estar com dor, Fernando se mostrou o tempo todo disposto a falar, de suas ansiedades, medos e situação existencial de estar no hospital, um local novo e estranho, pois esta era a primeira vez que Fernando entra em contato com este serviço e situação.

Chego ao leito e percebo Fernando inchado, nas pernas e abdômen, ele me dizia rapidamente, que passou a noite com febre e dor de cabeça. Cliente: *“Eu não dormi de tanta dor, essa febre os médicos ainda não descobriram a origem dela, to esperando resposta. Não to bem, hoje não dá pra fala, desculpa, amanhã ou na quinta a gente continua”*.

Entendo o momento de dor física de Fernando, e pergunto se posso ficar ao seu lado mesmo em silêncio, ele balança a cabeça e diz que sim. *“Tudo bem, pode ficar ai, mais hoje não tem condição”* Neste momento, sua mãe me pede pra tomar banho, em quanto estou ali, permaneço lá por quase uma hora, e quando ela voltava do banho, me agradeceu por ter ficado com seu filho. Sessões anteriores a mesma já havia me relatado que o filho não gostava de ficar só no leito, e por isso fiquei lá. Fernando fica de lado no leito e me agradece, *“obrigado por ter ficado aqui comigo, obrigado mesmo”* vire para o lado novamente e geme de dor. Dou suporte para mãe, que esta muito triste, me despeço. E quando volto na semana seguinte, Fernando não está mais no leito da enfermaria, os acompanhantes dos demais pacientes me dizem que ele, foi levado para o isolamento. Foi-me informado que Fernando havia falecido. Não deu tempo de ouvi-lo, não deu tempo de dar o suporte necessário e que tantas vezes ele enfatizava e agradecia. *“obrigado por me ouvir, e estar aqui esta sendo muito importante pra mim, ter com quem falar”*. Foram encontros, onde muitas coisas foram ditas, melhora significativa, e o alcance desejado, dentro das possibilidades de Fernando, falou, muitas vezes em silêncio, chorou, revoltou-se com o preconceito da família da esposa, e ficou feliz, chorou também ao falar do amor pelas filhas e partiu, sem dizer adeus.

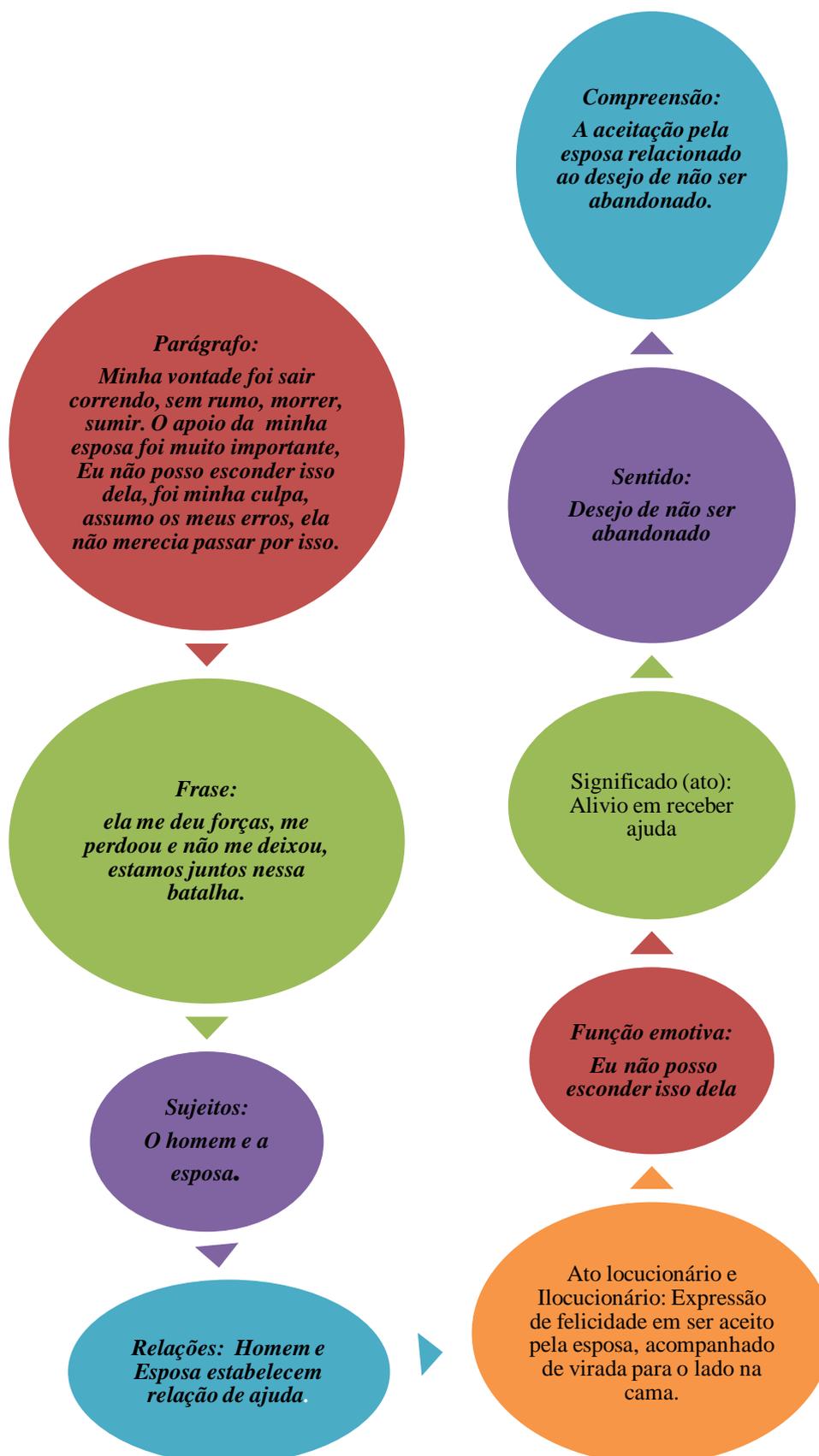


Figura 4 - Fluxograma da compreensão dos processos subjetivos de Fernando. Fonte: O autor, 2013.

Pedro Henrique;

Pedro (25 anos), pai de uma filha, fruto da relação com sua primeira esposa. Pedro estava em sua segunda internação no hospital Barros Barreto, fazia acompanhamento psicológico e tratamento, porém abandonou devido melhora em sua condição física. Pedro era um rapaz jovem, com o corpo tatuado e olhar bastante expressivo.

Falo sobre a pesquisa e que a qualquer momento Pedro pode deixar de participar. Ele concorda e no decorrer das sessões foi possível estabelecer um contato verdadeiramente significativo em que terapeuta e cliente vivenciassem a totalidade da relação fenomenológica do aqui-e-agora, do momento em que os sentimentos estão sendo vivenciados.

Pedro ao primeiro contato descreveu sua rotina e modo como levava a vida, e vontade de melhorar seu modo de viver.

Cliente; “Vim de Santa Izabel, eu sou ajudante de pedreiro, passei mal no trabalho. Foi pneumonia, já não aguentava mais tossir, muitas dores no peito, foi quando minha mãe me trouxe pra cá”.

O significado ato (locucionário) é o que ele expressa verbalmente e o que exterioriza nas frases enquanto proposição:

Cliente; “To com muita dor aqui nessa área, quando vem a tosse é pior”. Não dá pra trabalhar. Minha mulher ficou lá, ela pensa que to com pneumonia, não sabe que é aids (silencio)... eu não contei, ela pode me deixar...

Função emotiva: não aceitação pela atual esposa *“eu não contei, ela pode me deixar.*

Durante o atendimento de Pedro, houve a manifestação de mais um ato do discurso que foi o ilocucionário; Pedro estava fazendo palavras cruzadas, e não estabelecia contato visual comigo.

Terapeuta: Você não contou a sua esposa sobre seu estado de saúde?

Cliente: “Não ela não sabe de nada, não vou falar, ela já é coroa. Tem filhos grandes, tem até netos. Eu prefiro assim, só minha família sabe, se eu falasse, talvez ela já não estivesse comigo. A gente vai junto comprar camisinha na farmácia, a gente se cuida, na verdade eu acho até que ela já sabe”.

Ainda falando de sua relação Pedro me relatou sobre seu relacionamento anterior; Quanto à forma como contraiu o vírus HIV Pedro revela que;

Cliente: “Eu era casado, feliz, tinha uma esposa, ela que me passou isso, quando a gente casou ela já sabia que tinha, foi por maldade mesmo, se ela tivesse dito, não teria casado com ela. A nossa filha não tem, ela fez o tratamento, pra não passar pra menina. A mãe dela morreu (filha), ficou mal, veio aqui pro Barros, foi aí que eu soube, ela mandou eu fazer o exame e deu positivo. Ela ficou boa, foi tomar banho e caiu no banheiro e bateu a cabeça, não foi de aids que ela morreu.

O cliente ficou sabendo de sua infecção há pelo menos sete anos, não precisou fazer uso da terapia medicamentosa, apenas controle da carga viral e cd4.

Cliente; Tive essa pneumonia e depois tuberculose, por que eu bebo, e de vez em quando fumo. O cara bebe e vez em quando não faz mal, toma uma e depois vai pra casa, não faz mal isso, daí minha mulher não desconfia, porque sempre é por esse motivo que sou internado. Continuei trabalhando, não posso parar.

Pedro continuou com a sua rotina de trabalho, não podia parar de trabalhar para cuidar da saúde, estava bem, não tinha motivos para continuar o tratamento.

Cliente; “Meu chefe entendeu e me liberou, não me mandou embora. Quando sair daqui vou voltar a trabalhar normalmente. E também me cuidar dessa vez foi mais grave, deixei ficar desse jeito, agora nem que eu não queira. Minha mãe vai vim comigo”. No meu trabalho ninguém sabe, não vou falar, minha família sabe é o que importa.

Terapeuta: E a esposa?

Cliente; Também não, fizeram isso comigo, agora to fazendo com ela.

Terapeuta: E como você se sente fazendo isso?

Cliente: não me sinto culpado, como te falei, já fizeram isso comigo, e ela nem sabe. E nem vai saber. É a vida, só agora sei que preciso me cuidar. Não procurava ajuda, e nem vinha ao médico. Alguém podia me ver, e meu chefe não podia saber, pois como arrumaria emprego depois?

Percebemos que a atual condição de Pedro, causa um impacto na vida das pessoas vivendo com HIV/aids, pois, muitas vezes, compromete suas possibilidades de levarem uma vida normal como qualquer outra pessoa. O medo de não conseguirem emprego por causa do vírus (preconceito institucional), a ansiedade de alguém descubra sua atual condição de doente de aids, enfim, uma série de circunstâncias que modificam a maneira de pensar e de agir de uma pessoa vivendo com HIV/aids.

Dessa forma, a Gestalt-terapia nos atendimentos realizados, proporcionou que cliente não desprezasse e nem julgasse a si mesmo, seus sentimentos, emoções e pensamentos. Foi a partir dessa relação genuína que o outro percebeu suas potencialidades, muitas vezes, perdida na névoa da incoerência.

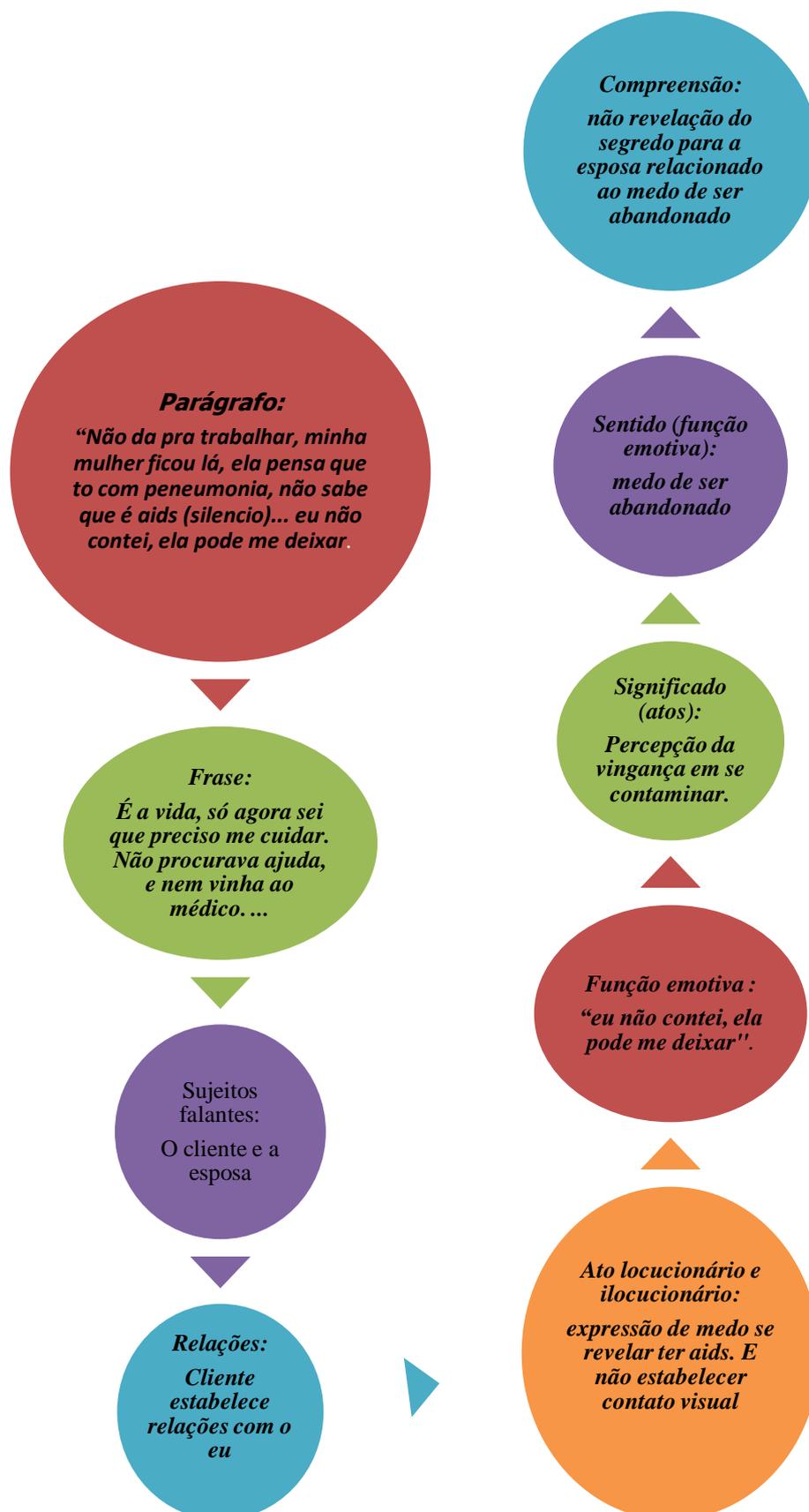


Figura 5 - Fluxograma da compreensão dos processos subjetivos de Pedro. Fonte: O autor, 2013.

Considerações Finais:

A pergunta central que nesta pesquisa trabalhamos para responder foi: a psicoterapia breve é um cuidado psicológico a realizar com homens doentes de aids sem possibilidade de cura, internados em uma enfermaria hospitalar, mesmo que a palavra verbal expressa pelo cliente seja limitada ou inexistente?

Partimos do entendimento inicial que sim, a psicoterapia é uma modalidade clínica de cuidado eficaz na qualidade de vida, portanto não a estávamos questionando enquanto técnica, porém, o público a quem focalizávamos: os homens, especialmente adoecidos por uma infecção em estágio terminal.

Assim, na jornada de pesquisa duas fronteiras se instalaram: questionar as formas que os homens abordavam a saúde e problematizar o HIV/aids, uma doença engendrada em um cenário ideológico repleto de estigmas, preconceitos e temores.

No que se refere a psicoterapia, esta técnica tradicionalmente requer o diálogo, a participação da linguagem verbal, não verbal, corporal do cliente. Considerando que os clientes/informantes da pesquisa estavam em estágio avançado da doença, impedidos fisicamente, muitas vezes, de falar, tivemos que recorrer para obter dados a comunicação não verbal. Portanto, todo o material empírico recolhido nas interações clínicas foi um recurso enfatizado nas análises. Sobretudo, ressaltamos a importância da Hermenêutica da linguagem semiótica, isto é, de desvelar os silêncios, os gestos, os olhares, os pequenos momentos quando a palavra se fazia ausente.

Verificadas as análises dos atendimentos realizados durante o percurso desta dissertação, pude constatar por meio da fala dos participantes, o discurso no qual reproduzem a cultura de segregação dos sexos e gêneros, o que poderia levar, muitas vezes, consequências negativas para o cliente doente de aids, tais como: preconceitos e discriminações ao prosseguimento do/no tratamento. Conforme destacou Parker (1998) a relação da aids era vinculada a idéia de morte, o vírus acabou desencadeando nos clientes um intenso medo, referente a discriminação e o preconceito, em relação a sua atual condição existencial.

Ambientes não acolhedores, a solidão e o afastamento da família, propagavam a segregação como sendo fatores que poderiam vir a gerar sofrimentos de ordem emocional a serem superados. Conforme observamos na fala de Carlos: *“A minha família, é toda ocupada, sinto falta, queria alguém aqui, assistente social ligou, minha Irma veio, depois foi embora não voltou mais”*. A dificuldade de relacionamento social no ambiente familiar também foi

um agravante presente nos momentos de psicoterapia, onde se percebeu a segregação e o isolamento como algo frequente.

Assim, foi possível promover durante as sessões, a consciência e a percepção do cliente durante a psicoterapia, superando alguns medos e tabus para, conseqüentemente, tornando cada encontro realizado, um local para reflexões e práticas de fato transformadoras. Pois conforme ressaltado a psicoterapia, foi facilitadora, revelando-se uma estratégia de intervenção na clínica da saúde. Nesse contexto, foi importante para incorporação dos homens dentro de uma perspectiva ampla de gênero em políticas de saúde, tratamento e acompanhamento dos clientes doentes de aids, uma vez que, ao falarem, os clientes se anunciavam e, se expressavam, dentro de suas possibilidades.

Deste modo, a falta de conhecimento e procura pelo serviço de saúde na assistência e o desconhecimento desses homens, em relação a uma política pública específica efetiva na área da saúde em relação ao seu próprio descuido, dificultou essa inserção nas instituições de saúde. Assim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, cujo mote político é estimular o autocuidado promovida pelo Ministério da Saúde é um poderoso instrumento em direção aos reconhecimentos dos direitos dos homens para importância de que a saúde é um direito social básico.

Muitas ações programáticas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem estão sendo efetivadas, porém o que percebemos durante os atendimentos corroborando com Gomes (2003) a compreensão dos comprometimentos da saúde do homem, era associado ao fato de que à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina.

Para isso trabalhamos nas sessões o reconhecimento da mudança de paradigmas sobre o cuidado pessoal e institucional nos atendimentos realizados na presente pesquisa, os participantes visualizavam a instituição como um instrumento para galgar sua vivência mesmo enfrentado preconceitos.

Ainda se referindo à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a importância da clínica ampliada nas intervenções, a questões referentes às doenças crônicas, principalmente no caso do HIV/ aids., foram importante frisar as questões básicas para a formação e capacitação de profissionais do setor hospitalar, no sentido de ressignificações constantes que foram vivenciadas pelo indivíduo com HIV/ aids, que precisavam ser respeitados e compreendidos pela equipe de saúde. A escuta clínica socialmente engajada,

possibilitou a compreensão da condição de pessoa e não de paciente, estimulando-o a terem consciência sobre si mesmo e assim poderiam continuar escrevendo suas próprias histórias com as possibilidades que surgiam.

A presente pesquisa propiciou-me condições inclusive, sobre um aspecto preocupante, a falta de entendimento do debate e não procura pelos serviços de saúde por esses clientes antes da internação. O que sugeriu que muitos clientes levavam em consideração seus próprios entendimentos ao respeito de suas masculinidades, como por exemplo, na fala de Carlos:

“Ninguém vem ficar comigo, só meu sobrinho porque o pai dele pagou pra vim. Se não, ele nem tava aqui. É por isso que quero ir embora; não sou de dar trabalho pra ninguém, nunca fui. A assistente social vem aqui de vez em quando, nem sabia que tinha psicólogo...”

Constatamos nesta dissertação, para os participantes da pesquisa, a aids não é mais entendida unicamente como uma sentença de morte, pois os mesmos nutriam expectativas para suas vidas, conforme ressaltou Felipe: *“Pois eu sei que um dia vou morrer, não disse, de aids, não vou me entregar jamais. Vou lutar. Tô na luta, na fé. Me entregar, nunca”*. [risos]. Desejavam voltar ao trabalho e obter realização profissional, mas que, além disso, almejavam serem vistos como pessoas, como gente, e não como indivíduos menosprezados. O discurso também ressaltava um rechaço a posição de vítima. Ainda, o exemplo de Felipe demonstra nossa interpretação: *““Não dou trabalho pra ninguém, até me aborreço se alguém quiser vir aqui me ver, achando que eu tô chorando, ah coitadinho dele, prefiro ficar só, me conheço, me aborreço logo. Mando logo praquele lugar...”*

Pareceu-nos evidente o medo de ser discriminado, pois o modelo de comportamento dicotômico baseado na naturalização dos corpos bem como o discurso de uma sexualidade ainda controlada pelas normas imposta para os gêneros tais como homens não choram, estavam fortemente presente nos discursos tendo nessas singularidades uma dignidade plena.

Também é importante ressaltar que a discussão ultrapassa as fronteiras da sexualidade, das particularidades e da clínica, ou seja, uma abordagem transdisciplinar pautada nos princípios éticos, do cuidado e respeito pela alteridade, que converge para o outro, para aquilo que não se entende ou se conhece.

Os participantes da pesquisa não relataram sofrer violência física; no entanto, sugerem viver envoltos em uma sutil rede de violência psicológica praticada socialmente e

reificada por eles mesmos, gerando sentimentos de angústia pela exclusão a que são expostos pelo aparato ideológico que os oprime, principalmente quando era publicizada a descoberta de sua infecção positiva para o HIV/aids. Conforme Welzer-Lang (2001) ponderou a violência pode ser entendida como processo de sociabilidade máscula, sendo as masculinidades construções culturais sujeitas a contradições internas e daí, o autor ressalta a importância de se (re) pensar múltiplas masculinidades.

É cogente o debate amplo acerca da utilização da psicoterapia breve como fonte mediadora de cuidado e acolhimento, e isso significa levar em consideração que os indivíduos são plurais e que manifestam suas vivências das mais diversas formas. Isso implica na manifestação plena de suas vontades sem medo de ignorâncias, convencionalismos, e de limites.

Há a necessidade também de se lutar mais por mobilizações que gerem possibilidades de se exercer a cidadania, e o direito a um atendimento digno quando o cliente se encontra sem possibilidade de cura, oferecendo-lhe o direito universal ao atendimento humanizado, e menos restrições, segregações que pode gerar até um novo “*apartheid*” só que não somente racial, mas social e de gênero também.

Levando-se em consideração as masculinidades enquanto ponto de partida, que se quebrem os tabus e se reavaliem os limites e que ela seja repensada, (re) analisada e, por que não, (re) inventada. A psicoterapia, entretanto não pode ser usada como um instrumento de opressão e produção de pseudo-verdades. Nesse contexto, é importante a incorporação de homens dentro de uma perspectiva de gênero em políticas de saúde e outras que sejam relevantes para a prevenção, tratamento e acompanhamento de clientes com aids.

Dentro das especificidades e limites que a instituição ofereceu, conseguimos alcançar os objetivos esperados, sempre com respeito e ética para com o outro e através de psicoterapia na modalidade breve com homens doentes de aids, como tentativa de facilitar um canal de comunicação que amenizou a dor e o sofrimento, proporcionando ao cliente que falasse sobre o sentido de sua experiência existencial.

É importante ressaltar neste trabalho que a psicologia clínica, quanto uma ciência humana, leva em consideração que o aparato cognitivo é considerado em sua totalidade quando é contextualizado e especificado de sentido. Assim, a fenomenologia gestáltica é uma intervenção oportuna, pois, permite aos sujeitos experimentar a reconfiguração da situação

inacabada através dos contatos e ajustamentos criativos realizados que visam finalizar a compreensão da vivência (PIMENTEL, 2012).

Concluindo, afirmamos que o respeito à dignidade humana é um princípio que fundamenta a prática clínica do psicólogo e da equipe de saúde, e que tem o imperativo de se sobrepor a quaisquer mecanismos de opressão, seja na implementação da psicoterapia, seja das leis gerais da política de humanização da Saúde que garantam a cidadania plena dos indivíduos, seja na consciência de perceber o acesso à saúde, educação enquanto direitos humanos, etc.

Nossa inserção no hospital evidenciou-se a relevância de se teorizar acerca da prática do psicólogo em atendimentos clínicos, pois a psicoterapia breve proporcionou a possibilidade de se compreender alguns modos de vinculação, subjetivação e relação dos homens atendidos. O hospital é um espaço favorável ao crescimento pessoal do sujeito/cliente/participante, e a psicoterapia funcionou como uma valiosa ferramenta de trabalho para lidar com as dificuldades da existência possibilitando um canal dialógico e de ressignificação da experiência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.C. O psicólogo no hospital geral. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v. 20, n. 3, p. 24-27, set. 2000.

ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de and LABRONICI, Liliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.1, pp. 263-274. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000100030>.

ANDRADE, C. et al. **A disseminação da epidemia da AIDS do Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial**. *Caderno de Saúde Pública*, 16(1), 7-19.

AMATUZZI, M.M. Pesquisa fenomenológica em Psicologia. In: BRUNS, M.A.T.; HOLANDA, A.F. (org.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas, SP: Alínea, 2001.

ANCONA-LOPEZ, M. **Atendimento a pais no processo de psicodiagnóstico infantil: uma abordagem fenomenológica**. Tese de Doutorado, São Paulo: PUC-SP, 1987.

Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., França, I., Jr., Gravato, N., Lacerda, R., DellaNegra, M., Marques, H. H. S., Galano, E., Lecussan, P., Segurado, A. A. C., & Silva, M. H. (2006). **Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/Aids**. *American Journal of Public Health*, 96, 1001-1006.

BALANDIER, G. **Le désordre**. Eloge du mouvement. Paris: Fayard. 1988.

BARKER, G. **Dying to be men**. Youth, masculinity and social exclusion. Abingdon, Oxon: Routledge, 2005.

BATISTA, R.; GOMES, A. **AIDS: conhecer é transformar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 1. 2005, pp. 97-104.

BEZERRA JR., B. A clínica e a reabilitação social. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001, p.137-142.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 15 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BUBER, M. **Eu e tu**. São Paulo: Cortez, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**, 2 (XII), 2003.

_____. _____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impactos da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: MS, 2005.

_____. _____. **Clínica Ampliada**. Equipe de referência e projeto terapêutico singular. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2011.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **2008a**.

_____. _____. Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays HSH e Travestis. Brasília: Editora do Ministério, **2008b**.

_____. _____. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico DST e AIDS**. 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

_____. _____. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: MS, 2010.

_____. _____. **Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral - LGBT 2012-2015**. Brasília: MS, 2011.

BRASIO, K.M. AIDS no contexto hospitalar: manejo psicológico. In: BAPTISTA, M.N.; DIAS, R.R. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro; Guanabara. 2003.

BRITO, A.; CASTILHO, E.; SZWARCOWALD, C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2(34), 207-217, mar./abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822001000200010&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30 out. 2011.

CALDWELL, J. et al. The social context of Aids in sub-saharan Africa. **Population and Development Review**, 15(2)1989.

CAMPBELL, C. Women and Aids. **Social Science and Medicine**, 30(4): 407-415, 1990.

CAMPOS. T.C. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: E.P.U., 1995.

CARRIER, J.M. Sexual behavior and spread of Aids in Mexico. **Medical Anthropology Quarterly**, 10,(2-3). 1989.

CARVALHO, I.C.M. Análise do discurso e hermenêutica: reflexões sobre a Relação estrutura e acontecimento. In: GALLIAZO, M.C.; FREITAS, J.V. **Metodologias emergentes de pesquisa em educação ambiental**. Ijuí: Ijuí, 2005.

COIMBRA, M.C.B. Práticas “psi” no Brasil do “milagre”. Alguma de suas produções. In: JACÓ-VIELA, AM.; JABUR, F.; RODRIGUES, H.B.C. (org.). In: **Clio-Pshyché: história da psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: EURJ/NAPE, 1999.

CONNELL, Robert. **Masculinities**. 2. ed. Berkeley: University of Califórnia Press, 1995.

COSTA, L.F.; BRANDÃO, S.L. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. **Psicologia & Sociedade**, 17, 33-41, 2005.

COURTENAY, W.H. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med.**, 50:1385-401, 2000.

CUNHA, H.M. Postura gestáltica na prática clínica. **Revista IGT na Rede**, v. 7, n. 13, p 346-353, 2010.

DANZINGER, R. The Social Impact of HIV/AIDS in Developing Countries. **Social Science & Medicine**, 39(7). 1994.

DOCUMENTO Base para Gestores e Trabalhadores do SUS- HumanizaSUS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 22 jan. 2011.

DOMINGUES, R.C. Considerações psicossociais sobre a testagem anti-HIV. In: MORANDO, L.; GUIMARÃES, R. (org.). **AIDS: olhares plurais**. Ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS, 1998.

DUARTE, L.F.D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia** (Natal), 9, 381-387, 2004.

FERRAZ, A. F. Tornar-se soropositivo: da perplexidade ao confronto com o incógnito. In: MORANDO, L.; GUIMARÃES, R. (org.). **AIDS: olhares plurais**. Ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS, 1998.

FERREIRA NETO, J.L. **A formação do psicólogo: clínica, social e mercado**. São Paulo: Escuta. 2003.

_____. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. In: **Psicologia Reflexão e Crítica**. v. 21, n.1, Porto Alegre, 2008.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços da atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p. 7-17, 2005.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GUERRA, C. P. P. & SEIDL, E. M. F. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. In: **Paideia**. v. 19. n. 42, jan-abr. 2009, pp. 59-65.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M. & HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. In: **Revista Saúde Pública**. v. 36. n. 4. 2002. pp. 50-60.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação de uma identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

GOMES, J.B. **Representações sociais sobre a AIDS e a terapia Antiretroviral**: influências no tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Dissertação de Mestrado UFPA. Belém, 2010.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 2003; 8(3): 829.

GONDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 2003.

GONÇALVES, M.J. **A Vulnerabilidade programática ao HIV/aids em Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil**. Tese (doutorado). Doutorado em ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Programa de Pós- graduação em Ciências da Saúde. Brasília, 2011.

GUIMARÃES, R. A inter-relação estigma e trajetória da doença causada pelo HIV. In: MORANDO, L.; GUIMARÃES, R. (org.). **AIDS**: olhares plurais. Ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS, 1998.

GUITTET, A.; AMADO, G. **Administração da comunicação nos grupos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

HEIDEGGER, M. **Todos nós**: um enfoque fenomenológico do social. Trad. Dulce Maria Critelli. São Paulo: Moraes, 1988.

HERITIER, F. Don et Utilisation de sperme et d'ovocytes mère de substitution: un point de vue fondé sur l'anthropologie sociale. **Colóquio "Genétique, Procreation et Droit"**. Paris, 1985.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**, 3 (XXIV) 363-372, 2006.

HOLANDA, Adriano Furtado (Org.). Psicoterapia e clínica ampliada: diferenciando horizontes interventivos. In: _____. **O Campo das psicoterapias**: reflexões atuais. Curitiba: Juruá, 2012. p. 165-174.

JUNIOR, J. S. M.; GOMES, R. & NASCIMENTO, E. F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17. n. 2. 2012, pp. 511-520.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1975). **Death: the final stage of growth**. [ed. ut.: Death: the final stage of growth . New York: Touchstone, 1986.

KNAUTH, Daniela R. Aids, relações de consangüinidades e de alianças. **Cadernos do NUPACS**. Porto Alegre, n. 3, 1996.

KORIN, Daniel. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**, v. 2, n. 2, p. 67-79, mar. 2001.

KUBLER-ROSS. E. Death. **The terminal stage of growth**. New Jersey: Prentice, 1975.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, 10:35-46, 2005.

LEITÃO, M.S. O psicólogo: sua ação frente às necessidades explícita ou não, do paciente, da família e da equipe. In: **O psicólogo e o hospital**. Porto Alegre: Sagra-de Luzzato, 1993.

LIMA, H. **Adesão ao tratamento de HIV/AIDS por pacientes com AIDS, tuberculose e usuários de drogas**: subsídios para profissionais de saúde e educação. ed. 1. Curitiba, PR: CRV, 2012.

LIMA, M. L. **Fio de esperança**: criando qualidade de vida. Belém: 2011.

LOBO, Warlington e PIMENTEL, Adelma. **Potência e vulnerabilidades masculinas no campo do HIV/AIDS**: a intervenção psicoterapêutica. Rev. NUFEN [online]. 2012, vol.4, n.1, pp. 88-101. ISSN 2175-2591.

LUCK, M.; BANFORD, M.; WILLIAMSON, P. **Men's health**: perspectives, diversity and paradox. London: Blackwell Sciences; 2000.

MAIA, C; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casada ou em união estável. **Revista de Saúde Pública**, 42(2):242-8, 2008.

MATSUMOTO, L. et al; Relato de caso: intervenção na adesão ao tratamento de doenças crônicas tendo como modelo um paciente adolescente HIV positivo. In: **Rev. Bras. Med. Farm. e Com.**, v. 3, n. 9. Rio de Janeiro, abr./jun. 2007.

MELO, L.N. **Perfil de comportamento de risco para HIV/AIDS em Homens que fazem sexo com homens (HSH) a partir do uso da técnica de amostragem time space sapling (TSS)**. Dissertação de Mestrado, (UFRGS). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

MICHELIN et al. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS. **Prática Hospitalar**, ano 9, n. 54, Nov./dez. 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S.; GOMES, S.F.D. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MIRANDA, Adriana Andrade; GARCIA, Luciana Silva. Assessoria jurídica em tempos de Aids – a experiência do Gapa/BA – Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS. In: MENDES, Soraia da Rosa. **Aids e direitos fundamentais estratégias jurídicas de efetivação dos direitos fundamentais de pessoas que (com)vivem com HIV**. Porto Alegre: GAPA/RS, 2005.

MOREIRA, J.O.; ROMAGNOLI, L.C.; NEVES, E.O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. In: **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 4, n. 27, p. 608-621, 2007.

MOREIRA, V. & MELO, A. K. “Minha doença é invisível”: revisitando o estigma de ser doente mental. In: **Interação em Psicologia**. v. 12. n. 2. Curitiba: jul-dez, 2008. pp. 305-314.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L.A. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil. **International Braz J Urol**, v. 33, p. 1-7, 2007.

OLTRAMARI, Leandro C. AIDS dá medo. **A conjugalidade, segurança: representações sociais sobre a Aids entre homens e mulheres em conjugalidade**. [Doutorado em Ciências Humanas]. Florianópolis: UFSC, 2007.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará – SESPA. **AIDS: índice de contaminação no Pará preocupam.** 29 nov. 2011. Disponível em: <<http://portalsespa.pa.br>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

PARKER, R.G. **A construção da solidariedade.** Aids. Sexualidade e política no Brasil. São Paulo: Relume-dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1998.

_____, HERDT, G.; CARBALLO, M. Sexual culture, HIV transmission, and AIDS research. **The Journal of Sex Research**, 28, p.77-98, 1999.

PASSOS, E. **Palcos e platéias: as representações de gênero na faculdade de Filosofia.** Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher – NEIM-FFCH-UFBA. Salvador: Edufba, 1999. (Coleção Bahianas, n. 4).

PAULINI, M. Reflexões sobre a postura fenomenológica diante do morrer. **Revista IGT na Rede**, v. 4, n. 6, p.92-113, 2007.

PASCUAL, A.L. Preconceito e discriminação: violências não visíveis contra os portadores de HIV/AIDS no Brasil. In: Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. (org.). **Direitos Humanos e HIV/AIDS: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008, v. 1, p. 40-55.

PASTORE, E.; ROSA, E.D.; HOMEM, I.D. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. In: **Fazendo Gênero 8** - corpo, violência e poder. Florianópolis, agosto, 2008.

PEREIRA, M. Gestalt-terapia e saúde mental: contribuições do olhar gestáltico ao campo da atenção psicossomática. **Revista IGT na Rede**, 5; (9):168-184,2008.

PERLS, F. **Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata de lixo.** São Paulo: Summus, 1979.

_____; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia.** São Paulo: Summus, 1997.

PIMENTEL, A. **Psicodiagnóstico em gestalt-terapia.** São Paulo: Summus, 2003.

_____. **Violência psicológica conjugal: pesquisa e intervenção.** SP: Summus, 2011.

PIMENTEL, A.; OLIVEIRA, I.B.; ARAÚJO, L. Pesquisa qualitativas aplicações em terapia ocupacional e psicologia. In: _____. **Pesquisa qualitativa em terapia ocupacional**. Belém: Amazônia, 2009.

_____ et al. Para além do claustro. In: _____. **Itinerários de pesquisas em psicologia**. Belém: Amazônia, 2010. p 57-94.

PIMENTEL, A.; GUTIERREZ, D; MINAYO, M.C.S. Cuidado: perspectivas e implicações em psicologia clínica e da saúde. In: Moreira, Ana Cleide; GUEDES, Paulo de Tarso; PIANI, Pedro (org.). **Cuidado em saúde: práticas e sentidos em construção**: Belém: Paka-Tatu, 2011.

POLLACK, W. **Real boys: rescuing our sons from the myths of boyhood**. New York: Random House, 1998

POLSTER, E.; POLSTER, M. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus, 2001.

PORTELA, M.A. A crise da psicologia clínica no mundo contemporâneo. **Estudos de Psicologia** (Campinas), 25, 131-140, 2008.

REIS, K.; PIMENTEL, A. Violência autoinfligida por homens. Reflexões gestálticas. In: Pesquisas em educação, saúde e violências. V.1,n.1, p.225-235, Belém, 2012.

RIBEIRO, J.P. **Gestalt-Terapia de curta duração**. São Paulo: Summus, 2009.

RICARDO, et al. Gender, sexual behaviour and vulnerability among young people. In: Ingham R.; Aggleton P. **Promoting young people's sexual health**. London: Routledge, 2006.

RICOUER. P. **O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica**. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

_____. **Interpretação e ideologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

ROBINE, J.M. **O self desdobrado: perspectiva de campo em gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2006.

SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In: Adelman, M, Silvestrin, C.B. (org.). **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Editora UFPR, 2000.

SALDANHA, O.M.F.L. **Psicologia e saúde: problematizando o trabalho do psicólogo nas equipes municipais de saúde.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.

SANTOS, A.F.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/Aids: Despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: Revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. Vol. 14, n.1, p.147-158, 2011.

SEIDL, E. M. F.; MELCHÍADES, A.; FARIAS, V. & BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. In: **Cadernos de Saúde Pública.** v. 23. n. 10. Rio de Janeiro: out, 2007. pp. 2305-2316.

SCHNEIDER, D.R. Novas perspectivas para a psicologia clínica a partir das contribuições de J. P. Sartre. In: **Interação em Psicologia,** v. 10, n. 1, p. 101-112, Curitiba, 2006.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. v. 10, n.1, p. 7-17, 2005.

SILVA. Douglas Zacarias. **Os sentidos do sigilo entre homossexuais recentemente infectados pelo HIV/AIDS.** Dissertação de Mestrado. PUC-SP, 2010.

SINGER, M. Aids and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology. **Social Science and Medicine,** 39(7), 1994.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. In: **Ciência & Saúde Coletiva.** vol.15, n.3. Rio de Janeiro: 2010. pp. 637-644.

SOUZA, E.R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva,** 10 (1): 59-70, 2005.

SOUSA JUNIOR, José Geraldo de. Na rua a construção da cultura e cidadania. **Revista do Sindjus:** Sindicato dos Trabalhadores do Poder Judiciário e do Ministério Público da União no DF, Brasília, ano XV, n. 35, nov. 2006.

PAULILO, Maria Angela Silveira and JEOLAS, Leila Sollberger. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.1, pp. 175-184. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100024>.

SPINK, M.J.P. **Psicologia social e saúde.** Práticas, saberes e sentidos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

TEIXEIRA, C.F. SUS: Modelos assistenciais e vigilância de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF. V. VII(2), CENEPI/MS, 1997.

TEIXEIRA, J.A. Introdução a Psicoterapia Existencial. In: **Análise Psicológica**, 3, (XXIV): 289-309. 2006.

TONETTO, A.M.; GOMES, W.B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia** (Campinas), 24, 89-98, 2007.

THOMAS, L.V. **La Monte em question**. Traces de Mort dês traces. Paris: Ed. L' Harmattan, 1991.

TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Rio de Janeiro. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UNAIDS. **Report on the Global HIV/AIDS epidemic update**. Geneva: UNAIDS, 1999.

VIEIRA, R.W. **Bioética, cuidados paliativos e qualidade de vida**: a importância do processo de tomada de decisão. Dissertação. Mestrado em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2010.

WELSH, P. Men Aren't from Mars: unlearning machismo in Nicaragua. London: Catholic Institute for International Relations (CIIR). 2001.

WELZER-LANG, Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis: v. 9, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2001000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2011.

YONTEF, G.M. **Processo, diálogo e awarenees**. São Paulo: Summus, 1998.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO ICS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr. foi selecionado e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada, **PSICOTERAPIA BREVE GESTALTICA PARA HOMENS COM HIV/AIDS EM CONTEXTO DE CLINICA AMPLIADA..** Que tem como objetivos: é investigar qual importância da psicoterapia em HIV positivos masculinos no hospital. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método gestáltico fenomenológico.

A pesquisa terá duração de dois anos, com o término previsto para Março de 2013. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa ocorrerá durante os atendimentos para posterior transcrição, que será guardado por cinco (04) anos e incinerada após esse período.

Sr. não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, já que os recursos usados serão do próprio pesquisador. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área Clínica Gestaltica ampliada.

Ao final da pesquisa você poderá receber a devolutiva sobre os dados coletados que serão usados pelo pesquisador na elaboração deste trabalho monográfico, relatório e artigo científico, podendo ser apresentados em eventos e /ou revistas científicas.

O Sr. receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Nome do Orientador (a) Pesquisador (a): Adelma Pimentel

Instituição Principal: UFPA.

Cel: 091-91439263

E-mail: adelmapi@ufpa.br

Nome do Aluno/Pesquisador: Warlington Lôbo

Cel: 091-8164-0437

E-mail: warlington@ufpa.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – Complexo de Sala de Aula/ CCS – Sala 14 - Cidade Universitária, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará.Tel.: 3201-7735.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 260/11 CEP-ICS/UFPA

Belém, 20 de dezembro de 2011.

Prof^a. Dr^a. Adelma do Socorro Gonçalves Pimentel

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa “PSICOTERAPIA PARA HOMENS HIV-POSITIVOS MARCADOS PELA FINITUDE EXISTENCIAL.” CAEE 0256.0.073.073-11 e parecer nº281/11 CEP-ICS/UFPA foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano CEP-ICS/UFPA, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará na reunião do dia 07 de dezembro de 2011.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar a este CEP, no dia 30 de agosto de 2013, um relatório indicando qualquer alteração que possa ocorrer após a aprovação do protocolo.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Wallace Raimundo Araujo dos Santos.
Coordenador do CEP-ICS/UFPA